

hiv + tedavi bülteni

türkiye Ağustos 2025 sayı:2

EDITÖRDEN	03	ANTİRETROVİRALLER	15
KONFERANS RAPORLARI	04	+ Düşük doz antiretroviral kullanımı: Antiretroviral temin sorunları ve kliniklerin kapanmasına karşı olası bir krizin yönetimi	
Retrovirüsler ve Fırsatçı Enfeksiyonlar Konferansı 2025 09-12 Mart 2025 (San Francisco, Amerika Birleşik Devletleri)	04	TEDAVİYE ERİŞİM	17
Öne çıkan başlıklar		+ Amerika Birleşik Devletleri'nin değişen politikaları, 2030 yılında dek HIV ile yaşayan 500.000 çocuğun hayatını olumsuz etkileyecek	
+ CROI 2025'ten öne çıkan başlıklar: LAPTOP çalışması, 32 yıl sonra viral yükü yükselen elit kontrol olgusu, hematopoetik kök hücre nakli ile şifa bulan iki yeni olgu		MPOKS	18
Antiretroviraller		+ Aşılama maymun çiçeğinin seyrini sınırlamada etkili olsa da HIV ile yaşayan kişilerde aşılamanın etkinliği daha düşüktür.	
+ CROI 2025'te günlük sabit dozlu doravirin/ islatravir rejimine geçişin değerlendirildiği, randomize kontrollü iki faz 3 çalışması sunuldu		+ HIV ile yaşayan bireylerin mpoks aşısını iki doz ve iki yıl sonra da bir rapel şeklinde yaptırmaları gerekiyor	
Şifaya ilişkin araştırmalar		TÜRKİYE'DEN SAYFALAR	21
+ RIO Çalışması: Geniş etkili nötralizan antikorlar (GENA) ile HIV enfeksiyonunun kontrolüne dair sorular ve yanıtlar		+ Söyleşi	
+ CROI 2025'te FRESH kohortundaki Afrikalı kadınlarda antiretroviral tedavi olmaksızın viral baskılanma sağlayan, geniş etkili nötralize edici iki antikor ile yapılan çalışmanın sonuçları sunulmuştur		+ Pozitif Köşe	
KILAVUZLAR	12	I-BASE YAYINLARI	24
+ Amerika Birleşik Devletleri Centers for Disease Control Temas Sonrası Profilaksi Kılavuzu (Mayıs 2025)			
+ HIV ile yaşayan kişilerde statin kullanımıyla ilgili Amerikan kılavuzları güncellendi			
+ IAS-USA 2025 ilaç direnci mutasyonlarına ilişkin güncelleme (2025)			
+ Sifilisin önlenmesi için doksisisiklin ile temas sonrası profilaksi: Birleşik Krallık kılavuzu			

hiv +tedavi bülteni

türkiye Lorem 202? sayı:?

ISSN 2757 - 9638

Editör

Deniz Gökengin

Yardımcı Editör

Arzu Nazlı

Türkiye'den Sayfalar Editörü

Çiğdem Şimşek

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

Tasarım ve Dizgi

Can Dereli

Yayın Kurulu

Ateş Kara, Hacettepe Üniversitesi, Ankara

Arda Karapınar, Kırmızı Kurdele İstanbul, İstanbul

Arzu Nazlı, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir

Çiğdem Şimşek, Pozitif-İz Derneği, İstanbul

Figen Kaptan, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

Firdevs Aktaş, Gazi Üniversitesi, Ankara

Serhat Ünal, Hacettepe Üniversitesi, Ankara

Taner Yıldırım, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Volkan Korten, Marmara Üniversitesi, 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 yayınları kapsayan, yılda üç kez elektronik formatta yayınlanan 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 (<https://ihp.hiv>), 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, uluslararası 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.

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, 2025 yılının Ağustos sayısını değerli görüşlerinize sunuyorum.

Bu sayımızda da, bir önceki sayımızda olduğu gibi, büyük oranda 9-12 Mart 2025 tarihleri arasında Amerika Birleşik Devletleri’nin San Francisco kentinde düzenlenen Retrovirüsler ve Fırsatçı Enfeksiyonlar Konferansı 2025’te öne çıkan çalışmalara yer verdik. Bunlar içinde özellikle çok ileri düzeyde HIV enfeksiyonunda entegraz ipçik transfer inhibitörü ve proteaz inhibitörü temelli antiretroviral rejimlerin karşılaştırıldığı Laptop çalışması, 32 yıl boyunca elit kontrol olarak kalan ve sonunda viral yükü yükselen bir olgu ve kök hücre nakli ile şifa elde edilen iki yeni olgunun dikkatinizi çekeceğiniz düşünüyorum. Virolojik baskılanma elde edilmiş kişilerde günlük ağızdan kullanılan sabit dozlu doravirin/islatravir rejimine geçilmesinin, biktegravir temelli rejimdekine eşdeğer bulunduğunu ortaya koyan çalışma da yine aynı kongrenin öne çıkan sunumlarından biri olma özelliğini taşıyor. Geniş etkili nötralizan antikorlarla tedavinin başarılı sonuçlarını ortaya koyan iki ayrı çalışmanın da aynı şekilde ilginizi çekeceğini düşünüyorum. Ayrıca çeşitli kılavuzlarda yapılan güncellemeler de bu sayımızın önemli başlıkları arasında yer alıyor. Son olarak Amerika Birleşik Devletlerinin, HIV önleme ve tedavi

programlarına yapılan küresel yardımı kesmesinin ardından yaşananları ve gelecekteki olası senaryoları tüm açıklığıyla ortaya koyan makaleyi de ilgiyle okuyacağınızdan eminim.

Türkiye’den Sayfalar bölümünün Söyleşi köşesinde, Pozitif-İz Derneğinde HIV alanında aktivist olarak çalışan Önder Bora ile söyleşi yaptık. Pozitif Köşe’de ise her zaman olduğu gibi, HIV ile yaşayan bir arkadaşımızın öyküsünü okuyacaksınız.

HIV Treatment Bulletin’in 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 Çiğdem Şimşek’e, makalelerin çevirisine destek veren Dr. Arzu Nazlı ve Dr. Gökhan Vatansever’e, dergiyi yayına hazırlayan Prodo Danışmanlık Eğitim İletişim ve Hadi Sağın’a ve derginin tasarımını yapan Can Dereli’ye yürekten teşekkürlerimi sunarım.

Saygılarımla

Prof. Dr. Deniz Gökengin

Editör

Retrovirüsler ve Fırsatçı Enfeksiyonlar Konferansı 2025

Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections-CROI 2025
09-12 Mart 2025 (San Francisco, Amerika Birleşik Devletleri)

Öne çıkan başlıklar

CROI 2025'ten öne çıkan başlıklar: LAPTOP çalışması, 32 yıl sonra viral yükü yükselen elit kontrol olgusu, hematopoetik kök hücre nakli ile şifa bulan iki yeni olgu

Simon Collins, HIV i-Base

LAPTOP çalışması: Çok ileri düzeyde HIV enfeksiyonunda entegraz ipçik transfer inhibitörü ve proteaz inhibitörü temelli antiretroviral rejimlerin karşılaştırılması

Geniş çaplı, açık etiketli bu Avrupa çalışmasında, ilerlemiş HIV enfeksiyonu aşamasında antiretroviral tedavi kullanmaya başlayan 442 katılımcıda biktgravir/emtrisitabin/tenofovir alafenamit fumarat (B/F/TAF) kombinasyonunun, darunavir/kobisistat/F/TAF (D/C/F/TAF) kombinasyonundan aşağı olmadığı gösterilmiştir. Bu, NEAT ağının bir parçası olarak bağımsız araştırmacılar tarafından yürütülmüş bir çalışmadır.

Çalışmaya dahil edilen olgular, çok ileri düzeyde HIV enfeksiyonuna sahiptir. Ortanca CD4+ T lenfosit

sayısı 41 hücre/mm³ (çeyrek değerler aralığı-ÇDA 17 ila 79) ve olguların %85'inde başlangıçtaki CD4+ T lenfosit sayısı <100 hücre/mm³ bulunmuştur. Ortanca viral yük 400.000 ve olguların %44'ünde (s=197) >500.000 kopya/mL ölçülmüştür. Katılımcıların %80'i erkek, %62'si beyaz ırktan ve %18'i siyah ırktandır.

Bu çalışmada 48. haftada viral yükün >50 kopya/mL olması, 12. haftaya kadar viral yükte <1 log azalma olması ve klinik olaylar, birleşik sonlanma noktası olarak belirlenmiştir. Modifiye tedavi niyetli analizde, başarısızlık oranı hayli yüksek olmakla birlikte, B/F/TAF kullananlarda, D/C/F/TAF kullananlara göre daha düşük bulunmuştur [sırasıyla %23 ve %33; uyarlanmış tehlike oranı-TO 0,70 (%95 güven aralığı-GA 0,48 ila 1,00) p=0,052].

Virolojik başarısızlık ve yetersiz virolojik yanıt, B/F/TAF kullanan grupta D/C/F/TAF kullananlara göre anlamlı ölçüde daha az gözlenmiştir (sırasıyla %13 ve %23; p=0,013 ve %12 ve %23 p=0,014). Yan etkiler de B/F/TAF grubunda daha az ortaya çıkmıştır ve çoğunlukla 1. veya 2. dereceden yan etki niteliğindedir.

Kaynak

Integrase Inhibitor- Versus Protease Inhibitor-Based Therapy for People With Advanced HIV Disease. CROI 2025. Poster 658.
<https://www.croiconference.org/abstract/3751-2025> (özet ve poster)

Uzun vadeli elit kontrol olgusunda 32 yıl sonra viral yük saptanabilir düzeyde

Bu posterde, İspanyada 1985 yılında tam alan ve 1990 yılından bu yana HIV enfeksiyonuna ilişkin kayıtları bulunan bir elit kontrol olgusuna (CCR5 delta-32 için heterozigot) ait ayrıntılar sunulmaktadır.

Viral yüke ilişkin boylamsal bulgular (tanıdan sonraki 19. yıldan 37. yıla kadar s=16), dört kez saptanan düşük düzeyli sıçramalar (<150 kopya/mL) haricinde ölçümün hep saptanabilir düzeyin altında seyrettiğini ortaya koymuştur.

Viral yük Aralık 2016'da önemli ölçüde yükselmiş ve olgu, Ekim 2021'de CD4+ T lenfosit sayısı <500 hücre/mm³ iken antiretroviral tedavi kullanmaya başlamıştır.

Posterde, zaman içinde viral rezervuardaki dinamik değişiklikler de dahil olmak üzere viral yükteki değişiklikler irdelenmiş ve HIV DNA'sında yapılan

incelemelerde, rezervuardaki hücrelerin %95'inde defektif virüs bulunduğu belirtilmiştir.

Kaynak

Loss of Virologic Control 32 Years After HIV-1 Diagnosis in an Exceptional Elite Controller. CROI 2025. Poster 494.
<https://www.croiconference.org/abstract/2382-2025> (özet ve poster)

Kök hücre naklinin ardından şifa ile sonlanan iki yeni olgu

İki ayrı posterde, hematopoetik kök hücre nakli (HKHN) yapılan iki olguda HIV enfeksiyonunun şifa ile sonlandığı bildirilmiştir.

İlk olguda HKHN'nin ardından viral yükün saptanabilir olduğu dikkati çekmiş, ancak daha sonra viral yük saptanamaz düzeye ulaşmıştır. Bu, akut miyeloid lösemi (AML) tanılı 67 yaşında bir erkektir ve kendisine 10/10 CCR5Δ32/Δ32 eşleştirmesi yapılmış ve akrabalık bağı olmayan bir vericiden düşük yoğunluklu HKHN başarıyla uygulanmıştır.

Nakilden 12 ay sonra, periferik kan mononükleer hücrelerinde vahşi tipte CCR5 DNA saptanamaz olmuş ve HIV antikorlarının düzeyi, HIV negatif kontrollerde saptanan düzeye ulaşmıştır. Antiretroviral tedavi kesildikten sonra 8. haftada viral yük 780 kopya/mL düzeyine ulaşmış, ancak %100 vericiye ait olmaya devam eden periferik kan mononükleer hücrelerinde

hücre ile ilintili RNA veya DNA'ya rastlanmamıştır (<0,14 kopya/milyon).

Antiretroviral tedaviye tekrar başlanmış ve iki yıl devam edilmiştir. Tedavi ikinci kez kesildiğinde viral yük 7 ay boyunca saptanabilir düzeyin altında kalmaya devam etmiştir.

İkinci olgu olan Oslo hastası, 14 yıldır antiretroviral tedavi kullanmakta olan ve miyelodisplastik sendrom nedeniyle HKHN uygulanan 58 yaşında bir erkektir.

Bu olgunun bağışçısı, HLA'sı tıpatıp benzer ve bir önceki olgudan farklı olacak şekilde CCR5 delta-32 homozigot olan erkek kardeşidir. Olguda şiddetli greft-versus-host hastalığı gelişmiş ve nakilden sonraki 90. güne gelindiğinde, periferik kanda tam donör kimerizminin geliştiği tespit edilmiştir.

Nakilden sonra HIV RNA saptanabilir düzeyin altında seyrettiğinden, iki yıl sonra antiretroviral tedavi kesilmiştir. İncelenen 65 milyon CD4+ T lenfositinden hiçbirinde replikasyon yeteneği olan virüs bulunmadığı anlaşılmıştır. 

Kaynak

Rubinstein P et al. Sustained HIV Remission Despite Transient Rebound Viremia After a CCR5Δ32/Δ32 Stem Cell Transplant. CROI 2025. Geç başvuru poster 531.

<https://www.croiconference.org/abstract/3806-2025> (özet ve poster)

Trøseid M. HIV Remission After Allogeneic Hematopoietic Stem Cell Transplant From CCR5Δ32/Δ32 Sibling Donor. CROI 2025. Geç başvuru poster 532.

<https://www.croiconference.org/abstract/3818-2025> (özet ve poster)

Web sitelerine verilen bağlantılar, yayınlandığı tarih itibarıyla günceldir, ancak düzenli olarak güncellenmemektedir.

Antiretroviraller

CROI 2025'te günlük sabit dozlu doravirin/islavir rejimine geçişin değerlendirildiği, randomize kontrollü iki faz 3 çalışması sunuldu

Halihazırda kullanmakta oldukları antiretroviral tedavi rejimi ile virolojik baskılanma elde edilmiş kişilerin günlük ağızdan kullanılan sabit dozlu doravirin/islavir (DOR/ISL) (100 mg/0,25 mg) kombinasyonuna geçişini değerlendiren iki uluslararası faz 3 çalışmasının 48

haftalık bulguları, 09-12 Mart 2025 tarihlerinde Amerika Birleşik Devletlerinin San Francisco kentinde düzenlenen Retrovirüsler ve Fırsatçı Enfeksiyonlar Konferansı (Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections-CROI) 2025'te sözlü bir sunumla paylaşılmıştır.

Biktegravir/emtrisitabin/tenofovir alafenamit fumarat (B/F/TAF) ile baskılanmış 513 katılımcının dahil edildiği, doravirin/islavlavir rejimine geçişi inceleyen ilk randomize, plasebo kontrollü (2:1) çalışmanın sonuçları, Boston'daki "Community Resource Initiative"den Amy Colson tarafından sunulmuştur.

Katılımcıların yaş ortalaması 47 yıl (± 12) bulunmuştur; %60'ının beyaz, %30'unun Siyah/Afrika kökenli Amerikalı ve %22'sinin Latin kökenli olduğu bildirilmiştir. Çalışmada katılımcıların %21'inin "doğumda kadın" olduğu bildirilmiş, ancak cinsiyet kimliğine ya da trans birey olup olmadıklarına dair ayrıntı verilmemiştir.

Katılımcıların HIV ile yaşama süresinin ortanca değeri 11 yıl (Çeyrek değerler aralığı -ÇDA 4–19), B/F/TAF kullanımının ortanca süresi 3,4 yıl (ÇAA: 2,0–5,0), CD4+T lenfosit sayısının ortanca değeri 691 hücre/mm³ (ÇDA 499–882) olarak bildirilmiştir. Katılımcıların %91'inde CD4+T lenfosit sayısı >350 hücre/mm³ bulunmuştur; %25'inde hepatit B virüsü çekirdek antikoru pozitif saptanmıştır.

Çalışmanın 48. haftasında, DOR/ISL grubunda 5 katılımcıda (%1,5), B/F/TAF grubunda ise 1 katılımcıda (%0,6) viral yük ≥ 50 kopya/mL saptanmıştır (fark %0,9; %95 güven aralığı- GA -%1,9 ila +%2,9). Bu sonuç, üst sınır %4 kabul edildiğinde aşağı olmama kriterini sağlamaktadır. DOR/ISL grubunda katılımcıların %91'inde, B/F/TAF grubunda ise %94'ünde viral yük <50 kopya/mL saptanmıştır. Eksik veri oranı sırasıyla %7 ve %5 olarak bildirilmiştir.

DOR/ISL grubundaki bir katılımcıda, tedavinin etkisiz bulunması nedeniyle tedavi sonlandırılmış ve viremi sırasında tedaviye bağlı direnç saptanmamıştır. İstenmeyen olaylar, CD4+ T lenfosit sayısı ile total lenfosit sayısı her iki grupta benzer bulunmuştur.

DOR/ISL grubunda 2 ve B/F/TAF grubunda 1 katılımcıda, CD4+ T lenfosit veya total lenfosit sayılarında belirgin düşüş olması nedeniyle tedavi kesilmiştir. Katılımcılardan birinde, kandaki ilaç düzeylerinin yeterli olmasına rağmen, 36. haftada viral yük <500 kopya/mL saptanmış, ancak direnç saptanmamıştır. Diğerinde ise 48. haftada kanda ilaç düzeyleri tespit edilemezken, "yüksek düzeyde" (ancak belirtilmemiş) viremi olduğu görülmüştür. Her iki katılımcıda da B/F/TAF ile viral baskılanma yeniden sağlanmıştır.

Her iki kolda da tolere edilebilirlik ve yan etkiler benzer bulunmuştur. Vücut ağırlığı her iki grupta da benzer seyir göstermiş, ağırlıktaki ortalama değişim

DOR/ISL grubunda -0,03 kg, B/F/TAF grubunda ise +0,28 kg olmuştur (fark 0,3 kg (%95 GA -1,13 ila +0,53)).

Hepatit B virüsü (HBV) reaktivasyonu vakası bildirilmemiş, ancak DOR/ISL grubunda iki kişide yeni gelişen HBV enfeksiyonu nedeniyle tedavi değiştirilmiştir.

Beş yüz elli bir katılımcının 2:1 oranında randomize olarak DOR/ISL'e geçtiği veya mevcut antiretroviral tedavi rejimlerine devam ettiği, açık etiketli ikinci çalışmanın sonuçları Queen Mary University of London'dan Chloe Orkin tarafından sunulmuştur.

Katılımcıların demografik özellikleri önceki çalışmadakine benzerdir. Katılımcıların ortanca yaşı 51 (ÇDA 41–59) bulunmuştur; %39'u beyaz, %45'i Siyah/Afrika kökenli Amerikalı ve %14'ü Latin kökenli olarak bildirilmiştir. Katılımcıların %39'unun "doğumda kadın" olduğu bildirilmiş, ancak mevcut cinsiyet kimliği ya da trans birey olup olmadıklarına dair herhangi bir bilgi verilmemiştir.

Katılımcıların HIV ile yaşama süresinin ortanca değerinin 13 yıl (ÇAA: 7–20) ve mevcut antiretroviral tedavi rejiminde kalış sürelerinin ortanca değerinin 3,8 yıl (ÇDA 2,0–6,3) olduğu, %64'ünün entegraz ipçik transfer inhibitörü (INSTI), %35'inin nonnükleozit revers transkriptaz inhibitörü (NNRTI) temelli tedavi aldığı, CD4+ T lenfosit sayısı ortanca değerinin 706 hücre/mm³ (ÇDA 545–921), %91'inde CD4+ T lenfosit sayısının >350 hücre/mm³ olduğu ve %29'unda HBV çekirdek antikorunun pozitif olduğu bildirilmiştir.

Çalışmanın 48. haftasında viral yük, DOR/ISL grubunda 4 katılımcıda (%1,4), B/F/TAF grubunda 9 katılımcıda (%4,9) ≥ 50 kopya/mL saptanmıştır (fark -%3,6; %95 GA -%7,8 ila -%0,9). Bu sonuç, üst sınır %4 olarak kabul edildiğinde, aşağı olmama kriterini sağlamıştır. Gruplarda viral yükü <50 kopya/mL olan katılımcıların oranları sırasıyla %95 ve %91 ve eksik veri oranı %3,0'a karşı %3,2 olarak bildirilmiştir.

DOR/ISL grubunda viral başarısızlık nedeniyle beş kişide tedavi kesilmiştir. İki hastada başlangıçta dışlama kriteri olması gereken ilaç direnci bulunduğu saptanmış ve 4. haftada viral başarısızlık görülmüştür. Kırk sekizinci haftada viral başarısızlık, biri başlangıçta dirençli olan bir olgu, biri yeni gelişen T215T mutasyonu taşıyan bir olgu ve viral RNA'sı çoğaltılamayan bir olgu olmak üzere üç olguda saptanmıştır.

DOR/ISL grubunda ilaçla ilişkili yan etkiler daha fazla bildirilmiş olsa da (%12'ye karşı %5), iki grup arasında

tedavinin kesilme oranları benzerdir (%0,3'e karşı %1,1). Ayrıca, DOR/ISL grubunda vücut ağırlığının, B/F/TAF grubundakinden daha fazla arttığı

gözlenmiştir (sırasıyla +0,9 kg ve -0,1 kg); ancak bu artış, özellikle efavirenz veya TDF'den geçiş yapılan katılımcılarda belirgindir (+2,34 kg vs +0,09 kg). 

Kaynaklar

1. Colson AE et al. Switch to DOR/ISL (100/0.25 mg) QD From BIC/FTC/TAF: A Blinded Phase III Study in Adults With HIV-1. CROI 2025. Sözlü sunum özeti 204A. www.croiconference.org/abstract/3699-2025 (özet) watch.croiwebcasts.org/2025croi/ap/54370 (üyeler için)
 2. Orkin C et al. Switch to DOR/ISL (100/0.25 mg) QD From Oral ART: An Open-Label Phase III Study in Adults With HIV-1. CROI 2025. Sözlü sunum özeti 204B. www.croiconference.org/abstract/3707-2025 (özet) watch.croiwebcasts.org/2025croi/ap/54371 (üyeler için)
- Web sitelerine verilen bağlantılar, yayınlandığı tarih itibarıyla günceldir, ancak düzenli olarak güncellenmemektedir.

Şifaya ilişkin araştırmalar

RIO Çalışması: Geniş etkili nötralizan antikorlar (GENA) ile HIV enfeksiyonunun kontrolüne dair sorular ve yanıtlar

Simon Collins, HIV i-Base

Bu soru-yanıt metni, RIO çalışması ve HIV enfeksiyonunda şifaya ilişkin araştırmalar kapsamında bağışıklık temelli tedavilerin kullanımına odaklanmaktadır.

Giriş

RIO çalışmasının ilk bulguları, 09-12 Mart 2025 tarihlerinde Amerika Birleşik Devletleri'nin San Francisco kentinde düzenlenen Retrovirüsler ve Fırsatçı Enfeksiyonlar Konferansı (Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections-CROI) 2025'te sunulmuştur. [1-4]

Bulgular, Geniş etkili nötralizan antikor (GENA) olarak adlandırılan bağışıklık temelli tedavilerin, antiretroviraller olmaksızın viral yükü saptanamaz düzeyde tutabildiğini ortaya koymuştur.

Ayrıca, GENA'ların bazı kişilerde HIV aşısına benzer bir etki gösterebildiği bildirilmiştir. Bazı katılımcılar, tedaviye o denli güçlü yanıt vermiştir ki, bir yılı aşkın süredir antiretroviral tedavi kullanma ihtiyacı duymamışlardır. Bu erken dönem bulgular umut vericidir; ancak bu etkinin süresi henüz bilinmemektedir.

Bununla birlikte, GENA'ların neden yalnızca bazı kişilerde etkili olduğu ve bazı kişilerde ise etkisiz kaldığı henüz netlik kazanmamıştır.

Benzer sonuçlar, Güney Afrika'da yürütülen "FRESH" adlı çalışmaya katılan kadınlarda da bildirilmiştir. [5, 6]

RIO çalışması nedir?

RIO, HIV tedavisinde bağışıklık temelli yaklaşımları değerlendiren bir çalışmadır. Bu tedaviler, geniş etkili nötralizan antikorlar olarak adlandırılmaktadır.

Çalışmada, iki uzun etkili GENA10-1074 → zınlirvimab (ZAB) ve 3BNC117 → teropavimab (TAB) kullanılmıştır.

RIO çalışmasında, katılımcılara GENA uygulanmasının ardından antiretroviral tedaviye ara verilmiştir. Bu döneme, analitik tedavi tatili (ATT) adı verilmektedir.

ATT süreci, GENA'ların bazı kişilerde hayli etkili olduğunu, ancak bazı kişilerde yeterli yanıt sağlamadığını ortaya koymuştur.

Çalışmanın bulguları, CROI 2025'te sunulan en dikkat çekici veriler arasında yer almıştır.

RIO çalışmasına kimler katıldı?

RIO çalışmasına, erken HIV enfeksiyonu döneminde tanı almış ve erken dönemde antiretroviral tedaviye başlamış 68 erkek dahil edilmiştir. Çalışmaya kabul edilme kriterleri aşağıda belirtilmiştir.

- HIV ile enfekte olduktan sonraki altı ay içerisinde HIV tanısı konulmuş olması,
- Antiretroviral tedaviye enfeksiyonun çok erken evresinde başlanmış olması,
- Antiretroviral tedavi altındayken en az altı ay boyunca viral yükün saptanamaz seviyede olması,
- GENA'lara karşı genotipik direnç saptanmamış olması
- Aktif hepatit B enfeksiyonu bulunmaması
- ATT'ye katılmanın kabul edilmiş olması.

Kadınlar neden çalışmaya dahil edilmedi?

RIO çalışması kadın katılımcıların dahil edilmesine de açık olmakla birlikte, Birleşik Krallık'ta kadınlar genellikle enfeksiyonun daha ileri evrelerinde tanı aldıkları için uygunluk kriterlerini karşılayamamıştır.

Buna karşılık, “FRESH” çalışmasına Güney Afrika’dan 20 kadın dahil edilmiştir. [5]

Aşağıda bu konuda daha fazla bilgi sunulmuştur.

RIO çalışması neleri içeriyordu?

- Çalışmaya alınan katılımcılar öncelikle, GENA’ların kendilerinde etkili olma olasılığını değerlendirmek amacıyla test edilmiştir.
- Ardından katılımcılar rastgele şekilde iki gruba ayrılmıştır. Bir grup etkin GENA tedavisi, diğer grup ise etkin olmayan plasebo infüzyonu almıştır
- Antiretroviral tedavi tüm katılımcılarda kesilmiştir.
- Katılımcılar, haftalık viral yük testleriyle yakından izlenmiştir.
- Viral yükün 6 haftadan uzun süre boyunca >1000 kopya/mL düzeyinde seyretmesi veya >100.000 kopya/mL olduğunun doğrulanması durumunda antiretroviral tedaviye yeniden başlanmıştır.
- Plasebo grubundaki katılımcılar, viral yükleri tekrar yükseldikten sonra etkin GENA tedavisi alma şansı elde etmiştir. Bu kişiler altı ay boyunca yeniden ART kullanmış ve ardından ikinci bir ATT sürecine girmiştir.

RIO çalışmasının başlıca bulguları nelerdi?

CROI 2025’te RIO çalışmasına ait birçok önemli bulgu sunulmuştur:

- Plasebo grubundaki katılımcıların çoğunda, birkaç hafta içerisinde viral yük yeniden tespit edilir düzeye çıkmıştır. Otuz dört katılımcıdan yalnızca 3’ünde virolojik baskılanma antiretroviral tedavi olmaksızın 20. haftaya kadar uzamıştır.
- Etkin GENA alan gruptaki kişilerin çoğunda virolojik baskılanma, 5 aydan uzun süre boyunca devam etmiştir. Bu gruptaki 34 kişiden 25’i hâlâ antiretroviral tedavi kullanmadan izlenmektedir.
- GENA’nın erişilebilir olması, virolojik geri tepme riskini %90’dan fazla azaltmıştır. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.0001$).
- Aktif ilaç grubundaki katılımcıların yaklaşık üçte biri (13/34), 48 hafta boyunca antiretroviral tedavi kullanmadan izlenmiş; bu 13 kişiden 7’si 18 ayın sonunda antiretroviral tedaviye tekrar başlamıştır. Bu süre zarfında vücutta artık istenilen düzeyde GENA bulunmaması, bu bulgunun önemini artırmaktadır.
- Aktif ilaç grubundaki bazı kişilerde, viral yük bir yılı aşkın süre boyunca saptanamaz düzeyde kalmaya

devam etmiştir. Bu da hayli dikkate değer bir bulgudur.

- ATT sürecinde GENA yanıtları üç farklı örüntü göstermiştir; bunlar hızlı virolojik sıçrama (birkaç hafta içinde), gecikmiş virolojik sıçrama (yaklaşık 16 ila 48 hafta içinde) ve 72. haftaya kadar sürdürülen virolojik baskılanma şeklindedir.
- GENA’lara en uzun süreli yanıt veren katılımcılar, HIV’e karşı daha güçlü bağışık yanıtlar geliştirmiştir.
- Aktif ilaç grubundaki bir katılımcıda viral yük, ATT sona erdikten sonra artmış olmasına rağmen antiretroviral tedavi olmadan yeniden saptanamaz düzeye ulaşmıştır. Bu kişi, GENA’lara karşı aşı benzeri bir bağışık yanıt geliştirmiştir ve şu anda 18 aydan uzun süredir ART kullanmamaktadır.
- Plasebo grubundaki iki kişide de viral yük bir yılı aşkın süre boyunca saptanamaz düzeyde devam etmiştir. Bu tür yanıtlara daha önceki çalışmalarda da rastlanmıştır. Bu bulgu, kontrol grubunun neden gerekli olduğunu ortaya koymaktadır.

Aşı benzeri yanıt kimde en güçlüydü?

Aşı benzeri yanıt veren kişi, 2017 yılında 55.000 kopya/mL düzeyinde viral yük ile tanı almış 38 yaşında bir erkektir; bu kişi tanıdan sonraki üç hafta içinde antiretroviral tedaviye başlamıştır. Birkaç yıl sonra RIO çalışmasına katılmış ve plasebo grubuna rastgele atanmıştır.

İlk ATT’nin dördüncü haftasında viral yükü 6225 kopya/mL düzeyine yükselmiştir. Ardından çift GENA tedavisi almış, 6 ay boyunca yeniden antiretroviral tedavi kullanmaya başlamış ve ardından ikinci ATT’ye geçilmiştir. Bu ikinci ATT sürecinde 5. haftada virolojik geri tepme yaşanmış ve viral yük, 20 hafta boyunca saptanabilir düzeyde kalmakla birlikte düşük düzeylerde seyretmiştir (en yüksek değer: 1893 kopya/mL).

Daha sonra viral yük <20 kopya/mL düzeyine düşmüş ve bu baskılanmış düzey 80 hafta boyunca korunmuştur. Bu süre zarfında, her iki GENA’nın da düzeyi artık etkinlik gösterecek seviyenin altına düşmüştür.

Teknik olarak, bu kişi virolojik olarak belirlenemez kalmaya devam eder ve araştırmacılar vücudunda HIV’e dair bir iz bulamazsa, bu durum bir şifa olarak kabul edilebilir mi?

Bu kişi şifa bulmuş olarak değerlendirilebilir mi?

Araştırmacılar bu konuda genel olarak temkinli ve dikkatli davranmaktadır. Bu kadar güçlü bir bağışık yanıt gelişmiş olsa dahi, bu kişinin virolojik olarak baskılanmış olma durumunu ne kadar süreyle koruyacağını gözlemlemek önemlidir.

Bu kişinin vücudunda HIV hâlâ gizleniyor olabilir. Eğer bu hücreler, aşı benzeri bağışık yanıt sona erdikten sonra tekrar aktifleşirse, virolojik geri tepme gelişebilir.

Kök hücre nakli gibi diğer şifa odaklı çalışmalarda bile, elde edilen sonuçlara “şifa” denilmeden önce yıllarca beklenmiştir. Hatta bazı araştırmacılar bu durum için “remisyon-iyileşme” terimini kullanmayı tercih etmektedir.

Kök hücre nakli oldukça risklidir ve yalnızca tedaviye yanıt vermeyen kanserlerde uygulanmaktadır.

RIO çalışmasında ise çok daha güvenli olan ve herkese uygulanabilecek bağışıklık temelli tedaviler kullanılmıştır. Ancak bu bağışıklık yanıtının ne kadar süreceğini görmek için uzun süreli izlem sürmektedir.

RIO bulguları ne anlama geliyor?

Bulgular iki temel konuya işaret etmektedir:

1. GENA’lar, yalnızca altı ayda bir uygulanması gereken uzun etkili HIV ilaçları olarak etkili olabilmektedir.
2. GENA’lar, bazı kişilerde bir yıldan uzun süreyle antiretroviral tedavi olmaksızın virolojik baskılanmayı sağlamıştır. Ancak bu, çalışmanın protokolü gereği yakın virolojik takip gerektirmiştir. Bazı kişilerde gelişebilecek erken virolojik geri tepmeyi tespit edebilmek için bu izlem hayati önem taşımaktadır.

FRESH çalışması RIO ile ne kadar benzerdi?

FRESH çalışması, erken HIV enfeksiyonu döneminde antiretroviral tedaviye başlamış kişilere iki farklı GENA uygulanmasının ardından antiretroviral tedavinin kesilmesi nedeniyle RIO çalışmasına benzemektedir.

FRESH çalışması da bazı kişilerde virolojik baskılanmanın bir yıldan uzun süreyle antiretroviral tedavi olmaksızın virolojik baskılanmanın sağlandığını bildirmiştir.

Ancak iki çalışma arasında bazı önemli farklar da bulunmaktadır:

- FRESH çalışması Güney Afrika’da yürütülmüş ve çalışmaya 20 kadın dahil edilmiştir.
- Bu kadınlar, RIO’daki erkek katılımcılara kıyasla çok daha erken dönemde HIV tanısı almış ve antiretroviral tedaviye daha erken başlamışlardır.
- FRESH, plasebo veya kontrol grubu içermeyen tek kollu bir çalışmadır.

• FRESH’te iki farklı GENA kullanılmıştır.

• Her iki çalışmada da, bazı katılımcılarda GENA’ların HIV’e karşı etkisi ortadan kalktıktan sonra dahi antiretroviral tedavi almadan virolojik baskılanmanın devam ettiği bildirilmiştir ki bu durum, aşı benzeri bir etkiyi düşündürmektedir.

Geleceğe yönelik sorular

Bunlar oldukça heyecan verici bulgular olmakla birlikte, hâlâ birçok yanıtlanmamış soru mevcuttur:

- Aşı benzeri etki ne kadar sürecek?
- En uzun süreli yanıt veren kişide şifa sağlanmış olabilir mi?
- İnsanlara üçüncü bir GENA infüzyonu uygulanırsa ne olur?
- GENA’lar farklı şekillerde kullanılabilir mi?
- GENA’lar neden bazı kişilerde etkili olurken diğerlerinde etkisiz kaldı?
- Kimlerin yanıt vereceği önceden tahmin edilebilir mi?
- Daha geç tanı alan ve antiretroviral tedaviye daha geç başlayan kişilerde GENA’lar işe yarar mı?
- GENA duyarlılık testleri daha hassas hâle getirilebilir mi?
- Yeni geliştirilen GENA’lar daha etkili olacak mı?

GENA’lar nedir?

Bazı kişiler HIV’e karşı çok güçlü bir bağışık yanıt geliştirir. Bu kişiler, tedavi olmaksızın HIV’i baskılayabilecek kadar etkili antikorlar üretir.

Bu antikorlar, HIV’in çok çeşitli kökenlerini etkisiz hâle getirebilir, yani nötralize edebilir. Bu nedenle bu antikora “geniş etkili nötralizan antikorlar” denir; Türkçe kısaltmasıyla GENA (İngilizce, “broadly neutralizing antibodies-bNAbs”).

Bilim insanları, bazı GENA’ları yeni bir HIV tedavi biçimine dönüştürmenin yollarını da keşfetmiştir.

GENA’lar genellikle araştırma kliniklerinde intravenöz infüzyon şeklinde uygulanır. Günümüzde bu maddeler, hem HIV tedavisinde hem temas öncesi korunma yaklaşımlarında hem de şifa odaklı çalışmalarda (örneğin RIO) araştırılmaktadır.

Şu ana kadar onlarca farklı HIV GENA’sı geliştirilmiş olup gelecekte çok daha fazlasının keşfedilmesi beklenmektedir.

GENA’lar nasıl çalışır?

RIO çalışması, GENA’ların iki farklı mekanizma ile

etkili olabileceğini göstermiştir.

1. Birinci yol, doğrudan viral yükü azaltmaktır. Bu etki, geleneksel antiretroviral ilaçların etkisine benzer şekilde gerçekleşmektedir. Bu etki mekanizması daha önceden bilinmektedir.

2. İkinci yol ise, GENA'ların aşı benzeri bir etki göstermesidir. Bu etki ilk kez RIO çalışmasında ortaya konmuştur ve hayli heyecan vericidir.

Hâlihazırda HIV'e karşı geliştirilmiş onlarca farklı GENA mevcuttur. Bazı GENA'lar diğerlerinden daha güçlüdür.

GENA'ların birçoğu uzun etkili formülasyonlarla geliştirilmiştir; bu nedenle yalnızca 1 ila 6 ayda bir uygulanmaları yeterlidir.

Her bir GENA yalnızca bazı kişilerde etkilidir. Bu nedenle kullanım öncesinde etkinlik ihtimalini değerlendiren bir test yapılması gerekir. Bu testler henüz kusursuz değildir ancak giderek daha güvenilir

hâle gelmektedir.

Tıpkı geleneksel antiretroviral tedavide olduğu gibi, günümüzdeki çalışmaların çoğunda ikili veya daha fazla sayıda GENA kombinasyonu tercih edilmektedir. Bu yaklaşım, direnç gelişme riskini azaltmaktadır.

GENA'ların güvenlik profili çok iyidir.

Ancak GENA'ların geliştirilmesi ve üretilmesi şu anda hayli maliyetlidir. Bununla birlikte, etkinliklerinin kanıtlanması durumunda, gelecekte bu maliyetin önemli ölçüde düşmesi beklenmektedir.

Ek bilgiler

CROI 2025'teki sunumlara ve ilgili raporlara ulaşmak kolaydır. [1-4]

RIO çalışmasının web sitesinde, çalışmaya dair daha ayrıntılı bilgiler ve bazı katılımcılarla yapılan röportajların videoları yer almaktadır. [7]

Çalışmayla ilgili daha fazla bilgiye clinicaltrials.gov sitesindeki kayıt üzerinden de ulaşılabilir. [8] 

Kaynaklar

1. RIO study: Dual-bNABs keep viral load undetectable off-ART – plus a potential first case of vaccine-like HIV remission. HTB (21 Mart 2025). <https://i-base.info/htb/50530>
2. Fidler S et al for the RIO Trial Investigators. RIO: A Randomised Placebo-Controlled Study of 2 LS-bNABs in People Treated in Early HIV. CROI 2025. Geç başvuran sözlü sunum 107.
<https://www.croiconference.org/abstract/3760-2025/> (abstract)
[watch.croiwebcasts.org/2025croi/ap/54102](https://www.croiwebcasts.org/2025croi/ap/54102) (web sunumu)
3. Frater J et al for the RIO Trial Investigators. Sustained Post-Rebound HIV Remission With Enhanced T-Cell Immunity After LS-bNABs: A Case Report. CROI 2025. Poster özeti 505.
<https://www.croiconference.org/abstract/2238-2025/>
4. Altaf M et al for the RIO Trial Investigators. Sustained T Cell–Mediated Immunity After LS-bNABs in the RIO Trial: A Vaccinal Effect. CROI 2025. Poster özeti 506.
<https://www.croiconference.org/abstract/3809-2025/>
5. Two bNABs enable viral suppression off-ART in African women in the FRESH cohort. HTB (1 Nisan 2025).
<https://i-base.info/htb/50674>
6. Ndung'u T et al for the FRESH study. Evaluation of 2 bNABs Plus Vesatolimod in Early-Treated South African Women With HIV-1 During ATI. CROI 2025. Sözlü Sunum 105.
www.croiconference.org/abstract/2240-2025 (bildiri özeti)
[watch.croiwebcasts.org/2025croi/ap/54100](https://www.croiwebcasts.org/2025croi/ap/54100) (web sunumu)
7. RIO website. www.riotrial.org
8. Clinicaltrials.gov. A Randomised Placebo Controlled Trial of ART Plus Dual Long-acting HIV-specific Broadly Neutralising Antibodies (bNABs). (RIO) clinicaltrials.gov/study/NCT04319367
Web sitelerine verilen bağlantılar, yayınlandığı tarih itibarıyla günceldir, ancak düzenli olarak güncellenmemektedir.

CROI 2025'te FRESH kohortundaki Afrikalı kadınlarda antiretroviral tedavi olmaksızın viral baskılanma sağlayan, geniş etkili nötralize edici iki antikor ile yapılan çalışmanın sonuçları sunulmuştur

09-12 Mart 2025 tarihlerinde Amerika Birleşik Devletleri'nin San Francisco kentinde düzenlenen Retrovirüsler ve Fırsatçı Enfeksiyonlar Konferansı (Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections-CROI) 2025'te, antiretroviral tedaviye akut enfeksiyon döneminde çok erken başlayan 20 Afrikalı kadından oluşan bir kohort üzerinde, geniş nötralize edici antikor (GENA) grubundan iki ilaç (VRC07 523LS ve CAP256V2LS) ile bir TLR7 agonisti (vesatolimod, GS 9620) kullanılarak yapılan, şifa elde etmeye odaklı immünoterapi çalışmasının bulguları sunulmuştur.

Bu tek kollu, açık etiketli faz 2a çalışmasının bulgularını, Güney Afrika'daki Afrika Sağlık Araştırmaları Merkezi'nden Thumbi Ndung sunmuştur.

Bu çalışma, Güney Afrika'da gerçekleştirilen, HIV'in C alt tipi ile enfekte ve enfeksiyonun bu kadar erken evresindeki kadınların dahil edildiği ilk şifa odaklı çalışmadır. Katılımcılar, HIV'i edinme riski yüksek olan kadınların yakın takip edildiği ve iki haftada bir HIV testi yapılan FRESH kohortundan seçilmiştir. Kohorttaki kadınların çoğuna enfeksiyonun Fiebig evre 1 aşamasında ART başlanmıştır.

Bu çalışmaya katılım kriterleri arasında, en az 12 aydır antiretroviral tedavi altında viral yükün baskılanmış olması, mevcut CD4+ T lenfosit sayısının >500 hücre/mm³ olması ve virüsün iki geniş nötralize edici antikordan en az birine duyarlı bulunması yer almıştır.

Oral vesatolimod, başlangıçta ve 18. haftaya kadar iki haftada bir uygulanmıştır. Birinci haftada her iki GENA tek doz intravenöz infüzyon şeklinde verilmiş ve 7. haftada antiretroviral tedavi kesilmiştir. Katılımcılar, yeniden antiretroviral tedaviye başlama kriterleri karşılanmadığı sürece, 48 hafta boyunca tedavisiz takip edilmiştir. Tedaviye yeniden başlama kriterleri arasında, 8 hafta boyunca viral yükün > 1000 kopya/ml olması, doğrulanmış viral yükün

>100.000 kopya/ml olması veya doğrulanmış CD4+T lenfosit sayısının <350 hücre/mm³ olması yer almıştır.

Katılımcıların başlangıçta CD4+ T lenfosit ortalama sayısı 880 hücre/mm³ (Çeyrek değerler aralığı-ÇDA 520–1472), antiretroviral tedaviyi ortalama kullanma süresi 6,9 yıl (ÇDA 1,7–8,5) ve antiretroviral tedaviye başlama süresi HIV tanısından sonra ortalama 1 gün (ÇDA 0–3) olarak bildirilmiştir. Bu dönem, serokonversiyon öncesinde, viral yükün hâlâ düşük ve Western blot testinin henüz negatif olduğu evredir. Başlangıçta, 20 kadından 11'i her iki GENA'ya duyarlıyken, 7'si yalnızca VRC07'ye, 2'si ise yalnızca CAP256'ya duyarlı bulunmuştur.

Yirminci haftada, her iki GENA'nın plazma ortalama düzeyleri, VRC07 için 9 µg/ml ve CAP256 için 0,32 µg/ml olarak belirlenen ortalama inhibitör konsantrasyon (IK)50 değerinin 100 katı olan terapötik düzeylerin üzerinde kalmıştır. Ancak bu düzeyler sırasıyla 24. ve 32. haftalarda bu eşiklerin altına düşmüştür.

Viral yükün >50 kopya/ml düzeyine çıktığı ortalama süre 11 hafta olarak saptanmıştır (%95 güven aralığı-GA 7–18). Katılımcıların 12'sinde tipik viral yük dinamikleri gözlenirken, 8 katılımcıda viral yükün baskılanmış olduğu ya da dalgalanan seyir gösterdiği bildirilmiştir. Bazı kadınlarda ise antiretroviral tedavi olmaksızın viral yükün yaklaşık 100.000 kopya/ml düzeyinden düşüş sergileyerek, yeniden viral baskılanmanın elde edildiği görülmüştür.

Kohortta tedavinin ilk 8 haftasında erken viral nüks gelişen %35 (7/20), 16 ila 24. haftalar arasında yeniden tedaviye başlayıp, gecikmiş viral nüks gelişen %35 (7/20) ve 48. haftada hâlâ antiretroviral tedavi almayan %30 (6/20) olmak üzere üç farklı yanıt tipi bildirilmiştir. Bu son gruptaki 4 kadın, ortalama 1,5 yıldır (aralık 1,2–2,4 yıl) antiretroviral tedavisiz izlenmektedir.

Katılımcıların çoğu infüzyon ile ilişkili hafif reaksiyonlar bildirmiş ve tedavinin tolere edilebilirliği genel olarak iyi bulunmuştur. Erken dönemde bir katılımcı vesatolimota bağlı hafif sitokin reaksiyonu nedeniyle çalışmadan çekilmiştir. 

Yorum

Bu bulgular, GENA'ların aşı benzeri bir etki gösterdiğini ortaya koyması açısından önemlidir; 20 olgunun 4'ünde, bazen yüksek viral yük düzeylerinden düşüş olmak üzere, antiretroviral tedavi olmaksızın yeniden viral baskılanma sağlanmıştır.

Bu çalışma kontrol kolu olmayan tek kollu bir çalışma olduğundan, bu şekilde yanıt verenlerin oranı, tedavi sonrası kontrol sağlayan bireylerde beklenenden daha yüksek olabilir. Ancak tedavinin bu kadar erken dönemde başlanmış olması, bu sonucun yorumlanmasını güçleştirmektedir. Bu araştırma öncelikle etkinlikten ziyade güvenlik odaklı olarak tasarlandığından çalışmaya bir kontrol kolu dahil edilmemiştir.

Bu bulgular, CROI 2025'te aynı oturumda sunulan RIO çalışmasının bulguları ile benzerdir.

RIO çalışmasında olduğu gibi, bu çalışmada da önemli sayıda katılımcının viral yükü, çalışma protokolünde öngörülenden ve bilgilendirilmiş onam formunda katılımcılara belirtilenden çok daha yüksek düzeylere ulaşmıştır.

Bu durum, antiretroviral tedavinin kesildiği veya tedaviye ara verildiği çalışmalara katılan bireyler için geriye dönük ve ileriye dönük uzun vadeli güvenlik kayıtlarının oluşturulmasının önemini vurgulamaktadır. Bu kayıtlar, aynı zamanda antiretroviral tedaviye yeniden başlanmasından sonra viral baskılanmanın sağlanma süresini de içermelidir; ancak bu bilgi FRESH katılımcıları için mevcut değildir.

Vesatolimodun bu bulgulara katkıda bulunup bulunmadığı net değildir; önceki çalışmalarda, viral rezervuar üzerinde yalnızca sınırlı düzeyde olası bir etkisi olabileceği öne sürülmüştür.

Kaynaklar

1. Ndung'u T et al for the FRESH study. Evaluation of 2 bNABs Plus Vesatolimod in Early-Treated South African Women With HIV-1 During ATI. CROI 2025. Sözlü poster 105. www.croiconference.org/abstract/2240-2025 (özet)
watch.croiwebcasts.org/2025croi/ap/54100 (webcast)
 2. ROI 2025: RIO study: Dual-bNABs keep viral load undetectable off-ART – plus a potential first case of vaccine-like HIV remission. HTB (Mart 2025). i-base.info/htb/50530
 3. Fidler S et al for the RIO Trial Investigators. RIO: A Randomised Placebo-Controlled Study of 2 LS-bNABs in People Treated in Early HIV. CROI 2025. Late-breaking oral abstract 107.
www.croiconference.org/abstract/3760-2025 (özet)
watch.croiwebcasts.org/2025croi/ap/54102 (webcast)
 4. SenGupta D et al. The TLR7 agonist vesatolimod induced a modest delay in viral rebound in HIV controllers after cessation of antiretroviral therapy. Sci Transl Med. 2021 Haz 23;13(599):eabg3071. doi: 10.1126/scitranslmed.abg3071.
pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34162752
 5. Rasmussen TA, Lewin SR. Toll-like Receptor 7 Agonists in People Living With HIV: Implications for Immunotherapeutic Strategies for an HIV Cure. Clin Infect Dis. 2021 Jun 1;72(11):e825-e827. doi: 10.1093/cid/ciaa1539.
pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33044543
- Web sitelerine verilen bağlantılar, yayımlandığı tarih itibarıyla günceldir, ancak düzenli olarak güncellenmemektedir.

KILAVUZLAR

Amerika Birleşik Devletleri Centers for Disease Control Temas Sonrası Profilaksi Kılavuzu (Mayıs 2025)

Simon Collins, HIV i-Base

8 Mayıs 2025'te, Amerika Birleşik Devletleri Centers for Disease Control (CDC) Temas Sonrası Profilaksi (TSP) kılavuzunu güncellemiştir. [1] Bu, 2016 yılından bu yana yapılan ilk güncellemedir.

Kılavuzda aşağıdaki öneri değişiklikleri yapılmıştır:

Mesleki olmayan temaslara için

- Sadece olası partnerin HIV ile yaşadığı bilinmekteyse

ve viral yükü bilinmiyorsa ya da saptanabilir düzeydeyse ve temas üzerinden 72 saatten fazla zaman geçmediyse TSP önerilmektedir.

- Son 72 saat içinde risk taşıyan bir temas olması, fakat partnerin HIV durumunun bilinmemesi halinde her bir olgu TSP açısından ayrı olarak değerlendirilmelidir.

- HIV açısından risk taşımayan temaslara için ve TSP önerilmemektedir.

- Kaynak kişinin HIV ile enfekte olmadığı anlaşıldığında TSP hemen sonlandırılmalıdır.

- Ancak yine de, her bir olgunun ayrı değerlendirilebileceği ve viral yük saptanabilir düzeyin altında ve risk ihmal edilebilir ya da sıfır olsa bile TSP kullanımının düşünülebileceği belirtilmektedir.
- TSP için günümüzde ikinci kuşak entegraz transfer inhibitörü (biktegravir veya dolutegravir), tenofovir (alafenamit fumarat-TAF veya disoproksil fumarat-TDF) ve emtrisitabin ya da lamivudin (XTC) içeren karma rejim tercih edilmektedir. Kobisistat veya

ritonavir ile güçlendirilmiş darunavir, TAF/TDF ve XTC kombinasyonu ise alternatif rejim olarak önerilmektedir.

- Temas öncesi profilaksi amacıyla uzun etkili antiretroviral kullanmış kişilerde TSP kararı verirken HIV antijen-antikor arama testine ek olarak, HIV nükleik asit arama testi yapılmalıdır.
- Son test temastan 12 ay sonra yapılmalı ve hem antijen-antikor hem de nükleik asit arama testlerini kapsamalıdır. 

Kaynaklar

1. US CDC. Antiretroviral Postexposure Prophylaxis After Sexual, Injection Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV – CDC Recommendations, United States, 2025. MMWR 2025 / 74(1);1–56. (8 May 2025). <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/74/rr/rr7401a1.htm>
2. US CDC. Updated guidelines for antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection drug use, or other nonoccupational exposure to HIV – United States, 2016. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC; 2017. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27149423/>

Web sitelerine verilen bağlantılar, yayınlandığı tarih itibarıyla günceldir, ancak düzenli olarak güncellenmemektedir.

HIV ile yaşayan kişilerde statin kullanımıyla ilgili Amerikan kılavuzları güncellendi

Amerika Birleşik Devletlerinde REPRIEVE çalışmasının sonuçları esas alınarak, HIV ile yaşayan kişilerde statin kullanımına yönelik yeni bir kılavuz yayımlanmıştır. [1]

Kılavuzda, 10 yıllık arteriyosklerotik kardiyovasküler hastalık (ASKVH) risk skoru %5 veya üzerinde olan HIV ile yaşayan kişilere (REPRIEVE çalışmasında statinlerden en yüksek faydayı elde eden grup)

statin tedavisine başlanması güçlü bir şekilde önerilmektedir.

Kılavuz, 10 yıllık ASKVH risk skoru %5'in altında olan kişilerde de statin kullanımını desteklemekle birlikte, bu grupta ASKVH riskini artırabilecek HIV ile ilişkili ek faktörlerin de değerlendirilmesini önermektedir.

Eşlik eden bir editör yorumunda, statin tedavisinin özellikle yaşlı kişilerde tek başına yeterli olmayacağı vurgulanmaktadır; ancak bu yorum makalesine erişim ücretlidir. 

Kaynaklar

1. Beavers C et al. Statin Therapy as Primary Prevention for Persons With HIV: A Synopsis of Recommendations From the U.S. Department of Health and Human Services Antiretroviral Treatment Guidelines Panel. Ann Intern Med. doi:10.7326/ANNALS-24-03564. (27 Mayıs 2025). <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/ANNALS-24-03564>
2. Amy Justice, Matthew Freiberg. Statins May Be Necessary but Are Not Sufficient for People Aging With HIV. Ann Intern Med. doi:10.7326/ANNALS-25-01463. doi.org/10.7326/ANNALS-25-01463

IAS–USA 2025 ilaç direnci mutasyonlarına ilişkin güncelleme (2025)

Simon Collins, HIV i-Base

Uluslararası Antiviral Derneği–ABD (International Antiviral Society–United States of America- IAS–USA) tarafından hazırlanan ve 2025 yılı için güncellenmiş ilaç direnci mutasyonları listesinde Kasım 2022'deki öneriler revize edilmiştir.

Bu yeni listede, entegraz enzimine ait çeşitli yeni mutasyonlar yer almaktadır. Ayrıntılar için aşağıdaki

Tablo 1'e bakınız.

Giriş inhibitörleri olan fostemsavir ve ibalizumab için şekillere barlar ve kullanıcı notlarının eklenmiş olması da bir diğer değişikliktir.

Artık önerilmeyen veya üretimi durdurulan antiretroviral ilaçlar, ilgili ilaç sınıflarının en altında gri renkle gösterilmekte olup, kullanıcı notları tarihsel referans amacıyla korunmaktadır. 

Tablo 1. Şekil barlarında 2025 yılı için yapılan güncellemelere göre mutasyon özeti

İlaç	Şekil barındaki değişiklikler (mutasyon tipi)
Doravirin	A98G eklendi (minör)
Dolutegravir	S147G eklendi (minör)
Kabotegravir	L74I eklendi (majör) – yalnızca A6 alt tipi için anlamlı
Lenakapavir	K70H eklendi (majör) K70N güncellendi (majör) L56I güncellendi (majör) N74D güncellendi (majör)
Raltegravir	G118R eklendi (majör) G140C eklendi (minör)
Elvitegravir	118R eklendi (majör) E138A/K eklendi (minör) G140A/C/S eklendi (minör)

Kaynaklar

1. Wensing AM et al. 2025 Update of the Drug Resistance Mutations. Topics in HIV Medicine. Volume 33, Issue 2, (Mayıs 2025).

<https://www.iasusa.org/wp-content/uploads/2025/05/33-2-457.pdf> (PDF)

Web sitelerine verilen bağlantılar, yayınlandığı tarih itibariyle günceldir, ancak düzenli olarak güncellenmemektedir.

Sifilisin önlenmesi için doksisisiklin ile temas sonrası profilaksi: Birleşik Krallık kılavuzu

Simon Collins, HIV i-Base

9 Haziran 2025 tarihinde, British Association for Sexual Health and HIV (BASHH), doksisisiklin ile temas sonrası profilaksi (doksi-TSP) konusundaki ilk Birleşik Krallık kılavuzunu yayınlamıştır. [1]

Bu belgede, 16 adet öneri bulunmaktadır. Doksi-TSP için başlıca endikasyon cis cinsiyetli gey ve biseksüel erkekler olmakla birlikte, sifilis edinme riski yüksek olan diğer kişiler de bu endikasyona dahil edilebilir.

DoxyPEP çalışmaları, bu uygulamanın yararlarını 2022 yılından itibaren ortaya koymaktadır ve Amerika Birleşik Devletleri'nde, doksi-TSP çalışmalarının yürütüldüğü bölgelerde ilk Amerika Birleşik Devletleri (ABD) kılavuzu da bu tarihlerde oluşturulmuştur. [2]

Kılavuzdaki öneriler, sadece çalışmalara dahil edilen toplumlara (gey ve biseksüel erkekler ve trans cinsiyetli kadınlar) değil, aynı zamanda bakteriyel cinsel yolla bulaşan hastalıkların toplumdaki oranlarına, tetrasiklinlerde direnç gelişmesi konusundaki endişelere ve tetrasiklinlerin

bağırsak mikrobiyomu üzerindeki olası etkilerine dayandırılmıştır. [2, 3, 4, 5, 6]

Örneğin, doksi-TSP'nin, Birleşik Krallıkta gonorenin önlenmesi üzerinde bir etkisinin olması beklenmez; çünkü ilaç direnci oranları fazlasıyla yüksektir (%>90). Doksi-TSP'nin klamidyayı önleme konusundaki endikasyonu da yukarıda sözü edilen seçilmiş toplumda sağlaması beklenen yararın sınırlı olmasına dayanmaktadır. Oysa doksi-TSP, cis cinsiyetli kadın, trans cinsiyetli erkek ve doğumda kadın cinsiyeti atanmış ikili cinsiyet dışındaki bireylerde klamidyanın önlenmesi amacıyla önerilmektedir.

Buna karşılık, 2024 ABD CDC kılavuzunda doksi-TSP, sifilis, klamidy ve gonoreyi kapsayan geniş bir kullanım yelpazesine sahiptir. [3]

Ayrıca 2024 yılında Avustralya kılavuzunda doksi-TSP, temel olarak sifilisin önlenmesinde kullanılmak üzere önerilirken, bazı kişilerde klamidy ve gonorenin önlenmesinde de yararlı olabileceği gündeme gelmiştir. [4]

Doksi-TSP, cinsel ilişkiden sonraki 24-72 saat içinde günde 2 kez 100 mg olacak şekilde kullanılmaktadır.



Yorum

Bu 46 sayfalık kılavuzda, mevcut kanıtlar ayrıntılı olarak gözden geçirilmekte ve Birleşik Krallıkta doksi-TSP'nin kullanımına ilişkin önerilere dayanak teşkil etmek üzere paydaşların yorumlarına da yer verilmektedir. [7]

Son yıllarda Birleşik Krallıkta doksisisikline çevrimiçi ulaşan insanlar olduğu göz önüne alındığında, bu kılavuzun, tıbbi gözetim altında doksi-TSP kullanan kişi sayısını artırması umut edilmektedir.

Doksi-TSP'nin cis cinsiyetli kadın, trans cinsiyetli erkek ve doğumda kadın cinsiyeti atanmış ikili cinsiyet dışı kişiler gibi, bu uygulamadan yarar görecektir herkes için kolayca ulaşılabilir olması önem taşımaktadır.

European AIDS Treatment Group yakın tarihte doksi-TSP konusunda bir belge yayınlamıştır. [8]

Kaynaklar

1. BASHH. BASHH publishes UK-first guidelines on doxyPEP for the prevention of syphilis. (9 June 2025). www.bashh.org/news/1686/bashh_publishes_ukfirst_guidelines_on_doxyep_for_the_prevention_of_syphilis (press release)
www.bashh.org/resources/141/doxycycline_postexposure_prophylaxis_2025 (download page)
www.bashh.org/_userfiles/pages/files/guideline_doxyep_final_9thjune2025_v11.pdf (PDF)
 2. San Francisco Department of Public Health. Doxycycline Post-Exposure Prophylaxis Reduces Incidence of Sexually Transmitted Infections. (21 October 2022). www.sfcityclinic.org/sites/default/files/2022-10/Health%20update_DoxyPEP_FINAL.1.pdf
 3. US CDC. CDC Clinical Guidelines on the Use of Doxycycline Postexposure Prophylaxis for Bacterial Sexually Transmitted Infection Prevention United States 2024. Recommendations and Reports / June 6 2024 / 73(2)1–8 www.cdc.gov/mmwr/volumes/73/rr/rr7302a1.htm
 4. Australian Society for HIV Medicine (ASHM). Australian Consensus Statement on DoxyPEP. Australian consensus statement on doxycycline post-exposure prophylaxis (doxy-PEP) for the prevention of syphilis chlamydia and gonorrhoea among gay bisexual and other men who have sex with men. Med J Aust || doi: 10.5694/mja2.52258. (1 April 2024).
<https://www.mja.com.au/journal/2024/220/7/australian-consensus-statement-doxycycline-post-exposure-prophylaxis-doxy-pep>
 5. German STI Society (DSTIG). Position statement of the German STI Society on the prophylactic use of doxycycline to prevent STIs (Doxy-PEP, Doxy-PrEP). J Dtsch Dermatol Ges. 2024 Mar22(3):466-478. doi:10.1111/ddg.15282. Epub 2023 Dec 20.
 6. IUSTI Europe Position Statement on use of DoxyPEP: June 2024
iusti.org/wp-content/uploads/2024/06/DOXYPEP-Position-Statement-26_6_24-FINAL.pdf
 7. UKHSA. UKHSA publishes latest STI data. (3 June 2025). www.gov.uk/government/news/ukhsa-publishes-latest-sti-data
 8. EATG. New resources on DoxyPEP. (June 2025) <https://www.eatg.org/publications/doxyep>
- Web sitelerine verilen bağlantılar, yayınlandığı tarih itibariyle günceldir, ancak düzenli olarak güncellenmemektedir.

ANTİRETROVİRALLER

Düşük doz antiretroviral kullanımı: Antiretroviral temin sorunları ve kliniklerin kapanmasına karşı olası bir krizin yönetimi

Simon Collins, HIV i-Base

AIDS dergisinde yayımlanan açık erişimli bir makalede, rastgele seçilmiş yaklaşık 1300 katılımcıda, haftada yalnızca 5, 4 veya 3 gün antiretroviral ilaç kullanımını her gün kullanım ile karşılaştıran 7 çalışma ele alınmıştır.

Çalışmanın 48. haftasında virolojik başarısızlık (>50 kopya/mL), aralıklı doz kullanan grupta 21 vakada, günlük antiretroviral tedavi alan grupta ise 22 vakada bildirilmiştir. Söz konusu 7 çalışmada, hem nonnükleozit revers transkriptaz inhibitörü (NNRTI) hem de entegraz içiçik transfer inhibitörü (INSTI) temelli antiretroviral tedavi rejimleri kullanılmıştır.

Bu çalışmalarda dikkate alınması gereken önemli bir nokta, yalnızca kalıcı virolojik baskılanma sağlanmış, CD4+ T lenfosit sayıları iyi düzeyde olan ve gebe olmayan kişilerin dahil edilmiş olmasıdır. Katılımcıların hiçbirinde ilaç direnci öyküsü, aktif hepatit B enfeksiyonu veya fırsatçı enfeksiyon bulunmamaktadır.

Ayrıca, bu çalışmalarda sık aralıklarla yapılan izlem

sayesinde olası erken virolojik sıçramalar ya da virolojik geri tepme, tedaviye uyum desteği verilerek ya da yeniden günlük antiretroviral tedavi rejimine dönülerek etkin şekilde yönetilebilmiştir.

Daha karmaşık HIV öyküsüne sahip kişilerde de benzer sonuçların elde edilip edilemeyeceğini değerlendirmek için, bu bulguların daha geniş kitlelere ve izlem sıklığının az olduğu sistemlere genellenbilmesinden önce ek araştırmalara ihtiyaç vardır. Ayrıca çalışmaların çoğu küçük örneklemle gerçekleştirilmiş olup, sadece biri 200'den fazla katılımcı içermektedir.

Yine de bu sonuçlar, 20 Ocak'tan bu yana Amerika Birleşik Devletleri'nin (ABD'nin) uluslararası yardım politikalarındaki değişimlere karşı geliştirilecek kriz yönetimlerinin bir parçası olarak, doz azaltımının güvenli bir seçenek olabileceğini düşündürmektedir. Söz konusu değişiklikler hâlihazırda düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşayan 20 milyondan fazla HIV ile yaşayan kişinin antiretroviral tedaviye erişimini tehdit etmektedir.

Bu derleme ayrıca, 400 ergenin dahil edildiği ve tamamlanmış olan büyük ölçekli bir randomize kontrollü çalışmaya da değinmektedir. [2]

Fransız HIV tedavi rehberleri ise, özellikle “QUATUOR” çalışmasının sonuçlarına dayanarak,

seçilmiş bazı vakalarda antiretroviral tedavinin haftada yalnızca 4 veya 5 gün uygulanabilmesi önerisini bir seçenek olarak hâlihazırda içermektedir. [3, 4] 

Yorum

ABD’nin USAID ve diğer uluslararası HIV programlarını 50’den fazla düşük ve orta gelirli ülkede sonlandırması, dünya genelinde binlerce toplum sağlığı kliniğinin kapanmasına yol açmış ve 20 milyondan fazla HIV ile yaşayan kişinin antiretroviral tedaviye kesintisiz erişimini tehlikeye atmıştır.

Antiretroviral tedaviye erişimde yaşanan kesintiler HIV ile yaşayan kişileri ya tedavilerini bırakmak ya da farklı sağlık hizmetlerine yönelmek zorunda bırakmıştır. Bazı ülkelerde ise kişiler, tedaviyi artık kendi olanaklarıyla ve fahiş fiyatlarla temin etmek zorundadır. [5]

ABD’nin bu yardımları önceden bildirimde bulunmaksızın sonlandırması fazlaca aksaklığa ve de zarara yol açmıştır. Ayrıca bu karar, sağlık hizmetlerinden ilişkin kesilmesinin ne boyutlarda olduğunu izlemeyi sağlayacak sistemlerin de çökmesine yol açmıştır.

Alınan geçici önlemlere rağmen, tedarik zincirinde hâlihazırda sorunlar yaşanmakta olup, stoklardaki tükenmelerin birçok düşük ve orta gelirli ülkede yaygın hale gelme riski bulunmaktadır. Hükümetlerin çok azı yurttaşlarının antiretroviral tedaviye kesintisiz erişimini garanti altına alacak bir yanıt geliştirebilmiştir. Stokları sürekli azalan ülkelerin yeni sipariş verdiğine dair herhangi bir kanıt bulunmamaktadır. [6]

Dikkatle oluşturulmuş bir stratejinin parçası olarak, antiretroviral tedaviye tamamen ara verilmesindenense dozun azaltılması ya da aralıklı doz uygulama gibi yaklaşımların, en azından herkesin tedaviye yeniden erişebileceği döneme kadar bir köprü yöntem olarak kullanılması daha uygun olabilir.

Aynı zamanda, HIV’in önlenmesine yönelik hizmetlerin de krizde olduğu bu dönemde bu yaklaşım, HIV bulaş riskini en aza indirebilir.

Antiretroviral tedaviye son verilmesi, çoğu kişide 2 ila 4 hafta içerisinde viral yükün saptanabilir düzeye çıkmasına neden olur. Ardından viral yük hızla çok yüksek değerlere ulaşarak HIV bulaş riskini epeyce artırır. Bu durum, antiretroviral tedavi ile sağlanan virolojik baskılanmanın yıllardır cinsel partnerleri de koruduğu bir dönemin ardından, aynı zamanda kapanan kliniklerin kondom ve temas öncesi profilaksi gibi önleyici hizmetlere erişimi kısıtladığı bir bağlamda yaşanacaktır.

Virolojik geri tepmenin dinamikleri dikkate alındığında, antiretroviral tedavinin toplum genelinde kesintiye uğramasının test hizmetlerinin sekteye uğradığı ve antiretroviral tedaviye erken dönemde başlanmasının mümkün olmadığı bir ortamda yeni HIV enfeksiyonları açısından çok yüksek riskler doğuracağı anlaşılabılır.

HIV enfeksiyonunun önlenmesi alanında bir felaket hâlihazırda başlamış durumdadır.

Simon Collins, aynı zamanda AIDS dergisinde yayımlanan makalenin ortak yazarları arasındadır.

Kaynaklar

1. Hill A et al. Could reduced dosing maintain more people on antiretrovirals after the sudden cuts in USAID funding? A crisis response. AIDS DOI:10.1097/QAD.0000000000004212. (22 Nisan 2025).
https://journals.lww.com/aidsonline/abstract/9900/could_reduced_dosing_maintain_more_people_on.692.aspx
 2. Kekitiinwa-Rukyalekere A et al. Breather Plus and LATA: two randomised, open-label, non-inferiority clinical trials, evaluating treatment optimisation in adolescents aged 12-19 years of age living with HIV-1 infection in Sub Saharan Africa. CHIVA Yıllık Konferansı, 22 Mayıs 2022, Londra.
 3. French HIV Treatment Guidelines. Published online Aralık 2024. Available at: <https://anrs.fr/fr/actualites/actualites/recommandations-has-traitemant-antiretroviral-vih>
 4. Landman R et al. A 4-days-on and 3-days-off maintenance treatment strategy for adults with HIV-1 (ANRS 170 QUATUOR): a randomised, open-label, multicentre, parallel, non-inferiority trial. Lancet HIV. 2023. 9: e79-90.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35120640>
 5. Health Policy Watch. Bribes and Rationing of AIDS Medicine in Zimbabwe as Trump’s Aid Cuts Bite (30 Nisan 2025).
healthpolicy-watch.news/bribes-and-rationing-of-aids-medicine-in-zimbabwe-as-trumps-aid-cuts-bite
 6. Clinton Health Access Initiative (2025) HIV Market Impact Memo. Nisan 2025.
<https://www.clintonhealthaccess.org/wp-content/uploads/2025/03/CHAI-HIV-Market-Impact-Memo-March-2025.pdf> (PDF)
- Web sitelerine verilen bağlantılar, yayımlandığı tarih itibarıyla günceldir, ancak düzenli olarak güncellenmemektedir.

Amerika Birleşik Devletleri'nin değişen politikaları, 2030 yılına dek HIV ile yaşayan 500.000 çocuğun hayatını olumsuz etkileyecek

Simon Collins, HIV i-Base

Sahra altı Afrika'da HIV tedavi ve önleme programlarına US President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) programı tarafından yapılan yardımın iptal edilmesinin, beş yıl içinde bir milyon çocuğun HIV ile enfekte olması, 500,000 çocuğun HIV enfeksiyonundan ölmesi ve 2,8 milyon çocuğun da anne veya babasız kalması ile sonuçlanması beklenmektedir.

Lancet dergisinde 8 Nisan 2025 tarihinde bu konuyla ilgili yayımlanan modelleme çalışmasında, son 20 yılda elde edilen faydalardan söz edilmekte, fonların sonlanmasıyla ortaya çıkan kırılmanın boyutu belirtilmekte ve yeni bir beş yıllık plan yapılması için çağrıda bulunmaktadır. [1]

PEPFAR, dünya çapında 20 milyon insana antiretroviral tedavi sağlayan, 2003 yılından bu yana 26 milyon kişinin yaşamının kurtarılmasını ve 7,8 milyon bebeğin HIV ile enfekte olmadan doğmasını sağlamış olan bir programdır. Ayrıca bu program, HIV pandemisinin en fazla yıkıma neden olduğu ülkelerde

yaşam beklentisinin önemli ölçüde artmasına da aracı olmuştur.

Ancak, 20 Ocak 2025 tarihinden bu yana, PEPFAR projeleri askıya alınmış ve çoğunluğu kilit toplum üyelerine hizmet sağlayan toplum temelli binlerce klinik kapatılmıştır. Bu fonun tekrar aktive edileceğine dair bir garanti veya olasılık da şimdilik yok gibi görünmektedir.

On bir Afrika ülkesinin resmi yetkilileri tarafından yayımlanan bir mektupta, ülkelerin uzun vadede HIV epidemisi yönetiminin sorumluluğunu üstlenmelerini sağlayacak bir geçişin yapılması gerektiği vurgulanmakla beraber, bunun ABD ile ortak yürütülmesi konusunun altı çizilmiştir. [2]

Halen Amerika Birleşik Devletleri tarafından sağlanan fonlara olan bağımlılığın devam etmesine ve birçok ülkenin kendi vatandaşlarını tedavi etme sorumluluğunu üstlenme konusunda yavaş davranmalarına rağmen, amfAR tarafından yapılan bir bilgilendirme, PEPFAR yardımı alan ülkelerde yerel harcamaların, PEPFAR yardımı almayan ülkelere göre önemli ölçüde artmış olduğunu ortaya koymuştur (sırasıyla %350 ve %190). [3] 

Kaynaklar

1. Cluver L and Toska E et al. Protecting Africa's children from extreme risk: a runway of sustainability for PEPFAR programmes. The Lancet. (8 Nisan 2025). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)00401-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)00401-5)

2. Accelerating domestic investments to end AIDS in Africa. The Lancet. (8 Nisan 2025). [https://www.thelancet.com/journals/lancet/S0140-6736\(25\)00685-3](https://www.thelancet.com/journals/lancet/S0140-6736(25)00685-3)

3. amfAR briefing. Domestic Funding Contributions to Health: Comparing Changes in Domestic Financing in PEPFAR and Non-PEPFAR Supported Countries. Mart 2025.

<https://www.amfar.org/wp-content/uploads/2025/04/IB-World-Bank-Country-Analysis.pdf>

Web sitelerine verilen bağlantılar, yayınlandığı tarih itibarıyla günceldir, ancak düzenli olarak güncellenmemektedir.

Aşılama maymun çiçeğinin seyrini sınırlamada etkili olsa da HIV ile yaşayan kişilerde aşılamanın etkinliği daha düşüktür

Simon Collins, HIV i-Base

Mayıs 2022 ile Aralık 2023 arasında Kaliforniya'da yürütülen, 4069 cis cinsiyetli gey ve biseksüel erkeği kapsayan prospektif olgu-kontrol çalışmasında, maymun çiçeği aşısı yapılan kişilerde hastalığın ilerlemesinin yavaşladığı ve hastaneye yatış oranlarının azaldığı bildirilmiştir. Ancak bu oranlar, HIV ile yaşayan kişilerde daha düşük bulunmuştur. [1]

Genel olarak, "JYNNEOS" isimli maymun çiçeği aşısı lezyon progresyonunu %59 oranında (%95 güven aralığı-GA 50-66), hastaneye yatışı ise %85 oranında (%95 GA 54-95) azaltmıştır.

Bu çalışma, laboratuvar doğrulamasıyla maymun çiçeği tanısı konmuş kişilerle yapılan telefon görüşmelerinin ardından doldurulan olgu bildirim formlarından elde edilen verilere dayanmaktadır. Yaygın lezyonları bulunanlar olgu grubu (s=3043; 2715'i aşısız), gövdesinin sadece bir bölgesinde lezyon bulunanlar ise kontrol grubu (n=1566; 1135'i aşısız) olarak tanımlanmıştır.

HIV ile yaşayan kişilerde hastalığın ilerlemesi %45 oranında azalmışken (%95 GA 27-58), HIV negatif kişilerde bu oran %67 olarak bildirilmiştir (%95 GA 57-74). Ancak bu koruyucu etki, yalnızca CD4+ T lenfosit sayısının >350 hücre/mm³ olduğu kişilerde

gözlemlenmiştir. Genel olarak, olguların %47'si ve kontrollerin %34'ü HIV ile yaşayan kişilerden oluşmaktadır; ancak bu gruplarda yalnızca 201 kişinin CD4+ T lenfosit sayısının <350 hücre/mm³ olduğu tespit edilmiştir. HIV pozitif olmanın, aşılama durumundan bağımsız olarak hastalığın ilerlemesi ve hastaneye yatış açısından riski artırdığı belirtilmiştir.

Çalışmanın ana analizinde, sayının yetersiz olması nedeniyle yalnızca cis cinsiyetli kişilerdeki etkinlik bildirilmiş olmakla beraber, olguların %6'sı kadın ve azınlıktaki cinsiyete sahip kişilerdir.

Konuyla ilişkili bir editör yorumunda, aşının hem klad 1 hem de klad 2'ye karşı etkinliğine dair randomize verilerin hâlâ yetersiz olduğu, koruyuculuğun süresine ilişkin mevcut verilerin sınırlı olduğu (özellikle HIV ile yaşayan kişilerde zamanla azalma eğilimi gösterdiği) ve aşılarla erişimde küresel eşitsizliklerin sürdüğü vurgulanmıştır. [2]

Editör yorumunda ek olarak, aşılama anından semptomların başlangıcına kadar geçen sürenin ortalama 47 gün (Çeyrek değerler aralığı-ÇDA 28-318 gün) olması, aşının koruyuculuğunun süresine dair verilerin sınırlılığını gösteren bir bulgu olarak sunulmuştur. [1]

Bazı çalışmalar, aşıyla sağlanan korumanın zamanla azalmasının olası olduğunu ve özellikle HIV ile yaşayan kişilere iki yıl sonra tekrar rapel doz yapılması gerektiğini bildirmiştir. [3] 

Kaynaklar

1. Granskog K et al. Effect of JYNNEOS vaccination on mpox clinical progression: a case-control study. Lancet Infect Dis. (21 Mayıs 2025). [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(25\)00180-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(25)00180-X/fulltext)
2. Marks M and Mitjà O. Mpox vaccines attenuate disease—but evidence and equity gaps remain. (21 Mayıs 2025). [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(25\)00282-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(25)00282-8/fulltext)
3. Moraes-Cardoso I et al. Immune responses associated with mpox viral clearance in men with and without HIV in Spain: a multisite observational prospective cohort study. Lancet Microbe, 5(8):100859. (Ağustos 2024). [https://www.thelancet.com/journals/lanmic/article/PIIS2666-5247\(24\)00074-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanmic/article/PIIS2666-5247(24)00074-0/fulltext)
4. People living with HIV need two shots of the mpox vaccine and likely a booster after two years. HTB (Nisan 2025). i-base.info/htb/50751 Web sitelerine verilen bağlantılar, yayınlandığı tarih itibarıyla günceldir ancak düzenli olarak güncellenmemektedir.

HIV ile yaşayan bireylerin mpoks aşısını iki doz ve iki yıl sonra da bir rapel şeklinde yaptırmaları gerekiyor

Almanya'da mpoks riski yüksek olan bireylerde MVA-BN aşısının etkinliğini değerlendiren, birbiriyle bağlantılı iki prospektif gözlemsel çalışmada, HIV ile yaşayan kişilerde aşının etkinliğinin daha düşük olduğu bildirilmiştir. [1]

İlk çalışma olan Safety and Effectiveness of MVA-BN Vaccination Against MPXV Infection (SEMVAc) çalışmasında, Mpoks enfeksiyonuna karşı MVA-BN aşısının güvenliği ve etkinliği değerlendirilmiştir. Çalışmada, Temmuz 2022 ile Aralık 2023 tarihleri arasında MVA-BN aşısının bir (s=3850) ya da iki (s=3636) dozunu alan 6265 gey/biseksüel erkek ile trans kadınlar (s=32) yer almıştır.

İkinci çalışma olan (Emulated Target Trial for Effectiveness of MVA-BN Vaccination Against Mpox Infection in At-risk Individuals (TEMVAc) çalışmasında, aşılanmış 3027 kişi aşılanmamış 3027 kişiden oluşan kontrol grubu ile mpoks insidansı açısından karşılaştırılmıştır.

TEMVAc çalışmasında ortalama 55 günlük (Çeyrek değerler aralığı-ÇDA 23-89) izlem süresi sonunda 16 aşı ve 32 aşısız bireyde mpoks vakası görülmüştür. İlk dozdan sonraki 14. gün ve sonrasında aşı etkinliği %57 olarak hesaplanmıştır (%95 güven aralığı-GA %11-%83). Ancak, ilk doz için izlem süresi 53 gün

(ÇDA 23-84), ikinci doz sonrası ise yalnızca 14 gündür (ÇDA 7-33). Bu bulgu önemlidir; çünkü aşıdan sonraki ilk 7 gün içinde koruyuculuğa dair herhangi bir kanıt bulunmamaktadır.

Sonuçlar HIV durumuna göre alt gruplarda değerlendirildiğinde, HIV negatif kişilerde aşının etkinliği %84 (GA %42-%100) olarak hesaplanırken, HIV ile yaşayan kişilerde bu oran yalnızca %34 bulunmuştur (GA -%72 ila +%79). SEMVAc çalışmasında katılımcıların yaklaşık %30'u, TEMVAc'ta ise %50'si HIV ile yaşayan kişilerden oluşmaktadır ve bu kişilerin çoğunda CD4+ T lenfositleri yüksek bulunmuştur. CD4+ T lenfositleri >500 hücre/mm³ olanların oranı sırasıyla %80 ve %84, 200-499 hücre/mm³ aralığında olanların oranı ise her iki çalışmada da %13 olarak bildirilmiştir.

Aşıya rağmen gelişen enfeksiyonlar aşılanmamış bireylerde görülen enfeksiyonlara kıyasla daha hafif semptomlarla seyretilmiştir.

İlk enjeksiyondan 14 ve ikinci enjeksiyondan sonra 6 istenmeyen etki bildirilmiştir. Enjeksiyon bölgesindeki reaksiyonlar, ilk dozdan sonra %70, ikinci dozdan sonra ise %56 oranında olguda yaygın olarak gözlemlenmiştir.

Bulgular, 18 Mart 2025 tarihinde Lancet Infectious Diseases dergisinde yayımlanmıştır. 

Yorum

HIV ile yaşayan kişilerde, antikor yanıtının HIV negatif kişilere kıyasla daha düşük düzeyde olduğu bildirilmiş olsa da, bu farklar dikkati çekecek düzeyde değildir.

TEMVAc aşısında ikinci dozdan sonraki sınırlı izlem süresi, özellikle iki doz aşının özellikle önerildiği HIV ile yaşayan kişilerde koruma düzeylerinin belirgin şekilde daha düşük olmasını açıklayabilir. Ancak yazarlar, izlem süresinin uzatılmasının da fayda sağlamayabileceğini, çünkü mpoks insidansının hızla düşmesiyle birlikte vaka sayısının anlamlı derecede azaldığını belirtmiştir.

Ancak, aşıya rağmen gelişen 10 enfeksiyonun 9'u CD4+ T lenfosit sayısı >500 hücre/mm³ olan kişilerde, 1'i ise 200-499 hücre/mm³ arasında olan bir kişide ortaya çıkmıştır

Aşının koruyuculuk süresine ilişkin ayrıntılar bulunmasa da, HIV ile yaşayan kişilere iki doz aşının uygulanması güçlü şekilde önerilmelidir.

CROI 2025'te sunulan bir posterde, HIV ile yaşayan kişilerin son aşılamadan iki yıl sonra rapel doz aşı yaptırmaları gerektiği bildirilmiştir. Bu öneri, aşılar ve bağışıklama uygulamalarına ilişkin British HIV Association (BHIVA) kılavuzunun başkanı olan Anna-Maria Geretti tarafından da desteklenmiş ve her iki başlangıç dozunun uygulanmasının önemi ayrıca vurgulanmıştır. [2, 3]

Dublin'den bildirilen bu prospektif çalışma, aşılanmış 122 kişiden, son aşılamadan 600-700 gün sonra alınan örneklerle, eşleştirilmiş 72 kişiden yaklaşık bir yıl önce alınmış örnekler karşılaştırıldığında, antikor yanıtlarında azalma olduğunu ve yalnızca üçte birinin seropozitif kaldığını ortaya koymuştur.

Aşıdan sonra geçen süre, yaş ve önceki çiçek aşlaması için düzeltme yapıldıktan sonra bile, HIV ile yaşayan kişilerde seropozitiflik oranlarının anlamlı ölçüde daha düşük (uyarlanmış odds oranı-uOO 0,19 [%95 güven aralığı-GA 0,04–0,61], $p=0,01$) olduğu gözlenmiştir.

Buna karşılık, daha önce mpoks geçirmiş bireylerin %85'inin (11/13), 747 (ÇDA 677–865) gün sonra hâlâ seropozitif kaldığı bildirilmiştir.

Antikor yanıtları, aynı araştırma grubu tarafından geliştirilen ve aşlamaya karşı oluşan yanıtları, enfeksiyondan sonra gelişen yanıtlarla ayırt edebildiği doğrulanmış bir test kullanılarak ölçülmüştür. [4]

Kaynaklar

1. Safety and effectiveness of MVA-BN vaccination against mpoks in at-risk individuals in Germany (SEMVAc and TEMVAc): a combined prospective and retrospective cohort study. Lancet Inf Dis (18 March 2025).
[https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(25\)00018-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(25)00018-0/fulltext)
2. Anna-Maria Geretti. Q&A as part of Also, as part of the BHIVA Best of CROI feedback webinar 2025. Wednesday 2 April 2025.
bhiva.org/event/bhiva-best-of-croi-virtual-feedback-meetings-2025
3. Byrne J et al. Antibody Responses Decline Post-MVA Vaccination but Persist Following Mpoks Infection. CROI 2025. Poster 439.
<https://www.croiconference.org/abstract/3749-2025>
4. Byrne J et al. Development and validation of a quantitative Orthopoxvirus immunoassay to evaluate and differentiate serological responses to Mpoks infection and vaccination. eBioMedicine, 2025. doi.org/10.1016/j.ebiom.2025.105622.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352396425000660>

Web sitelerine verilen bağlantılar, yayınlandığı tarih itibarıyla günceldir, ancak düzenli olarak güncellenmemektedir.

Söyleşi

Bu sayımızda, Pozitif-iz derneğinde HIV alanında aktivist olarak çalışan Önder Bora ile söyleşi yaptık. Sorularımıza verdiği yanıtlar için kendisine teşekkür ederiz.

HTB: Bize biraz kendinizden bahseder misiniz? HIV alanına nasıl girdiniz?

ÖB: 90'lı yılların ortalarında çok yakın bir arkadaşımı (o yıllarda tedaviye erişim olmadığı için) AIDS tablosunda kaybettim. O günden itibaren HIV konusunda bilgi edinmek istedim. Arkadaşımla tanıştıktan sonra, yakın çevresindeki bazı arkadaşları olarak bizler de test olmuştuk. Çok endişeliydim. Hastanedeki bir hemşire bana AIDS ile Savaşım Derneği'yle görüşmemi önerdi. Oraya gidip bu konuda bilgi aldım. O gün kapıdan çıkarken "Bu enfeksiyon bir kader değil, engellenebilir. Çevremdeki insanları bu konuda bilgilendirmeliyim" dedim.

İlerleyen yıllarda HIV derneklerinin kurulmasıyla birlikte, bu derneklerle iletişime geçip gönüllülük çalışmalarına katıldım.

HTB: HIV danışmanlığı nedir? Kapsamı ve temel hedeflerinden biraz bahseder misiniz?

ÖB: HIV danışmanlığı; HIV tanısı almış ya da HIV hakkında bilgi edinmek isteyen kişilere verdiğimiz danışmanlık hizmetidir. Öncelikle doğru ve güncel bilgiyi aktarmak, kişilerin sorularını net biçimde cevaplamak, olası yanlış bilgileri düzeltmek hedeflenir.

HIV tanısı almamış ancak bilgi edinmek isteyen ya da yaşadıkları bir ilişki sonrası endişeleri olan kişilerin riskli davranışlarını belirleyerek onları teste yönlendiriyoruz. Test için uygun süreleri, sonuçların değerlendirilmesini anlatıyoruz.

HIV ile yaşayan kişilerde ise tanı süresine bağlı olarak farklı sorunlar ortaya çıkabiliyor. Yeni tanı alan bir kişinin ihtiyaçları, daha önce tanı alıp başka sorunlarla karşılaşan bir kişiden farklı oluyor.

Yeni tanı alan kişilere tedavi yöntemini, tedaviyle elde edilecek sağlık durumunu, tedavide dikkat edilmesi gerekenleri ve temel haklarını kapsayan geniş bilgilendirme yapıyoruz.

HTB: Danışanlar size ilk olarak hangi sorular veya

sorunlarla geliyor? En çok karşılaştığınız yanlış bilgi veya önyargılar nelerdir?

ÖB: Sorular HIV tanısı alan kişi ile HIV negatif kişilerde farklı oluyor.

Tanısı olmayan kişiler genellikle riskler, test günleri ve pozitif sonuç durumunda karşılaşılabilecekleri konularda sorular soruyor.

Tanı alan kişiler ise "Ömrüm kılalacak mı? Başka hastalık olacak mıyım? İlaç tedavisi işe yarayacak mı? Evlenebilir miyim? Çocuk sahibi olabilir miyim? Çalışabilir miyim? İşten çıkarılır mıyım? İnsanlara nasıl anlatacağım? Duygusal ilişkim olabilir mi?" gibi sorularla geliyor.

Bütün bu soruların temelinde, toplumun HIV konusundaki bilgi eksikliğinden kaynaklanan önyargıları yatıyor. Toplum olarak ne bulaş yollarını ne de bulaşmama yollarını net biliyoruz.

HTB: HIV ile yeni tanı almış bir kişi size başvurduğunda nasıl bir destek süreci izliyorsunuz?

ÖB: Öncelikle doğrulama sonucunun gelip gelmediğini soruyoruz. Çünkü bazen Anti-HIV testleri pozitif gelen kişiler, kesin tanı almadan bize başvurabiliyor. Tedaviye başlanmış mı, hangi ilaç verilmiş, doktor ilaç kullanımını hakkında bilgi vermiş mi, HIV bilgi düzeyi ne, B=B'yi biliyor mu gibi başlıkları değerlendiriyoruz.

Eksik noktalar varsa bunları tamamlıyoruz. Genelde yeni tanı alan kişiler ilk bir ay boyunca bizi sık sık arıyor; bu bazen her gün en az bir görüşmeye kadar çıkıyor. Tedavinin ilk ayı tamamlandığında ve ilk sonuçlar geldiğinde, kişiler daha rahatlıyor ve aramalar azalıyor.

HTB: Türkiye'de HIV ile yaşayanların sağlık hizmetlerine erişiminde hâlâ zorluklar var mı?

ÖB: Öncelikle Türk vatandaşları ve yabancılar arasında kesin bir ayrım var.

Türkiye’de sağlık güvencesi olmadan (SGK, BAĞKUR, yabancılar için GSS, yabancı öğrenciler için GSS) tanı alan yabancılar, tanıdan sonra sigorta başlatsalar bile hiçbir zaman ilaca ve tedaviye ücretsiz ulaşamıyor. İlaça ve tedaviye ücretsiz erişememe, tanısı olup Türkiye’de yaşamaya başlayan sağlık güvencesi olan yabancılar için de geçerli. Özetle Türkiye’de yaşayan bir yabancınnın HIV tedavi ve ilaçlarına ücretsiz erişebilmesinin tek yolu önce bir sağlık güvencesi edinmiş olması ve bunun ardından enfekte olması; başka hiçbir türlü ücretsiz hizmet alamıyor.

Ayrıca dil de yabancılar için önemli bir engel.

Türk vatandaşlarında karşılaşılan sorun ise prim borçları oluyor; prim borcu olan kişiler ilaca ve tedaviye ücretsiz erişemiyorlar.

HTB: B=B gibi HIV bulaşını engelleyen yöntemler konusunda danışanların bilgi düzeyi nasıl?

ÖB: Son yıllarda B=B konusunda bilgi düzeyinde artış olduğunu gözlemliyoruz. Başlarda B=B’ye mesafeli yaklaşan hekimlerin de artık konuya hâkim olmasıyla daha ileri adımlar atıldığını söyleyebiliriz.

HTB: Danışmanlık sürecinde psiko-sosyal destek ne kadar önemli? Sizi yönlendiren özel yaklaşımlarınız var mı?

ÖB: Danışanlarımızın durumu, bilgi düzeyi, çevresi, ailesi ve psikolojik durumu farklılık gösteriyor. Danışmanlıkla çözemediğimiz sorunları derneğimizin gönüllü psikologlarına yönlendiriyoruz ve ücretsiz psikolojik destek almalarını sağlıyoruz.

Danışmanlık ve psikolojik destek kişilerin hayata ve tedaviye uyum sağlamasında büyük rol oynuyor. İntihar düşüncesiyle gelen veya sosyal hayatının, aile, iş, okul hayatının bittiğini düşünen kişiler oluyor ve bu desteklerle kişileri herkes kadar normal yaşamlarına döndürüyoruz.

HTB: Sağlık çalışanları HIV konusunda danışmanlık verirken nelere dikkat etmeli?

ÖB: HIV konusunda destek verecek sağlık çalışanlarının konunun tüm adımlarına hâkim olması gerekiyor. Kesinlikle ayrımcılık içeren davranışlardan uzak durulmalı. Tanı alan kişilere tedavinin kolaylığı, ilaç kullanımında dikkat edilecek noktalar ve B=B’den söz etmeleri, özetle kişinin tedaviyle beraber ‘herkes kadar’ sağlıklı ve normal bir hayat süreceğini anlatmaları gerekiyor.

Derneklerle iletişimde olmak sağlık çalışanlarının iş yoğunluğunu azaltıyor. HIV tanısını alan kişi, bunu sağlık çalışanından duyduğu ilk an, o anki şokla beraber konuşmaları pek hatırlamıyor. Derneklerle iletişime geçtiklerinde detaylı olarak tekrar bilgilendiriliyorlar.

HTB: Sizce Türkiye’deki HIV politikaları danışmanlık hizmetlerini yeterince destekliyor mu?

ÖB: Desteklendiği söylenemez. Çünkü bizler HIV dernekleri olarak çalınan son kapıyız. Çoğunlukla tanı alan kişiler bize ulaşıyor. Toplumun genelinin HIV hakkında bilgilendirilmesi çok çok önemli. Toplumdaki ön yargıların ortadan kalkması için HIV’in bulaş ve bulaşmama yolları topluma detaylıca anlatılmalı. Aynı Covid-19 döneminde olduğu gibi bilgilendirme çalışmaları yapılmalı.

Bizler HIV ile yaşayan kişilere haklarını anlatıyoruz, ama toplum içinde bu hakların yer bulabilmesi için sadece kanunlar yeterli olmuyor. Hak ihlallerinin ortadan kalması için o ihlallere yol açan bilgi eksikliğinin ve önyargıların da giderilmesi gerekiyor.

Dernekler, hekimler ve sağlık otoritelerinin birlikte projeler planlayıp bunları hayata geçirmeleri gerekiyor.

95-95-95 küresel hedeflerin ilk basamağı olan ‘teste’ öncelik verilmesi ve toplumun test olmaya teşvik edilmesi gerekli. Tabi tanı alan kişilerin karşılaştıkları ayrımcılıkların da sona erdirilmesi şart.

HTB: HIV alanında çalışan uzmanlara ve genç sağlıkçılara mesajınız nedir?

ÖB: Öncelikle sağlık çalışanlarının HIV’e karşı ön yargıları varsa bunları ortadan kaldırmalarını, HIV konusunda doğru bilgilere sahip olmalarını isterim.



Pozitif Köşe

Merhaba, ben Ayşe. 34 yaşındayım. Bu hikâyeyi yazmak kolay değil ama biri okur da kendini yalnız hissetmez diye yazmak istedim.

Yaklaşık iki yıl önce HIV pozitif olduğumu öğrendim. Test sonucunu aldığım gün çok kötüydü. Doktor bana sonucu söyledi ama ben hiçbir şey duymuyormuşum gibi hissettim. O an içimden “Ben şimdi ne yapacağım?” dedim. Kafam çok karıştı, korktum.

İlk günlerde kimseye söyleyemedim. Çok utanıyordum. Sanki artık kimse beni sevmezmiş gibi hissettim. İnsanların bana nasıl bakacağını düşündüm. İnternette bir sürü şey okudum, çoğu da korkutucuydu.

Sonra tesadüfen Pozitif-iz Derneği’ni buldum. Çekinerek mesaj attım. Sağ olsunlar hemen cevap verdiler. İlk defa biri beni yargılamadan dinledi. Bu bana çok iyi geldi.

Zamanla öğrendim ki HIV bir son değilmiş. Tedavisi varmış, düzenli ilaçla virüs baskılanıyormuş. Şimdi kan tahlillerim iyi, doktorum da memnun. En önemlisi kendimi daha güçlü hissediyorum. Artık kendime “hasta” demiyorum. Ben sadece HIV ile yaşıyorum. Hepsi bu.

Aileme ve birkaç yakın arkadaşşıma söyledim. Bazıları şaşırdı, bazıları uzaklaştı ama gerçekten sevenler yanımda kaldı. Onların desteği benim için çok değerli.

Hayatım devam ediyor. Çalışıyorum, sevdiğim şeyleri yapıyorum. Bir gün birini seversem ve o da beni severse, artık korkmadan anlatabilirim. Çünkü ben artık utanmıyorum. Bu benim suçum değil. Kimsenin de değil.

HIV ile yaşamak, insan olmaktan bir şey eksiltmiyor. Ben de normalim. Ve eğer bu yazıyı okuyan biri HIV pozitifse, bil ki yalnız değilsin. Ben de buradayım.

Ayşe 

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 Treatment 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>