

hiv + tedavi bülteni

türkiye Ağustos 2018 sayı:2

EDİTÖRDEN	03	rejimlerde elde edilen verilerinin meta analizi
KONFERANS RAPORLARI	04	+ HIV ile yaşayan gençler kendileriyle daha barışık
16. Avrupa AIDS Konferansı	04	+ Yeni çıkacak olan İngiltere HIV gebelik kılavuzundaki belli başlı değişiklikler (2018)
16th European AIDS Conference		+ Isırma ve tükürme yoluyla HIV, HBV ve HCV bulaşma riski sıfır veya ihmal edilebilir düzeyde
25-27 Ekim 2017 Milano, İtalya		ANTİRETROVİRALLER 20
+ Dolutegravirin uyku, kardiyovasküler sistem, santral sinir sistemi ve bağışıklığın yeniden yapılanma sendromu (BYYS) üzerine etkileri		+ Avrupa İlaç Ajansı Avrupa'da dolutegravir/rilpivirin (Juluca) ikili ilacını HIV enfeksiyonunda tedavi değişikliğinde bir seçenek olarak onayladı
25. Retrovirüsler ve Fırsatçı Enfeksiyonlar Konferansı	06	+ Çin albuvirtidi onaylıyor: haftada bir enjekte edilebilen giriş inhibitörü
25th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections		TEDAVİYE İLİŞKİN UYARILAR 22
4-7 Mart 2018 Boston, Amerika Birleşik Devletleri		+ Dolutegravir kullanırken gebe kalan kadınlardan doğan bebeklerde güvenliğe ilişkin sinyaller olabileceğini belirten BHIVA bildirimi
+ HIV'de şifaya doğru adım adım: bNAb ve TLR-7 agonistleri makaklarda viral geri tepmeyi azaltıyor		YAN ETKİLER, KOMPLİKASYONLAR 23
+ Kadınların HIV pozitif olma riski geç gebelikte üç kat ve doğumdan sonra dört kat artıyor		+ D:A:D çalışması güçlendirilmiş darunavirin kardiyovasküler riski artırdığını, atazanavirin bu tür bir etkisinin olmadığını ortaya koydu
+ Statin kullanımı HIV pozitiflerdeki kanser riskini düşürebilir		KORUNMA VE BULAŞMA 25
+ DolPHIN 1 çalışmasının ön sonuçları gebeliğin son üç ayında standart dozda dolutegravirin yeterli olduğunu gösteriyor		+ Avustralya'da temas öncesi korunmaya yaygın erişim, temas öncesi korunma kullanmayan ve kondom kullanımı az olan bireylerde dahi HIV enfeksiyonlarının azalmasını sağladı
+ REALITY çalışmasında CD4 T lenfosit düzeyi düşük olan hastalarda raltegravir ile bağışık yeniden yapılanma sendromunda artış olmadığı gösterildi		TÜRKİYE'DEN SAYFALAR 28
+ Ergenlerde tenofovir alafenamide geçiş güvenli ve etkin: farmakokinetik özellikleri yetişkinlerdekine benzer		+ Söyleşi
+ Antiretroviral tedavi kullananlarda kemik kaybının hızı ilk yıldan sonra yavaşlıyor		+ HIV/AIDS Kongresi 2018
İngiliz HIV Birliği/İngiliz Cinsel Sağlık ve HIV Birliği 4. Birleşik Konferansı	15	+ Pozitif Köşe
4th Joint British HIV Association (BHIVA)/British Association for Sexual Health and HIV (BASHH) Conference		I-BASE YAYINLARI 35
17-20 Nisan 2018 Edinburgh, İngiltere		
+ Tenofovir alafenamidin ve tenofovir disoproksil fumaratın güçlendirilmiş ve güçlendirilmemiş		

hiv +tedavi bülteni

türkiye Ağustos 2018 sayı:2

ISSN 2146-2232

Editör

Deniz Gökengin

Yardımcı Editör

Ekin Ertem

Türkiye'den Sayfalar Editörü

Tekin Tutar

Sahibi ve Sorumlu Müdürü

Ege Üniversitesi HIV/AIDS
Uygulama ve Araştırma Merkezi
(EGEHAUM) adına,
Deniz Gökengin

EGEHAUM yayınıdır.

Yılda üç sayı yayınlanır.

Yayın Türü

Yaygın Süreli

İletişim Adresi

Ege Üniversitesi HIV/AIDS
Uygulama ve Araştırma Merkezi
(EGEHAUM)
35100 Bornova İZMİR
Tel. ve Faks. +90 232 343 71 30
www.egehaum.com
e-posta:egehaum@gmail.com

Yayın

Prodo Danışmanlık Eğitim İletişim
Mithatpaşa Cad. No. 886/4
Göztepe İZMİR
Tel. +90 232 224 11 35
e-posta: hadisagin@prodo.com.tr

Baskı

Ege CTP
374 sok. No. 9/2 3. Sanayi Sitesi
Bornova İZMİR
Tel: +90 232 462 33 24
+90 232 462 33 29
e-posta: egectp@gmail.com

Tasarım ve Dizgi

Can Dereli

Yayın Kurulu

Firdevs Aktaş, Gazi Üniversitesi, Ankara

Başak Dokuzoğuz, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Ankara

Figen Kaptan, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

Ateş Kara, Hacettepe Üniversitesi, Ankara

Volkan Korten, Marmara Üniversitesi, İstanbul

Arzu Nazlı Zeka, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir

Tekin Tutar, Pozitif-iz Derneği, İstanbul

Serhat Ünal, Hacettepe Üniversitesi, Ankara

Taner Yıldırım, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

HIV Tedavi Bülteni - Türkiye projesi, Ege
Üniversitesi HIV/AIDS Araştırma Uygulama
Merkezi (EGEHAUM) ve International HIV
Partnerships (IHIVP) tarafından ortak
olarak yürütülmektedir.

HIV Tedavi Bülteni-Türkiye, HIV i-Base
tarafından aylık olarak yayımlanan HIV
Treatment Bulletin'dan çevirileri ve
Türkiye'den HIV ile ilişkili haber, bilgi ve
yayımları kapsayan, yılda üç kez hem basılı
hem de elektronik formatta yayımlanan
bir bültendir. Amacı, sağlık çalışanlarına
ve HIV pozitif bireylere, HIV tedavisi
konusundaki en güncel bilgileri zamanında
aktarmaktır.

EGEHAUM 2009 yılında Ege Üniversitesi
tarafından, HIV/AIDS ile yaşayanların
kaliteli sağlık hizmetine ulaşmalarını
sağlamak, toplumu HIV/AIDS'ten koruyacak

çalışmalar yapmak, eğitim, araştırma,
iletişim ve takım oluşturma çalışmaları
yürütmek amacıyla kurulmuştur.

International HIV Partnerships (www.ihivp.org), HIV ve HIV ile ilişkili durumlarda
hızlı ve etkin yanıtlar oluşturmak amacıyla,
HIV konusundaki paydaşlar ile stratejik
ortaklıklar kurar. IHIVP'nin danışmanları
Benjamin Collins ve Ben Cheng, proje
geliştirme, tedavi ve araştırma konusunda
bilgi sağlama, savunuculuk, hastalar,
aktivistler, doktorlar, hemşireler ve
diğer sağlık çalışanları, bilim insanları,
araştırmacılar, akademisyenler, uluslar
arası kuruluşlar, resmi kurumlar ve ilaç
ve tıbbi tanı konusunda çalışan şirketler
gibi taraflarla iletişim ağı oluşturma ve
tarafları eğitme konusunda 25 yıllık bir
deneyime sahiptir.



GlaxoSmithKline tarafından koşulsuz desteklenmiştir.

EDİTÖRDEN

Değerli Okur,

Ege Üniversitesi HIV/AIDS Araştırma ve Uygulama Merkezi (EGEHAUM) ve International HIV Partnerships (IHP) ile ortak yürütülen bir proje kapsamında yayımlanan HIV Tedavi Bülteni—Türkiye’nin, 2018 yılı Ağustos sayısını sizlere sunmaktan mutluluk duyuyorum. Bu sayıda HIV alanında üç önemli toplantıda sunulmuş ve ilginizi çekeceğini düşündüğüm birçok çalışmanın özetleri ve yorumları yer alıyor. Özellikle şifa alanında yeni ufuklar açacak gibi görünen geniş çaplı nötralizasyon yapan antikorlar ile makaklarda umut vaat eden bulgular elde edildiğine dair çalışmanın, dolutegravir ile ilgili son gelişmelerin ardından dolutegravirin gebelikte kullanımına ilişkin British HIV Association tarafından yayımlanan önerilerin ve daha önce İngiltere’de bazı cinsel sağlık kliniklerinde olduğu gibi, temas öncesi profilaksi kullanımının yeni HIV bulaşlarını Avustralya’da da azalttığına dair heyecan verici bulguların sunulduğu çalışmanın ilginizi çekeceğini düşünüyorum.

Türkiye’den Sayfalar bölümünde Söyleşi köşesinde, HIV alanında çok sayıda deneyimli aktivistin önderliğinde yeni kurulmuş olan ve bu alandaki çalışmalarına hızla başlayan Pozitif-iz Derneği’nin

çalışanları ile derneğin hâlihazırdaki çalışmaları ve geleceğe ilişkin projeleri hakkında bir söyleşi yaptık. Pozitif Köşe’de ise her zaman olduğu gibi, HIV ile yaşayan bir arkadaşımızın öyküsünü okuyacaksınız.

HIV Treatment Bulletin’ın yayın hakkını EGEHAUM’a veren Simon Collins’e, HIV Tedavi Bülteni - Türkiye’nin yayın kurulunda yer almaya devam eden değerli meslektaşlarıma, derginin her aşamasında değerli katkılarını esirgemeyen Benjamin Collins’e, Türkiye’den sayfaların hazırlanmasında emeği geçen Tekin Tutar’a, dergiyi yayına hazırlayan Prodo Danışmanlık Eğitim İletişim ve Hadi Sağın’a, derginin tasarımını yapan Can Dereli’ye, basım işlemlerini üstlenen EGE CTP ve Uğur Abur’a ve derginin basımına koşulsuz destek sağlayan GlaxoSmithKline’a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Saygılarımla

Prof. Dr. Deniz Gökengin
Editör

16. Avrupa AIDS Konferansı

16th European AIDS Conference
25-27 Ekim 2017 Milano, İtalya

Dolutegravirin uyku, kardiyovasküler sistem, santral sinir sistemi ve bağışıklığın yeniden yapılanma sendromu (BYYS) üzerine etkileri

Polly Clayden, HIV i-Base

25-27 Ekim 2017 tarihlerinde İtalya'nın Milano kentinde düzenlenen 16. Avrupa AIDS Konferansı (16th European AIDS Conference-EACS 2017)'nda sunulan randomize çalışmaların meta analizinde, dolutegravirin uykusuzluğa neden olma riskinin diğer antiretrovirallere göre biraz daha fazla olduğu belirtilmiştir. Ancak diğer santral sinir sistemi yan etkileri açısından fark saptanmamıştır. [1]

Dolutegravir (DTG) ve diğer antiretroviraller arasında, kalple ilişkili ciddi yan etkiler açısından fark saptanmamıştır. Bağışıklığın yeniden yapılanma sendromu (BYYS) gelişme riski düşük gibi görünmekle birlikte, Centers for Disease Control (CDC) sınıflamasına göre evre C hastalığı olanlar meta analizdeki temel çalışmalara alınmamıştır.

Gözlemsel çalışmalarda, DTG ile santral sinir sistemi yan etkilerinin daha fazla olduğu ileri sürülmüştür. Dolutegravir tedavisi altındayken miyokardit gelişen iki olgu sunumu yayımlanmıştır. İki kohort çalışmasında ise entegraz inhibitörleri BYYS ile ilişkili bulunmuştur.

Liverpool Üniversitesinden Andrew Hill ve Londra Kraliyet Koleji'nden Nikkita Mitchell, bu verileri kullanarak DTG ve diğer antiretroviralleri yan etkiler açısından karşılaştıracak bir meta analiz yapmış ve DTG, efavirenz (EFV) ve diğer antiretroviralleri intihara eğilim açısından iki farklı analizde karşılaştırmışlardır. Meta analize alınan randomize çalışmalarda toplam 6647 hasta takip yılı bulunmaktadır.

Ciddi kardiyak yan etkiler için araştırmacılar SINGLE, SAILING, FLAMINGO, SPRING-1, SPRING-2, ARIA,

STRIIVING ve NEAT SSAT 060 çalışmalarını meta-analize almışlardır.

Analizde kalple ilişkili ciddi yan etkiler, DTG alan katılımcıların %0,7'sinde (15/2202), diğer antiretroviralleri kullananların ise %0,4'ünde (8/2215) görülmüştür; bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (risk oranı-RO=1,69). SPRING-1 çalışmasında sadece 1/25 ciddi kardiyak yan etki DTG ile ilişkili, yine aynı çalışmada bir ciddi kardiyak yan etki ise muhtemelen ilişkili bulunmuştur. Ciddi kardiyak yan etkileri olan 23 olgunun 19'una ait özgeçmiş bilgileri elde edilmiştir; bunların 17/19'unda (%89) zeminde kardiyak risk faktörü bulunmaktadır.

SINGLE ve SPRING -1 çalışmalarında intihar eğilimi, DTG alanlarda 5/465 (%1,1) iken, EFV kullananlarda 6/469 (%1,3) bulunmuştur; aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Diğer çalışmalarda intihara eğilim DTG alanlarda 15/2250 (%0,7) ve diğer antiretroviralleri alanlarda ise 9/2257 (%0,4) saptanmıştır; aradaki fark anlamlı değildir (RO=1,58). Dolutegravir ve diğer antiretroviraller arasında santral sinir sistemi etkileri açısından fark saptanmamıştır.

Dolutegravir alan grupta 1-4. dereceden uykusuzluk, diğer antiretroviraller ile kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha yüksek saptanmıştır [sırasıyla 165/2716 (%6,1) ve 124/2727 (%4,5); p=0,02].

Bağışıklığın yeniden yapılanması sendromu SINGEL çalışmasına DTG alan 1/414, EFV alan 2/419 kişide; SAILING çalışmasında, DTG alan 6/354, raltegravir (RAL) alan 3/361 kişide; SPRING-2 çalışmasında DTG alan 1/411 ve RAL alan 0/411 kişide gözlenmiştir. SPRING-1, FLAMINGO, STRIIVING ve NEAT SSAT 060 çalışmalarında BYYS gelişen olgu saptanmamıştır. Çalışmalarda DTG ve diğer antiretroviraller arasında BYYS görülmesi açısından fark bulunmamıştır. Ancak randomize kontrollü çalışmalara, CD4 T lenfosit

değeri düşük olup, BYYS gelişme riski yüksek olan olgular dâhil edilmemiştir.

Yazarlar, DTG kullananlardaki ciddi yan etki riskinin SINGLE çalışmasında EFV'den, FLAMINGO çalışmasında darunavir (DRV)/ritonavir(r)'den ve ARIA çalışmasında atazanavir (ATV)/r'den daha düşük olduğunu belirtmişlerdir.

Tamamlanan diğer randomize kontrollü çalışmaların [DAWNING (s=627), SWORD 1 ve 2 (s=1024), Gilead trial 1489 (s=629) ve Gilead trial 1490 (s=645)] da yeni güvenlik analizi yapmaları gerektiği vurgulanmıştır. Devamlı farmakovijilansa ve güvenliğin takibi için düzenli meta-analizlere gereksinim olduğu belirtilmiştir. 

Yorum

Yeni antiretrovirallerin yan etkilerini, özellikle de düşük ve orta gelirli ülkelerde milyonlarca insanın tedavisinde kullanılacak dolutegravirin yan etkilerini takip etmek çok önemlidir.

Tüm bu veriler, özellikle de intihar eğilimi için görece riskin istatistiksel açıdan anlamlı olmaması güven vericidir (genel etki için test $z=0,53$; $p=0,6$).

Çalışmalarda BYYS gelişme riski düşük bulunmuş olsa da, yüksek riskli grupların bu çalışmalara alınmamış olduğu unutulmamalıdır. Güney Afrika ve Kamerun'da devam eden ve gerçek yaşam verilerini kapsayan ADVANCE ve NAMSAL çalışmaları, DTG ile BYYS gelişme riski hakkında daha fazla veri sağlayacaktır.

Bu çalışma grubu, randomize çalışmalar tamamlandıkça dolutegravirin güvenilirliğini araştırmaya ve bize veri sağlamaya devam edeceklerdir.

Ayrıca EACS'ta birçok posterde de DTG ile ilişkili yan etkilerin diğer entegraz inhibitörlerine göre daha düşük olduğu ve bazı küçük farklılıklar içerdiği sunulmuştur.

Hollanda'da yapılan ATHENA kohort çalışmasında DTG ile elvitegravir arasında ilacı bırakmak açısından fark olmadığı gösterilmiştir. [2]

Bin elli yedi hastanın (yaklaşık 600'ü tedavi deneyimsiz) katıldığı İtalyan ICONA çalışmasında, yan etkiler nedeniyle bir yıl içinde ilacı bırakma oranı %2,5 olarak belirtilmiştir. [3]

İngiltere'deki bir çalışmada ise uyku değişikliği nedeniyle ilacı bırakma oranı, 50'si tedavi deneyimsiz 181 hastada %2,2 saptanmış ve ilacın alınma zamanı değiştirilerek uyku düzeni sağlanmıştır. [4]

Dolutegravir temelli antiretroviral tedavi kullanan 400'den fazla hastanın alındığı Alman çalışmasında, 27 ayda yan etkiler nedeniyle ilacı bırakma oranı %5,8 saptanmıştır. [5]

Marta Boffito ve arkadaşları, farmakokinetik çalıştayında 60 yaşın üzerindeki hastalarda dolutegravirin uyku üzerindeki etkilerini araştıran 6 aylık çalışmalarının sonuçlarını sunmuştur. Çalışmada, DTG maksimum konsantrasyon (Cmaks) ve eğri altındaki alan (EAA) değerlerinin yüksek olmasının uyku süresini azalttığı, ancak DTG/abakavir/lamivudin başlandıktan 28 gün sonra uyku skorlarında anlamlı fark olmadığı gösterilmiştir.[6]

Efavirenzin neden olduğu santral sinir sistemi yan etkilerinden farklı olarak dolutegraviri sabah almak uykusuzluğu, gündüz bir sorun yaratmadan ortadan kaldırabilir.

Kaynaklar

1. Hill A and Mitchell N. Meta-analysis of safety for DTG versus other ARVs in randomised trials: analysis of cardiovascular, CNS and IRIS endpoints. 16. EACS, 2017, Milano, İtalya. Poster PE12/17.
2. Bollen P ve ark. Discontinuation of dolutegravir- and elvitegravir-containing cART in the Netherlands: incidence rates and risk factors. 16. EACS, 2017, Milano, İtalya. Poster PE12/10.
3. Mondini A ve ark. Effectiveness and discontinuation rate of dolutegravir (DTG)-based regimens as either first line or switch antiretroviral therapy (ART): data from the Icona Cohort. 16. EACS, 2017, Milano, İtalya. Poster PE9/83.
4. Migliorini D ve ark. Experience in using dolutegravir in experienced and treatment naïve patients attending two HIV clinics in Northamptonshire UK. 16. EACS, 2017, Milano, İtalya. Poster PE12/3.
5. Lüftenegger D ve ark. Tolerability and persistence of dolutegravir-based regimens: second interim analysis of the prospective multicenter DOL-ART cohort. 16. EACS, 2017, Milano, İtalya. Poster PE9/52.
6. Elliot E ve ark. Relationship between dolutegravir plasma exposure, quality of sleep and its functional outcome in patients living with HIV over the age of 60 years. 18. International Workshop on Clinical Pharmacology of Antiviral Therapy, 14- 16 Haziran 2017, Chicago, ABD. Sözel sunum O8.

http://regist2.virologyeducation.com/2017/18AntiviralPK/11_Boffito.pdf (PDF)

Diğer web sitelerinin bağlantıları yayın tarihinde güncel olsa da sürdürülmeyebilir.

25. Retrovirüsler ve Fırsatçı Enfeksiyonlar Konferansı

25th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections

4-7 Mart 2018 Boston, Amerika Birleşik Devletleri

HIV'de şifaya doğru adım adım: bNAb ve TLR-7 agonistleri makaklarda viral geri tepmeyi azaltıyor

Simon Collins, HIV i-Base

4-7 Mart 2018 tarihlerinde Amerika Birleşik Devletleri'nin Boston kentinde düzenlenen 25. Retrovirüsler ve Fırsatçı Enfeksiyonlar Konferansı (25th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections-CROI) 2018'de sunulmadan önce bir basın açıklaması ile duyurulan bir çalışma, şifaya ilişkin çalışmaların ne kadar önemli olduğunu ortaya koymuştur. Makaklarda yapılan ve kavram kanıtlama niteliği taşıyan bu çalışmada, HIV enfeksiyonunun şifa ile sonlanmasında geniş çaplı nötralizasyon yapan antikorların (broadly neutralizing antibodies-bNAb) önemli bir role sahip olabileceğini ortaya koymuştur.

Bunlar hayvanlarda elde edilmiş erken sonuçlar olmakla birlikte, SIV-HIV kimerik virüsü SHIV-SF162P3 ile enfekte edilmiş makakların yarısında, tedavi kesildikten sonra viral geri tepmede gecikme olduğunu ve geri tepme gözlemlendiğinde de düşük düzeyde olduğunu göstermiş olmaları nedeniyle ümit vaat etmektedir.

Boston'daki Beth Israel Deaconess Tıp Merkezi'nde yapılmış olan ve bNAb PGT121 ile TLR-agonisti GS-9620'nin (Vesatolimod; Gilead tarafından geliştirilen bir ilaç) birlikte kullanıldığı çalışmanın en önemli sonuçları Dan Barouch tarafından sunulmuştur. [1]

Çalışmaya, SHIV ile enfekte edilmiş, Rhesus cinsi 44 makak dâhil edilmiş ve bu maymunlara, enfeksiyonun 7. gününden itibaren başlamak suretiyle (akut enfeksiyon sırasında) iki yıl boyunca her gün antiretroviral tedavi (dolutegravir/tenofovir disoproksil fumarat/emtricitabin-DTG/TDF/FTC)

uygulanmıştır. Daha sonra hayvanlar, dört gruptan birine (her birinde s=11) rastgele atanmıştır.

1. 10 mg/kg PGT121 infüzyon ile (2 haftada bir x 5 doz).
2. 0,15 mg/kg GS-9620 oral gavaj ile (2 haftada bir x 10 doz).
3. Hem PGT121 hem de GS-9620.
4. Plasebo kontroller.

Son girişimden 16 hafta sonra antiretroviral tedavi kesilmiş ve viral yük izlenmiştir.

GT121 antikorları 10 hafta boyunca tedavi edici düzeyde devam etmiş, ancak antiretroviral tedavi kesilmeden sekiz hafta önce kanda, lenf düğümlerinde ve kolorektal dokuda saptanabilir düzeyin altına inmiştir.

Lenf düğümlerindeki viral DNA, PGT121+GS-9620 ile tedavi edilen hayvanlarda, plasebo grubundakilere göre anlamlı ölçüde daha düşük bulunmuştur (p=0,004, Mann-Whitney testi). Antiretroviral tedavi kesildikten sonra, plasebo grubundaki hayvanların hepsinde (11/11; %100), ortanca 21 gün (çeyrek değerler genişliği-ÇDG 21-42 gün) içinde viral yük yeniden yükselmiştir. Buna karşılık, PGT121+GS-9620 ile tedavi edilen hayvanların sadece %55'inde (6/11) 140 gün civarında geri tepme gözlenmiştir (p=0,03, Fisher's exact testi). Plasebo grubu ile karşılaştırıldığında bu grupta, ortanca geri tepme zamanında 112 gün (ÇDG 84-140+) gibi önemli ölçüde bir gecikme olduğu (p=0,0005, Mann-Whitney testi) ve en yüksek viral yük değerinde 2,64 ve viral yük sabitleme noktasında da 1,52 logaritmalık bir azalma olduğu (p<0,0001, Mann-Whitney testi) gözlenmiştir. PGT121+GS-9620 ile tedavi edilen hayvanların tamamında viral yükün sabitleme noktası <400 kopya /mL olmuştur. Sadece PGT121 kullanılan hayvanlarda ise daha ılımlı sonuçlar elde edilmiştir. (Tablo 1)

Bu çalışmaya ait daha fazla ayrıntı, çalışmayı destekleyen Ulusal Alerji ve Enfeksiyon Hastalıkları Enstitüsü ve GS-9620 maddesini geliştiren Gilead

tarafından yapılan basın açıklamalarında bulunabilir. [2, 3] 

	<i>Plasebo</i>	<i>PGT121 + GS-9620</i>	<i>p</i>
Geri tepme olanların sayısı	11/11	6/11	0,03
Geri tepmeye kadar geçen ortalama zaman (gün)	21 gün (ÇDG 21 ile 42)	112 gün (ÇDG 84 ile 140+)	0,0005
Viral yük sabitleme noktası	12.500 kopya/mL	< 400 kopya/mL	-1,52 logaritmalık fark (p<0,0001)

ÇDG, çeyrek değerler genişliği.

Tablo 1. Plasebo ve ikili tedavi kollarında antiretroviral tedavi kesildikten sonra elde edilen yanıtlar

Yorum

Bu bulgular, bNAb'lerin, akut enfeksiyonda antiretroviral tedavi başlanıp daha sonra kesildiğinde viral dinamikleri önemli ölçüde etkileyebildiğini göstermiştir. Ancak araştırmacılar, HIV enfeksiyonunun şifa ile sonlandırılması açısından bunların henüz çok erken bulgular olduğuna vurgu yapmışlardır.

Viral dinamikler üzerindeki bu etkinin mekanizması ise tam olarak anlaşılamamıştır. Bu bileşiklerin, rezervuardaki HIV ile enfekte hücreleri hedef almak yerine, CD4 T lenfositlerinin genel yanıtlarını uyardıklarını bilmek önemlidir.

Ayrıca, laboratuvar ortamında oluşturulmuş ve çoğunlukla korunmaya ilişkin deneylerde kullanılmış olan SIV-HIV kimerik virüsü SHIV-SF162P3'e karşı elde edilen yanıtların, insanlardaki HIV'e nasıl uyarlanabileceği de bilinmemektedir.

Bazı araştırmacı gruplar korunma (temas öncesi profilaksi ve aşı stratejileri) ve tedavide kullanılabilecek bNAb'lerle bazı girişimler yürütmektedirler. Mevcut bNAb'lerin uygulama alanları sınırlıdır. Ancak daha geniş etkili ve daha güçlü moleküllerin geliştirilmesi beklenmektedir ve bunların birlikte kullanımı ile heyecan verici sonuçlar elde edilmesi ümit edilmektedir.

Kaynaklar

1. Borducchi E et al. PGT121 combined with GS-9620 delays viral rebound in SHIV-infected rhesus monkeys. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 3-6 Mart 2018, Boston, ABD. Geç başvurulu sözlü sunum özeti 73LB.

<http://www.croiconference.org/sessions/pgt121-combined-gs-9620-delays-viral-rebound-shiv-infected-rhesus-monkeys> (özet)

<http://www.croiwebcasts.org/console/player/37169> (web sunumu)

2. NIAID basın açıklaması. Broadly neutralizing antibody treatment may target viral reservoir in monkeys: NIH-supported scientists find combination therapy suppresses HIV-like virus in primates. (04 Mart 2018)

<https://www.niaid.nih.gov/news-events/broadly-neutralizing-antibody-treatment-may-target-viral-reservoir-monkeys>

3. Gilead basın açıklaması. Gilead announces data from new preclinical study evaluating a combination of an investigational TLR7 agonist and an investigational HIV envelope targeting antibody in SHIV-infected, virally suppressed monkeys. (04 Mart 2018).

<http://www.gilead.com/news/press-releases>

Diğer web sitelerinin bağlantıları yayın tarihinde güncel olsa da sürdürülmeyebilir.

Kadınların HIV pozitif olma riski geç gebelikte üç kat ve doğumdan sonra dört kat artıyor

Polly Clayden, HIV i-Base

HIV enfeksiyonundan korunmaya ilişkin iki ayrı çalışmada, her bir kondomsuz cinsel eylemde HIV edinme riskinin, gebelik boyunca giderek arttığı ve postpartum dönemde en yüksek

düzeyine çıktığı belirlenmiştir. Bu bulgu, gebelik sırasında ve sonrasında olan biyolojik değişikliklerin, kadınlarda HIV edinme riskini artırdığını düşündürmektedir.

Bu bulgular, 4-7 Mart 2018 tarihlerinde Amerika Birleşik Devletleri'nin Boston kentinde düzenlenen 25. Retrovirüsler ve Fırsatçı Enfeksiyonlar Konferansı (25th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections-CROI) 2018'de sunulmuş ve The Journal of Infectious Diseases'da 5 Mart 2018'de çevrimiçi yayımlanmıştır. [1, 2]

Geçmişteki çalışmalar, gebeliğin, HIV'in edinilmesi açısından bir risk faktörü olduğunu ortaya koymuştur. Beş ayrı çalışmanın 2014 tarihli bir meta analizinde, iki çalışmada riskin ikiye katlandığı, diğer çalışmalarda ise artış gözlenmediği bildirilmiş ve tüm çalışmalar dikkate alındığında riskin %30 arttığı belirtilmiştir.

Bu analiz için, Partners in Prevention HSV/HIV Transmission Çalışması'nın ve Partners PrEP Çalışması'nın araştırmacıları, her bir seks eylemi için HIV edinme olasılığını tahmin etmiş ve bu olasılıkları, gebe olunmayan dönemlerdeki olasılıklarla karşılaştırmıştır.

Çalışmanın birincil sonlanma noktası, önceden HIV negatif kadınların, çalışmadaki HIV pozitif partnerleri ile bağlantılı olarak HIV ile enfekte olduklarına dair ilk kanıtın bulunması şeklinde belirlenmiştir.

Partnerlerin seks sıklığı ve kondom kullanımı aylık raporlar halinde bildirilmiştir. Orijinal çalışmaya bağlı olmak üzere, HIV testleri ve gebelik testleri ayda bir veya üç ayda bir yapılmıştır. Zaman dilimleri erken gebelik (0-13 hafta), geç gebelik (14 haftadan doğuma veya kayba kadar), postpartum (doğumdan 6 aya kadar; kayıplar için daha az) ve gebeliğin veya postpartum dönemin olmadığı zaman şeklinde belirlenmiştir.

Araştırmacılar erkek partnerin viral yükü, aktif olarak temas öncesi profilaksi (TÖP) kullanımı, kondom kullanımı ve yaş için uyarılama yapılmış tamamlayıcı bir log-log analizi kullanmışlardır. Referans olgu, erkek partnerinin viral yükü 10.000 kopya/mL olan, TÖP kullanmayan 25 yaşında bir kadın olarak belirlenmiştir.

Çalışmaya, erkek partnerleri HIV pozitif olan (aniretroviral tedavi kullanmayan) ve korunmaya ilişkin iki çalışmada 48 aya kadar izlenmiş olan 2.751 Afrikalı HIV negatif kadın dâhil edilmiştir. Erkek partner tedaviye başladıktan sonra yapılan klinik ziyaretlerinde ve çalışmadaki partner ile bağlantılı olmayan HIV enfeksiyonlarına bağlı serokonversiyonlarda veriler sansürlenmiştir.

Çalışmaya dâhil edildikleri aşamada kadınların ortalanca yaşı 32,0 (çeyrek değerler genişliği-ÇDG 27,0-37,7); son ay içinde çalışmadaki partner ile cinsel eylem sayısı 4,0 (ÇDG 2,0-8,0) bulunmuştur; 670 katılımcı (%24) bir önceki ay içinde çalışmadaki partneri ile kondomsuz seks yaptığını ifade etmiştir.

Gebelik ilerledikçe cinsel eylem sıklığındaki azalma ve kondom kullanımı analizlerde hesaba katılmıştır.

İzlem sırasında 686 gebelik olmuş ve bu gebeliklerin 426'sı (%62,1) canlı doğum, 169'u (%24,6) kayıp ile sonuçlanmıştır; 91 (%13,3) gebeliğin, çalışma sonlandığında halen sürmekte olduğu tespit edilmiştir.

Çalışma sırasında gerçekleşen 78 yeni HIV enfeksiyonunun analizi, tüm grupta insidansın, her 100 kişi yılı için 1,62 (%95 güven aralığı-GA 1,29 ile 2,01) olduğunu ortaya koymuştur. İnsidans, tanımlanan zaman dilimlerine göre önemli ölçüde değişkenlik göstermiştir: gebeliğin ve postpartum dönemin olmadığı zaman diliminde 1,25 (%95 GA 0,95 ile 1,62), erken gebelikten postpartum döneme kadar olan zaman diliminde 5,37 (%95 GA 3,44 ile 7,99), erken gebelikte 3,75 (%95 GA 1,22 ile 8,75), geç gebelikte 7,02 (%95 GA 3,74 ile 12,01) ve postpartum dönemde 4,68 (%95 GA 1,72 ile 10,18).

Her 1000 cinsel eylem için HIV'in enfektivitesi (referans olgu kullanılarak hesaplanmıştır) gebeliğin ve postpartum dönemin olmadığı dönemde 1,05, erken gebelikte 2,19, geç gebelikte 2,97 ve postpartum dönemde 4,18 bulunmuştur.

Gebeliğin ve postpartum dönemin olmadığı dönem referans alındığında uyarlanmış görece risk (GR), erken gebelikten postpartum döneme kadar 2,76 (%95 GA 1,58 ile 4,81; $p < 0,001$) tespit edilmiştir. Görece risk erken ve geç gebelikte sırasıyla 2,07 (%95 GA 0,78 ile 5,49; $p = 0,14$) ve 2,82 (%95 GA 0,29 ile 6,15; $p = 0,01$) olmuştur.

Aktif TÖP koluna atanan kadınlar ile izlem sırasında hiç gebe kalmamış olan kadınlar dışlanarak ve postpartum dönem daha uzun tutularak yapılan duyarlılık analizlerinde de benzer bulgular elde edilmiştir.

Özet olarak, cinsel eylem başına HIV edinme riskinin geç gebelikte 3 kat, doğumdan sonra ise 4 kat artmış olduğu tespit edilmiştir. Araştırmacılar, bu bulguların, gebelikte ve postpartum dönemde olan biyolojik değişikliklerin, HIV'in edinilme riskine katkıda bulunduğuna işaret ettiğine dikkat çekmişler, ancak bu fenomene yol açabilecek herhangi bir biyolojik mekanizmayı değerlendirmemişlerdir.

Yorum

Araştırmacıların da vurguladığı gibi, antenatal bakım, HIV'e ilişkin korunma ve bakım hizmetlerinin teşvik edilmesi için büyük bir fırsat sunar.

Bu veriler, dört önemli noktaya vurgu yapmaktadır.

- Kadınların riskteki bu artış konusunda bilgilendirilmesi.
- Anne sağlığını izlemek için yapılan ziyaretlerde, özellikle de doğuma yakın dönemde ve doğumdan sonra HIV testlerinin tekrar edilmesi.
- HIV pozitif erkek eşlerin tanımlanması ve onların da antiretroviral tedavi programlarına dâhil edilmeleri.
- Riskin yükseldiği bu dönemlerde, ağızdan TÖP kullanımı da dâhil olmak üzere HIV'den korunma stratejilerinin kullanımının teşvik edilmesi.

Kaynaklar

1. Thomson KA et al. Female HIV acquisition per sex act is elevated in late pregnancy and postpartum. 25th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections 4–7 Mart 2018, Boston, ABD. Sözlü sunum özeti 45.

www.croiconference.org/sessions/female-hiv-acquisition-sex-act-elevated-late-pregnancy-and-postpartum (özet)

www.croiwebcasts.org/console/player/37088 (web sunumu)

2. Thomson KA et al. Increased risk of female HIV-1 acquisition throughout pregnancy and postpartum: a prospective per-coital act analysis among women with HIV-1 infected partners. The Journal of Infectious Diseases. 5 Mart 2018'de çevrimiçi yayımlanmıştır.

<https://academic.oup.com/jid/advance-article-abstract/doi/10.1093/infdis/jiy113/4915924>

Diğer web sitelerinin bağlantıları yayın tarihinde güncel olsa da sürdürülmeyebilir.

Statin kullanımı HIV pozitiflerdeki kanser riskini düşürebilir

Simon Collins, HIV i-Base

Yaşlanan Gaziler Kohort Çalışması [Veteran's Ageing Cohort Study (VACS)] kapsamında yapılan geniş çaplı olgu kontrol analizinde, HIV pozitiflerde statin kullanımı ile virüsle bağlantılı kanser gelişme riskinde azalma arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Statinlerin tümör hücrelerine karşı gelişen bağışık yanıtı olumlu yönde etkilediği, daha önceki küçük ölçekli çalışmalarda bildirilmiştir.

HIV pozitifler ile yapılan çalışmalarda da faydalı olduğu gösterilmiş olsa da, bu çalışmalardaki katılımcı sayısı az, izlem süresi kısa ya da kanser bilgisi sınırlıdır.

4-7 Mart 2018 tarihlerinde Amerika Birleşik Devletleri'nin Boston kentinde düzenlenen olan 25. Retrovirüsler ve Fırsatçı Enfeksiyonlar Konferansı (25th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections-CROI) 2018'de Roger Bedimo ve arkadaşları tarafından sunulan çalışma, VACS kapsamında 150.000 hastanın (katılımcıların %97'si erkek, üçte biri HIV pozitif) analiz edildiği bir olgu kontrol çalışmasıdır. Bu kohort çalışmasında 2001 ile 2012 yılları arasında statin kullanan 25.000 katılımcı,

statin kullanmayan 50.000 kişiden oluşan kontrol grubuyla 1:2 oranında olacak şekilde eşleştirilmiştir.

Yarısı statin kullanan yarısı kullanmayan 24.000 katılımcı (5000 HIV pozitif ve 19.000 HIV negatif) ile bir eğilim skoru modeli geliştirilmiştir. Katılımcılar kanser tanısı konulana kadar izlenmiştir. Katılımcılar statin reçetelenmesinde etkili olabilecek yaş, zaman, kronik enfeksiyonlar ve laboratuvar göstergeleri (düşük dansiteli lipoprotein kolesterol, albümin, Fib-4 endeksi gibi) açısından kontrolleriyle eşleştirilmiştir.

Kanser sıklığı HIV pozitif grupta HIV negatif olanlara göre daha fazla (sırasıyla %9 ve %7) görülmüş ve kanserler daha erken (sırasıyla 3,6 ve 4,5 yıl) saptanmıştır. Statin kullanan HIV pozitiflerde kanserler statin kullanmayanlara kıyasla daha geç dönemde ortaya çıkmıştır (sırasıyla 4,9 ve 3,7 yıl).

Çalışmada statin kullanımı HIV durumundan bağımsız olarak tüm kanser türlerinde azalma sağlamıştır. Ancak HIV pozitif bireylerdeki etkisi sınırdan saptanmıştır. (Tablo 2)

Virüslerle ilişkili kanserlerde (anal, orofarenks, karaciğer ve non-Hodgkin lenfoma) tüm gruplarda anlamlı azalma görülmüştür. Ancak virüs ile ilişkili olmasına rağmen Hodgkin lenfomada azalma saptanmamıştır. En fazla azalma HIV negatif bireylerde anal kanserde ve karaciğer kanserinde olmuştur.(odds oranı-OR 0,28 ; %95 güven aralığı-

GA 0,10 – 0,82). Virüsler ile ilişkisiz kanserlerde de azalma görülmüştür. (OO 0,63; %95GA 0,57 – 0,70; p<0,0001)

Tüm gruplar ve alt gruplar dikkate alındığında, statin kullanımı ile herhangi bir kanser riskinde artış saptanmamıştır.

Ana kohortta 4.431 ölüm görülmüştür; statin kullanımının ölüm riskini kullanmayanlara

göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde azalttığı belirlenmiştir (OO 0,55; %95 GA 0,50 -0,61).

Sunumdan sonra sorular kısmında, VACS'da katılımcıların çoğunlukla düşük sosyoekonomik seviyeden olması nedeniyle, yüksek sosyoekonomik seviyenin sonuçlara etkisinin de dışlanmış olduğu belirtilmiştir. Statinlerin daha farklı etkileri için ileri analizlerin planlandığı bildirilmiştir. 

Kanser Tipi	Tüm katılımcılar OO (%95GA)	P değeri	HIV negatif OO (%95GA)	HIV pozitif OO (%95GA)	Etkileşme için p değeri
Tüm kanserler s=1799	0,61 (0,56 ile 0,67)	<0,0001	0,65 (0,59 ile 0,72)	0,51 (0,40 ile 0,64)	0,051
AIDS-tanımlayan kanserler s=64	0,61 (0,56 ile 0,67)	<0,0001	0,65 (0,59 ile 0,72)	0,51 (0,40 ile 0,64)	0,8
Diğer kanserler s=1712	0,63 (0,58 ile 0,69)	<0,0001	0,67 (0,60 ile 0,74)	0,53 (0,41 ile 0,67)	0,1

GA, güven aralığı; OO, odds oranı

Tablo 2. Statin kullanımı ve kanser riski: HIV durumuna ve kanser tipine göre

Yorum

Statinler güvenilir ve etkili olmalarına, yaygın olarak kullanılmalarına rağmen, HIV pozitif kohortlarda kardiyovasküler risklerin iyi yönetilemediği görülmüştür. Bu durum statin kullanımındaki isteksizlik ile ilişkili olabilir.

Çalışmanın verileri, statin kullanımını teşvik etmek için ek bir gerekçe olabilir.

Ancak HIV pozitiflerde görülen bu faydaların genel toplumu kapsayan geniş meta analizlerde neden görülemediğini anlamak güçtür.

Bu çalışmada statinlerin kanser sıklığını azaltması yönünde görülen bu pozitif etki, etki karışımı yaratan diğer faktörler nedeniyle dikkatli yorumlanmalıdır. VACS'da katılımcıların düşük sosyoekonomik durumları benzer de olsa, insanların sağlık ve ilaç kullanımı konusundaki tutumlarının bu çalışmada ortaya çıkarılması mümkün değildir.

Kaynaklar

1. Bedimo R et al. Statin exposure is associated with decreased risk of cancer. 25. CROI, 4 – 7 Mart 2018, Boston, ABD. Sözlü sunum 132. www.croiconference.org/sessions/statin-exposure-associated-decreased-risk-cancer (özet)
www.croiwebcasts.org/console/player/37301 (web sunumu)
Diğer web sitelerinin bağlantıları yayın tarihinde güncel olsa da sürdürülmeyebilir.

DOLPHIN 1 çalışmasının ön sonuçları gebeliğin son üç ayında standart dozda dolutegravirin yeterli olduğunu gösteriyor

Polly Clayden, HIV i-Base

Bugüne dek yayımlanmış diğer çalışmalardakine benzer şekilde, DolPHIN 1 çalışması da gebeliğin üçüncü üç ayında dolutegravirin standart dozunun yeterli olduğunu göstermiştir. Gebeliğin geç döneminde antiretroviral tedavi almaya başlayan kadınlar, HIV'in vertikal geçişi ve gebeliğe ilişkin olumsuz

sonuçlar gelişmesi açısından yüksek riskli grupta bulunmaktadır.

DolPHIN 1 çalışması, Güney Afrika'da Kampala, Uganda ve Cape Town antenatal kliniklerine kontrole gelen, 28. ile 36. gebelik haftasında bulunan, daha önce antiretroviral tedavi kullanmamış 60 gebe kadında 50 mg dolutegravir (DTG) + 2 nükleozit analogu revers transkriptaz inhibitörü (NRTI) ile 600

mg efavirenz (EFV) + 2 NRTI rejimlerini randomize kontrollü olarak değerlendirmiştir.

Çalışmanın ön sonuçları, 4-7 Mart 2018 tarihlerinde Amerika Birleşik Devletleri'nin Boston kentinde düzenlenen olan 25. Retrovirüsler ve Fırsatçı Enfeksiyonlar Konferansı (25th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections-CROI) 2018'de sunulmuştur. Bu ara analizde, doğum yapan ilk 16 kadının sonuçları, güvenlik ve DTG standart dozunun son üç ayda yeterliliği yönünden değerlendirilmiştir.

Çalışma, Liverpool Üniversitesi, Uganda Kampala Enfeksiyon Hastalıkları Enstitüsü, Desmond Tutu HIV Vakfı ve Cape Town Üniversitesi'nin işbirliği ile gerçekleştirilmiştir.

Gebeliğin geç döneminde tanı konan kadınlara antiretroviral tedavi ivedilikle (çalışmaya uygunluk için gerekli laboratuvar sonuçları beklenmeden) başlanmıştır. Tüm katılımcılara standart uygulama olan EFV temelli antiretroviral tedavi başlanmış, daha sonra grup, aynı tedaviye devam edenler ya da ortalama üç gün içinde (1 ile 8 gün arasında) DTG + 2NRTI rejimine geçenler şeklinde randomize edilmiştir.

Birincil sonlanım noktası üçüncü üç aydaki ve postpartum ilk iki haftadaki DTG'nin eğri altındaki alan (EAA)o-24 değeri olarak belirlenmiştir. İkincil sonlanım noktası ise doğum sırasındaki HIV

RNA düzeyinin <50 kopya/mL olması ve DTG'nin kadınlardaki ve bebeklerdeki güvenlik ve tolere edilebilirliği olarak belirlenmiştir.

Dolutegravir tedavisinin ikinci haftasında, dozdan önceki, 0,5, 1, 2, 3, 4, 6 ve 8. saatlerde ve dozdan sonraki 24. saatte örnekler alınmıştır. Doğum yapan 16 kadın, 8'i EFV ve 8'i de DTG grubunda olacak şekilde ayrılmıştır. Başlangıçtaki HIV RNA düzeyi her iki kolda benzer şekilde ortalama 4,15 log kopya/mL bulunmuştur (aralık 2,43-6,07). On dördüncü ve 28. günlerde HIV RNA miktarı saptanabilir seviyenin altında olanlar, DTG grubunda sırasıyla 5/8 ve 4/8, EFV grubunda ise sırasıyla 1/5 ve 2/7 olarak belirtilmiştir; doğumdan iki hafta sonra ise, DTG grubunda 5/6 ve EFV grubunda ise 2/7 saptanmıştır.

Dolutegravir kolunda virolojik yanıt vermeyen iki olgu saptanırken, EFV kolunda yanıtızlık olmamıştır. Viral yanıtız olanlardan birinde plazmada ilaç saptanmamış ve bu katılımcının tedaviye uyumsuz olduğu belirlenmiştir (28. günde 17815 kopya/mL). İkincisinde ise üç ilaç grubuna (nonnükleozit revers transkriptaz inhibitörü, NRTI ve proteaz mutasyonları; 28. günde 145 kopya/mL) direnç saptanmıştır. Araştırmacılar ilaç uyumunun her iki grupta sorun olduğunu belirtmişlerdir.

Üçüncü üç ayda DTG dozunda hafif bir düşme olsa da, standart 50 mg olan dozun ayarlanması gerekmemiştir. Çalışmada SPRING 1 ve SPRING 2

	Üçüncü üç ay s=7 GO (%95 GA)	Postpartum s=2 (her iki değer)	Referans (SPRING 1&2)
Cmax (ng/mL)	2645 (1965 ile 3325)	4224, 4055	3670
C24 (ng/mL)	778 (447 ile 1108)	1211, 603	1110
EAA24 (ng.sa/mL)	39415 (28296 ile 50534)	59633, 44305	53600

C, konsantrasyon; EAA, eğri altındaki alan; GA, güven aralığı; GO, geometrik ortalama.

Tablo 3. Dolutegravir için farmakokinetik parametreler

çalışmalarının verisi referans olarak kullanılmıştır. (Tablo 3)

Her iki rejim de iyi tolere edilmiştir. İkisi DTG alan aynı kişide ve ikisi de EFV kolunda olacak şekilde dört ciddi yan etki bildirilmiştir. Dolutegravir kolunda, karaciğer fonksiyon testlerinde 3. derece yükselme (muhtemelen ilaç ile ilişkili, eşlik eden bitkisel ilaç öyküsü var), ölü doğum (kordon dolanmasına bağlı

asfiksi, muhtemelen ilaç ile ilişkisiz) ve EFV kolunda bir olguda 3. derece hipertansiyon ve bir polidaktili çocuk görülmüştür.

DolPHIN1 çalışması gebeliğin geç döneminde antiretroviral tedavi başlanan kadınların tedavi başarısızlığı açısından da riskli bir grup olduğunu göstermektedir. 

Yorum

Geç tanı alan kadınlar ulaşılması güç ve çalışmalara, DolPHIN 1 de dâhil, kabulü zor bir toplumdur. Bu grupta akıbet, gebeliğinin erken döneminde antiretroviral tedavi başlananlara göre daha kötüdür ve bu gruba ait kadınların daha fazla desteğe ve daha dikkatli takibe ihtiyaçları olmaktadır.

DolPHIN1 çalışması kayıtlarını Ocak 2018'de kapatmış olup, izlem devam etmektedir.

Yeni bir çalışma olan DolPHIN2'de, gebeliğin geç döneminde tanı alan 250 kadın 1:1 oranında DTG ya da EFV temelli antiretroviral tedavi almak üzere randomize edilecektir. Anneler ve bebekler tedavi başlangıcından doğumdan sonraki 18. aya ya da bebeklerin süttten kesilme süresine kadar takip edilecektir.

DolPHIN2 çalışması DTG'nin etkinliği ve güvenliği konusunda yüksek kalitede kanıt oluşturarak bu yüksek riskli durumda öneriler geliştirilmesine yardımcı olmak amacıyla planlanmıştır.

Kaynaklar

1. Waitt C et al. DolPHIN-1: dolutegravir vs efavirenz when initiating treatment in late pregnancy. 25. CROI. Boston. 4-7 Mart 2018. Poster 807. <http://www.croiconference.org/sessions/dolphin-1-dolutegravir-vs-efavirenz-when-initiating-treatment-late-pregnancy> (özet ve poster)

2. DolPHIN2 web sitesi.

<https://www.dolphin2.org>

Diğer web sitelerinin bağlantıları yayın tarihinde güncel olsa da sürdürülmeyebilir.

REALITY çalışmasında CD4 T lenfosit düzeyi düşük olan hastalarda raltegravir ile bağışık yeniden yapılanma sendromunda artış olmadığı gösterildi

Polly Clayden, HIV i-Base

Raltegravir eklenmiş rejimlerde standart rejimlere göre viral yükte daha hızlı bir düşüş görülmekle birlikte, ileri düzeyde HIV enfeksiyonu olup bu rejimi kullanmakta olan hastalarda bağışıklığın yeniden yapılanma sendromu (BYYS) riskinde artış olmadığı saptanmıştır. REALITY çalışmasının bu önemli sonuçları, 4-7 Mart 2018 tarihlerinde Amerika Birleşik Devletleri'nin Boston kentinde düzenlenen olan 25. Retrovirüsler ve Fırsatçı Enfeksiyonlar Konferansı (25th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections-CROI) 2018'de sunulmuştur.

REALITY çalışmasında, Sahra altı Afrika'da CD4 T lenfosit değeri <100 hücre/mm³ olan çocuklarda ve daha önce antiretroviral tedavi kullanmamış yetişkinlerde raltegravir (RAL) ile güçlendirilmiş rejimler değerlendirilmiştir. Raltegravir kullanımı ile viral yükün daha hızlı düştüğü, ancak ölüm oranlarında ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) evre 3 ve 4 olaylarda azalma olmadığı görülmüştür.

Günümüzde entegraz inhibitörleri (EI) ilk basamak tedavide nonnükleozit revers transkriptaz inhibitörü (NNRTI) grubunun yerini almıştır. Ancak, düşük ve orta gelirli ülkelerde CD4 T lenfosit sayısı çok düşükken antiretroviral tedavi başlanan olgu sayısı halen çoktur ve bu olgularda EI'lerin kullanılması durumunda, bağışıklığın yeniden yapılanma

sendromu (BYYS) gelişme olasılığının artabileceği endişesi bulunmaktadır.

Diana Gibb, REALITY araştırmacıları adına, RAL içeren antiretroviral tedavi ile standart antiretroviral tedavi alanlarda YYS oranlarını değerlendirmiştir.

Katılımcılar, 2 nükleozit analogu revers transkriptaz inhibitörü (NRTI) + NNRTI + 12 hafta RAL (standart antiretroviral tedavi + RAL) alanlar ve sadece standart antiretroviral tedavi kullananlar olacak şekilde randomize edilmiştir. Çalışmadaki ciddi yan etkiler ve DSÖ 3. ve 4. evre yan etkiler, ölüm nedenleri ve YYS ile uyumlu olaylar kör bir değerlendirme komitesi tarafından değerlendirilmiştir.

Bağışıklığın yeniden yapılanması ile uyumlu olan ve ilk ortaya çıkan ölümcül/ölümcül olmayan olaylar, diğer nedenlere bağlı ölümler ile karşılaştırılarak geriye dönük eleme yöntemiyle belirlenmiştir.

Toplam 1805 katılımcının ortanca yaşı 36 yıl (%4'ü 5-17 yaş arasında), ortanca CD4 T lenfosit sayısı 37 hücre/mm³ ve ortanca HIV RNA düzeyi 249,770 kopya/mL bulunmuştur. Dokuz yüz iki olgu RAL + standart antiretroviral tedavi ve 903 olgu da sadece standart antiretroviral tedavi alacak şekilde randomize edilmiştir.

Katılımcıların %90'ı efavirenz (EFV) temelli standart antiretroviral tedavi almış ve %80'i NRTI belkemiği olarak tenofovir disoproksil fumarat (TDF)/emtricitabin (FTC) kullanmıştır.

Antiretroviral tedavinin dördüncü haftasında HIV RNA düzeyi <50 kopya/mL olan katılımcıların oranı, standart antiretroviral tedavi + RAL alan ve sadece standart antiretroviral tedavi alan grupta sırasıyla

%41 ve %13,4 bulunmuştur. On ikinci haftada bu oranlar sırasıyla %71,9 ve %51,7 olmuştur ($p<0,0001$). Yirmi dördüncü ve 48. haftadaki oranlar da her iki kolda benzer şekilde sırasıyla %75 ve %80'dir. Dördüncü haftada HIV RNA düzeyindeki log10 cinsinden değişim, standart antiretroviral tedavi + RAL grubunda -3,4 ve sadece standart antiretroviral tedavi kullanan grupta -2,7 şeklindedir ($p<0,001$).

Yirmi dördüncü haftadaki tüm nedenlere bağlı mortalite, standart antiretroviral tedavi + RAL ve sadece standart antiretroviral tedavi gruplarında benzer saptanmıştır (sırasıyla %10,9 ve %10,2). Ölümcül BYYS sırasıyla 36 (%4,0) ve 31 (%3,4) kişide saptanmıştır ve antiretroviral tedavi başlangıcından ortalama 4,4 hafta sonra gerçekleşmiştir. Ölümcül olan ve olmayan BYYS sırasıyla 89 (%9,9) ve 86 (%9,5) kişide saptanmıştır ($p=0,79$). Ölümcül olan ve

olmayan BYYS olaylarının yaklaşık yarısı tüberküloza bağlı BYYS'dir.

Ölümcül olan ve olmayan BYYS, antiretroviral tedavi başlanmadan önceki CD4 T lenfosit değeri düşük olanlarda ($p<0,001$), yaşlılarda ($p=0,004$) ve antiretroviral tedavi başlandığında tüberkülozu olanlarda ($p=0,01$) daha sık görülmüştür.

REALITY çalışmasında artırılmış profilaksinin (kotrimoksazol +12 hafta izoniyazit (INH)/B6 +12 hafta flukonazol + 5 gün azitromisin + tek doz albendazol) standart kotrimoksazol profilaksisine göre BYYS açısından koruyucu olduğu saptanmıştır. Ölümcül olan/olmayan BYYS ile uyumlu olaylar artırılmış ve standart profilaksi grubunda sırasıyla 67 (%7,4) ve 108 (%12,0) kişide ortaya çıkmıştır ($p=0,001$). 

Yorum

Bu çalışmanın sonuçları, RAL gibi entegraz inhibitörü olan ve viral yükü hızlı düşüren DTG için de uygulanabilir. Sonuçlar, DTG'nin, ilk basamak tedavide kullanımında BYYS'yi arttırmayacağını bir anlamda güvencesini vermiştir.

Antiretroviral tedaviden önce CD4 T lenfosit değerinin ölçülmesi, yüksek mortalite ile seyreden, BYYS riski olan ve artırılmış profilaksinin faydalı olacağı ilerlemiş HIV vakalarının tespiti açısından gerekliliğini korumaktadır.

Kaynaklar

1. Gibb D ve ark. Impact of raltegravir intensification of first-line ART on IRIS in the REALITY trial. 25. CROI, 4-7 Mart 2018, Boston. Sözel sunum 23.

<http://www.croiconference.org/sessions/impact-raltegravir-intensification-first-line-art-iris-reality-trial> (özet)

<http://www.croiwebcasts.org/console/player/37060> (web)

Diğer web sitelerinin bağlantıları yayın tarihinde güncel olsa da sürdürülmeyebilir.

Ergenlerde tenofovir alafenamide geçiş güvenli ve etkin: farmakokinetik özellikleri yetişkinlerdekine benzer

Polly Clayden, HIV i-Base

4-7 Mart 2018 tarihlerinde Amerika Birleşik Devletleri'nin Boston kentinde düzenlenen olan 25. Retrovirüsler ve Fırsatçı Enfeksiyonlar Konferansı (25th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections-CROI) 2018'de sunulan verilere göre, ergenlerde tenofovir alafenamit (TAF) + emtrisitabin (FTC) formülasyonunun 24. haftadaki farmakokinetik özellikleri, güvenliği ve etkinliği yetişkinlerdekine benzer bulunmuştur. [1]

Emtrisitabin + tenofovir alafenamit formülasyonunun Avrupa ve Amerika'da 12 ile 18 yaş arasındaki

ergenlerde kullanımı onaylanmıştır. Amerika'da TAF, ergenlerde ilk basamak tedavide nükleozit analogu revers transkriptaz inhibitörü (NRTI) belkemiği olarak önerilmektedir.

Emtrisitabin + TAF, güçlendirilmiş ve güçlendirilmemiş ilaçlarla birlikte kullanılmak üzere 200/10 mg ve 200/25 mg şeklinde geliştirilmiştir. İlaç ve Gıda Dairesi (Food and Drug Administration-FDA) sadece 200/25 mg dozunu onaylamıştır.

Tenofovir alafenamidin ergenlerdeki güvenliği ve etkinliği elvitegravir (EVG)/kobisistat (COBI)/FTC/TAF ve biktgravir (BIC)/FTC/TAF çalışmalarında gösterilmiştir. Diğer FTC/TAF içeren rejimlerin güvenlik, farmakokinetik ve etkinlik verisi bildirilmemiştir. Bu veriler, FTC/TAF'nin Gilead dışı üçüncü ilaçla kombinasyonu ile ilgili ilk verilerdir.

Bu çalışma, 12-18 yaşlarında, virolojik olarak baskılanmış, en az 35 kg ağırlığında olan 28 ergen ile yapılan açık etiketli, çok merkezli, tek kol tedavi değişimini değerlendiren faz 2/3 çalışmasıdır.

Katılımcıların yaş ortalaması 14 (12 ile 17) ve ortama vücut ağırlığı 45 (aralık 35-62) kg'dır. Katılımcıların %57'si erkek ve %43'ü siyah ırktandır. Ortanca CD4 T lenfosit sayısı 909 hücre/mm³ düzeyindedir. Kullanılan üçüncü ilaç efavirenz (EFV) ya da lopinavir/ritonavir (LPV/r) olmuştur.

Üçüncü ilaçtan bağımsız olarak TAF ve tenofovir disoproksil fumarata maruz kalma düzeyi yetişkinlerdekine benzer bulunmuştur.

En sık görülen yan etki viral üst solunum yolu enfeksiyonu (%32) ve baş ağrısı (%25) olmuştur. İki katılımcıda ilaçla ilişkisiz ciddi yan etki görülmüştür.

Yirmi dördüncü haftada kemik mineral yoğunluğundaki değişim omurga için +%3,56 ve femur boynu için +%1,57 saptanmıştır. Kemik mineral yoğunluğundaki değişim için yaşa ve boya göre uyarlanmış z skoru omurga için 0,00 ve femur boynu için -0,03'tür. Glomerüler filtrasyon hızındaki ortalama (standart sapma) değişim 2,0 (20,95) mL/dk/1,73 m² hesaplanmıştır.

Katılımcıların çoğunun (%92,9, 26/28) HIV RNA ölçümü <50 kopya/mL değerinin altına inmiştir. CD4 T lenfosit sayısında ortalama azalma ve bazal CD4 T lenfosit sayısına göre azalma sırasıyla 130 hücre/mm³ ve -%0,2 bulunmuştur. 

Yorum

CROI 2018'de ayrıca BIC/FTC/TAF sabit dozlu kombinasyonunun, viral yükü baskılanmış 24 ergendeki ilk verileri de sunulmuştur. [2]

Sabit kombinasyon içindeki tüm ilaçların yirmi dördüncü haftadaki farmakokinetik, güvenlik ve etkinlikleri yetişkinlerde yapılmış faz 3 çalışmalarındaki ile benzer bulunmuştur.

Üçüncü veya dördüncü dereceden yan etki bildirilmemiştir. Bir hastada ilaç ile ilişkili olduğu düşünülen 1. derece kusma görülmüştür; bu sorun ilaç değişimine gerek kalmadan aynı gün içinde giderilmiştir.

Bu sabit doz kombinasyonu, en sık reçete edilen diğer alternatiflere görece daha küçük bir tablet şeklindedir; şekil ve boyutunun kabul edilebilir olduğu bildirilmiştir.

Kaynaklar

1. Chen J et al. Safety, PK, & efficacy of FTC/TAF in HIV-infected adolescents (12–18 yrs). 25. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI 2018), 4–7 Mart 2018, Boston. Poster 843.

<http://www.croiconference.org/sessions/safety-pk-efficacy-ftctaf-hiv-infected-adolescents-12-18-yrs> (Özet ve poster)

2. Guar A et al. Bictegravir/FTC/TAF single-tablet-regimen in adolescents: week 24 results. 25. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI 2018), 4–7 Mart 2018, Boston. Poster 844.

<http://www.croiconference.org/sessions/bictegravirftctaf-single-tablet-regimen-adolescents-week-24-results> (Poster ve özet)

Diğer web sitelerinin bağlantıları yayın tarihinde güncel olsa da sürdürülmeyebilir.

Antiretroviral tedavi kullananlarda kemik kaybının hızı ilk yıldan sonra yavaşlıyor

Simon Collins, HIV i-Base

Uluslararası START çalışmasına ait bir alt çalışmada, antiretroviral tedavinin ilk yılında kemik mineral dansitesindeki kaybın daha sonraki yıllarda yavaşladığını gösteren güven verici veriler ortaya konmuştur.

START çalışmasında 4600'den fazla katılımcı, CD4 T lenfosit sayısı halen 500 hücre/mm³ civarındayken ya da <350 hücre/mm³ düzeyine ininceye kadar beklendikten sonra olmak üzere iki kola randomize edilmiştir. Her bir koldan 200 kişiyi kapsayan alt çalışmanın bulguları, Sydney'deki St. Vincent

Hastanesi'nden Andrew Carr ve INSIGHT araştırma grubundan araştırmacılar tarafından sunulmuştur.

Omurga, kalça ve femur başında kemik mineral dansitesi (KMD), çalışmanın başında ve daha sonra yıllık olarak ölçülmüştür. Kemik mineral dansitesindeki ortalama yüzde değişimleri hem tedavi niyetli hem de gözlemsel analizlerle (yani, antiretroviral tedavisi ertelenen grupta tedavi başlandığında elde edilen veriler sansürlenerek) hesaplanmıştır. Ertelenen grupta antiretroviral tedavi alan kişilerin yüzdesi 1., 2., 3., ve 4. yıllarda sırasıyla %18, %28, %58 ve %85 bulunmuştur.

Katılımcıları başlangıçtaki randomizasyona göre karşılaştıran tedavi niyetli analizde, antiretroviral tedaviye erken başlanan grupta ilk yıl içinde her iki bölgede (omurga ve kalça) %2 olarak belirlenen kaybın, sonraki yıllarda diğer gruptaki oranlarla birleştiği ve omurgada 3 yılın sonunda (fark -%0,5; p=0,26) ve kalçada 4 yılın sonunda (fark -%0,2; p=0,68) gruplar arasındaki farkın istatistiksel anlamını yitirdiği belirlenmiştir.

Gözlemsel analizde, zaman içinde yaşa bağlı olarak yavaş bir azalma olmakla birlikte, gruplar arasındaki

belirgin değişimlerin, tüm zamanlarda üç bölgede de devam ettiği görülmüştür.

Kemik mineral dansitesinde daha fazla düşüş olması, antiretroviral tedavinin ertelendiği grupta bazal CD4 T lenfosit sayısının daha düşük (omurga ve femur için), diğer grupta ise bazalde viral yükün daha fazla olması (kalça ve femur için) ile bağlantılı bulunmuştur.

Katılımcıların % 83'ünde tenofovir disoproksil fumarat, %89'unda efavirenz ve %13'ünde proteaz inhibitörü kullanılmış olsa da, antiretroviral tedavi seçimi ile ilişkili bir farklılık bildirilmemiştir. +

Kaynaklar

1. Carr A et al. Rates of bone loss slow after the first year of ART: START BMD substudy final results. 25th CROI 2018, Boston, ABD. Poster özeti 722.

<http://www.croiconference.org/sessions/rates-bone-loss-slow-after-first-year-art-start-bmd-substudy-final-results-o> (özet ve poster)

Diğer web sitelerinin bağlantıları yayın tarihinde güncel olsa da, sürdürülmeyebilir.

KONFERANS RAPORLARI

İngiliz HIV Birliği/İngiliz Cinsel Sağlık ve HIV Birliği 4. Birleşik Konferansı
4th Joint British HIV Association (BHIVA)/British Association for Sexual Health and HIV (BASHH) Conference
17-20 Nisan 2018 Edinburgh, İngiltere

Tenofovir alafenamidin ve tenofovir disoproksil fumaratın güçlendirilmiş ve güçlendirilmemiş rejimlerde elde edilen verilerinin meta analizi

Polly Clayden, HIV i-Base

Ritonavir ya da kobisistat ile birlikte kullanılan tenofovir disoproksil fumaratın, kemik dansitesinde azalma ve böbrek ile ilişkili yan etkilere tenofovir alafenamide göre daha sık neden olduğu ve viral baskılanmayı sağlama oranının ise daha düşük olduğu bildirilmiştir. Ancak güçlendirilmemiş kombinasyonlarda etkinlik açısından iki kombinasyon arasında fark saptanmamış ve güvenlik açısından da minimal fark saptanmıştır.

Andrew Hill ve arkadaşları tarafından tenofovir disoproksil fumarat (TDF) ve tenofovir alafenamid (TAF) preparatlarının karşılaştırıldığı meta analizin sonuçları, 17-20 Nisan 2018 tarihlerinde İngiltere'nin Edinburgh kentinde düzenlenen 4. British HIV Association (BHIVA)/British Association

for Sexual Health and HIV (BASHH) Konferansı'nda sunulmuştur.

Güçlendirici ajanlar TDF'nin eğri altındaki alan (EAA) konsantrasyonlarını belirgin (%25-37) olarak artırmakta, yüksek plazma konsantrasyonları da böbrek ve kemikte yan etki gelişme riskinde artışa neden olmaktadır. Bu nedenle güçlendirici içeren kombinasyonlarda TAF dozu, 25 mg'dan 10 mg'a düşürülmüş, ancak TDF dozu 300mg olarak aynı kalmıştır. Tüm dünyada TDF, güçlendirilmemiş rejimlerle, lamivudin (3TC) ve efavirenz ya da dolutegravir ile kombine edilmiş şekilde en sık kullanılan ilaçtır.

Araştırmacılar PUBMED/Embase ile arama yaparak TDF ile TAF'ın birebir karşılaştırıldığı, 8,110 katılımcıyı kapsayan, 11 randomize klinik çalışma saptamışlardır. Dokuz çalışmada TDF ve TAF HIV pozitif bireylerde, iki çalışmada ise hepatit B ile enfekte bireylerde karşılaştırılmıştır. Katılımcılardan

4.574 kişi (7.198 hasta/yıl takip edilmiş) güçlendirilmiş ilaçlarla birlikte TDF ya da TAF kullanmıştır. Kalan 3.537 katılımcı (3.595 hasta/yıl takip edilmiş) ise güçlendirilmemiş rejimler almıştır.

Yazarlar, katılımcıların çoğunlukla genç ve orta yaşlı, öncesinde osteoporozu ya da böbrek hastalığı olmayanlardan oluştuğunu belirtmişlerdir.

Analizde, güçlendirilmiş ilaçlarla birlikte TDF alanlarda virolojik baskılanma (<50 kopya/mL) oranının daha düşük (p=0,05), kırık gelişme oranının

daha fazla (p=0,03), kemik mineral dansitesinin daha düşük (p<0,001) ve böbrek ve kemik yan etkilerinden dolayı ilacı bırakma sıklığının daha fazla (p=0,002) olduğu görülmüştür.

Güçlendirilmemiş ilaçlarla birlikte alınan TDF ve TAF arasında ise viral baskılanma ve kemik mineral dansitesi dışındaki yan etki oranları benzer saptanmıştır. (Tablo 4) 

Etkinlik/güvenlik	TDF ile TAF Güçlendirilmiş	TDF ile TAF Güçlendirilmemiş
Viral yük <50 kopya/mL	% 86 ile 90, (p=0,05)	Her ikisi %91 (p=NS)
Evre 1-4 yan etkiler	%57 ile %55, (p=NS)	%72 ile %70, (p=NS)
Evre 3-4 yan etkiler	%6 ile %5, (p=NS)	%4 ile %5, (p=NS)
Kırık	%1 ile %0, (p=0,04)	%0 ile %1, (p=NS)
Kemik yan etkisi nedeniyle ilacı bırakma	%1 ile %0, (p=0,03)	Her ikisi %0, (p=NS)
Böbrek yan etkisi nedeniyle ilacı bırakma	%1 ile %0, (p=0,002)	Her ikisi %0, (p=NS)

NS, istatistiksel olarak anlamlı değil; TAF, tenofovir alafenamid; TDF, tenofovir disoproksil fumarat.

Tablo 4. TDF ve TAF güvenlik ve etkinlik meta analizi

Yorum

Bu meta analizin ayrıntılı şekli *the Journal of Virus Eradication* dergisinin son sayısında yayımlanmıştır. [2]

TAF içeren ilk jenerik sabit dozlu kombinasyon (dolutegravir/FTC/TAF) geçen yıl Gıda ve İlaç Dairesi (Food and Drug Administration-FDA) tarafından geçici olarak onaylanmıştır. [3] Bu yeni sabit dozlu kombinasyon düşük ve orta gelirli ülkeler için düşük maliyetli olmasıyla fayda sağlayacaktır. Ayrıca tablet boyutunun küçük olması yutmayı, taşımayı ve saklamayı kolaylaştırmaktadır.

Tenofovir alafenamidin gebelikte ve HIV enfeksiyonu ve tüberküloz birlikteliğinde kullanımıyla ilgili yeterli kanıt olmamasından dolayı, bu ilaç Dünya Sağlık Örgütü'nün önemli ilaçlar listesinde yer almamıştır.

İngiltere gibi yüksek gelirli ülkelerde, yeni antiretrovirallerin jenerik versiyonları bulunmadığından, TAF'daki fiyat farkı nedeniyle böbrek ve kemik yan etkileri olanların bu ilaca ulaşması güç olacaktır. İngiltere'de TAF/emtricitabin (FTC) kombinasyonunun yıllık maliyeti, indirim yapılmış olsa bile 4268 sterlin olup, Hill ve arkadaşlarının jenerik TAF/FTC için tahmin ettikleri 600 sterlinin çok üstündedir. [4]

Kaynaklar

1. Hill A ve ark. Tenofovir alafenamide versus tenofovir disoproxil fumarate: is there a true difference in efficacy and safety? 4. Joint BHIVA/BASHH Conference, 17 – 20 Nisan 2018, Edinburgh. Poster P27. HIV Medicine, 19 (Suppl. 2), s21–s152
 2. Hill A ve ark. Tenofovir alafenamide versus tenofovir disoproxil fumarate: is there a true difference in efficacy and safety. Journal of Virus Eradication 4: 73-80, 2018.
http://viruseradication.com/journal-details/Tenofovir_alafenamide_versus_tenofovir_disoproxil_fumarate:_is_there_a_true_difference_in_efficacy_and_safety%5E/
 3. Clayden P. FDA grants tentative approval to first DTG/FTC/TAF FDC. HTB. 21 Şubat 2018.
<http://i-base.info/htb/33537>
 4. BNF. Emtricitabine with tenofovir alafenamide.
<https://bnf.nice.org.uk/medicinal-forms/emtricitabine-with-tenofovir-alafenamide.html>
- Diğer web sitelerinin bağlantıları yayın tarihinde güncel olsa da sürdürülmeyebilir.

HIV ile yaşayan gençler kendileriyle daha barışık

Simon Collins, HIV i-Base

İngiltere’de HIV ile yaşayan kişilerde yapılan bir çalışmanın sonucunda 15-24 yaş arasındaki gençlerin, daha yaşlı HIV pozitiflere göre daha az ön yargı ile karşılaştıkları ve daha iyimser oldukları ortaya çıkmıştır.

Aile Planlaması Birliği’nden Irina Lut, İngiltere’de HIV ile yaşayan kişilerde ön yargı ile ilgili iki kesitsel çalışmanın sonuçlarını sunmuştur. Analizde 15-24 yaş arasındaki 300 genç ile 25 yaşın üzerindeki 1450 yetişkinin sonuçları karşılaştırılmıştır. [1]

Hala HIV pozitif olmaktan kaynaklanan güçlükler olmakla birlikte, gençlerin kendileriyle yetişkinlere göre iki kat daha fazla barışık oldukları saptanmıştır. Gençler, yaşı daha büyük olanlara göre daha fazla olumlu ve daha az olumsuz duyguya sahip olduklarını ve daha az ön yargı ve damgalama ile karşılaştıklarını belirtmişlerdir. (Tablo 5)

Ancak çalışmada, gençlerin ihtiyaçları olduğunda daha az tıbbi yardıma başvurdukları görülmüştür. Sonuçta, gençler daha az ön yargı ile karşılaşmaktadırlar, ancak tecrübesizlik gelecekteki bakımları için daha fazla engel oluşturabilir. 

Sorular	Yetişkinler (s=1450)	Gençler (s=300)	p	uyarlanmış OO (%95 GA) Y ile G
Farklı davranılmak	441 (%30,4)	15 (%5,0)	<0,001	0,19 (0,099–0,037)
Tedavinin ertelenmesi ya da iptali	243 (%16,8)	9 (%3,0)	<0,001	0,45 (0,195–1,03)
Olumsuz yorumlar duymak	120 (%8,3)	16 (%5,3)	<0,001	0,83 (0,45–1,55)
Fazladan bariyer yöntemi kullanmak	202 (%13,9)	27 (%9,0)	<0,001	0,73 (0,45–1,19)
Tıbbi yardıma başvurmak	396 (%27,3)	50 (%16,7)	<0,001	1,69 (1,13–2,56)

G, gençler; GA, güven aralığı; OO, odds oranı; Y, yetişkinler.

Tablo 5. Gençlerin ve yetişkinlerin ön yargı çalışmasına cevapları

Yorum

Ön yargı çalışması AIDS Care dergisinde çevrimiçi ve açık erişimli yayımlanmıştır. [2]

Kaynaklar

1. Lut I ve ark. Stigma Survey UK: an intergenerational comparison of stigma and discrimination in non-HIV healthcare settings across the UK. 4. Joint BHIVA/BASHH Conference, 17–20 Nisan 2018, Edinburgh. Poster P127. Published in HIV Medicine, 19 (Suppl. 2), s21–s153.

2. Hibert ve ark. The people living with HIV stigma survey UK 2015: HIV-related sexual rejection and other experiences of stigma and discrimination among gay and heterosexual men. AIDS Care (2018). DOI: 10.1080/09540121.2018.1479027.

<https://www.tandfonline.com/eprint/9IvdYAQbUeuY2MXEbhgQ/full>

Yeni çıkacak olan İngiltere HIV gebelik kılavuzundaki belli başlı değişiklikler (2018)

Polly Clayden, HIV i-Base

17-20 Nisan 2018 tarihlerinde İngiltere’nin Edinburgh kentinde düzenlenen İngiliz HIV Birliği (British HIV Association-BHIVA)/İngiliz Cinsel Sağlık ve HIV Birliği (British Association for Sexual Health and HIV-BASHH) 4. Birleşik Konferansında, yazar grubunun başkanı olan Yvonne Gilleece tarafından yeni çıkacak olan

İngiltere gebelik kılavuzundaki belli başlı değişikliklerin gözden geçirildiği bir sunum yapılmıştır [1].

Kılavuz, “Herkesi tedavi et” başlığının yanı sıra, entegraz inhibitörlerinin kullanımında yenilenen önerileri, bebeklerde temas sonrası profilaksi (TSP) kullanımı ve beslenmeyi, gebelikteki psikolojik konular üzerine genişletilmiş bir bölümü, doğum

sonrasının yönetimine ilişkin yeni bir bölümü içerecek ve toplum dostu bir dile sahip olacak şekilde gözden geçirilmiş ve düzenlenmiştir.

Kılavuz, topluma danışılmasını takiben, henüz taslak halindedir ve yazıcı grup yorumlara cevap verdikten sonra yayımlanacaktır.

2018 revizyonları aşağıdakileri içermektedir:

Gebelikte antiretroviral tedavi (ART)

- Daha önce tedavi görmemiş olan tüm kadınlara BHIVA'nın erişkinler için olan kılavuzuna ve dünyadaki diğer kılavuzlara uygun şekilde (elit kontrol olgularını içeren bölüm çıkarılmıştır) yaşam boyu ART kullanmaları önerilmektedir.

- Entegraz inhibitörlerinin kullanımına ilişkin genişletilmiş öneriler içeren kılavuzda, günde iki kez 400 mg raltegravir önerilmektedir; günde tek doz 1200 mg önerilmesi için veriler yeterli değildir. Viral yükü saptanamayacak düzeyde olan bir kadın elvitegravir/kobisistat alırken gebe kalmışsa, kontrol altında olmak kaydıyla ilaçlara devam edebilir; ancak bu ilaçların gebelik sırasında başlanması önerilmemektedir. Dolutegravir 50 mg güvenli görünmektedir, ancak bu konudaki veriler kısıtlıdır. *(Editörün notu: Dolutegravirin gebelikte kullanımına ilişkin bu öneri, BHIVA konferansından birkaç ay sonra bir çalışmada elde edilen bulgulara dayanılarak değişmiştir. Bu bağlamda BHIVA tarafından yapılan önerileri HIV Tedavi Bülteni'nin bu sayısında bulabilirsiniz.)*

Psikolojik konular

- HIV ile yaşayan bir kadını gebelik sırasında etkileyebilecek ek faktörlerle ilgili yorumlar: aile, iltica durumu, gizlilik.

- Doğum öncesi HIV bakımı, birden çok disiplini kapsayan bir ekiple yürütülmelidir; ekibin içeriği değişebilir.

- NICE kılavuzunda önerildiği şekilde, doğumdan önce ve sonra gelişen depresyonun değerlendirilmesi kayıt sırasında, 4-6. haftalarda ve doğumdan sonraki 3-4. aylarda yapılmalıdır.

- Doğumdan sonra gebelikten korunma, emzirme ve kabergolin kullanımı da doğumdan önce gündeme gelmelidir.

Hepatit

- İlaçların fetüs üzerindeki potansiyel riskleri, hepatitin alevlenmesi, karaciğer hastalığının ilerlemesi veya HIV/HBV virolojik geri tepme durumu ve vertikal bulaş riski ile kıyaslandığında göz ardı edilebilir olduğundan, hepatit B ilaçlarının

kullanımı antiretroviral tedavinin bir parçası olarak sürdürülmelidir.

- Gebelikte tenofovir alafenamidin kullanımına ilişkin sınırlı veri bulunsa da, hayvan deneylerinde doğrudan veya dolaylı zararlı etkisi gösterilmemiştir.

- HIV/HCV ile yaşayan kadınlar HCV için ribavirin temelli doğrudan etkili antiviraller (DEA) ile tedavi edilmelidir. Tedavi almakta iken gebe kalan kadınlar, acilen her iki tedaviyi de kesmelidirler.

- Gebe kalmayı düşünen HIV/HCV ile yaşayan kadınlar DEA temelli HCV tedavisi için önceliğe sahip olmalıdırlar.

Bebeklerde TSP

- Vertikal bulaş riski düşük olduğunda, bebeklerde TSP süresi kısaltılmıştır.

- Düşük risk olarak tanımlanan durumlar; annenin en az 10 hafta süreyle antiretroviral tedavi almış olması, 4 hafta arayla iki kez bakılan viral yükün <50 kopya/mL değerinin altında olması ve gebeliğin 36. hafta ve üzerinde olmasıdır.

- Bu kriterler mevcutsa, bebekler 2 hafta süreyle zidovudin monoterapisi almalıdırlar.

Bebeklerde beslenme

- Hazır mama ile beslenme hala önerilmektedir.

- Bebeklerin beslenmesi ile ilgili yenilenen kılavuza, emzirme ile ilgili ve emzirmeme durumunun anne üzerindeki duygusal etkileri konusunda yeni veriler eklenmiştir.

Doğum sonrasında yönetimi

- Doğumdan sonraki 4-6. aylarda mental sağlık durumunun değerlendirilmesi konusunda fırsat yaratılması

- Sitolojik incelemenin ve gebelikten korunmanın sağlanması

- Henüz test edilmemiş olan eş ve/veya diğer çocukların test edilmeleri

- Bebeklerini emzirmeyen kadınlara laktasyonun baskılanması için kabergolin önerilmektedir

Dil

- Yazımda kullanılan dilde belirgin değişiklikler yapılmıştır; örneğin, "Anneden bebeğe bulaş yerine vertikal bulaş; HIV ile enfekte veya HIV pozitif kadın yerine HIV ile yaşayan kadın" gibi.

- Yeni dil, topluma danışıldığında beğeni ile karşılanmıştır. 

Yorum

BHIVA/BASHH toplantısındaki birçok sunumda, İngiltere’de HIV ve gebelik ile ilgili gerçek yaşam bulguları gösterilmiş ve klinik deneyimlerin kılavuzdaki önerilerle nasıl ilişkili olduğu ortaya konmuştur.

Bunlar aşağıda yer alan makalede bildirilmiştir [2].

Kaynaklar

Kaynakların tümü 4. Bileşik BHIVA/BASHH Konferansının Program ve Bildiri Özetleri’nden alınmıştır (17-20 Nisan 2018 Edinburgh, İngiltere). HIV Medicine dergisinin, 19 (Suppl. 2), s5–s20 sayısında yayımlanmıştır. <http://www.bhiva.org/AnnualConference2018Presentations.aspx>

1. Gillette Y. BHIVA HIV in pregnancy guidelines 2018. 4th Joint BHIVA/BASHH, 17-20 April 2018, Edinburgh. Kılavuzlar başlığında sözlü sunumlar. 19 Nisan 2018, Perşembe.

2. Clayden P. Pregnancy studies at 4th Joint BHIVA/BASHH Conference. HTB 30 Nisan 2018. <http://i-base.info/htb/34011>

Diğer web sitelerinin bağlantıları yayın sırasında güncel olsa da, sürdürülmeyebilir.

Isırma ve tükürme yoluyla HIV, HBV ve HCV bulaşma riski sıfır veya ihmal edilebilir düzeyde

Simon Collins, HIV i-Base

Isırma ve tükürme ile HIV veya viral hepatit bulaşma riski üzerine yapılan literatür araştırmasının sonuçları, 17-20 Nisan 2018 tarihlerinde İngiltere’nin Edinburgh kentinde düzenlenen İngiliz HIV Birliği (British HIV Association-BHIVA)/İngiliz Cinsel Sağlık ve HIV Birliği (British Association for Sexual Health and HIV-BASHH) 4. Birleşik Konferansı’nda birbiri ile bağlantılı iki posterde sunulmuştur. Bu araştırma, yakın zaman önce, sağlık çalışanlarına yapılan saldırılara verilecek cezaların artırılması için parlamentoya sunulan bir teklif üzerinde çıkan tartışmalar

sonucunda istek üzerine yapılmıştır.

HIV’in gözden geçirildiği sunumda, “HIV’in tükürme ile bulaş riskinin sıfır olduğu, ısırma ile bu riskin göz ardı edilebilir ölçüde olduğu, hatta saldırgan kişi antiretroviral tedavi kullanıyorsa bu riskin sıfırlandığı” bildirilmiştir. Acil servis çalışanlarını koruma amaçlı uygulamaların bu bilgi akılda tutularak yapılması ve HIV ile yaşayan kişilerin hak ve haysiyetlerine saygı duyularak ayarlanması gerekmektedir.

Hepatitle ilgili poster sunumunda, “her ne kadar HBV ve HCV’nin ısırma ve tükürme yoluyla bulaşma olasılığı biyolojik olarak akla yakın olsa da, virülans ve riskin tam olarak ortaya konulmadığı, tükürme ve ısırma yaralanmaları ile bilinen çok az sayıda HBV ve HCV bulaşlarına rastlandığı ve sonuç olarak riskin çok düşük düzeyde olduğu” bildirilmiştir. 

Kaynaklar

1. Cresswell F et al. A systematic review of risk of HIV transmission through biting or spitting: implications for policy. 4th Joint BHIVA/BASHH Conference, 17–20 Nisan 2018, Edinburgh. Poster özeti P66. HIV Medicine, 19 (Suppl. 2), s21–s152.

2. Pintilie H and Brooks G. What is the likelihood of acquiring hepatitis B virus (HBV) or hepatitis C virus (HCV) through biting or spitting? A review of the published literature with particular reference to the emergency services. 4th Joint BHIVA/BASHH Conference, 17–20 Nisan 2018, Edinburgh. Poster özeti P140. HIV Medicine, 19 (Suppl. 2), s21–s152.

Diğer web sitelerinin bağlantıları yayın tarihinde güncel olsa da, sürdürülmeyebilir.

Avrupa İlaç Ajansı Avrupa’da dolutegravir/rilpivirin (Juluca) ikili ilacını HIV enfeksiyonunda tedavi değişikliğinde bir seçenek olarak onayladı

Simon Collins, HIV i-Base

21 Mayıs 2018’de dolutegravir/rilpivirin oral sabit dozlu kombinasyon, altı aydan uzun süredir antiretroviral tedavi almakta olan stabil kişiler için rejim değiştirme seçeneği olarak Avrupa Birliği tarafından onaylanmıştır. İlacın endikasyonları arasında, geçmişte tedavi başarısızlığı veya ilaç direncinin yaşanmamış olması da yer almaktadır.

Sabit dozlu kombinasyon, iki aktif ilacı içermesi ve nükleozit analogu revers transkriptaz içermemesi açısından dikkat çekicidir.

- Standart erişkin dozu günde tek doz alınan bir tablettir.
- Juluca yiyeceklerle birlikte alınmalıdır (rilpivirinin etkisini artırmak için).
- Tüberküloz ilacı rifabutinle ilaç etkileşiminin önlenmesi için ek olarak günde 25 mg rilpivirin

alınmalıdır.

- Diğer ilaçlarla etkileşimlerine bakıldığında, Juluca aşağıda belirtilen ilaçlarla birlikte alınmamalıdır: dofelit, karbamazepin, okskarbazepin, fenobarbital, fenitoin, rifampin, rifapentin, proton pompası inhibitörleri (esomeprazol, lansoprazol, omeprazol, pantoprazol sodyum, rabeprazol), St. John’s wort ve bir dozdan fazla deksametazon veya deksametazon sodyum fosfat.

- Hafif ve orta dereceli böbrek hastalığı için (kreatinin klirensi >30 mL/dk) doz ayarlaması gerekmez. Daha ciddi böbrek hastalığında (kreatinin klirensi <30 mL/dk) yakın izlem gerekir.

Bu sabit dozlu kombinasyon, ViiV Healthcare (dolutegravir) Jansen Pharmaceutical (rilpivirin) işbirliği ile Juluca ticari ismiyle kullanıma sunulmuştur.

Juluca Kasım 2017’de Amerika Birleşik Devletleri’nde onaylanmıştır.

Ayrıntılı bilgi için ilaç kullanım kılavuzuna başvurunuz. 

Yorum

Juluca Bileşik Krallık’da onaylanmış olmakla birlikte, ilaca erişim her ülkenin kendi ulusal sağlık prosedürleri uyarınca gerçekleşecektir.

- İskoçya’da İskoç İlaç Konsorsiyumu’na başvurulmuştur, geri ödeme kararının Eylül-Ekim 2018’de çıkması beklenmektedir.
- Kuzey İrlanda’da aynı tarihlerde karar çıkması beklenmektedir.
- İngiltere’de zaman tahmini yapmak güçtür, uzmanlar komisyonunun kararı beklenecektir; 2019 başı gibi beklenmektedir.
- Galler’de zaman belli değildir.

Kaynaklar

1. ViiV basın duyurusu. ViiV Healthcare receives EU marketing authorisation for Juluca (dolutegravir/rilpivirine), the first 2-drug regimen, once-daily, single-pill for the treatment of HIV. (21 Mayıs 2018).

[https://www.viivhealthcare.com/media \(medya sayfası\)](https://www.viivhealthcare.com/media (medya sayfası))

<https://www.viivhealthcare.com/media/press-releases/2018/may/viiv-healthcare-receives-eu-marketing-authorisation-for-juluca-dolutegravirrilpivirine-the-first-2-drug-regimen-once-daily-single-pill-for-the-treatment-of-hiv.aspx> (doğrudan link)

Diğer web sitelerinin bağlantıları yayın tarihinde güncel olsa da, sürdürülmeyebilir.

Çin albuvirtidi onaylıyor: haftada bir enjekte edilebilen giriş inhibitörü

Simon Collins, HIV i-Base

6 Haziran 2018'de, Frontier Biotech tarafından yapılan bir basın bildirisinde, Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Gıda ve İlaç Dairesi (Food and Drug Administration-FDA)'nin haberi olmaksızın, haftada bir enjeksiyon yoluyla verilen yeni bir HIV ilacının Çin'de onaylandığı duyurulmuştur [1].

Bu, bir HIV ilacının ilk onayını ABD veya Avrupa'da almamış olduğu az rastlanan bir örnektir.

Albuvirtit, HIV'in yaşam döngüsünün erken bir evresinde virüsün CD4 T lenfositlerine tutunmasını önleyerek etkili olan bir HIV füzyon inhibitörüdür. Bu ilaç, daha önceki bir füzyon inhibitörü olan ve tedavi seçenekleri tükenmiş kişiler için geliştirilmiş olan enfuvirtit (T-20, Fuzeon) ile benzer yapı ve mekanizmaya sahiptir.

Enfuvirtit 2003'de onaylanmış, ancak son 10 yılda nadiren kullanılmıştır. Bunun nedeni, bu ilacın kullanıma sunulmasının hemen ardından daha etkili ve günde iki kez deri altı enjeksiyona göre daha kolay uygulanan ve kullanım profili daha güvenli olan ilaçların geliştirilmiş olmasıdır.

Çin Gıda ve İlaç Dairesi tarafından verilecek onaya katkı sağlayabilecek, tamamlanmış faz 3 çalışmalarının sonuçlarına ilişkin çok az bilimiz olsa

da, ön sonuçlar 2016'da İngiltere'deki bir konferansta sunulmuştur [2,3].

Elde edilen bulgular, yeni ilacın halen Çin'de kullanımda olan ve ikinci sırada tedavi seçeneği olarak kullanılan eski bir proteaz inhibitörüne (lopinavir/ritonavir) göre daha etkin olduğunu göstermiştir. Çin'deki HIV pozitif kişiler, ABD ve Avrupa'da ilk sıra tedavi seçeneği olarak rutin şekilde önerilen ve ayrıca yaygın kullanılan birçok antiretrovirale karşı direnç sorununu aşan entegraz inhibitörlerine erişememektedir.

Güvenlik açısından bakıldığında, albuvirtit, enfuvirtidin kullanımını kısıtlayan enjeksiyon bölgesi reaksiyonlarına da yol açmamaktadır.

Çin'in onayı ile ilgili basın bildirisi, sadece bu çalışmaların ön sonuçlarına dayanılarak yapılmıştır.

Albuvirtit enjeksiyon preparatı, Frontier Biotech tarafından Aikening ticari ismiyle kullanıma sunulmuştur. Ayrıntıları açıklanmamış olsa da, ilacın Çin dışındaki ülkelerde de kullanıma sunulması planlanmaktadır.

Firma Temmuz 2017'de, albuvirtidin geniş spektrumlu nötralizan monoklonal antikor 3BNC117 ile birlikte formüle edilmiş şekli için ABD'deki Rockerfeller Üniversitesi ile lisans anlaşması yapıldığını duyurmuştur. 

Kaynaklar

1. Frontier Biotech press release. Frontier Biotech receives marketing authorization from China FDA for Aikening (albuvirtide for injection), China's first new drug for the treatment of HIV. (06 Haziran 12018).

<http://www.frontierbiotech.com/en/news>

2. Collins S. Once-weekly albuvirtide infusion: early results of T-20-like compound. HTB Kasım 2016.

<http://i-base.info/htb/31017>

3. Wu H et al. Efficacy and safety of long-acting HIV fusion inhibitor albuvirtide in antiretroviral- experienced adults with HIV-1: interim 48-week results from the randomised, controlled, phase 3, non-inferiority TALENT study. Glasgow Congress on HIV Therapy, 23-26 Ekim 2016 (Glasgow 2016). Sözlü sunum özeti O336. Web sunumu: <https://vimeo.com/189136480>

4. Frontier Biotech licenses 3BNC117, a novel broad-spectrum HIV neutralizing antibody. (25 Temmuz 2017)

<https://www.firstwordpharma.com/node/1491015>

Diğer web sitelerinin bağlantıları yayın tarihinde güncel olsa da, sürdürülmeyebilir.

Dolutegravir kullanırken gebe kalan kadınlardan doğan bebeklerde güvenliği ilişkin sinyaller olabileceğini belirten BHIVA bildirimi

İngiliz HIV Birliği (British HIV Association-BHIVA) gebelik kılavuzu yazarları gebe kadınlarda ve çocuk doğurma çağına gelmiş kadınlarda dolutegravir (DTG) kullanımına ilişkin aşağıdaki önerilerde bulunmuşlardır.

(BHIVA GEBELİKTE HIV KILAVUZU KOMİTESİ ADINA) 22 MAYIS 2018 SALI

Botswana'da doğum sürveyansına ilişkin sürmekte olan bir çalışmada önceden planlanmamış bir ön analizin sonuçları, DTG temelli rejimleri kullanırken gebe kalan kadınların bebeklerinde nöral tüp defekti görülme riskinde bir artış olduğunu ortaya koymuştur.

Çalışmada, konsepsiyon sırasında DTG temelli bir rejim kullanmakta olan kadınlardan doğan 426 bebeğin dördünde nöral tüp defekti görüldüğü bildirilmiştir.

Yaklaşık %0,9 olan bu oran, konsepsiyon sırasında DTG temelli rejimleri kullanmayan kadınlardan doğan bebeklerde gözlenen %0,1'lik orandan hayli yüksektir.

Dolutegravir temelli rejimleri kullanmaktayken gebe kalan ve halen gebelikleri devam eden, çalışmaya Botswana'dan katılan 600 ve Brezilya'dan katılan 400 kadının ileriye dönük verileri beklenmektedir.

Botswana çalışmasında, ilk üç ay da dâhil olmak üzere gebe kaldıktan sonra DTG kullanmaya başlamış ve ilk gruptakinden farklı 2000 kadından doğan bebeklerde ise nöral tüp defektine rastlanmamış olması dikkate değer bir bulgudur.

Bu ön bulguların ışığında BHIVA Gebelikte HIV Kılavuzu yazarları, aşağıdaki önerilerde bulunmaktadır:

- Gebe kalmak isteyen tüm kadınlara, kullandıkları antiretroviral rejim ne olursa olsun günde bir kez 5 mg folik asit başlanmalıdır.
- Dolutegravir kullanmaya başlayacak olan tüm kadınlara, ilaca başlanmadan önce gebelik testi yapılmalı ve sonucunun negatif olduğu görülmelidir;

ayrıca bu kadınların güçlü bir kontrasepsiyon yöntemi kullanmakta oldukları belgelenmelidir.

- Dolutegravir kullanmakta olan ve 50 yaşına kadar olan tüm kadınların tıbbi kayıtları, konsepsiyon planları, kullandıkları kontrasepsiyon yöntemi ve hâlihazırda gebelik durumları açısından gözden geçirilmelidir.

- Kliniklerin, gebe kalma riski taşıyan kadınlarla iletişime geçerek, onları DTG güvenlik raporu hakkında bilgilendirmelerini ve kadınların gebe olup olmadıklarını araştırmalarını öneririz.

1. Dolutegravir kullanmakta olan ve gebe kalmak isteyen kadınlar için

- a. Farklı bir antiretroviral rejime geçilmesini öneririz.
- b. 2014 tarihli BHIVA HIV Gebelik Kılavuzu uyarınca gebelikte güvenilirlik açısından en iyi veriye sahip ilaçlar efavirenz (EFV) veya atazanavir/ritonavir (ATV/r) şeklinde belirlenmiştir.

2. Dolutegravir kullanmakta olan, gebe kalmayı planlamayan, fakat çocuk doğurma çağına olan kadınlar için

- a. Kadının hâlihazırda kullanmakta olduğu kontrasepsiyon yöntemi konusunda görüşme yapıldığının açıkça belgelenmesini öneririz.

3. Dolutegravir kullanmakta iken gebe kalan veya gebe olan kadınlar için

- a. Nöral tüpün konsepsiyondan sonraki 4 hafta içinde kapandığı kabul edilse de, Avrupa İlaç Ajansı (European Medicine Agency-EMA) , gebeliğin ilk üç ayı içinde olan kadınlarda DTG'nin kesilmesini önermektedir. Bu nedenle, gebeliğin ilk üç ayı içinde olan ve DTG kullanan kadınlarda, 2014 BHIVA Gebelikte HIV Kılavuzu uyarınca gebelikte güvenirliliğine ilişkin daha fazla verinin bulunduğu EFV veya ATV/r içeren bir rejime geçilmesini öneririz.
- b. Gebeliğin ikinci veya üçüncü üç ayı içinde DTG içeren rejimin değiştirilmesini önermiyoruz.
- c. Eğer hekim veya gebe kadın rejimi değiştirmeye karar verirse, 2014 BHIVA Gebelikte HIV Kılavuzu uyarınca gebelikte güvenirliliğine ilişkin daha fazla

verinin bulunduğu EFV veya ATV/r içeren bir rejime geçilmesini öneririz.

d. Ulusal gebelik kılavuzlarında önerildiği şekilde anomali taramalarının yapılmasını öneririz; ek taramaya gerek yoktur.

4. Gebe olup henüz antiretroviral tedaviye başlamamış kadınlar için

a. 2014 BHIVA Gebelikte HIV Kılavuzu (bu kılavuza www.bhiva.org/guidelines.aspx adresinden ulaşmak mümkündür; kılavuz hâlihazırda güncellenme aşamasındadır) uyarınca gebelikte güvenirliliğine ilişkin daha fazla verinin bulunduğu EFV veya ATV/r içeren bir rejimin kullanılmasını öneririz.

Daha fazla bilgi için:

European Medicines Agency (EMA)

http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/news_and_events/news/2018/05/news_detail_002956.jsp&mid=WCOb01aco58004d5c1

WHO guidance

http://www.who.int/medicines/publications/drugalerts/Statement_on_DTG_18May_2018final.pdf?ua=1

FDA statement

<https://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm608112.htm>

US NIH statement and recommendations

<https://aidsinfo.nih.gov/news/2109/recommendations-regarding-the-use-of-dolutegravir-in-adults-and-adolescents-with-hiv-who-are-pregnant-or-of-child-bearing-potential>

Kaynak

BHIVA. BHIVA statement on Potential Safety Signal in Infants Born to Women Conceiving on Dolutegravir (on behalf of the BHIVA HIV in Pregnancy Guidelines Committee). (22 Mayıs 2018).

<http://www.bhiva.org/BHIVA-statement-on-Dolutegravir.aspx>

Diğer web sitelerinin bağlantıları yayın tarihinde güncel olsa da sürdürülmeyebilir.

BU BULGULARIN HENÜZ ÖN BULGULAR OLDUĞU VE BUNLARA İLİŞKİN ÖNERİLERİN DEĞİŞEBİLECEĞİ KONUSU DİKKATE ALINMALIDIR

Antiretrovirallerin güvenirliliğine ilişkin verilere Antiviral Pregnancy Registry'den (www.apregistry.com) ulaşmak mümkündür; bu konuda uzman bir meslektaşınızdan da yardım alabilirsiniz.

Bu rapor, gebeliklerin ileriye dönük olarak National Study of HIV in Pregnancy and Childhood (www.ucl.ac.uk/nshpc) ve Antiretroviral Pregnancy Registry (www.apregistry.com) adreslerine bildirilmesinin önemli olduğunu ortaya koymaktadır. 

YAN ETKİLER, KOMPLİKASYONLAR

D:A:D çalışması güçlendirilmiş darunavirin kardiyovasküler riski artırdığını, atazanavirin bu tür bir etkisinin olmadığını ortaya koydu

Simon Collins, HIV i-Base

D:A:D çalışmasında yapılan bir analize göre, proteaz inhibitörü darunavir/ritonavir (DRV/r) kullanan HIV pozitif bireylerde, ilacın birikimli kullanımının, diğer antiretroviral ilaçları kullananlara göre beş yıl içinde kalp hastalığı gelişme riskini yaklaşık %60 artırdığı gösterilmiştir. Atazanavir/ritonavir (ATV/r) ile benzer sonuçlar elde edilmemiştir.

Bu analiz, kardiyovasküler riski artıran diğer faktörler için uyarlanmıştır ve riskin dislipidemiden bağımsız

olduğu saptanmıştır. Bu çalışma, Lene Ryom ve arkadaşları tarafından Lancet HIV dergisinde çevrimiçi yayımlanmıştır. [1]

D:A:D çalışması antiretroviral ilaçların AIDS ile ilişkili olmayan ciddi olaylarla bağlantısını araştıran, geniş çaplı, ileriye dönük bir çalışmadır. Bu makalede sunulan analiz, hâlihazırda kullanımda olan proteaz inhibitörleri DRV ve ATV maddelerini incelemek üzere, 2009'dan bu yana izlem verisi bulunan 35.711 HIV pozitif bireye (orijinal D:A:D kohortunun yaklaşık %70'i) ilişkin verileri kapsamaktadır. Kardiyovasküler hastalık (KVH), miyokard enfarktüsü, inme, ani kardiyak ölüm veya koroner baypas, koroner

anjyoplasti ve karotid endarterektomi dâhil olmak üzere invaziv kardiyovasküler işlemler şeklinde tanımlanmıştır.

D:A:D, çoğunluğu Avrupa'da olan, ayrıca Avustralya ve Amerika Birleşik Devletleri'nden de alınan 11 kohorttan oluşmaktadır. Olguların başlangıçtaki demografik verilerine göre, ortanca yaş 44 (çeyrek değerler genişliği-ÇDG 38 ila 51) bulunmuştur; olguların %74'ü erkek ve %48'i beyaz ırktandır (%43 olguda etnik köken bilinmemektedir). Ortanca CD4 T lenfosit sayısı 501 hücre/mm³ (ÇDG 360 ila 689 hücre/mm³) bulunmuştur; olguların %85'inin antiretroviral tedavi deneyimi vardır ve %76'sı virolojik açıdan baskılanmıştır. Kohortta geleneksel kardiyovasküler risk faktörlerinin yüksek oranda olduğu saptanmıştır; dislipidemi %40 oranındadır, %39'u hâlihazırda sigara kullanmaktadır (%23'ü önceden kullanmıştır), %10'unda hipertansiyon, %5'inde diyabet ve %1'inde önceden KVH öyküsü bulunmaktadır.

Başlangıçta, ATV/r ve DRV/r kullanımı sırasıyla %18 ve %4 iken, çalışmanın son izlem ziyaretinde oranlar sırasıyla %26 ve %22'ye yükselmiştir.

Ortanca 6,96 yıllık bir izlem sırasında (ÇDG 6,28 ila 7,08), 1157 katılımcıda KVH gelişmiştir; tüm grupta insidans oranı her 1000 kişi yılı (KY) için 5,34 olay bulunmuştur (%95 güven aralığı-GA 5,03 ila 5,65).

En sık rastlanan KVH olaylarının anjiyoplasti (s=459), tip 1 miyokard enfarktüsü (s=454), inme (s=379) ve baypas (s=93) olduğu belirlenmiştir; bir bireyde KVH

kaydedildiği gün aynı anda birden çok KVH olayı bulunabileceği belirtilmiştir.

Darunavir/ritonavirin kardiyovasküler etkisinin birikimli olduğu ve kullanım süresi uzadıkça arttığı belirlenmiştir. Olay gelişme oranı (%54 GA) DRV/r kullanmamış olanlarda her 1000 KY için 4,91 (4,59 ila 5,23) iken, altı yıldan uzun süre boyunca DRV/r kullananlarda 13,67 (8,51 ila 18,82) bulunmuştur.

Darunavir/ritonavire maruz kalınan her beş yıl için insidans hızı oranı (İHO) 1,59 (%95 GA 1,33 ila 1,91) hesaplanmıştır. Atazanavir/ritonavir için İHO her beş yıl için 1,03 (0,90 ila 1,18) bulunmuştur.

Bu bağlantı, çeşitli duyarlılık analizlerinde tekrarlanmıştır.

Analizde ayrıca, bir kişinin zarar görmesi için DRV/r ile tedavi edilmesi gereken kişi sayısı da zemindeki beş yıllık tahmini KVH riskine göre tabakalandırılmış olarak hesaplanmıştır (çevrimiçi D:A:D hesaplayıcı kullanılarak). [2] Analiz sonucuna göre, yüksek riskli olanlarda bir kişinin zarar görmesi için DRV/r ile tedavi edilmesi gereken kişi sayısı 15 (%95 GA 13 ila 17), düşük riskli olanlarda ise 533 (%95 GA 314 ila 706) bulunmuştur (beş yıl için sırasıyla >%10 ve <%1 olarak belirlenmiştir).

D:A:D çalışması ilaç dozlarına ilişkin veri toplamamakla birlikte, DRV/r için belirlenen risk, hem ilk kez antiretroviral ilaç kullananlarda hem de daha önce virolojik başarısızlık gelişmiş ve muhtemelen yüksek dozda darunavir kullananlarda saptanmıştır.



Yorum

Tüm gözlemsel çalışmalarda olduğu gibi, bu bulgular, nedensel bir bağlantıdan çok bir ilişkiyi ortaya koyması açısından dikkatle yorumlanmalıdır.

Ancak, DRV/r için saptanmış olan bu ilişkinin boyutu, daha önce yine D:A:D analizlerinde indinavir ve lopinavir/ritonavir için bildirilene benzer düzeydedir. Atazanavir/ritonavir ile bir ilişki bulunamamış olması, bunun ilaç sınıfına ait değil, ilaçlara özgül bir etki olduğu düşüncesini desteklemektedir.

Kardiyovasküler hastalık riski yüksek olan bireylerde bir kişiye zarar vermek için tedavi kullanması gereken kişi sayısının çok az olması (DRV/r ile bağlantılı bir KVH olayı gelişmesi için tedavi edilmesi gereken kişi sayısı 15 olarak belirlenmiştir), DRV/r başlamadan önce zemindeki kardiyovasküler riskin hesaplanmasının önemli olduğunu ortaya koymaktadır.

Bu bulgular, Amerika Birleşik Devletleri kılavuzunda entegre inhibitörü temelli rejimlerin sadece ilk kez antiretroviral tedavi kullanacak bireylerde kullanılması şeklindeki öneriyi destekler niteliktedir. [3]

Lancet HIV dergisinin aynı sayısında Pdraig McGettrick ve Paddy Mallon tarafından kaleme alınmış bir yorumda, HIV pozitif bireylerde KVH gelişme riskinin genel toplumdakinden fazla olduğu gerçeğinin genellikle gözden kaçtığı veya önemsenmediğine ve D:A:D çalışmasında gözlenen ilişkinin, KVH'nin geleneksel risk faktörlerinden bağımsız olduğuna vurgu yapılmıştır. [4] Yorumda ayrıca, Multicenter AIDS Cohort Study (MACS) de dâhil olmak üzere, diğer araştırma gruplarının, birikimli DRV/r kullanımını (>4 yıl), subklinik KVH ile bağlantılı bulduklarına da dikkat çekmiştir. [5]

Kaynaklar

1. Ryon L et al. Cardiovascular disease and use of contemporary protease inhibitors: the D:A:D international prospective multicohort study. Lancet HIV(2018). DOI: 10.1016/S2352-3018(18)30043-2. (03 Mayıs 2018).
[https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018\(18\)30043-2/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018(18)30043-2/abstract)
2. D:A:D online risk calculators.
<https://www.chip.dk/Tools-Standards/Clinical-risk-scores>
3. DHHS guidelines for the use of antiretroviral agents in adults and adolescents living with HIV (Mayıs 2018).
<https://aidsinfo.nih.gov/guidelines/html/1/adult-and-adolescent-arv/o>
4. McGettrick PMC and Mallon P. HIV and cardiovascular disease: defining the unmeasured risk. Lancet HIV (2018), DOI: 10.1016/S2352-3018(18)30061-4. (03 Mayıs 2018).
[https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018\(18\)30061-4/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018(18)30061-4/abstract)
5. Thomas GP et al. Associations between antiretroviral use and subclinical coronary atherosclerosis. AIDS. 2016; 30: 2477–2486.
https://journals.lww.com/aidsonline/fulltext/2016/10230/Associations_between_antiretroviral_use_and.9.aspx

Diğer web sitelerinin bağlantıları yayın tarihinde güncel olsa da sürdürülmeyebilir.

KORUNMA VE BULAŞMA

Avustralya’da temas öncesi korunmaya yaygın erişim, temas öncesi korunma kullanmayan ve kondom kullanımı az olan bireylerde dahi HIV enfeksiyonlarının azalmasını sağladı

Simon Collins, HIV i-Base

Melbourne ve Sydney’de yaşayan gey erkekleri kapsayan cinsel sağlığa ilişkin davranış araştırmalarının bulguları, 2017 yılında temas öncesi profilaksiye yaygın ve hızlı erişimin, eyalet düzeyinde HIV enfeksiyonlarının azalmasını sağladığını ortaya koymaktadır. Bu durum, kondom kullanımının tutarlı olmadığı bireyler, hatta temas öncesi profilaksi kullanmayan erkekler için de geçerlidir.

New South Wales Üniversitesi’nden Martin Holt ve arkadaşları tarafından yürütülen çalışma, 6 Haziran’da Lancet’te basılmış ve aynı anda bir de basın bildirisi yayımlanmıştır. Ancak ne yazık ki basın bildirisinde daha çok kondom kullanımındaki azalmaya odaklanılmıştır. [1, 2]

Ocak 2013 ile Mart 2017 arasında, 20 yıldan bu yana sürdürülmekte olan ve bulguları çevrimiçi yayımlanan [3] yıllık çapraz kesitsel Gey Toplumu Periyodik Araştırması (Gay Community Periodic Surveys-GCPS), Melbourne ve Sydney’de yaşayan 27.011 gey erkeği (her şehirde >13.000) içerecek şekilde tamamlanmıştır. Bu bireylerin çoğunluğu (16,827), son altı ay içinde rastgele bir partner ile kondomsuz anal ilişki (RKAİ) gerçekleştirdiğini bildirmiş ve analize dâhil edilmiştir. Avustralya’da rastgele partnerler ile

seksin, gey erkekler için yüksek riskli olduğu daha önce bildirilmiştir; çünkü bireyin kendisi ile aynı serolojik statüye sahip olduğu kişileri partner olarak seçmesi, riski azaltan bir strateji olarak görülmekte ve kullanılmaktadır.

Araştırma için hazırlanan soru formları hem çevrimiçi hem de sosyal ortamlarda dağıtılmıştır; bu soru formlarında HIV riskini kategorize etmek için yedi farklı cinsel eylem tanımlanmıştır.

Başlangıçtaki demografik özelliklere göre, ortalama yaş 36 (standart sapma-SS 12) yıldır; olguların %91’i kendisini gey olarak tanımlamıştır ve yarısının sosyal iletişimi büyük oranda gey toplulukları iledir. Katılımcıların %64’ü beyaz, %11’i Asyalı, %12’si diğer etnik kökenlerden ve %3’ü de Aborjin/Torres Strait Adalıdır. Tam veya yarı zamanlı çalışanların oranı %80 bulunmuştur; olguların %56’sı üniversite mezunudur; %20’sinin ticaret belgesi bulunmaktadır ve %17’si 12 yıllık ilk ve orta öğrenimi bitirmiştir. Son altı ay içindeki partner sayısı %44 olguda 0-5 arasında, %19’unda ise >20’dir. Olguların üçte birinden biraz fazlası (%36) RKAİ bildirmiştir; %17’si ise grup sekse katıldığını, %14’ü kimyasal seks (kristal metamfetamin) yaptığını ve %23’ü de son 12 ay içinde cinsel yolla bulaşan bir hastalığı olduğunu belirtmiştir.

Zaman içinde kohortun yaşı biraz gençleşmiştir; katılımcılar çevrimiçi soru formunu giderek daha fazla kullanır olmuştur. Yine zaman içinde katılımcıların

HIV negatif bulunma olasılığı yükselmiş (son 12 ay içinde %76) ve HIV pozitif oldukları takdirde de antiretroviral tedavi kullanır ve viral yükü saptanabilir düzeyin altında olma olasılığı artmıştır (2013'de %77, 2017'de %94).

Bu dört yıllık süre içinde, temas öncesi profilaksi (TÖP) kullananların oranı dramatik bir biçimde artarak, 2013'de %2'den 2017'de %24'e (erkeklerde 44/2324'ten 783/3290'a) yükselmiştir. Beklendiği gibi, TÖP kullanırken daima kondom kullanmadığını bildiren erkeklerin oranı da 2013'de %1'den (26/2692) 2017'de %16'ya (652/4018) çıkmıştır. Benzer şekilde, tutarlı bir biçimde kondom kullananların oranı %46'dan (1360 /2692) %31'e (1229/4018) düşmüştür. Temas öncesi profilaksi kullanan tüm erkekler daima kondom kullanmadıklarını bildirmiştir.

Tüm araştırma dikkate alındığında, TÖP kullanmayan ve rastgele partnerler ile kondomsuz seks yapan erkekler arasında HIV negatif bulunma oranında anlamlı bir değişiklik gözlenmemiştir. Bu tür bir bildirim yapanların oranı 2013'de %30 iken, 2016'da %31'e yükselmiş ve 2017'de %29'a inmiştir; 5 yıllık belirgin bir eğilim de saptanmamıştır (verici ve alıcı seks kategorileri için sırasıyla $p=0,52$ ve $0,37$).

Bu grup içinde (yani bu alt grubu payda olarak kullanmak suretiyle), kondom kullanmayan erkeklerin oranı 2013'de %30'dan 2017'de %36'ya yükselmiştir. Ancak, geniş anlamda güvenli seks yapan erkeklerin genel oranı %70 civarında sabit kalmıştır; bu durum, TÖP kullanımına, kondom kullanımına veya viral yükü saptanabilir düzeyin altında olan HIV pozitif partner sahibi olmaya bağlı olabilir.

Gey erkeklerde HIV tanılarında 2016 ile 2017 arasında en belirgin düşüşün %16 ile Victoria (Melbourne) ve %11 ile New South Wales (Sydney) eyaletlerinde olduğu saptanmıştır. Bu durumun, 2013 yılında TÖP veya antiretroviral tedavi kullanmakta olan erkek oranının %16'dan 2017'de %44'e yükselmiş olmasıyla bağlantılı olabileceği düşünülmektedir. (uyarlanmış odds oranı uOO 1,53; %95 güven aralığı-GA 1,46 ila 1,60; $p=0,0001$).

Bu gelişme, araştırmacıların aşağıdaki yorumu yapmalarına neden olmuştur. "Bu durum, TÖP

oranlarındaki hızlı artışın, yeni HIV enfeksiyonlarını önlemede başarılı olduğunu ve HIV testleri ve tedavisi konusunda daha önce sağlanmış, fakat yeni tanı oranlarında azalmaya katkıda bulunmamış olan iyileştirmeleri katalize ettiğini ya da desteklediğini düşündürmektedir. Temas öncesi profilaksi kullanımındaki hızlı artış, TÖP uygulamasının bu erken evresinde kondom kullanımında gözlenen düşüşün önemini azaltmış gibi görünmektedir."

Bu çalışmanın, toplumsal düzeyde kondomun az kullanılması konusunda dikkatli yorum yapılmasını gerektiren bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır.

Sunulan bu çalışmanın gözlemsel bir çalışma olması nedeniyle, TÖP ve kondom kullanımı ile HIV insidansındaki azalma arasında kanıta dayanan bir ilişki kurmak mümkün değildir. Ayrıca, araştırmacının çapraz-kesitsel tasarımı, bireysel davranış riskinin zaman içinde izlenmediği veya bildirilmediği anlamına gelmektedir. Herhangi bir risk dikkate alınarak yapılan sınıflama, bireysel risk olduğundan fazla gösterebilir; tek veya sınırlı olayların sürekli risk olarak değerlendirilmiş olması buna örnek olarak verilebilir.

Bangkok'daki Thai Kızıl Haç Araştırma Merkezi'nden Nittaya Phanuphak ve Praphan Phanuphak tarafından yazılmış, bununla bağlantılı bir makalede, TÖP'nin yararlarının kanıtlanmış olması nedeniyle, hâlihazırda TÖP'ye erişimi olmayan topluluklarla acilen bağlantıya geçilmesi gerektiği yorumu yapılmıştır. "Rastgele partnerler ile kondomsuz anal seks hakkındaki damgalamayı ortadan kaldırmak ve hem HIV testlerini hem de ister temas sonrası profilaksi, ister TÖP, isterse de saptanamaz düzeyde viral yüke ulaşabilmek için antiretroviral tedavi şeklinde olsun, antiretroviral temelli korunmanın kabul görmesini sağlamak için verilecek mesajların açık ve anlaşılır olması gereklidir." [4]

Avustralya'da HIV insidansının azaldığına dair ilk ayrıntılar, bu yıl 4-7 Mart 2018 tarihlerinde Amerika Birleşik Devletleri'nin Boston kentinde düzenlenmiş olan Retrovirüsler ve Fırsatçı Enfeksiyonlar Konferansı (Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections-CROI) 2018'de sunulmuştur. [5] 

Yorum

Yazarların, TÖP oranlarındaki hızlı artışın, kondom kullanımındaki azalmanın önemini azalttığını fark etmiş olmaları önemlidir. Erkekler TÖP konusunda kendilerine daha çok güvendikçe kondom kullanımının azalma eğilimi göstereceğini kabullenmek gerekir.

Ne yazık ki, Guardian'dan Sarah Boseley'in raporu da, yapılan araştırmaya ilişkin makale ve onu yorumlayan editör görüşünden çok, basın açıklamasını yansıtır şekilde, kondom kullanımındaki azalma üzerine

odaklanmayı seçmiştir. [7] Boseley'in kondom kullanımındaki azalmayı "kayıtsızlık" olarak nitelemesi yanlış ve cahilce olmuştur. Holt ve arkadaşlarının da makaledeki bulgular desteklemese de, TÖP'ye karşı önyargı oluşturacak yorumlar yapması yanlıştır.

Temas öncesi profilaksiye ve rutin HIV testlerine erişimin yaygın olduğu ve antiretroviral tedaviye hemen başlamanın mümkün olduğu ortamlarda HIV insidansını azaltmak için sürekli kondom kullanımı artık bir gereksinim değildir.

Birçok yönden, kondom kullanımındaki azalma, özellikle de HIV insidansındaki azalma ile birlikte olduğunda, insanların, seksin artık güvenli olduğuna inandıkları konusunda iyi bir göstergedir. Seks risk ile ilişkilendirildiği on yıllardan sonra bu, sağlıklı bir değişimdir.

HIV negatif olup TÖP kullanmayan bir birey için, partnerlerinin antiretroviral tedavi kullandığını bildiği koşullar haricinde riski en aza indirecek uygulama kondom kullanmaya devam etmektir. Bu uygulama, toplumsal düzeyde HIV enfeksiyonunun azaltılmasına göre daha güvenilir bir korunma yöntemidir.

Ancak, makalede halk sağlığı açısından tartışılan endişeler, gelecekte TÖP kullanımında bir azalma söz konusu olduğu takdirde önem kazanacaktır; çünkü bu durumda kondom kullanımının yeniden gündeme getirilmesi gerekecektir

Bu bulgular, hem kondomsuz anal ilişkiye girip hem de HIV negatif kalmanın mümkün olduğunu ortaya koymaktadır.

İngiltere'deki toplumun çapı ve İskoçya ve Galler'de TÖP'nin hızla kabul gördüğü dikkate alındığında, PrEP IMPACT çalışmasına 10.000'den fazla bireyin dâhil edilmesi gerektiği sonucuna varılmaktadır.

Kaynaklar

1. Holt M et al. Community-level changes in condom use and uptake of HIV pre-exposure prophylaxis by gay and bisexual men in Melbourne and Sydney Australia: results of repeated behavioural surveillance in 2013–17. *Lancet HIV* (2018). 06 Haziran 2018'de çevrimiçi yayımlanmıştır. doi: 10.1016/S2352-301830072-9.
[https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018\(18\)30072-9/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018(18)30072-9/abstract)
 2. *Lancet HIV* basın açıklaması. Rapid uptake of PrEP may contribute to a general decline in condom use among gay and bisexual men. (6 Haziran 2018).
 3. Gay Community Periodic Survey. Raporlara çevrimiçi ulaşmak mümkündür.
<https://csrh.arts.unsw.edu.au/research/publications/gcps>
 4. Phanuphak N and Phanuphak P. Time to focus more on condomless anal sex in non-PrEP users. Editorial commentary, *Lancet HIV* (2018). 06 Haziran 2018'de çevrimiçi yayımlanmıştır. doi: 10.1016/S2352-3018(18)30100-0.
[https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018\(18\)30100-0/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018(18)30100-0/abstract)
 5. Grulich A et al. Rapid reduction in HIV diagnoses after targeted PrEP implementation in New South Wales, Australia. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI) 2018, 04-07 Mart 2018 Boston, ABD. Sözlü sunum özeti 88.
www.croiconference.org/sessions/rapid-reduction-hiv-diagnoses-after-targeted-prep-implementation-nsw-australia (abstract)
www.croiwebcasts.org/console/player/37190 (webcast)
 6. ACON press statement. Statement from ACON And AFAO CEOs In response to reports on PrEP and condom usage. (06 Haziran 2018).
https://www.aconhealth.org.au/statement_from_acon_and_afao_ceos_in_response_to_reports_on_prep_and_condom_usage
 7. Bosely S. Rapid rise in anti-HIV PrEP pills linked to drop in condom use, *The Guardian* (06 Haziran 2018).
<https://www.theguardian.com/society/2018/jun/06/rapid-rise-in-anti-hiv-prep-pills-linked-to-drop-in-condom-use>
- Diğer web sitelerinin bağlantıları yayın tarihinde güncel olsa da sürdürülmeyebilir.

Söyleşi

Bu sayımızda, Pozitif-iz Derneği'ni dergimize konuk ederek, çalışmalarını hakkında söyleşimizi gerçekleştirdik. Kendilerine, sorularımıza verdikleri yanıtlar için teşekkür ederiz.

HTB: Pozitif-iz Derneği kimdir, hangi amaçlarla kuruldu?

PİD: Eylül 2016'da Pozitif-iz Sivil Toplum Girişimi adı altında faaliyetlerimize başladık ve Nisan 2018 itibarıyla de yasal statümüze kavuşarak Pozitif-iz Derneği adını aldık.

HIV ile yaşayan kişileri fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden güçlendirmek öncelikli amacımız oldu ve bundan sonraki süreçte de böyle olmaya devam edecek. Onların HIV durumlarıyla tam barışık bireyler olmaları için destek, danışmanlık ve eğitim hizmetleri üretiyoruz.

Bununla birlikte HIV ve AIDS'e yönelik önyargıların azaltılmasına, konuyla ilgili güncel ve doğru bilgilerin toplumda yaygınlaştırılmasına katkıda bulunmak adına çalışmalar yürütüyoruz.

Pozitif-iz Derneği olarak, HIV/AIDS'i birey ve halk sağlığı boyutlarıyla sahipleniyor, konuya insan hakları çerçevesinden bakıyor ve çalışmalarımızın odağına bunu koyuyoruz.

Derneğimizin kurucu kadrosunda 10 yılı aşkın süredir HIV/AIDS alanında çalışmalar yürüten ve pek çoğunuzun yakından tanıdığı aktivistler bulunuyor.

HTB: İnsan kaynağımızın hayli güçlü olduğunu anlıyoruz fakat finansal kaynak olmadan bir derneğin kurulması ve kalıcı olması çok zor. Bunu nasıl aştınız ve bundan sonraki süreçte nasıl aşacaksınız?

PİD: Derneğimizin kuruluşu tamamen bireysel bağışçıların destekleriyle oldu. İmece usulü ile kuruluşumuzu gerçekleştirdik desek yeridir. Kimisi ofis kirasına destek verdi, kimisi masa, sandalye satın aldı. Buradan tüm bağışçılarımıza teşekkürü bir borç biliriz.

Gönül ister ki parasız bir şekilde faaliyetlerimizi sürdürebilelim; ancak bunun mümkün olmadığını hepimiz biliyoruz. Sürdürülebilirlik açısından finansman, gönüllülük kadar önemli ne yazık ki...

Projelerimizi yazmaya ve fon sağlayan kuruluşlara göndermeye başladık. Umuyoruz ki hem bireysel

bağışçılarımız desteğini sürdürür hem de yaptığımız işleri takdir eden fon kuruluşlarının desteğini sağlarız. Pozitif-iz Derneği'nin kurucuları olarak misyonumuzu tamamlayınca kadar varlığımızı sürdüreceğimize inancımız tam.

HTB: Faaliyetlerinizi nerede sürdürüyorsunuz, kapsamını biraz açar mısınız?

PİD: Dernek merkezimiz Şişli/İstanbul'da. Merkezimizde akran danışmanlığı ve vaka yönetimi yapıyoruz. İhtiyaç duyulduğunda danışanları gönüllü avukat, psikiyatrist ve beslenme uzmanımıza yönlendiriyoruz. Yakın zamanda merkezimizde tematik eğitimlerimize de başlayacağız.

Hizmet verdiğimiz kitlenin İstanbul ile sınırlı olduğunu düşünmeyin lütfen. Aslında Türkiye'nin ve hatta dünyanın her yerinden HIV pozitifler ve yakınları bizlere telefon, e-posta ya da sosyal medya hesaplarımız üzerinden ulaşıyor ve onlara da danışmanlık veriyoruz. İzmir, Ankara, Mersin, Antalya ve Samsun gibi kentlerde tarafımızdan eğitimler almış akran ağlarımız mevcut ve o şehirlerden bize ulaşan kişileri akran ağıımızdaki kişilere yönlendirebiliyoruz.

Şişli Belediyesi'nin Gönüllü Danışmanlık Test Merkezi'nde test yaptıran ve pozitif sonuç alan kişilere akran desteğini sağlıyoruz. Her hafta Çarşamba günü Şişli Belediyesi Şişli Sağlık İşleri'nde danışmanlık vermeye devam ediyoruz. Pozitif-iz Sivil Toplum Girişimi olarak faaliyete başladığımız Eylül 2016'dan bu yana tanısını yeni öğrenen 150'nin üzerinde HIV ile yaşayan kişiye danışmanlık desteği sağladık.

Yüz yüze danışmanlıklarımız ve eğitimlerimiz sadece HIV ile yaşayan kişiler ve yakınlarına yönelikken, HIV şüphesi taşıyan kişilere ise sadece çevrim içi ve telefonda danışmanlık verebiliyoruz.

Bize ulaşmak isteyen kişiler için aşağıdaki bilgilerimizi paylaşırsanız çok memnun oluruz.

Tel: 0535 5195485

E-posta: info@pozitifiz.org

www.pozitifiz.org

www.facebook.com/Pozitifizorg
www.instagram.com/pozitifizorg

HTB: Önceki soruda projelerinizi fon kuruluşlarına gönderdiğinizden bahsettiniz. Hayata geçirmeyi düşündüğünüz projeleriniz neler?

PİD: Öncelikle destek ve dayanışma merkezimizi sürdürülebilir kılmayı istiyoruz. Bunu projelendirdik ve fon sağlayan kuruluşlara sunmaya başladık.

HIV ile yaşayan kişilere yönelik HIV'in tıbbi, psikolojik, hukuki ve sosyal alanlarını içeren ve akran danışmanlığı odaklı 2 günlük bir eğitim programımız var. Eğitim kadromuzda çok değerli uzmanlarımız mevcut. Bunu Türkiye'nin farklı şehirlerinde gerçekleştirmeyi ve HIV ile yaşayan kişileri güçlendirmeyi istiyoruz. Bunun da projesi hazır ve bazı fon kuruluşlarına gönderdik.

Ayrıca daha fazla risk altında olan gruplara yönelik paydaş kuruluşlarla ortak çalışmalar yapmak üzere de projeler hazırlıyoruz. Önümüzdeki dönemde bunların da hayata geçmesini umuyoruz.

HTB: Bu alanda faaliyette bulunan sivil toplum örgütlerinden farkınızı nasıl tanımlarsınız?

PİD: HIV ile yaşayan bireyleri ve onların arasındaki dayanışmayı güçlendirmek için çalışmayı farkımız olarak tanımlayabiliriz.

Ülkemizde HIV alanında çalışan az sayıda sivil toplum kuruluşu mevcut ne yazık ki. Bunların çalışmalarını önleme, tedavi, bakım ve destek hizmetleri üst başlıklarında toplayabiliriz. Bizim odağımızda olan destek ayağı. Çünkü HIV tanısı alan kişiler tanı süreciyle birlikte doğru bilgiye ulaşmakta zorluk, damgalama, ayrımcılık ve psikolojik incinme yaşayabiliyor. İşte biz bu zorlu süreçlerde akran danışmanları ve gönüllü uzman kadromuzla onların yanında oluyoruz, ihtiyaç duydukları bilgileri aktarıyor ve onları uzmanlara yönlendiriyoruz.

HTB: Akran danışmanlığından bahsettiniz. Akran danışmanlığı nedir ve neden bu kadar önemlidir?

PİD: On yıldan fazladır HIV ve AIDS alanında farklı kurumlarda yürüttüğümüz çalışmalar bizlere, akran danışmanlığının HIV yayılımının önlenmesinde, HIV ile yaşayan bireylerin yaşam kalitelerinin ve toplumdaki farkındalığın artırılmasında ne derece etkili ve önemli olduğunu gösterdiği için bunu özellikle vurguluyoruz.

HIV tanısı alan kişiler ve yakınları ağır bir travma süreci ile karşılaşabiliyorlar. Bilmedikleri ama öğrenmek zorunda oldukları bu yeni yaşamları

konusunda tıbbi, psikolojik, sosyal ve hukuki alanlara yönelik çokça soruları oluyor. Uzmanlardan yardım alabilseler de, onlar için HIV ile yaşama becerisi geliştirmiş bir akranı ile karşılaşmak ve onlarla sorunun tek bir kişi tarafından cevaplanabiliyor olması, kabullenme sürecini oldukça kolaylaştırıyor. Akran danışmanlığı ile "HIV pozitifler uzun ve sağlıklı bir yaşam sürdürebilirler; HIV ile yaşamak, çalışmak, evlenmek, çocuk sahibi olmak mümkün" söyleminin içi doldurulmuş oluyor. Tanı alan kişi kendisi gibi başkalarının da olduğunu bizzat görüyor ve akran danışmanının rol modeli sayesinde geleceğe daha umutlu bir şekilde bakabiliyor.

Bazı araştırmalarda HIV ile yaşayan bireylere verilen akran danışmanlığının, riskli davranışlarının azaltılmasında ve tedaviye uyumlarının artmasında etkili olduğu gösterilmiştir. Bunu bizler de verdiğimiz binlerce danışmanlıkta deneyimledik ve bu sebeple bu danışmanlığın altını çiziyoruz.

HTB: Bizim sormayı unuttuğumuz fakat sizin söylemek istediğiniz bir şey varsa lütfen okuyucularımızla paylaşır mısınız?

PİD: HIV ile yaşayan bireyler her alanda ayrımcılığa uğrayabiliyorlar ama üzülerek yaşıyoruz ki ayrımcılık ve hak ihlallerinin en sık görüldüğü yerler sağlık kuruluşları.

HIV ile yaşayan bireylerin takip ve tedavisini üstlenen çok sayıda enfeksiyon hastalıkları uzmanının derginizi okuduğunu biliyoruz. Onlarla daha fazla işbirliği yaparak sağlık kurumlarındaki ayrımcılığı azaltma ve HIV ile yaşayan bireyleri güçlendirme arzumuzu buradan tekrar dile getirmek isteriz.

Bu röportaj ile tanıtımımıza katkı sağladığınız için de sizlere sonsuz teşekkürler. 

HIV/AIDS KONGRESİ 2018

www.hivaid2018.org

15-18
KASIM
2018

Xanadu Resort Hotel, Antalya



HIV/AIDS Kongresi 2018

Değerli Meslektaşlarımız,

HIV/AIDS Kongresi 15-18 Kasım 2018 tarihlerinde Antalya Xanadu Resort Hotel’de yapılacaktır. Bu kongreyi Türk Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Derneği (KLİMİK), AIDS ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Derneği (AIDS ve CYBH Derneği), Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği (EKMUD), HIV/AIDS Korunma ve Eğitim Derneği (HAKED) ve HIV Enfeksiyonu Derneği (HIVEND)’nin oluşturduğu “Türkiye HIV/AIDS Platformu” gerçekleştirecektir.

Yeni tanı alan hastaların gittikçe artması, izlemdeki hastalarımızın yaşam sürelerinin uzaması ve bilimsel verilerin her geçen gün artması gerek Enfeksiyon Hastalıkları uzmanlarını gerekse tıbbın diğer dallarındaki hekimleri bu hastalıkla daha fazla ilgilenmeye ve kendilerini güncellemeye zorunlu kılmaktadır. Bu amaçla bizler, mevcut bilgilerimizi gözden geçirmek ve pratikte yaşamımızı kolaylaştıracak yeni bilgileri paylaşmak amacıyla sizleri kongremize davet ediyoruz.

Değerli katılım ve katkılarınız ile zenginleşecek kongremizde sizleri de aramızda görmekten mutluluk duyacağız.

Sevgi ve saygılarımızla,

Türkiye HIV/AIDS Platformu adına

Kongre Başkanı: Prof. Dr. Volkan Korten

Kongre Başkan Yardımcısı: Prof. Dr. Deniz Gökengin

Bilimsel Sekreteryası

Prof. Dr. Fehmi TABAK

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve
Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

E-posta: fehmitabak@yahoo.com

Web: www.hivaid2017.org

Organizasyon Sekreteryası

Nispetiye Caddesi Peker Sok. Peker Apt. No:3 Kat:3/7,
Etiler / İstanbul

Tel: 0212 288 55 32 (pbx)

Faks: 0212 288 55 62

E-posta: hivaid2017@rubikonturizm.com

Ergen annesi olmak ve ona HIV pozitif olduğunu söylemek...

Yıl 2008

Son birkaç ay içerisinde o bana düşkün, âşık, beni öpmelere doyamayan kızım gitti yerine bambaşka, tanımadığım, yabancı biri geldi sanki. Bakışları, tavırları, kaba konuşmalarıyla o kadar uzak ki... Sabrımı iyiden iyiye zorlayan, odasına kapanan, sürekli bilgisayar başında oturan, benimle hiç konuşmayan, mecbur kaldığında sadece evet veya hayır diyen, daha üstüne gittin mi “Karışma bana, kapa çeneni” diye azarlayan biri... İçimden çok rahatlıkla “Evet o şimdi ergenlik çağını yaşıyor, böyle davranması çok doğal, benim yapabileceğim sabretmek ve bu zorlu dönemden geçişinde yardımcı olmak” diyorum. Demesi kolay da yapması (çok) zor!

Bu ergenlik, bu asilik ve bu bunalım halleri başka sorunları ve sorumlulukları da beraberinde getiriyor, biliyorum. Ergenler bu evredeyken iletişime çokook kapalı oluyorlar. Kızıma hiçbir yerden ulaşamıyorum. Ya da ben nasıl yapacağımı bilmiyorum. Karşı karşıya kalabileceği tehditlerin de son derece farkındayım. Çağımızda gençlerde madde kullanımının artması, cinselliği yaşamının erken yaşa düşmesi, kendini koruma yöntemlerinin çok yaygın bilinmemesi gibi bir sürü faktör var. Bunlardan kendini nasıl koruması gerektiğini öğrenmesi, bilmesi ve zamanı geldiğinde uygulaması gerekiyor.

Baktım bunun altından tek başıma kalkamayacağım “en iyisi bir uzmandan yardım almak” dedim. Yana yakıla bir ergen psikiyatristi aradım taradım ve buldum. Tabii benim kız beynimi yiyor. Gitmemek için direnmiyor. Ona karşı sorumlu olduğumu, hoşuna gitse de gitmese de aramızdaki bu sorunları çözmemiz gerektiğini söyledim. Ben gayet kararlıydım ve gittik.

İlk görüşme sanki savaş alanı, sözler kurşun gibi. İkinci görüşmeye kadar her şey daha da bilendi. Sonunda ikinci randevumuza da gittik. Uzman önce beni ayrı aldı ve birebirken “Sizin için endişelenmesi gereken bir şey var mı? Onunla paylaşmadığınız, paylaşamadığınız bir durum var mı?” diye sorduğunda HIV pozitif olduğumu, sürecimi, virüsü aldığım kişinin babası olduğunu, olayın boyutlarının nereye varacağını kestiremediğim için söylemediğimi... vs anlattım. Bana; bunu onunla artık paylaşabileceğimi, hem kendisi için de bir örnek teşkil edeceğini, zorlanıyorsam birlikte açıklayabileceğimizi söyledi. Ben böylesine özel ve hassas bir konuyu

birebir söylemeyi uygun buldum. Bunu söylerken üçüncü bir şahsın yanımızda olması anlamsız geldi.

Tanı alalı dört yıl olmuştu. Ben hastanede yatarken kızım çok fazla beni kaybetme korkusu yaşıyordu. Hep derim ya ‘HIV sadece enfekte kişiyi değil, onunla birlikte yaşayan herkesi etkileyebiliyor’ diye. Aradan yıllar geçmesine rağmen, ne zaman yan yana yatsak “Anne ya gözlerini aç, ya da benimle konuş. Öyle hareketsiz yatma” derdi. Kim bilir aklından neler geçiyor, hissediyordu.

Kızım henüz yaşı küçük, anlayamaz, kavrayamaz diyerek, ona pozitif olduğumu söylemek için uygun zamanı ve hazır olmayı bekliyordum. Uzmanla görüştüktan sonra artık zamanın geldiğine karar verdim. Hazırdım.

“Kızım ben HIV pozitifim”

Ablamlar yıllık izin için bizde olduğundan ev kalabalıktı. Kızıma HIV pozitif olduğumu söylemek, onun sindirmesini beklemek için pek uygun ortam yoktu. Eee durup dururken de “Kızım ben HIV pozitifim” demek tuhaf kaçacaktı, bekledim. Aradan üç gün geçti ki söylemek için fırsat doğdu.

Bu arada bunlar yaşanırken bir de annemin ameliyat telaşı girdi araya. Hastaneye yatmadan önce 2 ünite kan vermemiz gerektiği söylendi. ‘Kim kan verir?’ telaşı arasında ablam hemen gönüllü oldu ama bir kişi daha gerekiyordu. Sabah hastaneye giderken çıkar ayak sağı solu arıyor kimlerin verebileceğini araştırıyor bir yandan da giyiniyordum.

Kızımla odamızda yalnızken:

Ben: Keşke ben de kan verebilseydim, ama veremiyorum (diye kızıma yem attım)

Bilgisayar başında oturan ve yüzüme bile bakmayan kızım;

Kızım: Neden veremiyorsun?

Ben: Hastalığım var ya benim.

Kızım: (İlgisiz ve soğuk bir ses tonuyla) Ne hastalığı? Geçmedi mi o?

Ben: Geçmedi! (bunu söylerken çok duraladım, çünkü artık dönülmez bir viraja girdiğimi biliyordum.)

Kızım: Ne zaman geçecek?

Ben: Şimdilik ömür boyu geçmeyecek deniyor.

Yüzünü bana döndü ve ilgilenmeye başladı.

Kızım: Hastanede yattın iyileştin ya. Ne hastalığı bu?

Hiç mi geçmeyecekmiş? Ne yapıyor sana?

Ben: Kanımda bir virüs var !

Cevaplamakta en çok zorlanacağımı düşündüğüm diğer soru hiç zaman kaybetmeden ardı sıra geldi!

Kızım: Kimden bulaştı sana?

Ben:(Önce cevap ver(e)medim, sonra yanına yaklaşıp sarıldım ve öperek; Bak bunu anlatmak benim için kolay değil (bunları derken gözlerim dolmaya sesim titremeye başladı) anlatmaya başladığımda daha iyi kavrayabilmek için sorular soracaksın ve bu öyle alel acele konuşulacak bir konu değil. Döndüğümde rahat rahat, uzunca konuşuruz.

Ben bunları söylerken o da bana sıkıca sarılmış boynumu kokluyordu. Deli kız çok özlemiş beni. Ama ergenlik hormonları bunu itiraf etmesi için engel oluyordu. Sorusunu yineledi.

Kızım: Kimden bulaştı sana? Bi tek onu söyle. (Sadece boğazım değil tüm içim düğüm düğüm oldu)

Ben: Babandan...

Kızım: Ee ne şimdi bu? Ne bu hastalığın adı?

Ben: Konuşacağız tatlım. Tek şunu söyleyeyim, endişelenmeni gerektiren hiçbir şey yok. Gördüğün gibi ben çok iyiyim, sağlıklıyım. Bana zarar vermemesi için düzenli kullandığım ilaçlarım var. Onları aldığım sürece de hiç sorun olmayacak.

İnsanın bunu ebeveynini kaybetme duygusu yaşayan çocuğuna söylemesi gerçekten zor. Bir arkadaşına, dostasına, ana-babaya, sevgiliye söylemek gibi bir şey değil.

Gerçi kişiye ve ilişkiye göre her biri birbirinden zor olabiliyor. Bazen de çok kolay. Ben arkadaşlarıma ve sevgiliye söylerken hiç mi hiç zorlanmamıştım. Ama bu başka.

“Benden AIDS sözcüğünü duyduğu an yüzü simsiyaha kesildi”

Annemin ameliyatı için evden çıkarken, kızımı ayaküstü, kronik bir sağlık durumum olduğunu söyledikten (ancak bunun HIV/AIDS olduğunu söyleyemedim) sonra annem için gerekli kanı bulduk. Ameliyat başarıyla gerçekleştirildi. Hastaneden de sonunda taburcu olduk.

Aklımda hep kızım vardı!

Hastaneden döndüm ki benim kızın başında yine kavak yelleri. Beş değil on beş karış surat, yerlere kadar sallanıyor. Tüm gün orali olmadım.

Akşam odada:

Ben: Özledin mi anneyi? Ben çok özledim kuzumu.

Kızım: Yyooğğğ özlemedim... (Cevaba bak! Tut

ayaklarından sallandır camdan aşağıya)

Ben: Ne oluyor yine? Ne bu surat?

Kızım: Hiç. Rahat bırak beni, canım sıkkın.

Ben: Nedir canını sıkın şey, paylaşmak ister misin?

Kızım: Hayır.

Ben: Yoksa ben mi canını sıkıyorum?

Kızım: Yok. Başkasına sıkkınım

Ben: Eee sen başkanına sıkılıyorsun biz çekiyoruz suratını, ne olacak böyle?

Kızım: Bilmiyorum, rahat bırak beni.

Ben: Seni önemsiyorum, bu nedenle de bırakmam. Geçen gün konuştuğumuz konu yarım kalmıştı. Merak etmiyor musun?

Kızım: Ediyorum, anlat.

Ben: Sen bilgisayarda yazışırken ve yüzüme bakmıyorken konuşmak hoşuma gitmiyor.

Kızım: Yüzüne bakmak istemiyorum (Hey süphanallaaah..)

Ben: Ben de bu şekilde konuşmak istemiyorum. Yüz yüze olacağımız zaman anlatırım.

Kızım: Tamam anlat, dinliyorum. Kanında bir virüs varmış, babamdan geçmiş. İlaçlarını alacakmıydın. Aldığın sürece hiçbir şey olmazmış. Eeee başka...

Ben: Cinsel yolla bulaşan hangi hastalıkları biliyorsun?

Kızım: (Kısa bir duraksamadan sonra) AIDS var.

Ben: Başka. (İtiraf ediyorum hemen “Evet” diyemediğim için lafı dolandırdım)

Kızım: Başka bilmiyorum.

Ben: Bilmemen de ayrı bir konu. Bunlardan da haberdar olman gerek.

Kızım: Hadi söyle...Ne hastalığı bu?

Ben: (ses yok)

Kızım: Hadi söyle şunun adını...

Ben: (ses yok, bir türlü çıkmıyor kelimeler!) Tamam ama baştan söyleyeyim bu konuyu başka hiç kimseyle paylaşmamı istiyorum. Bu çok hassas bir konu. Özellikle de babanla. Onunla yüz göz olmak istemiyorum.

Kızım: Tamam, söylemem. Ne hastalığı bu?

Ben: HIV

Kızım: O ne? Ne yapıyor?

Ben: Eğer tedavi edilmezse AIDS’e yol açabilen virüsün adı.

Kızım: ???? Sessizlik..... Sen olmayacaksın ama değil mi? (Sesinde “Hayır” demem için gizli bir yalvarma tonu vardı sanki)

Ben: Hayır olmayacağım. Hastanede zaten o evredeydin. Hatırlıyorsun halimi. Ama başarılı ilaçlar sayesinde kısa sürede toparladım, iyileştim. Sorun yok artık.

Kızım: Tamam işte ilaçlarını alacaksın hep. Alman için de her şeyimi veririm. (Her şeyimi veririm deyişi öyle içtendi ki, ılık bir şeyler aktı içime)

Kızım: Anneanemle dedem biliyor mu?

Ben: Evet, onlar da hastanede öğrendiler.

Kızım: Dedem kızmadı mı? (İşte sinsice yerleşmiş bir önyargı: AIDS o kadar kötü ki, kızılacak bir şey. Ne ara yerleşiyor bunlar beynimize?)

Ben: Hayır kızmadı. Ben kötü bir şey yapmadım ki kızsın. Babandan geçti bana da. (Benim de savunmama bakın. Başkası ile olursa kötü, eşinden olursan sorun yok. Daha iyi bir cevap verebilirdim.)

Kızım: Babama nereden bulaşmış?

Ben: Bilmiyorum.

Kızım: Sormadın mı?

Ben: Sormadım. Bak AIDS ile ilgili çevrenden, haberlerden saçma sapan haberler duyabilirsin. Hemen tepki verme, hemen inanma da. Çünkü çoğu yalan yanlış haber yapıyor. Doktorların bile çoğu doğru dürüst bilmiyor bu konuyu. Bakmayanı, tedavi etmeyi çıkabiliyor. Neden bu kadar doktorlarla çalışıyorum, görüşüyorum sanıyorsun. Onun için bu alanda çalışıyorum...

Daha fazla bir şey anlatmaya gerek görmedim. İlk etapta o kadar çok bilgi aktarımı yapıp kafasını karıştırıp, mesaj karmaşasına yol açmak istemedim. Benim ona ilk anlatmak istediğim şey, “Endişelenme, bana bir şey olmayacak” mesajıydı...

Ben: Bana sormak istediğin bir şey var mı?

Kızım: Yok

Ben: Tamam, aklına takılan bir şey olursa her zaman gelip sorabilirsin.

Şimdi onun gelip bana soru sormasını bekleyeceğim. Merakla sorduğu sürece daha net öğrenecek. Öğrendikçe de güçlenecek. Sonra da genç savunucumuz olacak...

Benden AIDS sözcüğünü duyduğu an yüzü simsiyaha kesildi birden. Benim için zamanın durduğu bir andı sanki. Ömrümün sonuna kadar o yüz ifadesini hiç unutmayacağım. Ama an duygusallık anı değildi.

Dimdik durup “iyi olduğumu” anlatma zamanıydı. Kızımın ileriye bakabilmesi için geride aklı kalmamalıydı. O hayat yolunu çizirken “Annem ne olacak?” sorusuna takılmamalıydı.

Sabah yanından geçerken gelip kendi öptü beni. Ben de kucığıma alıp onu ne kadar sevdiğimi, benim için ne kadar değerli ve vazgeçilmez olduğunu, kokusunun başka kimselerde olmadığını öpe öpe söyledim. Bakalım bundan sonraki sürecimiz nasıl geçecek? Dilerim çok zorlu olmaz. Çünkü sabırlı olması ultra zor oluyor...

Aayy çok kuruntuluyum bu konuda biliyorum. Ama analık ve koruma içgüdüsü işte. Ne yapayım!

Aklımda hep uzmanın dediği, bana ışık tutan sözü var: Bu dönem biraz fırtınalı geçer. Önemli olan gemiyi batırmadan limana yerleştirmek?

Ergen çocuğunuz varsa mutlaka danışmanlık alın derim. HIV pozitif olun ya da olmayın. Ergenlik dönemini rahat atlatabilmek için biraz dümen tutmayı öğrenmemiz gerekiyor.

Aslında ben kızımın paylaşma konusunda henüz erken olduğunu düşünüyordum. Uzmanla görüşme sonucu karar verdim ve söyledim. Bir gün nasılsa söyleyecektim. Kafası daha çok yersiz önyargılarla dolmadan doğrusunu öğrenmesi çok daha iyi oldu.

Onunla paylaştıktan sonra bir yıl boyunca bana hiçbir şey sormadı. Sonra sonra aklına takılanları “Eee ama bunun için böyle böyle diyorsun, o zaman şu şu nasıl öyle oluyor?” diye sormaya başladı. Ben de hepsini tek tek yanıtladım.

Aradan yıllar geçti ve tam da düşündüğüm gibi kızım bilinçli bir genç ve bu konuda savunucu oldu. Şu ‘İncir Reçeli’ zıkkımı filmi (veya buna benzer konular) üzerine çevresinde HIV/AIDS ile ilgili konuşmalar olduğunda devreye giriyor ve toplumun kafasına kazınan yalan yanlış bilgileri düzeltiyor. Gelip bana anlattığında bir de onlardan yana dert yanıyor; “Ne cahil millet ya! HIV..... böyle böyle bulaşmaz. Nasıl bilmiyorlar anlamıyorum. Ben senin her şeyini rahatlıkla kullanırım. Bir şey olmaz ki, biliyorum” diyor. :)

Aramız nasıl mı? Birbirine düşkün, bağlı ve arkadaş gibi bir anne kızız...

Sevgi Yılmaz 

The Training Manual for Advocates (Savunucular için Eğitim Kılavuzu)

Yeni başlayanlar için eğitim amaçlı kullanılabilecek bu el kitabı, gözden geçirilmiş, güncellenmiş ve tam metin olarak çevrimiçi yayınlanmaktadır (<http://www.i-base.info/education>). HIV pozitif hastanın bakımı ve alacağı sağlık hizmetine ilişkin bilgiler içermektedir.

Jenerik Klinik Formlar

Bu formlar, başka hastaneler tarafından kullanılmak üzere Royal Free Center for HIV Medicine işbirliği ile hastalara ilişkin verilerin kaydedilmesi amacıyla geliştirilmiştir.

<http://i-base.info/category/publications/clinic-forms>

i-Base Book: “Why we must provide HIV treatment information” (i-Base Kitabı: HIV tedavisine ilişkin bilgilendirme neden yapılmalıdır?)

Photography by Wolfgang Tillmans

Yirmi beş ülkeden aktivistlerin katılımı ile tedaviye ilişkin bilgisizliği gidermek amacıyla hazırlanmıştır. Bu kitabın satışından elde edilen gelir, uluslararası alanda bilgisizliğin giderilmesi için yürütülen çalışmalarda kullanılacaktır.

UK CAB: reports and presentations (UK CAB: raporlar ve sunumlar)

The UK Community Advisory Board-UK CAB (İngiltere Toplum Danışma Kurulu), İngiltere’de toplumun tedavisi konusunda çalışan kişileri bir araya getiren ve 2002 yılından bu yana çalışmakta olan bir kuruldur. CAB’nin, kendi web sitesinde bilgilendirici pek çok başka materyal de bulunmaktadır.

<http://www.ukcab.net>

World CAB - reports on international drug pricing (World CAB: - uluslararası ilaç fiyatlandırmalarına ilişkin raporlar)

İlaç endüstrisi ve toplum savunucuları ile tedavi maliyeti ve tedaviye erişim konusunda yapılan iki toplantının raporlarını içermektedir.

i-Base treatment guides (i-Base tedavi kılavuzu)

Tedavinin farklı yönlerini kapsayan beş ayrı kitapçıktan oluşan bir seridir. Teknik olmayan, basit bir dil ile yazılmıştır.

<http://www.i-base.info/guides>

Treatment ‘Passports’ (Tedavi Pasaportları)

Bu gözde kitapçıklar, HIV pozitif bireylerin, kendi sağlık kayıtlarını ve öykülerini tutmaları için hazırlanmıştır.

HTB South (HTB Güney)

Güney Afrika’da yayımlanan ve HTB’nin içindeki makalelerin çevirilerini ve Güney Afrika’ya ilişkin başka makale ve haberleri içeren bültendir.

ARV4IDUs (Damar içi ilaç kullananlar için ARV tedavi)

Damar içi ilaç kullanımı ve antiretroviral ilaç kullanımı konusunda genel bilgiler ve makaleler içeren, İngilizce ve Rusça yayımlanan elektronik bir yayındır. 

HIV i-Base, HIV pozitif kişilere ve HIV alanında çalışan sağlık çalışanlarına HIV tedavisine ilişkin en yeni bilgileri aktarmayı amaçlayan, HIV pozitifler tarafından yönetilen, AIDS Treatment Project için çalışmış olan ekip tarafından 2000 yılında, Londra'da kurulmuş aktivist bir gruptur. HIV i-Base yayınları, HIV pozitif kişilerin katılımı ve katkısı ile tıbbi danışmanların denetimi altında hazırlanmaktadır. Tedavi kılavuzları ve web sitesi dâhil olmak üzere tüm kaynaklar, hem tıbbi danışmanlar hem de HIV ile yaşayan bireyler tarafından gözden geçirilmektedir.

HIV Treatmen Bulletin

Editör: Simon Collins

Katkıda Bulunan Editör: Polly Clayden

Tıbbi Danışmanlar:

Dr Karen Beckerman, Albert Einstein College of Medicine, NYC

Dr Sanjay Bhagani, Royal Free Hospital, Londra

Paul Blanchard, British School of Osteopathy, Londra

Dr Martin Fisher, Brighton & Sussex University Hospitals

Prof. Diana Gibb, Medical Research Council, Londra

Gregg Gonsalves, International Treatment Preparedness Coalition (ITPC)

Dr Gareth Hardy, Case Western Reserve University Cleveland

Dr Saye Khoo, University of Liverpool Hospital

Prof. Clive Loveday, International Laboratory Virology Centre

Prof. James McIntyre, Chris Hani Baragwanath Hospital, Güney Afrika

Dr Graeme Moyle, Chelsea & Westminster Hospital, Londra

Dr Stefan Mauss, Düsseldorf

Prof Caroline Sabin, UCL Medical School, Londra

Dr Graham P Taylor, Imperial College, Londra

Dr Stephen Taylor, Birmingham Heartlands Hospital

Dr Gareth Tudor-Williams, Imperial College, London

Dr Edmund Wilkins, Manchester General Hospital, Manchester



HIV i-Base · 4th Floor, 57 Great Suffolk Street, London, SE1 0BB.

T: +44 (0) 20 7407 8488 · F: +44 (0) 20 7407 8489

<http://www.i-Base.info>