

hiv + tedavi bülteni

türkiye Nisan 2018 sayı:1

EDİTÖRDEN	03	YAN ETKİLER, FIRSATÇI ENFEKSİYONLAR VE KOMPLİKASYONLAR	12
KONFERANS RAPORLARI	04		
9. Uluslararası AIDS Derneği HIV Araştırmaları Konferansı	04	+ HIV pozitif kişilerde böbrek hastalığı sıklığında artış ve kötüleşme görülüyor	
9th International AIDS Society Conference on HIV Science-IAS		+ Antiretroviral tedaviye geç başlanmış olgularda güçlü profilaksi hayat kurtarıyor	
<i>23-26 Temmuz 2017, Paris, Fransa</i>		+ Amerika Birleşik Devletleri'nde 1996'tan 2012'ye kadar HIV ile ilişkili kanser sıklığında azalma olduğu görülüyor	
+ Gebelikte raltegravirin kullanıldığı Fransız çalışmasında güven verici veriler			
16. Avrupa AIDS Konferansı	05	DİRENÇ	17
16th European AIDS Conference		+ Erken ART kullanımında HIV ilaç direnci gelişme riski yüksek değildir	
<i>25-27 Ekim 2017 Milano, İtalya</i>		TEDAVİYE ERİŞİM	18
+ D/C/F/TAF'ın biyoyararlılığı tablet bölündüğünde etkilenmemekte, ancak parçalandığında TAF'ın emilimi azalmaktadır		+ Onlarca ülkenin PEPFAR stratejisinin dışında bırakılması küresel AIDS yanıtını tehdit etmektedir	
25. Retrovirüsler ve Fırsatçı Enfeksiyonlar Konferansı	06	GEBELİK	19
25th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections		+ Anneye antiretroviral tedavi başlama zamanıyla gebelik yaşına göre küçük bebek doğurma arasındaki ilişki: Hollanda ATHENA kohort çalışmasının sonuçları	
<i>4-7 Mart 2018 Boston, Amerika Birleşik Devletleri</i>		BULAŞMA VE ÖNLEME	20
+ CROI 2018'de biktgravir		+ Londra belediye başkanı Sadiq Khan HIV'e hızlı yanıt veren şehir olmak üzere başvuruda bulundu	
ŞİFAYA İLİŞKİN ÇALIŞMALAR	07	+ Avrupa HIV/AIDS surveyans raporu yayınlandı	
+ Latent HIV rezervuarının tanımlanmasına ve hedeflenmesine ilişkin yeni veriler		+ Temas öncesi profilaksi kullanımını eşcinsel topluluklarda HIV'e ilişkin damgalanmayı azaltabilir	
ANTİRETROVİRALLER	09	+ PrEP IMPACT çalışmasının güncellemesi	
+ Biktgravir Amerika Birleşik Devletleri'nde entegraz inhibitörü temelli yeni sabit dozlu kombinasyon olarak (Biktarvy) onaylandı		TÜRKİYE'DEN SAYFALAR	24
+ ABD jenerik bir sabit dozlu kombinasyon (Simfi Lo) ile düşük dozlu (400 mg) efavirenze onay verdi		+ Söyleşi	
+ Meta analiz dolutegravir kullanımında kalp hastalığı, bağıışıklığın yeniden yapılanması sendromu veya intihar riskinin anlamlı olmadığını ortaya koyuyor		+ Pozitif Köşe	
		+ Haberler	
		I-BASE YAYINLARI	27

hiv +tedavi bül+teni

türkiye Nisan 2018 sayı:1

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

Yayıncı

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, *Yunus Emre Devlet Hastanesi, Eskişehir*

Tekin Tutar, *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 yayınları kapsayan, yılda üç kez hem basılı hem de elektronik formatta yayımlanan bir bültenidir. 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, uluslararası kuruluşlar, resmi kurumlar ve ilaç ve tıbbi tanı konusunda çalışan şirketler gibi taraflarla iletişim ağları oluşturma ve tarafları eğitime konusunda 25 yıllık bir deneyime sahiptir.



Gilead 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 yılının ilk sayısını sizlere sunmaktan mutluluk duyuyorum. Bu sayıda yine birbirinden ilginç birçok makale özeti ve haber yer almakta. Özellikle yeni geliştirilen entegraz inhibitörü biktgravire ilişkin çalışmaların sunulduğu özet derlemenin, latent HIV rezervuarına ilişkin yeni elde edilen heyecan verici bulguların yer aldığı makalenin ve HIV ile ilişkili kanserlerin yıllar içinde azaldığını bildiren yayının ilginizi çekeceğini umuyorum.

Türkiye'den Sayfalar bölümünde Söyleşi köşesinde, diyetisyen Ayşegül Bahar ile HIV pozitif bireylerin sağlıklı yaşamasında ve bağışıklık sisteminin güçlü kalmasında önem taşıdığını düşündüğümüz sağlıklı beslenme konusunu ele aldık. Ayrıca, HIV alanında yapılan iki ayrı eğitim programına ilişkin haberleri de bu bölümde bulabilirsiniz. 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 Tekin Tutar'a, dergiyi yayına hazırlayan Prodo Danışmanlık Eğitim İletişim ve Hadi Sağın'a, derginin tasarımı yapan Can Dereli'ye, basım işlemlerini üstlenen EGE CTP ve Uğur Abur'a ve derginin basımına koşulsuz destek sağlayan Gilead'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Saygılarımla

Prof. Dr. Deniz Gökengin

Editör

9. Uluslararası AIDS Derneği HIV Araştırmaları Konferansı

9th International AIDS Society Conference on HIV Science-IAS

23-26 Temmuz 2017, Paris, Fransa

Gebelikte raltegravirin kullanıldığı Fransız çalışmasında güven verici veriler

Polly Clayden, HIV i-Base

23-26 Temmuz 2017 tarihlerinde Fransa'nın Paris kentinde düzenlenen 9. Uluslararası AIDS Derneği HIV Araştırmaları Konferansı (9th International AIDS Society Conference on HIV Science-IAS 2017) kapsamında yapılan ve Fransız Perinatal Kohortu'na ait verileri kapsayan bir sunumda, raltegravirin kullanıldığı gebeliklerle (ilk üç aydaki kullanımlar da dahil) ilgili güven verici veriler bildirilmiştir [1].

Raltegravir (RAL) ile in utero karşılaşan çocuklardan oluşan bu kohort çalışmasında, ilk üç ayda ilaçla karşılaşma ile doğum kusurları arasında belirgin bir ilişki saptanmamıştır.

Halihazırda RAL ve doğum kusurları konusunda yayınlanmış bir literatür bulunmamaktadır. Bu konudaki en geniş bildiri Ocak 2017 tarihli Antiretroviral Gebelik Kaydı'ndan alınmıştır. Buna göre, gebeliğin ilk üç ayında ilaçla karşılaşmanın olduğu 263 olgunun 7'sinde (%2,7) doğum kusuru meydana geldiği ve bu oranın, ikinci ve üçüncü üç aylardaki karşılaşmalar sonucunda görülenden (8/250, %3,2) çok farklı olmadığı bildirilmiştir.[2]

Fransız Perinatal Kohortu, Fransa'daki 90 merkezde doğum yapan HIV pozitif kadınların dâhil edildiği çok merkezli, halen sürmekte olan, ileriye dönük, ulusal bir kohorttur. Doğum sonrasında çocuklar iki yaşına gelinceye kadar izlenmektedir.

Fransız Perinatal Kohortu'nun değerlendirmesine, 2008-2015 yılları arasında RAL ile karşılaşmanın olduğu tüm gebelikler dâhil edilmiştir. Doğum kusurları EUROCAT sınıflandırması kullanılarak tanımlanmıştır.


Raltegravir ile karşılaşmanın olduğu 479 gebeliğin 6'sı (%1,3) ölü doğumla sonuçlanmış, 2'sinde (%0,4) geç düşük meydana gelmiştir. Altmış sekiz erken doğum (%14,2) ve 10 (%2,1) ikiz gebelik olmuştur. Doğum kusuru nedeniyle sonlandırılan gebelik olmamıştır.

Gebeliklerin 140'ında (%29,2) RAL ile ilk üç ayda; 339'unda da (%78,8) ikinci ve üçüncü üç aylarda karşılaşmıştır.

Doğumların tümü göz önüne alındığında, 20/479 doğum kusuru görülmüştür [%4,2 (%95 güven aralığı-GA % 2,4-%6,0)]. Canlı doğumlar arasında bu oran 20/471 olmuştur [%4,2 (%95 GA %2,4-%6,1)]. Araştırmacılar bu insidansın, Fransız Perinatal Kohortu'nda daha önce herhangi bir antiretroviral ile karşılaşmanın olduğu canlı doğumlar için bildirdiği %4,4 oranı ile benzer olduğuna işaret etmişlerdir.

Raltegravirle ilk üç ayda ve ikinci-üçüncü üç aylardaki karşılaşmalar arasında tüm doğum kusurları açısından belirgin bir farklılık bulunmamıştır [sırasıyla %3,5'e karşılık %5,7; odds oranı (OO) 1,6 (%95 GA 0,7-4,1), p=0,29].

Anomaliler (7 kalp kusuru, 5 polidaktili ve diğer 8 kusur) belli bir düzen izlenmemiştir.

Analizin yapıldığı sırada, çocukların %63'ünde 24 aylık izlem süresi tamamlanmıştır. 

Kaynaklar

1. Sibude J et al. Evaluation of the risk of birth defects among children exposed to raltegravir in utero in the ANRS-French Perinatal Cohort EPF. IAS 2017. 23-26 Temmuz 2017. Paris, Fransa MOAB0204.

<http://programme.ias2017.org/Abstract/Abstract/3037>

2. Antiretroviral Pregnancy Registry (APR) international interim report. 1 Ocak 1989 - 31 Ocak 2017.

http://www.apregistry.com/forms/interim_report.pdf (PDF)

Diğer web sitelerinin bağlantıları yayın tarihinde güncel olsa da sürdürülmeyebilir.

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

D/C/F/TAF'ın biyoyararlılığı tablet bölündüğünde etkilenmemekte, ancak parçalandığında TAF'ın emilimi azalmaktadır

Polly Clayden, HIV i-Base

Darunavir/kobisistat/emtrisitabin/tenofovir alafenamit (D/C/F/TAF) komponentlerinin bölünmüş tablet olarak verilmesinin, bütün olarak yutulması ile karşılaştırıldığında biyoyararlılığında klinik açıdan anlamlı bir etkisinin bulunmadığı gösterilmiştir [1]. Tabletın parçalanması TAF'ın biyoyararlılığında ılımlı bir azalmaya yol açmıştır.

Sabit doz kombinasyonları (SDK) da dâhil olmak üzere antiretroviral tabletlerin, bunları yutma zorluğu bulunan kişilerde ve bazen de pediyatrik HIV hastalarında bölünerek veya parçalanarak verilir verilemeyeceğinin bilinmesi önem taşımaktadır.

Üretici Janssen firması, D/C/F/TAF tabletlerini yarıya bölerek ya da parçalayıp sıvılara (su, portakal suyu, yaban mersini suyu, elma sosu) karıştırarak tabletin stabilitesini in vitro olarak ölçmüş ve her bir bileşenin stabil kaldığını göstermiştir. Bileşenler PVC veya silikon beslenme tüpleri tarafından absorbe de edilmemiştir.

Daha sonra firma, ağız yoluyla verilmesinin ardından, bölünmüş veya parçalanmış tabletlerin bütün olarak alınmış olanlara görece biyoyararlılığını değerlendirmiş ve bu verileri 25-27 Ekim 2017 tarihlerinde İtalya'nın Milano kentinde düzenlenen 26. Avrupa AIDS Konferansı'nda sunmuştur.

Bu değerlendirme, bütün tablet yerine bölünmüş ya


da parçalanmış olarak verilen tek doz D/C/F/TAF (800/150/200/10 mg)'ın ölçüldüğü faz 1, randomize, açık etiketli, 3 periyotlu, 3 tedavi şeklinde çapraz geçişli bir çalışma ile yapılmıştır.

Çalışmaya, 18-55 yaşları arasında 30 HIV negatif erişkin alınmıştır ve ilaç dozu standart bir kahvaltıyı takip eden 30 dakika içinde uygulanmıştır. Tabletler ya bütün olarak yutulmuş veya ikiye bölünerek ikisi aynı anda yutulmuş ya da parçalanmış ve elma sosu ile karıştırılarak kullanılmıştır.

Tüm farmakokinetik (FK) profiller darunavir, kobisistat ve emtrisitabin için ilk 72 saatte, TAF için ilk 8 saat içinde belirlenmiştir. Birincil FK parametreler C_{max} ve eğri altında kalan alan (EAA) olarak belirlenmiştir. Tedaviler, lineer karışık etkiler modeli kullanılarak karşılaştırılmıştır.

Değerlendirme sonucunda, tabletin bütün veya bölünmüş olarak verilmesinin D/C/F/TAF bileşenlerinin biyoyararlılığında görece bir etkisinin olmadığı gösterilmiştir (en küçük kare ortalama oranı güven aralıklarının tamamı %80-125 sınırları arasında bulunmuştur).

Darunavir, kobisistat ve emtrisitabinin parçalanmış tablet olarak verilmesinin bu ilaçların biyoyararlılığı üzerinde geçerli bir etkisi olmadığı, ancak TAF'ın biyoyararlılığını %20 oranında azalttığı belirlenmiştir.

Araştırmacılar bu azalmanın klinik önemini değerlendirmediklerini ama TAF'ın geniş terapötik etkisi nedeniyle bunun minimal olduğunu tahmin ettiklerini belirtmişlerdir. 

Yorum

Tabletlerin, onları bütün olarak yutamayan kişilere bölünerek verilir verilemeyeceği konusunda bilgilendirme yapabilmek için elde verilerin olması iyidir.

Darunavir/kobisistat ile alınan sonuçlar, lopinavir/ritonavir ile alınanların tersidir. Daha büyük çocuklarda yapılan bir çalışmada gösterildiği üzere, lopinavir/ritonavir tabletleri parçalandığında lopinavirin EAA'sı

%45, ritonavirin EAA'sı %47 oranında azalmakta ve böylece her iki bileşenden yararlanma belirgin olarak düşmektedir.

Kaynaklar

1. Brown K et al. Relative bioavailability of darunavir/cobicistat/emtricitabine/tenofovir alafenamide (D/C/F/TAF) single-tablet regimen when administered as a whole, split, or crushed tablet. 16th European AIDS Conference. 25-27 Ekim 2017. Milano, İtalya. Sözlü sunum özeti PS8/3. Best BM et al. Pharmacokinetics of lopinavir/ritonavir crushed versus whole tablets in children. JAIDS. 58(4):385-391, Aralık 2011. Diğer web sitelerinin bağlantıları yayın tarihinde güncel olsa da sürdürülmeyebilir.

KONFERANS RAPORLARI

25. Retrovirüsler ve Fırsatçı Enfeksiyonlar Konferansı 25th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections 4-7 Mart 2018 Boston, Amerika Birleşik Devletleri

CROI 2018'de biktgravir

Simon Collins, HIV i-Base

En son onay alan (Amerika Birleşik Devletleri'nde Şubat 2018'de onaylandı; Avrupa Birliği onayı halen bekliyor) entegraz inhibitörü olarak biktgravir, 4-7 Mart 2018 tarihleri arasında Amerika Birleşik Devletleri'nin Boston şehrinde düzenlenen 25. Retrovirüsler ve Fırsatçı Enfeksiyonlar Konferansı (Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections-CROI) 2018'de hem sözlü sunum hem de poster sunumları şeklinde önemli bir yer bulmuştur. Biktgravir (B), tenofovir alafenamid (TAF) ve emtrisitabin (F) ile birlikte sabit dozlu kombinasyon (SDK) şeklinde kullanıma sunulmuştur.

Dolutegravir /lamivudin/abakavir kombinasyonundan biktgravir/F/TAF kombinasyonuna geçiş

Paris'te St. Louis Hastanesi'nden Jean Michel Molina, dolutegravir (DTG)/lamivudin (3TC)/abakavir (ABC) kombinasyonunda stabil seyreden ve aynı rejimde devam etmek ya da B/F/TAF rejimine geçmek üzere randomize edilen 563 katılımcıyı kapsayan çift kör, plasebo kontrollü bir faz 3 çalışmanın bulgularını sunmuştur.

Çalışmanın birincil sonlanma noktası, 48. haftada viral yükün <50 kopya/mL düzeyine inmesi olarak

belirlenmiştir; aşağı olmama, %95 güven aralığı (GA) için %4 sınırı kullanılarak tanımlanmıştır.

Başlangıçtaki demografik özelliklere göre katılımcıların %88'i erkek, %73'ü beyazdır; ortanca CD4 T lenfosit sayısı yaklaşık 700 hücre/mm³ ve tahmini glomerüler filtrasyon hızı (eGFR) 101 mL/dak (çeyrek değerler genişliği-ÇDG 84 ile 122) hesaplanmıştır.

Çalışmanın her iki kolunda etkinlik ve güvenilirlik yüksek düzeyde bulunmuştur ve iki grup arasında çok az parametrede anlamlı farklılık saptanmıştır.

Çalışmanın 48. haftasında, viral yükü <50 kopya/mL olanların oranı biktgravir ve dolutegravir kollarında sırasıyla %93,6 ve %95,0 (p=0,59) bulunmuştur; olguların sırasıyla %1,1 ve %0,4'ünde viral yük saptanabilir düzeyde kalmıştır (p=0,62). Bu bulgu, dolutegravir kolu için %0,7 düzeyinde marjinal ve anlamlı olmayan sayısal bir fark (%95 GA -1,0 ile +2,8) gibi görünmekle birlikte, biktgravir açısından aşağı olmama ölçütlerini karşılamıştır.

Ciddi düzeyde yan etki nadiren gözlenmiş ve ilacı kesenlerin oranı biktgravir ve dolutegravir gruplarında sırasıyla %2 (s=6) ve %1 (s=2) olmuştur. Biktgravir kolunda iki olgu ölmüştür, ancak ölümler çalışmada kullanılan ilaç ile bağlantılı bulunmamıştır. Santral sinir sistemi ile ilişkili yan etkilere sadece biktgravir kolunda rastlanmıştır; bunlardan biri intihar düşünceleri (ilaçla ilişkili olmadığına karar verilmiştir), diğeri de anormal rüyalar şeklinde olmuştur.

Herhangi bir dereceden yan etki, her grupta olguların yaklaşık %80'inde bildirilmiştir; bunların çoğu hafif düzeyde olmuştur. En sık bildirilen yan etkiler biktegravir ve dolutegravir kollarında benzer bulunmuştur: üst solunum yoluna ilişkin yan etkiler (her iki grupta %10), nazofarenjit (sırasıyla %7 ve %8), baş ağrısı (sırasıyla %7 ve %8) ve ishal (sırasıyla %9 ve %5). Çalışmada kullanılan ilaca bağlı olduğu düşünülen bu yan etkiler biktegravir kolunda (%8), dolutegravir kolundakine (%16) görece daha düşük düzeyde saptanmıştır (p=0,01).

Laboratuvar parametrelerinde bozukluklar ılımlı düzeyde olmuş ve biktegravir kolunda dolutegravir koluna görece daha fazla bildirilmiştir (sırasıyla %17 ve %11). Bunlar büyük oranda düşük dansiteli lipoprotein (LDL) düzeylerinde yükselme (her iki kolda %5), alanin aminotransferaz (ALT) düzeylerinde

yükselme (sırasıyla %2 ve %0), amilaz düzeylerinde yükselme (sırasıyla %2 ve %0) ve kreatin kinaz düzeylerinde yükselme (her iki kolda %2) şeklinde ortaya çıkmıştır. Laboratuvar parametrelerinde ilaçla ilişkili 3/4. dereceden bozukluk saptanmamıştır.

Biktegravir kolunda, eGFR düzeyinde 4. haftada ortaya çıkan ve 48. haftaya dek devam eden hafif bir artış olmuştur (B kolunda +1,0, DTG kolunda -1,8 mL/dak; p<0,001). Bu durumun, DTG tarafından kreatininin tübüler sekresyonunun daha fazla inhibe edilmesine bağlı olduğu bildirilmiştir. Çalışmanın 48. haftasında niceliksel proteinüri ölçümlerinde anlamlı farklılıklar olmaması, her iki grupta da böbrek açısından güvenirliliğin yüksek düzeyde olduğunu göstermiştir. Ayrıca, kalça ve omurgada ölçülen kemik dansitesinde veya lipit düzeylerinde de anlamlı bir değişiklik gözlenmemiştir. +

Kaynaklar

1. Molina J-M et al. Switch to bicttegravir/F/TAF from DTG and ABC/3TC. 25th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 4-7 Mart 2018, Boston, ABD. Sözlü sunum özeti 22.

<http://www.croiwebcasts.org/console/player/37059> (web sunumu)

<http://www.croiconference.org/sessions/switch-bicttegravirtaf-dtg-and-abc3tc> (özet)

Diğer web sitelerinin bağlantıları yayın tarihinde güncel olsa da sürdürülmeyebilir.

ŞİFAYA İLİŞKİN ÇALIŞMALAR

Latent HIV rezervuarının tanımlanmasına ve hedeflenmesine ilişkin yeni veriler

Richard Jefferys, TAG

Yakın tarihte sunulmuş ve yayımlanmış çalışmalar, latent HIV içeren hücrelerin tanımlanmasına ve HIV'den arındırılmak üzere hedeflenmesine ilişkin önemli olabilecek yeni veriler ortaya koymuştur.

Kasım 2017'de Miami'de düzenlenen 8. Uluslararası HIV Persistansı Çalıştay'ında çok sayıda çalışma grubu, yeni yayımlanmış ve geniş ölçüde duyurulmuş olan bir iddiayı kanıtlamak üzere yaptıkları çalışmaları sunmuşlardır. Bu iddiaya göre, CD32a yüzey molekülü, latent olarak enfekte olmuş hücrelerde tercihe dayanan bir biçimde sunulmaktadır. [1, 2]

Elde edilen bulgular, bu durumun sanıldığından daha karmaşık olduğunu ortaya koymaktadır. Öncelikle orijinal bulguların doğrulanması mümkün olmamıştır ve CD32a sunumu, hücre aktivasyonu ve aktif HIV

transkripsiyonu gibi başka faktörler tarafından yönetiliyor gibi görünmektedir. Bu çalışmaların bulguları, çalıştayın yayımlanmış özetlerinde mevcuttur (özet numaraları OP 1.5, OP 2.4, OP 2.6 ve OP 4.2). [3]

Bu bulgular her ne kadar ümit kırıcı olsa da, latent olarak enfekte olan hücrelerin tanımlanabileceği ümidini tamamen ortadan kaldırmamaktadır; bu açıdan halen incelenmekte olan bazı adaylar bulunmaktadır. İstirahat halindeki bellekli CD4 T hücreleri tarafından sunulan CCR5, (Robert Siciliano'nun laboratuvarında yürütülmüş ve geçtiğimiz yıl yayımlanmış olan çalışmaya bakınız [4]) ve lenfoma ile ilişkisiyle tanınan bir hücre yüzeyi molekülü olan CD30 (halen Tim Henrich ve arkadaşları tarafından incelenmektedir) bunlar arasında sayılabilir. [5]

Latent olarak enfekte olmuş hücreler üzerindeki göstergelerin şifa konusunda yapılan araştırmalar

açısından bir lütuf olma nedenlerinden biri, kanserlere karşı kullanılanlara benzer eliminasyon stratejilerine yardımcı olma potansiyelleridir. Kanserler üzerinde etkili birçok immünoterapi yaklaşımında T hücreleri, malin hücreler üzerindeki CD19, CD22 ve CD30 gibi hücre yüzeyi moleküllerini hedef alacak reseptörler ile donatılmaktadır. Bu “kimerik antijen reseptörü”(chimeric antigen receptor-CAR) taşıyan T hücresi yaklaşımının, uygun göstergelerin tanımlanması durumunda latent olarak enfekte olmuş hücrelere adapte edilmesi mümkün olabilir.

Günümüzde, HIV antijenlerini hedef alan CAR T hücreleri de geliştirilmektedir. PLoS Pathogens dergisinde yakın zamanda Scott Kitchen ve arkadaşları tarafından yayımlanmış bir makalede, yazarlar, makaklarda kök hücrelerden elde edilmiş CAR T hücreleri ile ümit vaat eden sonuçlar elde edildiğini bildirmiştir. [6] Ancak, bu yaklaşımın latent olarak enfekte olmuş hücrelere işleyebilmesi için, öncelikle HIV'in, viral antijenleri üretmek üzere tetiklenmesi gerekecektir.

STAT News'de yayımlanan bir makalede Sharon Begley, “Ön çalışma, genetik olarak değiştirilmiş T hücrelerinin HIV ile savaşılabileceğini düşündürmektedir” şeklinde ihtiyatlı bir başlık ile Kitchen'in makalesine doğru ama farklı bir bakış açısı getirmiştir. [7] Buna karşılık The Daily Beast'in, “Bu doktorun devrim niteliğindeki kök hücre tedavileri HIV'i eradike edebilir” başlıklı makalesi ne yazık ki yanıltıcı bir reklam amacını taşımaktadır. [8]

Kanada'da Jonathan Angel'in araştırma grubu, latent olarak enfekte olmuş hücreleri hedefleyecek yeni bir yöntem arayışı içindedir. Bu amaç için, esasen kanser hücrelerini tercihli bir biçimde enfekte edip ortadan kaldırmak üzere geliştirilmiş olan MG1 adlı onkolitik bir rabdovirüs kullanılmaktadır. Angel

ve arkadaşları, Journal of Infectious Diseases'da yayımladıkları makalelerinde, MG1'in HIV ile enfekte hücreleri de hedefleme yeteneğine sahip olduğunu, enfekte olmayan hücrelere ise dokunmadığını ortaya koymuşlardır; bu serbest erişimli bir makaledir. [9]

Antiretroviral tedavi kullanmakta olan 14 HIV pozitif bireyden soyutlanmış olan CD4 T hücreleri üzerinde MG1'in etkisini araştıran bir analizde, 14 örneğin 12'sinde, hem toplam hem de entegre olmuş HIV DNA düzeylerinin azaldığı gösterilmiştir. MG1'in tercihe bağlı hedefleme mekanizması tam olarak bilinmese de, latent olarak enfekte olmuş hücrelerde, bu hücrelerin interferona olan yanıtını etkileyecek değişikliklerle ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Yazarlar, kanser konusunda yürütülmekte olan çalışmaların [10], bu yaklaşımı HIV enfeksiyonunda güvenle araştırmanın mümkün olup olmadığını kavramamızı sağlayacağını belirtmişlerdir. Angel, MD Magazine ile yaptığı bir röportajda, MG1'in ateş ve halsizlik yapabileceğine ve yan etkilerin doza bağımlı olabileceğine dikkat çekmiştir. [11]

PLoS Pathogens'de yayımlanan ve Christina Gavegnano ve arkadaşları tarafından yazılmış bir makalede, Jak inhibitörleri adı verilen bir ilaç sınıfının, latent olarak enfekte olmuş hücrelerin sürdürülmesini inhibe ederek, latent HIV reaktifte olduğunda bu hücrelerin enfeksiyonu yaymasını önleyebileceğini ortaya koymuşlardır. [12] Jak inhibitörleri, bellekli CD4 T hücrelerinin sağkalımı ve proliferasyonunda rol oynayan bir yolağı hedeflemektedirler; bu ilaç grubunun, bazı yangısal hastalıkların ve miyelofibrozun tedavisinde güvenle kullanılabilmesi belirtilmektedir. Yazarlar, halen sürmekte olan bir çalışmada, Jak inhibitörü grubundan rüksolitinibin, antiretroviral tedavi kullanmakta olan HIV pozitif bireylerdeki etkilerinin değerlendirildiğine dikkat çekmişlerdir. [13] 

Alıntı

Jefferys R. TAG Basic Science Blog (17 Ocak 2018)
<http://tagbasicscienceproject.typepad.com>

Kaynaklar

1. 8th International Workshop on HIV Persistence
<http://www.hiv-persistence.com>
2. Jefferys R. Flagging the HIV reservoir. TAG basic science blog. (16 Mart 2017).
http://tagbasicscienceproject.typepad.com/tags_basic_science_vaccin/2017/03/flagging-the-hiv-reservoir.html
3. Abstracts from the 8th International Workshop on HIV Persistence.
http://viruseradication.com/supplement-details/Abstracts_of_the_Eighth_International_Workshop_on_HIV_Persistence_during_Therapy
4. Jefferys R. HIV latency: tapped in transition, lurking in Treg. TAG basic science blog. (16 Kasım 2017).
http://tagbasicscienceproject.typepad.com/tags_basic_science_vaccin/2017/11/hiv-latency-trapped-in-transition-lurking-in-treg.html
5. NIH grant listings. Henrich TJ et al. Targeting latent HIV-1 reservoirs with the antibody-drug conjugate, brentuximab vedotin
<http://grantome.com/grant/NIH/R33-AI116205-04>
6. Zhen A, Peterso CW, Carrillo MA, et al. Long-term persistence and function of hematopoietic stem cell-derived chimeric antigen receptor T cells in a nonhuman primate model of HIV/AIDS. PLoS Pathogens 13(12): e1006753. (28 Aralık 2017).

<https://doi.org/10.1371/journal.ppat.1006753>

7. Begley S. Preliminary study hints that genetically modified T cells might fight HIV. (02 Ocak 2018).

<https://www.statnews.com/2018/01/02/car-t-cells-hiv-treatment>

8. Schultz K.J. This Doctor's Revolutionary Stem Cell Treatments Could Eradicate HIV. Daily Beast, (15 Ocak 2018).

<https://www.thedailybeast.com/this-doctors-revolutionary-stem-cell-treatments-could-eradicate-hiv>

9. Ranganath N, Sandstrom TS, Burke Schinkel SC, Côté SC, Angel JB. The oncolytic virus MG1 targets and eliminates cells latently infected with HIV-1: implications for an HIV cure. JID, 217(5):721–730. <https://doi.org/10.1093/infdis/jix639>. (14 Şubat 2018)

<https://academic.oup.com/jid/advance-article/doi/10.1093/infdis/jix639/4706282>

10. Ottawa hospital news release. Cancer patients treated in world-first clinical trial of Canadian viral therapy. (10 Temmuz 2015)

<http://www.ohri.ca/newsroom/newsstory.asp?ID=649>

11. Kaltwasser J. Virus seems able to destroy latent HIV-infected cells. MD Magazine (04 Ocak 2018).

<http://www.mdmag.com/medical-news/virus-seems-able-to-destroy-latent-hivinfected-cells>

12. Gavegnano C, Brehm JH, Dupuy FP, et al. Novel mechanisms to inhibit HIV reservoir seeding using Jak inhibitors. PLoS Pathogens 13(12): e1006740. <https://doi.org/10.1371/journal.ppat.1006740>. (21 Aralık 2017).

<http://journals.plos.org/plospathogens/article?id=10.1371/journal.ppat.1006740>

13. Clinicaltrials.gov. Evaluating the safety and tolerability of ruxolitinib in antiretroviral-treated HIV-infected adults.

<https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02475655>

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

ANTİRETROVİRALLER

Biktegravir Amerika Birleşik Devletleri'nde entegraz inhibitörü temelli yeni sabit dozlu kombinasyon olarak (Biktarvy) onaylandı

Simon Collins, HIV i-Base

7 Şubat 2018 tarihinde, Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi (Food and Drug Administration-FDA) biktegravir, emtrisitabin ve tenofovir alafenamit (TAF) içeren yeni sabit dozlu kombinasyon (SDK) tableti onaylamıştır. [1, 2]

Biktegravir entegraz inhibitörü sınıfına ait bir ilaçtır. Kullanım dozu 50 mg olup, güçlendirilmesi veya yemekle birlikte alınması gerekmez. Biktegravir 200 mg emtrisitabin ve 25 mg TAF ile birlikte formüle edilmiştir.

Yorum

İlacın Amerika Birleşik Devletleri'nde hızlı onay alması, ilaç şirketlerinin, FDA kararının on ay yerine altı ayda çıkarılmasını sağlayacak bir belge satın almalarına olanak tanıyan Öncelikli İnceleme uygulaması sayesinde mümkün olmuştur.

Bu SDK'nin Avrupa onayı için Avrupa İlaç Ajansı (European Medicines Agency) tarafından incelenmek üzere başvurusu daha önce yapılmıştır ve 2018 yılının sonlarında bu konuda kararın çıkması beklenmektedir.

Basın bildirisinde fiyatlandırma konusuna değinilmemiş olmakla birlikte, dolutegravirin patent süresi dolmuş iki adet nükleozit analogu revers transkriptaz inhibitörü ile birlikte formüle edileceği ve ViiV'in dolutegravir ve lamivudin koformülasyonu konusunda çalışmalarını sürdürdüğü dikkate alındığında, biktegravirin kabul görmesi açısından bu bilginin önem taşıyacağı açıktır.

Biktegravirin FDA onayı almasının neredeyse hemen ardından ViiV Healthcare, klinik çalışmalar kütüğünde

Biktegravirin plazma yarılanma ömrününün 18 saat olması, uyum konusunda bir miktar esneklik olabileceğine işaret etmektedir. Direnç profili dolutegravire benzerlik göstermektedir ve raltegravir ve elvitegravir ile ilişkili direnç mutasyonlarının varlığında etkinliğini büyük oranda korumaktadır. [3]

İlaç, halen sürmekte olan faz 3 çalışmalarının bulgularına dayanılarak onaylanmıştır.

Biktegravir içeren SDK Gilead Sciences tarafından üretilmiştir ve Bictarvy adı altında pazarlanacaktır.

Daha fazla ayrıntı için lütfen reçeteleme bilgilerine bakınız. [4]

henüz listelenmemiş bir çalışma konusundaki planlarını açıklamıştır. Bu çalışma, TAF içeren rejimi kullanırken stabil olan bireylerin dolutegravir/lamivudin kombinasyonuna geçmesine neden olacaktır. [5]

ViiV ayrıca bu onayın ardından, Gilead'ın, dolutegravirin patent haklarını çiğnediğine dair bir dava açmış ve maddi tazminat talebinde bulunmuştur. [6]

Kaynaklar

1. FDA HIV listserv. FDA approves BIKTARVY tablets (Fixed Dose Combination). (07 Şubat 2018).
 2. U.S. Food and Drug Administration approves Gilead's Biktarvy (bictegravir, emtricitabine, tenofovir alafenamide) for treatment of HIV-1 infection. (07 Şubat 2018).
<http://www.gilead.com/news/press-releases>
 3. Tsiang M et al. Antiviral activity of bictegravir (GS-9883), a novel potent HIV-1 integrase strand transfer inhibitor with an improved resistance profile. Antimicrob Agents and Chem. (Eylül 2016). doi: 10.1128/AAC.01474-16.
<http://aac.asm.org/content/early/2016/09/13/AAC.01474-16.abstract>
 4. Biktarvy US prescribing information and patient leaflet.
https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2018/210251s000lbl.pdf (PDF)
 5. ViiV press release. ViiV Healthcare launches eighth phase III study in two-drug regimen programme for HIV-1 treatment. (08 Şubat 2018).
<https://www.gsk.com/en-gb/media/press-releases>
 6. Beasley D. US FDA approves Gilead triple HIV drug, rival files lawsuit. Reuters. 7 Şubat 2017.
<https://www.reuters.com/article/us-gilead-sciences-fda/u-s-fda-approves-gilead-triple-hiv-drug-rival-files-lawsuit-idUSKBN1FR3AJ>
- Diğer web sitelerinin bağlantıları yayın tarihinde güncel olsa da, sürdürülmeyebilir.

ABD jenerik bir sabit dozlu kombinasyon (Simfi Lo) ile düşük dozlu (400 mg) efavirenze onay verdi

Simon Collins, HIV i-Base

7 Şubat 2018 tarihinde Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Gıda ve İlaç Dairesi (Food and Drug Administration-FDA), lamivudin (3TC) ve tenofovir disoproksil fumarat (TDF) ile birlikte düşük dozlu (600 mg yerine 400 mg) efavirenz içeren yeni bir sabit dozlu kombinasyon (SDK) için onay vermiştir.[1]

Bu onay, çift kör randomize bir çalışma olan ve daha önce tedavi kullanmamış 630 bireyi kapsayan ENCORE1 çalışmasının, üç yıl önce bildirilmiş olan bulgularına dayanılarak verilmiştir. ENCORE1 çalışmasında, 400 mg ve 600 mg EFV ile etkinlik benzer bulunurken, 400 mg EFV ile gözlenen yan etkiler, 600 mg ile karşılaştırıldığında biraz daha az olmuştur. [2]

Efavirenzin 400 mg ve 600 mg dozları ile en sık ortaya çıkan yan etkiler anormal rüyalar (sırasıyla %8,7 ve %11,3), uykusuzluk (sırasıyla %6,2 ve %6,5),

somnolans (sırasıyla %3,1 ve %3,9), depresyon (sırasıyla %3,1 ve %1,6), kâbuslar (sırasıyla %1,9 ve %2,6), uyku bozuklukları (%2,2 ve %1,3) ve endişe (%1,2 ve %1,3) şeklinde bildirilmiştir.

Santral sinir sistemi (SSS) belirtileri, 400 mg ve 600 mg EFV dozlarını kullanan gruplarda sırasıyla %40 ve %48 oranında ortaya çıkmıştır; bu belirtilerden sersemlik sırasıyla %27 ve %35 olguda ve baş ağrısı da her iki grupta %11 olguda gözlenmiştir. Efavirenzin 600 mg ve 400 mg dozlarını kullanan grupların sırasıyla %32 ve %26'sında değişik tipte döküntüler ve sırasıyla %3 ve %1'inde 3.-4. dereceden döküntüler olduğu bildirilmiştir.

İlacın onayı, erişkinler ve vücut ağırlığı >35 kg olan çocuklar için verilmiştir.

Sabit dozlu kombinasyon Mylan tarafından üretilmiştir ve Simfi Lo ticari adı ile pazarlanacaktır.

Daha ayrıntılı bilgi için SDK'nin ve içeriğindeki her bir maddenin prospektüs bilgilerine bakınız. [3] +

Yorum

Azaltılmış dozda EFV içeren bu yeni ilaç seçeneğinin kullanıma sunulmuş olması, özellikle de patent koruma süresi halen devam eden bir ilacın dozunun azaltılmış olması olumlu gelişmelerdir; ancak, ENCORE1 çalışmasının bulgularının ilk kez neredeyse beş yıl önce sunulmuş olduğu unutulmamalıdır. [4]

Bu yeni form bazı kişiler için yaşam kalitesini artırabilirse de, 400 miligramlık doz ile yan etkilerde elde edilen azalma ılımlı düzeyde olmuştur. Bu nedenle EFV, İngiltere kılavuzlarında ilk seçenek olarak artık önerilmemektedir.

Geçtiğimiz günlerde Mylan ABD’de ve Avrupa Birliği’nde 600 mg EFV içeren jenerik ilacının onaylandığını ve 180 günlük marka münhasırlığına sahip olduğunu bildirmiştir. [5]

Mylan’ın düşük dozlu EFV içeren SDK’sine Mart 2017 tarihinde, ABD’deki ilaç için patent veya münhasırlık koruması devam ettiği halde, PEPFAR ile bağlantılı olarak, ABD dışında kullanım koşuluyla FDA tarafından geçici onay verilmiştir. [6]

Kaynaklar

1. FDA HIV listserv. FDA approves SYMFI LO Tablets (Fixed Dose Combination). (07 Şubat 2018)
 2. ENCORE1 study group. Efficacy of 400 mg efavirenz versus standard 600 mg dose in HIV-infected, antiretroviral-naive adults (ENCORE1): a randomised, double-blind, placebo-controlled, non-inferiority trial. Lancet. 2014; 383(9927):1474-1482. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62187-X. Epub 10 Şubat 2014.
[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62187-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62187-X/fulltext)
 3. Simfi Lo. Highlights of prescribing information.
https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2018/208255s000lbl.pdf (PDF)
 4. Puls R et al. A daily dose of 400mg efavirenz (EFV) is non-inferior to the standard 600mg dose: week 48 data from the ENCORE1 study, a randomised, double-blind, placebo controlled, non-inferiority trial. 7. IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, 30 Haziran – 3 Temmuz 2013, Kuala Lumpur. Geç başvuru sözlü sunum özeti WELBB01.
<http://pag.ias2013.org/Abstracts.aspx?SID=74&AID=3137>
 5. Mylan PR. Mylan expands access to HIV/AIDS medicines with launch of first generic Sustiva tablets. (01 Şubat 2018).
<http://newsroom.mylan.com/2018-02-01-Mylan-Expands-Access-to-HIV-AIDS-Medicines-with-Launch-of-First-Generic-Sustiva-R-Tablets>
 6. US FDA. FDA antiretrovirals approved and tentatively approved in association with the President’s Emergency Plan Expedited Review Process. 193. Tentative approval 10 Mart 2017.
<https://www.fda.gov/InternationalPrograms/PEPFAR/ucm119231.htm>
- Diğer web sitelerinin bağlantıları yayın tarihinde güncel olsa da, sürdürülmeyebilir.

Meta analiz dolutegravir kullanımında kalp hastalığı, bağışıklığın yeniden yapılanması sendromu veya intihar riskinin anlamlı olmadığını ortaya koyuyor

Polly Clayden, HIV i-Base

Meta analiz, dolutegravir kullanımında kardiyak, bağışıklığın yeniden yapılanması sendromu veya intihar gibi ciddi yan etkiler gelişme riskinin anlamlı düzeyde olmadığını ortaya koymuştur. Buna karşılık, dolutegravir temelli antiretroviral tedavide uykusuzluk gelişme riski daha yüksek bulunmuştur.

Bu meta analiz bulguları, ilk kez, 25-27 Ekim 2017 tarihleri arasında İtalya’nın Milano kentinde düzenlenen 16. Avrupa AIDS Konferansı’nda sunulmuş ve Current Opinion in HIV and AIDS dergisinin Mart 2018 sayısında da yayımlanmıştır. [1, 2, 3] Makalede güvenliğe ilişkin bulgular kongre sunumundakinden daha geniş çaplı olmakla birlikte, hemen hemen aynı kalmıştır.[3]


Yazarlar, izlem süresi 6647 hasta yılı olan bu meta analizde dolutegravir ile 1-4. dereceden uykusuzluk gelişme riskini, diğer antiretroviraller ile gelişme riskine göre daha yüksek bulmuşlardır (sırasıyla %6,1 ve %4,5; p=0,02).

Buna karşılık, dolutegravir ve diğer antiretroviraller arasında, ciddi düzeyde kardiyovasküler olay gelişme

riski açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Yazarlar, önümüzdeki 18 ay içinde Sahra altı Afrika’da milyonlarca insanın dolutegravir temelli bir tedavi rejimine geçirilmesinin planlandığına, bu geçişin, güvenliğin izlenmesi açısından bir meta analiz ile desteklenmesi gerektiğine dikkat çekmişlerdir.

Dolutegraviri inceleyen diğer randomize çalışmalar [DAWNING (s=627), SWORD 1 ve 2 (s=1024), Gilead 1489 çalışması (s=629) ve Gilead 1490 çalışması (s=645)] sonuçlandıktan sonra, bunların da meta analize dâhil edilmeleri gerekmektedir.

Yazarlar ayrıca, psikiyatrik bozuklukları kapsayan ve Dünya Sağlık Örgütü farmakovijilans veritabanına bildirilmiş olan yakın tarihli bir analize de vurgu yapmışlardır. [4] Bu analizde, dolutegravir ve raltegravir ile depresyon, intihar ve kendine zarar verme riskinin, elvitegravire kıyasla daha fazla olduğu bildirilmiştir. [4] Yazarlar, “Bu tip analizlerin, etki karışımı yaratabilecek olası faktörler açısından düzenli olarak tekrarlanması ve kontrol edilmesi gerekir” demişlerdir. 

Yorum

16. Avrupa AIDS Konferansı'nda sunulmuş olan birçok çalışmada, dolutegravir ile diğer entegraz inhibitörleri arasında çok az fark bulunmuştur. [5-8]

Ayrıca, ileri yaştaki (>60 yaş) bireyleri kapsayan ve dolutegravirin uyku üzerindeki etkisini araştıran altı aylık bir çalışma da 14-16 Haziran 2017 tarihlerinde Chicago'da düzenlenen 18. Uluslararası Klinik Farmakoloji ve Antiviral Tedavi Çalıştayı'nda Marta Boffito ve arkadaşları tarafından sunulmuştur. Bu çalışmada, Cmaks düzeyinin ve eğri altındaki alanının uyku süresini kısalttığı, fakat dolutegravir/abakavir/lamivudin rejimine geçildikten sonraki ilk 28 günün ardından, uyku skorlarında anlamlı bir değişiklik olmadığı bildirilmiştir. [9]

Efavirenz ile ortaya çıkan uyku bozukluklarının aksine, dolutegravirin sabah alınması halinde, çoğu olguda uykusuzluğun ortadan kalktığı ve gün içinde başka bir sorunun yaşanmadığı gözlenmiştir.

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. Avrupa AIDS Konferansı (25-27 Ekim 2017) Milano, İtalya. Poster özeti PE12/17.
 2. Clayden P. Studies on dolutegravir and sleep, cardiovascular and CNS side effects, and risk of IRIS. HTB. 28 Kasım 2017. <http://i-base.info/htb/32830>
 3. Hill AM, Mitchell N, Hughes S, Pozniak A. Risks of cardiovascular or central nervous system adverse events and immune reconstitution inflammatory syndrome, for dolutegravir versus other antiretrovirals: meta-analysis of randomised trials. Curr Opin HIV AIDS. 2018; 13(2):102-111. https://journals.lww.com/co-hivandaids/Abstract/2018/03000/Risks_of_cardiovascular_or_central_nervous_system.3.aspx
 4. Kheloufi F et al. Neuropsychiatric events and dolutegravir in HIV patients: a worldwide issue involving a class effect. AIDS 2017; 31:1775-1777.
 5. Bollen P, Hakkers C, Boender et al. Discontinuation of dolutegravir- and elvitegravir-containing cART in the Netherlands: incidence rates and risk factors. 16. Avrupa AIDS Konferansı (25-27 Ekim 2017) Milano, İtalya. Poster özeti PE12/10.
 6. Mondì A, Cozzi-Lepri A, Tavelli A, et al. Effectiveness and discontinuation rate of dolutegravir (DTG)-based regimens as either first line or switch antiretroviral therapy (ART): data from the Icona Cohort. 16. Avrupa AIDS Konferansı (25-27 Ekim 2017) Milano, İtalya. Poster özeti PE9/83.
 7. Migliorini D et al. Experience in using dolutegravir in experienced and treatment naïve patients attending two HIV clinics in Northamptonshire UK. 16. Avrupa AIDS Konferansı (25-27 Ekim 2017) Milano, İtalya. Poster özeti PE12/3.
 8. Bohr U, Bickel M, Hegener P, et al. Tolerability and persistence of dolutegravir-based regimens: second interim analysis of the prospective multicenter DOL-ART cohort. 16. Avrupa AIDS Konferansı (25-27 Ekim 2017) Milano, İtalya. Poster özeti PE9/52.
 9. Elliot E Wang X, Simmons B, et al. Relationship between dolutegravir plasma exposure, quality of sleep and its functional outcome in patients living with HIV over the age of 60 years. 18th International Workshop on Clinical Pharmacology of Antiviral Therapy, 14- 16 Haziran 2017, Chicago. Sözlü sunum özeti O8. http://regist2.virology-education.com/2017/18AntiviralPK/11_Boffito.pdf (PDF)
- Diğer web sitelerinin bağlantıları yayın tarihinde güncel olsa da, sürdürülmeyebilir.

YAN ETKİLER, FIRSATÇI ENFEKSİYONLAR VE KOMPLİKASYONLAR

HIV pozitif kişilerde böbrek hastalığı sıklığında artış ve kötüleşme görülüyor

Gareth Hardy,

“Journal of Infectious Diseases” dergisinde yakın zamanda yayımlanan bir derlemede, HIV pozitif kişilerde böbrek komplikasyonlarının artmasının, klasik risk faktörleri ile açıklanamayacağı belirtilmiştir.

Kronik böbrek hastalığı (KBH) HIV pozitif kişilerde

daha sık görülse de, bunun HIV enfeksiyonuna mı, antiretroviral tedaviye mi ya da hipertansiyon, sigara ve diyabet gibi klasik KBH risk faktörlerine mi bağlı olduğu kesin değildir. Tenofovir ve atazanavir gibi bazı antiretrovirallerin, böbrek fonksiyonunu bozduğu bilinmektedir.

Ayrıca HIV enfeksiyonundaki kronik yangı göstergelerinin artmış olması da böbrek

fonksiyonlarının bozulmasına neden olabilir. Hollanda'nın Amsterdam kentindeki Institute for Global Health Development merkezindeki araştırma ekipleri, tıbbi öyküleri ve sosyodemografik verileri benzer olan orta yaşlı HIV pozitif erkekler ile orta yaşlı HIV negatif erkeklerin böbrek fonksiyon bozukluğu göstergelerini karşılaştırarak HIV enfeksiyonu ile böbrek fonksiyon bozukluğu arasındaki ilişkiyi araştırmaktadırlar. [1]

AGE IV kohort çalışmasında, 596 HIV pozitif orta yaşlı erkek ile 544 HIV negatif orta yaşlı erkek böbrek yetmezliği, albüminüri ve proksimal renal tübüler fonksiyon bozukluğu açısından karşılaştırılmıştır. Uzun vadeli izlem yapılarak antiretroviral tedavi ile böbrek yetmezliğinin ve albüminürinin kötüleşip kötüleşmediği değerlendirilmiştir. Antiretroviral rejim değişimlerinde hasta bilgisi gizli tutulmuştur.

Renal bozukluk, tahmin edilen glomerüler filtrasyon hızı (eGFR) değerinin <60 mL/dakika olması, albüminüri, albümin/kreatinin oranının ≥ 3 mg/mmol olması ve proksimal renal tübüler disfonksiyon, retinol bağlayan protein/kreatinin oranının $>2,93$ mcg/mmol ve plazma fosfat değeri $<0,8$ mmol/L iken, fosfat atılımının $>20\%$ olması olarak tanımlanmıştır.

Çalışmaya katılan HIV ile yaşayanların yaş ortalaması 52,7, HIV negatiflerin ise 52,1'dir. Çalışmadaki HIV pozitiflerin %95'i antiretroviral tedavi kullanmaktadır ve % 94,3'ünün viral yükü saptanabilir seviyenin (<200 kopya/ml) altındadır. Katılımcıların %74,3'ü halen tenofovir kullanmaktayken, %12,3'ü öncesinde tenofovir kullanmışlardır. Kişilerin tenofovire maruz kalma süresi ortalama 4 yıldır (2,1-6,5). HIV pozitif grupta Afrika kökenli bireylerin sayısı, HCV ko-enfeksiyonu, sigara kullanımı, dislipidemi, kardiyovasküler hastalıklar ya da yangı göstergelerinde yükseklik daha sık saptanmıştır.

Renal bozukluk (%4,7 - 2; $p=0,01$), albüminüri (%24,4 - 5,6; $p<0,001$) ve proksimal renal tübüler disfonksiyon (%40,1 - 8,6; $p<0,001$), HIV ile yaşayanlarda belirgin olarak daha sık görülmüştür.

Öncesinde tenofovir kullanım öyküsü olan HIV ile yaşayan kişilerde renal bozukluk (%16,4), hiç tenofovir almayanlara (%4,7) ya da şu anda tenofovir kullananlara (%2,8) göre daha yüksektir. Yazarlar son grubu, tenofovir toksisitesine maruz kalmayanlar

olarak tanımlamayı önermişlerdir. Albüminüri ve proksimal renal tübüler disfonksiyon ise tenofovir grupları arasında benzer bulunmuştur.

Yaş, cinsiyet, Afrika kökenli olmak, sigara kullanımı, HCV enfeksiyonu, hipertansiyon, diyabet ve dislipidemi gibi risk faktörleri açısından uyarılma yapıldığında, HIV enfeksiyonu bağımsız olarak renal bozukluk (düzeltilmiş odds oranı-OO 2,1; %95 güven aralığı-GA,1,0 - 4,4; $p=0,05$), albüminüri (OO 5,8; 3,7 - 9,0; $p<0,00$) ve proksimal renal tübüler disfonksiyon (OO 7,1; 4,9 - 10,2; $p<0,001$) ile ilişkili bulunmuştur.

Klasik risk faktörleri ve ileri yaş, bağımsız olarak renal bozukluğun üç göstergesi ile ilişkili bulunmuştur. Proksimal renal tübüler disfonksiyon, HIV tanısı ve düşük vücut ağırlığı ($p <0,001$), proteaz inhibitörü kullanma ($p=0,03$), ve tenofovire maruz kalınan toplam süre ile ($p=0,03$) ilişkili saptanmıştır.

Ortalama takip süresi 3,9 yıl olan 377 ve ortalama takip süresi 4,1 yıl olan 479 katılımcı uzun dönem analize alınmıştır. HIV pozitif katılımcılarda eGFR'de hızlı azalma (%5,8), HIV negatiflere göre (%2,3; $p=0,008$) daha sık görülmüştür.

HIV pozitif kişilerde renal fonksiyonlarda bozulma sıklığı HIV negatiflere göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde fazladır. Diğer tüm değişkenler düzeltildiğinde, HIV enfeksiyonu bağımsız olarak eGFR'de daha fazla düşüşe neden olmuştur. Diyabet, dislipidemi, hipertansiyon ve bazal kardiyovasküler hastalıkların HIV enfeksiyonu ve eGFR düşüşüne fazla bir etkisi olmamıştır. Tenofovire maruz kalmak da tek başına eGFR düşüşüyle ilişkili bulunmamıştır (OO 1,6; %95GA 0,5 - 5,2; $p=0,41$).

Sonuç olarak HIV pozitif kişilerde, HIV negatif kişilere göre renal bozukluk, albüminüri, proksimal renal tübüler disfonksiyon ve eGFR düşüşü daha sık saptanmıştır.

Yazarlar, bu çalışmanın, HIV enfeksiyonunda kronik böbrek hastalığının daha sık ve ilerleyici olmasını sadece klasik risk faktörlerinin mevcudiyetiyle açıklayamayacağını belirtmişlerdir. Ayrıca proksimal renal tübüler disfonksiyon, şu anda tenofovir kullanan ve öncesinde tenofovir kullanmışlarda daha sık görülmüştür. +

Yorum

Bu geniş ölçekli kohort çalışmasında HIV ile yaşayanların, HIV negatif bireylere göre, ilerleyici böbrek hastalığı açısından daha riskli olduğunu göstermektedir. Bu durumun HIV ile yaşayan bireylerde klasik risk faktörlerinin daha sık olmasına, HIV ile tetiklenen yangının ve antiretroviral tedavinin böbrek üzerindeki

etkilerine bağlı olduğu düşünülmektedir.

Çeşitli çalışmalarda tenofovir, atazanavir ve lopinavirin böbrek bozukluğu ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Ancak bu antiretrovirallerin böbrek fonksiyonları üzerindeki etkileri muhtemelen düşünüldüğünden daha azdır. Antiretroviral tedavinin kesilmesinden sonra böbrek fonksiyonlarının düzelmesi, kontrolsüz hipertansiyon, diyabet ve steroid dışı yangı önleyici ilaçlar, etki karışımı yaratan başka faktörlerdir.

HIV ile yaşayanlarda böbrek bozukluğunun sık görülmesi, sigaranın bırakılması, kan basıncının kontrol altına alınması, obezitenin önlenmesi ve nefrotoksik ilaçlardan kaçınılması gibi böbrek fonksiyonlarını koruyacak ve kardiyovasküler ve renal risk faktörlerinin yönetilmesini sağlayacak önlemlerin önemini ortaya koymaktadır.

Tam baskılayıcı antiretroviral tedavi kullanımı, bağışıklığı korumak, iyileştirmek, yangıyı azaltmak ve genel sağlığın devamı için en önemli adım olup; tenofovir ve/ya atazanavir içeren kombinasyonların kullanılması gerekebilir. Ancak antiretroviral tedavi altındayken böbrek fonksiyon bozukluğu ya da belirgin albüminürisi olanlarda bu ilaçlardan kaçınılması mantıklı olacaktır.

Kaynaklar

1. Katherine Kooij ve ark. Higher prevalence and faster progression of chronic kidney disease in HIV positive middle-aged individuals compared with HIV negative controls. JID 2017. 216(6):622–631. (15 Eylül 2017).

<https://doi.org/10.1093/infdis/jix202>

Diğer web sitelerinin bağlantıları yayın tarihinde güncel olsa da sürdürülmeyebilir.

Antiretroviral tedaviye geç başlanmış olgularda güçlü profilaksi hayat kurtarıyor

Polly Clayden, HIV i-Base

İlerlemiş hastalığı olan HIV pozitif yetişkin ve çocukların katıldığı REALITY çalışmasında, antiretroviral tedavinin yanı sıra güçlü antimikrobiyal profilaksinin, hem 24. hem de 48. haftadaki mortalite oranlarını düşürdüğü gösterilmiştir. [1]

Sahra-altı Afrika'da HIV ile yaşayan kişilerin %20-25'inde CD4 T lenfosit sayısı ≤ 100 hücre/mm³ civarındadır ve bu olgular tedavi beklemektedirler. Bu gruptakilerin %10'u, antiretroviral tedavi başladıktan sonraki ilk üç ay içinde, en sık tüberküloz ve kriptokok başta olmak üzere enfeksiyonlar nedeniyle ölmektedirler.

REALITY çalışması Uganda, Zimbabve, Malavi ve Kenya'da gerçekleştirilmiştir. Araştırmacılar, ölüm riskini azaltmak için üç stratejiyi değerlendirmişlerdir; bunlar, güçlü antimikrobiyal profilaksi, standart antiretroviral tedaviye raltegravir eklenmesi ve yiyecek desteğidir.

Bu çalışma, CD4 T lenfosit sayısı ≤ 100 hücre/mm³ olan, öncesinde antiretroviral tedavi kullanmamış yetişkin ve beş yaşından büyük çocukların alındığı, firma destekli açık etiketli bir çalışmadır.

Çalışmanın birincil sonlanım noktası, 24. haftada herhangi bir nedenden ölüm olmasıdır. İkincil

sonlanım noktaları, 48. haftada herhangi bir nedenden ölüm olması, ciddi yan etkiler, evre dört ilaç reaksiyonları, antiretroviral tedavi rejimini ya da çalışmada kullanılan diğer ilaçları değiştirmeye neden olacak yan etkiler, CD4 T lenfosit sayısındaki değişiklikler, vücut ağırlığındaki değişiklikler, bakteriyel enfeksiyon sıklığı, tedaviye uyum ve tedavinin kabul edilebilirliği olarak belirlenmiştir.

Hakim ve arkadaşlarının 20 Temmuz 2017 tarihli New England Journal of Medicine dergisinde yayımladıkları makalede, araştırmacılar, güçlü profilaksinin etkili olduğunu belirtmişlerdir. Raltegravir eklemenin ya da yiyecek desteğinin fayda sağladığına dair bir kanıt saptanmamıştır ($p > 0,7$).

Tüm katılımcılara iki adet nükleozit analogu revers transkriptaz inhibitörü ve bir nonnükleozit revers transkriptaz inhibitörü içeren antiretroviral tedavi rejimi başlanmıştır. Daha sonra olgular, bire bir oranında standart profilaksi ya da güçlü profilaksi alacak şekilde randomize edilmiştir. Güçlü profilaksi, tek doz (400 mg) albendazol, haftanın beş günü günde 500 mg azitromisin, 12 hafta boyunca günde 100 mg flukonazol ve 12 hafta boyunca trimetoprim-sülfametoksazol (160/800 mg), izoniyanit (300 mg) ve piridoksin (25mg) içeren sabit dozlu tek tabletlili kombinasyon (ilk 5 gün günde üç tablet, sonrasında ise 12 hafta boyunca iki tablet) şeklinde planlanmıştır.

On üç yaşından küçük çocuklar albendazolü tam doz, diğer ilaçları yarım doz kullanmışlardır. Standart profilaksiste ise tek başına trimetoprim-sülfametoksazol verilmiştir.

Güçlü profilaksi grubu 12. haftanın sonunda flukonazolü keserek tek başına trimetoprim-sülfametoksazol ile ya da sabit dozlu kombinasyonla devam etmiştir. Standart profilaksi grubu ise trimetoprim-sülfametoksazole devam etmiş ya da sabit dozlu kombinasyona geçmiştir.

On iki haftanın sonunda izoniyazit-piridoksin kullanımı ulusal rehberlere göre planlanmıştır.

Çalışmaya 1733 yetişkin ve 72 çocuk ya da ergen olmak üzere 1805 kişi alınmıştır. Güçlü profilaksi grubunda 906 ve standart profilaksi grubunda 899 kişi bulunmaktadır. Toplam 48 hafta izlem yapılmıştır. Takipsizlik oranı %3,1'dir (güçlü profilaksi grubunda 24 ve standart grupta 32, toplam 54 kişi).

Katılımcıların yaş ortalaması 36 olup, %4'ü (72 kişi) 5-17 yaş aralığındaki çocuk ve ergenlerdir. Ortalama CD4 T lenfosit sayısı 37 hücre/mm³ bulunmuştur. Viral yük 1763 kişinin 1300'ünde (%73,4) 100.000 kopya/mL ve üzerindedir. Katılımcıların yaklaşık yarısı (%47,3) asemptomatik ya da hafif semptomatiktir (Dünya Sağlık Örgütü evre 1-2).

Yirmi dördüncü haftada güçlü ve standart profilaksi gruplarında ölüm sayısı sırasıyla 80 ve 108 (%8,9 ve %12,2; p=0,03) olmuştur. Kırk sekizinci haftada ise sayılar sırasıyla 98 ve 127'dir (%11 ve %14,4; p=0,04).

Güçlü profilaksi grubundaki katılımcılarda yeni tüberküloz (sırasıyla %7,1 ve %10,2; p=0,02), kriptokok enfeksiyonu (sırasıyla %1 ve %2,6; p=0,01) kandidoz

(sırasıyla %1,1 ve %2,6; p=0,02) tanıları ve hastaneye yatış oranları (%17 ve %20,7; p=0,03) daha düşük bulunmuştur.

Ayrıca çalışmanın sonlanma noktasını izleyen komite, güçlü profilaksi grubunda bağışıklığın yeniden yapılması olaylarının da standart profilaksi grubuna kıyasla daha az görüldüğünü bildirmiştir (sırasıyla %7,4 ve %12; p=0,001). Ancak gruplar arasında ciddi bakteriyel enfeksiyon açısından fark saptanmamıştır. Ciddi yan etkiler ve evre dört ilaç reaksiyonları güçlü profilaksi grubunda daha az oranda görülmesine rağmen, fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Viral baskılanma ve antiretroviral tedaviye uyum her iki grupta benzer bulunmuştur.

Yazarlar, antiretroviral tedavi başlanan ileri düzeyde HIV hastalığı olan çocuk ve yetişkinlerde 24. haftada ölüm oranının, güçlü profilaksi grubunda, standart profilaksi grubuna göre %27 daha az olduğunu bildirmiştir. Kırk sekizinci haftada ise bu fark %24 olmuştur. Bir ölümü engellemek için tedavi edilmesi gereken kişi sayısı 29'dur.

Güçlü profilaksinin maliyeti, çalışma ülkelerinde 8 ile 34 dolar arasında değişmektedir. Ancak her bir ilacın fiyatları 10 katına kadar değişebilmektedir. İlaçlara ulaşımın mümkün olması için, tüm ülkelere en ucuz fiyatın verilmesi gerektiği bir kez daha vurgulanmalıdır.

Sonuç olarak yazarlar, güçlü profilaksinin görece ucuz ve sadece klinik semptomların taranmasını ve CD4 T lenfosit testinin yapılmasını (ileri evre hastalığı olan asemptomatik HIV pozitifleri tanımlamak için) gerektirdiğinden, ilk basamak sağlık kuruluşlarında uygulanabilir olduğunu belirtmişlerdir. +

Kaynaklar

1. Hakim J ve ark. Enhanced prophylaxis plus antiretroviral therapy for advanced HIV infection in Africa. N Engl J Med 2017;377:233-45. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1615822>

Diğer web sitelerinin bağlantıları yayın tarihinde güncel olsa da sürdürülmeyebilir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde 1996'tan 2012'ye kadar HIV ile ilişkili kanser sıklığında azalma olduğu görülüyor

Simon Collins, HIV i-Base

Amerika Birleşik Devletleri'nin sekiz eyaletinde ve Puerto Rico'da yapılan bir çalışmada, HIV ile yaşayan 450.000 kişinin verisi değerlendirildiğinde birçok kanserin zaman içerisinde belirgin ölçüde azaldığı saptanmıştır.

Lancet HIV dergisinin Kasım 2017 sayısında yayımlanan bu sonuçlar, HIV tedavisine daha erken başlanması ve tedavinin daha etkili olmasına bağlıdır. Çalışmada elde edilen bulgulara göre zaman içerisinde kanser sıklığında artış saptanmamıştır.

1996 ile 2012 yılları arasında yürütülmüş olan “HIV/AIDS Cancer Match (HACM)” çalışmasına 3.000.000 kişi-yılı boyunca izlenmiş ve yeni kanser tanılı 21.294 kişi alınmıştır. Ancak çalışmaya katılım her eyalette farklı zaman dilimlerinde gerçekleşmiştir; bunlar Colorado (1996–2007), Connecticut (2005–10), Georgia (2004–12), Maryland (2008–12), Michigan (1996–2010), New Jersey (1996–2012), New York (2001–12), Puerto Rico (2003–12), ve Teksas (1999–2009) şeklinde sıralanabilir.

Standardize edilmiş insidans oranları (SİO), yaş, cinsiyet, ırk, etnik grup, ve kayıt yılına göre uyarlama yapılarak, Birleşik Devletler’deki HIV pozitif kişilerin de dâhil olduğu genel popülasyona ait verilerle karşılaştırılmıştır. Analizde ayrıca, AIDS ile geçen zaman, sadece HIV pozitif olma ile karşılaştırılmış ve bunun için dört zaman dilimi kullanılmıştır: 1996–99, 2000–04, 2005–08 ve 2009–12. Takiplerin çoğu son iki yılı kapsamaktadır (>1 milyon hasta takip yılı) ve son yıllarda takip edilen hastaların çalışmadaki takip süresi, >10 kişi yılıdır.

Tüm grup dikkate alındığında, HIV pozitif kişilerde kanser oranlarının, HIV negatif olanlara görece yaklaşık %70 daha fazla olduğu saptanmıştır (SİO 1,69, %95 güven aralığı-GA 1,67–1,72; $p < 0,0001$).

HIV ile ilişkili kanserler (14 kat) ve diğer virüslerle ilişkili kanserler (5 kat), hala HIV pozitif kişilerde

genel toplumdakine göre daha sık görülmektedir ($p < 0,0001$). Virüs ile ilişkili olmayan akciğer kanseri ve HPV dışı oral kanser de HIV pozitif kişilerde daha sık görülmekle birlikte, kolon, mide, meme, prostat, böbrek, renal pelvis gibi diğerleri, istatistiksel açıdan anlamlı ölçüde daha az ortaya çıkmaktadır. Bu daha nadir görülme durumunun nedeni tam olarak bilinmemektedir; genel toplumda kanser taramasının daha sık yapılmasına bağlı olabileceği gibi, HIV pozitif kişilerin diğer kanserlere daha erken yaşta yakalanıp yaşam süresinin kısalması nedeniyle yanlış bir biçimde varılmış bir sonuç da olabilir. Diğer birçok kanser tipinde ise oranlar, HIV durumundan bağımsız olarak genel toplumdaki ile benzer bulunmuştur. (Tablo 1)

Zman içinde azalma eğilimi bazı kanserlerde [Burkitt lenfoması ($p = 0,8944$), servikal kanser ($p = 0,0989$) ve Hodgkin lenfoma ($p = 0,862$)] ise gözlenmemiştir.

Çalışmanın kısıtlılıklarından biri de HIV pozitif kişilerin CD4 T lenfosit sayısı, viral yük miktarı ve kullanılan antiretroviral tedavi gibi kişisel verilerinin değerlendirilmemiş olmasıdır.

Makalede antiretroviral tedaviye erken başlanmasının ve tedaviye ulaşımın daha kolay olmasının kanser oranlarını düşürmüş olabileceği şeklinde yorum yapılmış olmakla birlikte, çalışmanın bitiş tarihinden bu yana, son beş yılda tedavi belirgin olarak değişmiştir. Özellikle geç tanı almış ya da tedaviye

Tablo 1. 1996-2012 yılları arasında HIV pozitif kişilerde ve Amerika Birleşik Devletleri genel toplumunda bazı kanserlerin insidansı

Kanser tipi	s	SİO	%95 GA	p
Genel	21,294	1,69	1,67–1,72	<0,0001
AIDS tanımlayan kanserler	6,384	13,97	13,63–14,32	<0,0001
Kaposi sarkomu	2269	498,11	477,82–519,03	<0,0001
Non-Hodgkin lenfoma	3687	11,51	11,14–11,89	<0,0001
Serviks	428	3,24	2,94–3,56	<0,0001
Virüslerle ilişkili diğer kanserler	4144	5,39	5,23–5,55	<0,0001
Anal	1568	19,06	18,13–20,03	<0,0001
Karaciğer	1104	3,21	3,02–3,41	<0,0001
Hodgkin lenfoma	875	7,70	7,20–8,23	<0,0001
Virüs ile ilişkisiz	10,200	0,92	0,90–0,94	<0,0001
Akciğer	2475	1,97	1,89–2,05	<0,0001
Oral (HPV dışı)	343	2,20	1,98–2,45	<0,0001
Kolon*	477	0,61	0,56–0,67	<0,0001
Mide*	185	0,74	0,64–0,86	<0,0001
Meme*	688	0,63	0,58–0,68	<0,0001
Prostat*	1522	0,48	0,46–0,51	<0,0001
Böbrek/renal pelvis*	360	0,74	0,66–0,82	<0,0001

* Sıklığı HIV pozitif kişilerde belirgin azalanlar

GA, güven aralığı; HPV, insan papilloma virüsü; SİO, standardize edilmiş insidans oranı.

geç başlanmış hastalarda antiretroviral tedavinin bağışıklık düzeyini tamamen düzeltmediği de bilinmektedir. Bahsedilen kanserlerin çoğunun

ortaya çıkması on yıllar almaktadır; yaşlılarda HIV ve kanser konusunda yeterli veri bulunmadığından taramanın devam etmesi önem taşımaktadır. +

Yorum

Çalışma, geriye dönük olmasına ve sadece Amerika Birleşik Devletleri'nin verilerini yansıtmasına rağmen, hayli büyük bir örneklem büyüklüğüne ve pozitif sonuçlara sahiptir.

Sigara kullanımı ile ilişkili kanserlerin sıklığının yüksek olması nedeniyle, sigaranın bırakılması gibi yaşam tarzı değişikliklerinin desteklenmesi büyük önem taşımaktadır.

Kaynaklar

1. Hernández-Ramírez RU et al. Cancer risk in HIV-infected people in the USA from 1996 to 2012: a population-based, registry-linkage study. *Lancet HIV*, 4(11)e495–e504. doi: 10.1016/S2352-3018(17)30125-X. (Kasım 2017).

[http://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018\(17\)30125-X/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018(17)30125-X/abstract)

Diğer web sitelerinin bağlantıları yayın tarihinde güncel olsa da sürdürülmeyebilir.

DİRENÇ

Erken ART kullanımında HIV ilaç direnci gelişme riski yüksek değildir

Simon Collins, HIV i-Base

Journal of AIDS'de basılmadan önce yayımlanan ve HIV CASUAL ortaklığına ait gözlemsel verilerin kullanıldığı bildiri, erken antiretroviral tedavi kullanımı ile ilaç direnci gelişmesi kaygısını birlikte ele almada yararlı olmuştur. [1]

Bu soru önemlidir; çünkü ilk basamak antiretroviral tedavi kullananların küçük bir bölümünde viral yük, çoğunlukla önceden var olan ilaç direnci veya ilaca uyumun aralıklarla bozulması sonucunda her zaman saptanamayacak düzeylere inmemektedir. Hem bu, hem de kişilerin asemptomatik bir dönemde ilaçlara bağlı yan etki kaygılarının olması, geniş çaplı ve randomize START çalışmasının yürütülmesine neden olmuştur [2].

START, CD4 T lenfosit sayıları yüksekken erken dönemde antiretroviral tedavi kullanılmasının klinik yararına karşılık yan etki riskinin göz ardı edilmesi gerektiğini açıkça göstererek tedaviye erken başlama

konusunda 2015'deki önerilerin yapılmasına önayak olmuşken, START çalışmasında henüz ilaç direnci bildirilmemiştir.

Sara Lodi ve arkadaşlarının bu bildirisinde, antiretroviral tedaviden önce bazal CD4 T lenfosit sayıları >500 hücre/mm³ olan 50.000'den fazla kişiye ait örneğin geriye dönük bir analizi yapılmıştır.

Bulgular, direnç testi sonuçları bulunan 2.762 kişinin 794'ünde direnç gelişiminde CD4 T lenfosit sayılarına göre belirgin bir farklılık olmadığını göstermiştir. Antiretroviral tedavinin başladığı andaki CD4 T lenfosit sayıları >500, 350-500 ve <350 hücre/mm³ olanlarda, 7 yıl içinde kazanılan ilaç direncinin tahmini olarak sırasıyla %3,2 (2,8 – 3,5), %3,1 (2,7-3,3) ve %2,8 (2,5-3,0) olduğu görülmüştür.

Analiz, 2005-2015 yılları arasında bazal hücre sayıları olanlarla kısıtlandığında, buna karşılık gelen yüzdelere %1,9 (1,8-2,5), %1,9 (1,7-2,4) ve %1,8 (1,7-2,2) olmuştur. +

Yorum

Bu veriler randomize bir çalışmanın sonuçları olmamakla birlikte, gerçek yaşam verileri olarak, antiretroviral tedaviye erken başlanmasının ilaç direncinin artması açısından bir risk oluşturduğuna dair ipucu vermediği konusunda güven verici olmuştur.

Kaynaklar

1. Lodi S et al. Effect of immediate initiation of antiretroviral treatment on the risk of acquired HIV drug resistance. *AIDS* 10 Kasım 2017 doi: 10.1097/QAD.0000000000001692,

http://journals.lww.com/aidsonline/Abstract/publishahead/Effect_of_immediate_initiation_of_antiretroviral.97360.aspx

2. Initiation of antiretroviral therapy in early asymptomatic HIV infection. Lundgren JD, Babiker AG, Gordin F, Emery S, Grund B, Sharma S, Avihingsanon A, Cooper DA, Fätkenheuer G, Llibre JM, Molina J-M, Munderi P, Schechter M, Wood R, Klingman KL, Collins S, Lane HC, Phillips AN, Neaton JD. NEJM 2015; 373(9):795-802. (27 Ağustos 2015).

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1506816>

Diğer web sitelerinin bağlantıları yayın tarihinde güncel olsa da sürdürülmeyebilir.

TEDAVİYE ERİŞİM

Onlarca ülkenin PEPFAR stratejisinin dışında bırakılması küresel AIDS yanıtını tehdit etmektedir

Health GAP

Devlet Bakanı Rex Tillerson dünkü Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nda AIDS'ten Kurtulmada Başkan'ın Acil Planı (President's Emergency Plan for AIDS Relief-PEPFAR) çerçevesinde "HIV/AIDS'in Epidemik Kontrolünün Hızlandırılma Stratejisi (2017-2020)"ni açıklamıştır. Bu plan,13 hedef ülkede epidemik kontrolün daha da artırılmasını hedeflemekte, ancak PEPFAR'ın öncelikli olarak kabul etmediği ve bu nedenle HIV ile yaşayan milyonlarca insanın kaynak yetersizliği nedeniyle ve kanıta dayalı stratejilere bağlı kalınmadığı için geride bırakıldığı 37 ülkede ayağın gazdan çekildiğini göstermektedir.

Health GAP Direktörü Asia Russel, "Bugün açıklanan strateji, kanun yapıcılarının bir elleri arkalarında bağlı iken yaptıkları bir esere benzemektedir. Hırslı bir strateji, epidemik kontrol için harcanan çabaları, PEPFAR'ın 50'den fazla ülkesinden sadece 13'ünde gerçekleştirilmek üzere sınırlamamalı, aksine HIV yükünün en yüksek ve ihtiyacın en fazla olduğu Mozambik, Güney Sudan, Kongo Demokratik Cumhuriyeti ve Batı Afrika'nın diğer bölgeleri de dâhil olmak üzere tüm ülkelerde AIDS epidemisinin sonlandırılması için hırslı bir plana sahip olmalıdır" demiştir. Ek olarak, "Bu strateji her yerde hayat kurtarıcı olamama pahasına, çok az sayıda yerde doğru hareket ediyor" demiş ve şöyle devam etmiştir: "PEPFAR yönetimi küresel AIDS yanıtına çok az kaynak ayrılmasının risklerini ve kısıtlı kaynaklarını kanıta dayalı stratejiler dışındaki herhangi bir şey için harcamanın tehlikelerini dile getirmelidir".

Bugün duyurulan plan şu açılardan dikkate değerdir:

Plan, Mozambik gibi HIV yoğunluğu yüksek olan ve Güney Sudan gibi gelişmemiş ülkeler de dâhil olmak üzere, tüm PEPFAR ülkelerinde hızlı (erken) tedaviyi artırmak için destek sağlamamaktadır.

Plan, tüm PEPFAR ülkelerinde çabaları artırmamanın getireceği zararlardan söz etmemektedir ki bunlar arasında önlenemez ölümler, yeni enfeksiyonlar ve gelecekte küresel AIDS yanıtının daha pahalıya mal olacağı yer almaktadır.

Plan, lezbiyen, gey, biseksüel ve trans bireyler, seks işçileri, kadınlar ve kızlar gibi kilit topluluklara ulaşmak için agresif bir strateji içermemektedir.

Plan, Global Gag Rule'un (Amerika Birleşik Devletleri'nden yardım alan deniz aşırı ülkelerin kürtaaj ile ilgili çalışma yapmalarını yasaklayan kural) PEPFAR için de etkili kılınması halinde olası tehlikenin üzerinde durmamaktadır.

Plan, küresel AIDS yanıtına mali desteğin artırılması için Kongre'ye çağrıda bulunmamaktadır.


Plan, bir insan hakları komponentini içermemektedir.

Plan, daha önce kanıta dayalı stratejileri reddetmiş olan inanç temelli organizasyonlarla ilişkileri artırma çağrısı yapmaktadır.

Kampanya sırasında Başkan Trump, kendisine yöneltilen, 2020'ye kadar PEPFAR aracılığı ile tedaviye erişen kişi sayısının ikiye katlanarak 230 milyona erişmesi için söz verip veremeyeceğine ilişkin bir soruya verdiği cevapta: "Cevabım evettir. Buna kuvvetle inanıyorum ve biz bunu gerçekleştireceğiz." demiştir. Trump bugünkü BM Genel Kurulu'nda PEPFAR'a desteğini tekrarlamış, ancak ABD'nin küresel yanıtına destekte PEPFAR da dâhil olmak üzere, bir milyar dolar kısıntı yapılmasını önermiştir.

Kongre şimdiye kadar bu kısıntıları reddetmiş olsa da, hayat kurtarıcı küresel HIV tedavisi ve korunma için mali desteğin artırılmasını başaramamıştır. Ulusal

Sağlık Enstitüsü'nde Alerji ve Enfeksiyon Hastalıkları Ulusal Enstitüsü Direktörü olan Dr. Anthony Fauci yakın tarihte yaptığı bir konuşmada, epidemik kontrol hedeflerine erişmek için ek kaynakların gerekli olacağını belirtmiştir.

Russell son olarak: "Sadece birkaç ülkede değil, tüm PEPFAR ülkelerinde epidemik kontrolün sağlanması amacıyla gerçek anlamda hırslı ve etkin bir stratejiyi desteklemek için PEPFAR'a 700 milyon dolar ek mali kaynağın ayrılması gerekir" demiştir. 

GEBELİK

Anneye antiretroviral tedavi başlama zamanıyla gebelik yaşına göre küçük bebek doğurma arasındaki ilişki: Hollanda ATHENA kohort çalışmasının sonuçları

Polly Clayden,

19 Ocak 2018'de PLOS ONE'da yayımlanan, Hollanda'da yürütülen çalışmada, gebe kalmadan önce antiretroviral tedavi alan HIV pozitif kadınlarda gebelik yaşına göre küçük bebek doğumu açısından riskin arttığı saptanmıştır. Ancak sadece proteaz inhibitörleri için risk olup, çalışma standart tedavide değişiklik önerisinde bulunmamaktadır.

Çalışmaya 1997-2015 yılları arasında ATHENA kohortuna kayıt edilmiş annelerden doğan, enfekte olmayan, tek bebekler alınmıştır. Araştırmacılar tek ve çoklu gebelikler, gebelik yaşı için küçük bebek, erken doğum ve düşük doğum ağırlığı için çok değişkenli lojistik regresyon analizi kullanmışlardır.

Toplamda 1022 anneden doğan 1392 tek doğum analize alınmıştır. Annelerin 550'sinde gebe kalmadan önce ortalama 3,48 yıl antiretroviral tedavi kullanımı olduğu belirtilmiştir. Gebe kalmadan önce antiretroviral tedavi başlanan kadınlar, gebe kaldıktan sonra antiretroviral tedavi başlanan kadınlarla kıyaslandıklarında yaş ortalamaları istatistiksel açıdan anlamlı ölçüde daha yüksek (sırasıyla %32,7 ve %28,8), nonnükleozit revers transkriptaz inhibitörü (NNRTI) temelli rejimleri kullanma oranı daha fazla (sırasıyla %47,8 ve %20,8); en düşük CD4 T lenfosit sayıları daha az saptanmış (sırasıyla %55,6 ve %22'sinde CD4 T lenfosit sayısı <200 hücre/mm³) ve çoklu doğum öyküsü daha fazla (sırasıyla %70,2 ve %62,8) bildirilmiştir (tüm karşılaştırmalar için p<0,01). Gebeliğin başındaki CD4 T lenfosit sayıları


ise her iki grupta benzer bulunmuştur.

Toplam 1392 doğumdan 331'i (%23,8) gebelik yaşına göre küçük bebektir (yaşına göre doğum kilosu 10 persantilin altında). Gebe kalmadan önce antiretroviral tedavi başlananlarda bu oran %27,3 ve gebe kaldıktan sonra başlananlarda ise %21,5'tir (p=0,01).

Çok değişkenli analizde, antiretroviral tedavi tipi, etnik köken, gebelik sayısı gibi tek değişkenli analizde p≤0,1 saptanan değişkenler uyarlandığında, gebe kalmadan önce antiretroviral tedavi başlananlarda gestasyonel yaşına göre küçük bebek doğumu açısından risk, gebelikten sonra başlananlara göre anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur (p=0,028).

Çok değişkenli analizde bu riskin proteaz inhibitörü (PI) temelli rejim kullananlarda yüksek olduğu (p=0,016), NNRTI temelli rejimlerde ise değişmediği (p=0,91) görülmüştür.

Bebeklerin %14,7'si erken (37 haftalık ve öncesinde) doğmuştur. Tek değişkenli analizde gebe kalmadan önce antiretroviral tedavi başlanması ile erken doğum arasında ilişki var gibi gözükmeyle birlikte, çoklu analizde anlamlı bir fark saptanmamıştır. Çok erken (32 haftalık ve öncesinde) doğum için de riskte bir artış saptanmamıştır.

Düşük doğum ağırlığı (<2,5kg) bebeklerin %12,4'ünde görülmüştür. Çok değişkenli analizde gebe kalmadan önce ve sonra antiretroviral tedavi başlananlarda anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çok düşük doğum ağırlığı her iki grupta benzerdir. 

Yorum

Gebe kalmadan önce antiretroviral tedavi alanlarda gestasyonel yaşa göre küçük bebek doğurma riskinin artmış olmasından çok, HIV negatif Felemenk popülasyonuna göre riskin artmış olması daha çarpıcı bir bulgudur. Bu grupta gestasyonel yaşa göre küçük bebek doğurma riski çok daha düşük (%1,8) bulunmuştur. Sahra Altı Afrika kökenli HIV negatif kadınlardan oluşan alt grupta da risk benzer şekilde %1,4 bulunmuştur. Sonuçlardaki bu fark, aradaki ilişkinin, antiretroviral tedavi başlama zamanından çok HIV pozitif olmakla ilgili olduğunu düşündürmektedir.

Tartışma kısmında yazarlar, gestasyonel yaşa göre küçük bebek ile HIV, antiretroviral tedavi ve Pİ arasındaki ilişkiyi irdeleyen az sayıda veri olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmanın verileri önceki veriler ile uyuşmamaktadır. Sadece bir çalışmada antiretroviral tedavi almayan HIV pozitif kadınlarda gestasyonel yaşa göre küçük bebek doğurma riskinin artmış olduğu bildirilmiştir.

Antiretroviral tedavi alan gebelerde, fetal büyümenin kısıtlanmasının altında yatan mekanizmaların anlaşılması için daha fazla veri gerekmektedir. Yazarlar, ancak antiretroviral tedavinin olası etkileri tam olarak anlaşıldığında üreme döneminde olan kadınlar için doğru tedavi rejimine karar verilebileceğini belirtmişlerdir.

Bu çalışmada HIV tedavisine çok farklı yaklaşımların sergilendiği 20 yıllık veriler bir araya getirilmiştir. Bundan çalışmanın kısıtlılığı olarak bahsedilmiş olsa da, yazarlar sonuçları yıllara göre ayırmamışlardır.

Günümüzde birçok kadının kullandığı NNRTI temelli rejimlerin kullanımı ile gestasyonel yaşa göre küçük bebek doğurma arasında bir ilişki saptanmadığının, PI temelli rejimlerin uzun zamandır gebelerde kullanılmadığının ve gelecekte entegraz inhibitörlü rejimlerin standart tedavi olacağını da altının çizilmesi gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Snijedewind IJM ve ark. Preconception use of cART by HIV-positive pregnant women increases the risk of infants being born small for gestational age. PLOS ONE (2018), 13(1):e0191389. DOI: 10.1371/journal.pone.0191389. (19 Ocak 2018).

<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0191389>

Diğer web sitelerinin bağlantıları yayın tarihinde güncel olsa da sürdürülmeyebilir.

BULAŞMA VE ÖNLEME

Londra belediye başkanı Sadiq Khan HIV'e hızlı yanıt veren şehir olmak üzere başvuruda bulundu

Simon Collins, HIV i-Base

10 Ocak 2018 tarihinde Londra Belediye Başkanı Sadiq Khan, Londra'nın, HIV'e Hızlı Yanıt Veren Şehir girişimine İngiltere'den katılan ikinci şehir olması için bir imza töreni düzenlemiştir. [1]

Bu olayın diğer sponsorları Londra Konseyleri, İngiltere Halk Sağlığı Kurumu, İngiltere Ulusal Sağlık Hizmetleri Kurumu ve HIV Bakım Hizmeti Sağlayıcıları Uluslararası Birliği'dir (International Association of Providers of AIDS Care-IAPAC).

UNAIDS tarafından desteklenen Hızlı Yanıt Veren Şehirler Girişimi, üç yıl önce Paris'te lanse edilmiştir. Tüm dünyada HIV insidansının en yüksek olduğu şehirlerden 27 belediye başkanı bir araya gelerek

2020'ye dek UNAIDS'in 90:90:90 hedeflerine ulaşmak ve 2030'da AIDS epidemisini sonlandırmak üzere imza vermişlerdir. [2, 3]

Bu girişim, yukarıda belirtilen temel amaca ek olarak, birden çok korunma hizmetinin bir arada sunulması ve damgalama ve ayrımcılığın sonlandırılması amaçlarını da kapsamaktadır. Günümüze dek Afrika, Latin Amerika, Avrupa, Asya ve Kuzey Amerika'dan 200'den fazla şehir bu girişimin altına imza atmıştır.

Londra'da HIV konusundaki bu politik odak önemlidir. Londra'da yaşayan yaklaşık 37.000 kişi HIV ile yaşamaktadır; bu, İngiltere'de yaşayan tüm HIV pozitiflerin yaklaşık %43'üdür. Londra'da 2016 yılında 2000 kişi tanı almıştır. Ayrıca, en üst düzeydeki 20 yerel otoritenin 18'i başkentte bulunmaktadır.

Bu etkinlik, Londra'nın, 90:90:90 hedeflerine zaten ulaşmış olduğu bilgisini halka duyurmak için kullanılmıştır. 2016 yılında, Londra'da HIV ile yaşayan bireylerin %90'ı tanı almış, tanı alanların %97'sinde antiretroviral tedavi başlanmış ve tedavi başlananların %97'sinde viral yük saptanabilir düzeyin altına indirilmiştir. [4]


Etkinlik ayrıca, "Londra Bunu Yap" (Do It London) kampanyasını destekleyen ilçelerin işbirliğinin de altını çizmiştir. 2016 yılında başlatılan kampanyada, HIV testi, kondom kullanımı, temas öncesi profilaksi ve erken tedavi gibi önleme amaçlı birden çok yaklaşım kullanılmış ve viral yükün saptanabilir düzeyin altına inmesi durumunda HIV'in bulaştırılmadığı (Belirlenemez=Bulaştırmaz-B=B; Undetectable=Untransmittable-U=U) bilgisine vurgu yapılmıştır. [5]

Ancak Londra, HIV testi hedefini kıl payı tutturabilmiştir. Bu nedenle, lansman sırasında yapılan birçok konuşma olumlu olmakla birlikte, sorulara zaman ayrılmamıştır. Oysa doktorlar ve aktivistler ile yapılan görüşmelerde, HIV testi dâhil olmak üzere çeşitli hizmetlere olan talebin, kliniklerin bu hedeflere ulaşmasını

nasıl aktif olarak sınırladığı vurgulanmıştır.

Örneğin, hem Soho'daki 56 Dean Street kliniği hem de Southwark'daki Burrell Street kliniği, başvuru sahiplerinin çevrimiçi randevu almasını talep etse de, randevuların hemen dolduğu gerçeğini göz ardı etmek mümkün değildir. Dean Street kliniği, her gün gelen 1600 talebin ancak 400'ünü karşılayabildiğini belirtmektedir.

Damgalama ve ayrımcılığın azaltılması konusundaki planların da hayata geçirilmesi çok uzun zaman alacak gibi görünmektedir. Ayrıca, bunların nasıl ortadan kaldırılacağına dair strateji de belirsizdir. British HIV Association (BHIVA) 2017 konferansında yapılan bazı sunumlar, HIV konusundaki bazı temel bilgilerin ve kendine güvenin halen ciddi düzeyde yetersiz olduğunu ve HIV pozitif bireylerin hala sağlık hizmetlerine eşit erişime sahip olmadıklarını ortaya koymuştur. [6] Sonuç olarak, girişimin lansmanı ümit vaat etse de halen yapılacak çok şey olduğu açıktır.

Martin Fisher Vakfı "Sıfıra Doğru-Towards Zero" kampanyası kapsamında, Brighton, 2016 Dünya AIDS Günü'nde HIV'e hızlı yanıt veren şehir statüsünü İngiltere'de ilk kazanan şehir olmuştur. [7, 8] 

Yorum

Bu girişimin politik odağı HIV'e çevirmesi iyi haberdir.

İnsidansın en yüksek olduğu kliniklerde kullanılan yeni hizmet modelleri sayesinde Londra, temel hedef olan 90:90:90'a ulaşmış olsa da, düzenli HIV testleri gibi son derece temel bir unsura getirilen bazı sınırlamalar bu hizmetleri tehdit etmektedir.

HIV'e ayrılan bütçeler her yıl daha fazla kesilmekte ve İngiltere'de cinsel sağlık konusundaki sorumluluğun Ulusal Sağlık Hizmetleri kurumundan yerel otoritelere aktarılmış olmasından zarar görmektedir.

Korunmaya yönelik hizmetlerin birlikte sunulması ve damgalama ve ayrımcılığın sonlandırılması gibi övgüye değer ve yerinde amaçların, bunlara nasıl ulaşılabileceği konusunda stratejiler ile birlikte ele alınması gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Londra Belediye Başkanı. Press release. London joins Fast-Track Cities initiative to reduce new HIV infections. (10 Ocak 2018) <https://www.london.gov.uk/press-releases/mayoral/london-joins-hiv-fast-track-cities-initiative>
 2. UNAIDS. Mayors from around the world sign Paris Declaration to end the AIDS epidemic. (1 Aralık 2014). http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2014/december/20141201_PR_citiesreport
 3. Fast track cities initiative. <http://www.fast-trackcities.org>
 4. Public Health England. Towards elimination of HIV transmission, AIDS and HIV-related deaths in the UK: 2017 report. (Kasım 2017) <https://www.gov.uk/government/publications/hiv-in-the-united-kingdom>
 5. Do It London campaign. <https://doitlondon.org>
 6. Community presentations: dental care, HIV awareness and access to formula milk. HTB report. Nisan 2017. <http://i-base.info/htb/31569>
 7. HTB. Brighton heads towards zero HIV: first UK city with UN Fast Track status. (01 Aralık 2016). <http://i-base.info/htb/31350>
 8. Martin Fisher Foundation press release. Brighton heads towards zero HIV. (1 Aralık 2016). <http://www.martinfisherfoundation.org>
- Diğer web sitelerinin bağlantıları yayın tarihinde güncel olsa da, sürdürülmeyebilir.

Avrupa HIV/AIDS srveyans raporu yayınlandı (2017)

Avrupa Hastalık Kontrol Merkezi (European Center for Disease Control- ECDC) ve Dünya Sağlık rgt (DSÖ)

2016'da Avrupa bölgesinde DSÖ'ye bağlı 53 ülkede yaklaşık 160.000 kişi HIV pozitif tanısı almıştır.

Bunlar arasında 30.000 kişiden azı Avrupa Birliği ve Avrupa Ekonomik Bölgesi (AB/AEB)'nden, 103.000'i Rusya'dandır.

Yönetici zeti

Senelerdir ilk kez, birçok ülkede, bildirimdeki gecikmeler göz önüne alındıktan sonra bile yeni HIV tanılarında bir azalma olduğu bildirilmiştir.

Ancak, geçmiş senelerdekine benzer şekilde, HIV tanılarında en yüksek oranın (%40) erkeklerle seks yapan erkekler (ESE) arasında olduğu gözlenmiştir.

Kaynaklar

1. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). HIV/AIDS surveillance in Europe 2017 – 2016 data. (28 Kasım 2017).

<https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/hiv-aids-surveillance-europe-2017-2016-data>

http://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/20171127-Annual_HIV_Report_Cover%2BInner.pdf (PDF)

Diğer web sitelerinin bağlantıları yayın tarihinde güncel olsa da sürdürülmeyebilir.

Bu yılın raporundaki veriler, son on yılda Doğu ve Orta Avrupa'nın bazı bölgelerinde yeni HIV tanılarının sayısında artış olduğuna işaret etmekle birlikte, Avrupa Birliği (AB) ve Avrupa Ekonomik Alanı (AEA) kapsamında olan bazı ülkelerde oranların sabitlenme eğiliminde olduğunu hatta azaldığını göstermiştir.

rnek olarak bulaşma yollarına göre eğilimlere bakıldığında, AB/AEB'deki ESE arasında yeni HIV tanısı sayısının 2016'da hafifçe azaldığı ve heteroseksüel geçişli olguların son on yıl içinde tedricen azalmış olduğu bildirilmiştir.

Ek olarak, AB/AEB'de AIDS olgularının ve AIDS'e bağlı ölümlerin sayısının da 1990'ların ortasından bu yana sürekli olarak azalmakta olduğu saptanmıştır. +

Temas ncesi profilaksi kullanımı eğcinsel topluluklarda HIV'e ilişkin damgalanmayı azaltabilir

Simon Collins, HIV i-Base

Journal of AIDS'de basılmadan önce yayımlanan bir çalışmada, Amerika Birleşik Devletleri'nin dört büyük şehrinde, sosyal medya kullananlar arasında temas öncesi profilaksi (TP) kullanan kişilere karşı oluşan önyargının nasıl aşıldığı bildirilmiştir.

Bu çalışmada ayrıca, TP kullanan kişilerin (katılımcıların yaklaşık %11'i) HIV pozitif olan potansiyel eşlere karşı önyargılı olmadıkları saptanmıştır. Buna karşılık TP kullanmayan kişilerin, HIV pozitif olanların sosyal medya profillerini, HIV negatif olanlara veya TP kullanıcılarına göre belirgin ölçüde daha az çekici ve arzu edilir olarak değerlendirdikleri grlmştir.

Kaynaklar

1. Golub S et al. An experimental investigation of implicit HIV and PrEP stigma: evidence for ancillary benefits of PrEP use. JAIDS. Online ahead of print. doi: 10.1097/QAI.0000000000001592. (13 Kasım 2017)

http://journals.lww.com/jaids/Abstract/publishahead/An_Experimental_Investigation_of_Implicit_Hiv_And.96800.aspx

Diğer web sitelerinin bağlantıları yayın tarihinde güncel olsa da sürdürülmeyebilir.

Sonuçlar, New York, Washington, Miami ve Atlanta'daki 700 HIV negatif eğcinsel ve biseksüel erkekle 2015'de yapılan evrimii bir araştırmaya aittir. Bu toplulukta ırkla ilgili damgalama olduğuna ilişkin bir ipucu olmasa da, rekreasyonel ilaç kullandığını açıklayan profillerin beş özellik açısından (ekicilik, arzu edilirlilik, güven, kondom kullanma eğilimi, seksin riskleri) belirgin olarak daha düşük reyting aldığı grlmştir.

Gözlemsel veriler her ne kadar etki karışımı yaratan faktörlere açık (rn., TP kullananların muhtemelen önceden daha az ön yargılı olmaları) olsa da, bildirilen pozitif sonuçlar, 2015'den beri TP'nin yaygın olarak kullandığı düşünüldüğünde, olasılıkla gerçekte olduğundan daha az gözlenmişlerdir. +

PrEP IMPACT çalışmasının güncellemesi-Ocak 2018

Simon Collins, HIV i-Base

PrEP IMPACT çalışmasının ilk 12 haftasında 3.200'den fazla katılımcı kayıt edilmiştir. İngiltere'de çalışmanın yürütülmesi planlanan yaklaşık 200 kliniğin 65'inde çalışmaya başlanmıştır.
[1]

Bu yüksek talep, çalışmadaki kayıt yerlerinin erkenden dolması anlamına gelmektedir. 10.000 kayıt yerinin üçte birinden fazlası şimdiden kliniklerce rezerve edilmiştir. Yöneticiler, beklenenden az başvuru olan bölgelerdeki yerleri istek doğrultusunda tekrar paylaşım açacaklardır. Ancak katılımcılar için bu işleyiş bir zorluk oluşturmaktadır. Örneğin Kasım 2017'de Soho'daki Dean Street kliniği 1700 yerini paylaşım açmıştır. Ancak IMPACT çalışmasının web sitesinde bu bilgi Ocak 2018'e kadar yer almamıştır.
[2]

Temas öncesi profilaksi (TÖP) konusundaki farkındalığı az olan popülasyonları garanti altına almak için 1000 kişilik yer ayrılmıştır. HIV için

Yorum

Temas öncesi profilaksiye özellikle gay ve biseksüel erkeklerde yüksek talep olması, çalışmanın kısa sürede tamamlanacağını düşündürmektedir. Profilaksinin Ulusal Sağlık Sistemi üzerinden ulaşılabilir olmaması, bu çalışmanın güçlü yanını oluşturmaktadır.

Ancak çalışma sitesinin gerçek zamanlı güncellenmemesi çalışmaya katılmak isteyen insanlar için zorluk oluşturmaktadır; bu da çalışmanın güçsüz yanıdır.

Çalışma grubunun yeni kayıt yerleri Şubat ayındaki toplantısında planlanacaktır.

Kaynaklar

1. NHS England HIV CRG. . Update on the PrEP trial following the Oversight Board meeting in December 2017. <https://www.england.nhs.uk/commissioning/spec-services/npc-crg/blood-and-infection-group-f/fo3/prep-trial-updates/#january>
 2. Dean Street Prime. PrEP IMPACT Trial recruitment. (1 Kasım 2017). [En son 19 Ocak'ta 2018'de ulaşıldı]. <http://prime.dean.st/2017/11/01/prep-impact-trial-recruitment>
- Diğer web sitelerinin bağlantıları yayın tarihinde güncel olsa da sürdürülmeyebilir.

yüksek riskli olan kadınların, transseksüel erkeklerin ve kadınların, Afrika kökenli bireylerin garanti altına alınması planlanmıştır. Çalışma ekibi, bu grupların çalışmaya dâhil edilmesine ilişkin kayıtları henüz açıklamamıştır. Ancak, bu topluluklar için 2018 yılı içinde TÖP konusunu vurgulayacak ve sivil toplum örgütleri tarafından yürütülecek programlar planlanmaktadır.

Bu makale web sitesinde yayınlandığında, web sitesi, gay erkekler ve diğer popülasyonların çalışmaya alınma kayıtlarını güncelleştirir. 22 Ocak 2018 itibari ile birçok Londra kliniğinde her iki grup için yer bulunmaktadır.

<https://www.prepimpacttrial.org.uk>

Sivil toplum örgütü forum web bağlantısı ile aynı bilgilere daha kolay ulaşılabilir. Bu haritada kayıt yer durumları renklerle gösterilmiştir. Ayrıca her bölgenin iletişim bilgileri ve kabaca dağılım sayıları da verilmiştir.

<http://forum-link.org/where-prep> 

Söyleşi

Bu sayımızda, beslenme ve diyet uzmanı Ayşegül Bahar'ı dergimize konuk ederek, HIV ve beslenme konusunda söyleşimizi gerçekleştirdik. Kendisine, sorularımıza verdiği yanıtlar için teşekkür ederiz.

HTB: Sizi kısaca tanıyabilir miyiz?

AB: 1998 yılında Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Fakültesinden mezun oldum. Mezun olduğum yıl Başkent Üniversitesi'nde yeni doğan ve transplantasyon diyetisyeni olarak çalıştım. Bir yıl sonra Amerikan hastanesinde klinik ve poliklinik diyetisyeni olarak görev aldım. 2004 yılında Slimcity beslenme kliniğini kurdum. Halen bu klinikte çalışmaktayım.

HTB: Bir beslenme uzmanı olarak HIV alanında çalışmaya ne zaman ve nasıl başladınız? Kaygılarınız oldu mu?

AB: HIV alanında çalışmaya 2005 yılında Pozitif Yaşam Derneği'nde başladım. Hiç kaygım olmadı, çünkü konu ile ilgili bilgim vardı. Tek kaygım gerçekten nasıl yardımcı olabilirim düşüncesi olmuştu; çünkü HIV gibi spesifik bir alanla ilgili deneyimim yoktu.

HTB: HIV ve beslenme konusunda özet bir bilgi vermenizi istesek neler söylersiniz?

AB: Beslenme hayatımızı idame ettirmek için günlük olarak tüketmemiz gereken besinlerin tümüdür. Beslenme ile HIV tedavi edilmez ama bağışıklık sistemini güçlendirmek için çok önemli bir ayrıntıdır. HIV, özellikle kas dokusuna karşı savaştığı için HIV tedavisinde protein tüketimi ekstra bir önem taşır. Yeterli ve dengeli olarak kompleks karbonhidrat tüketmek, saf şekeri hayatımızdan çıkartmak önemlidir. Günlük olarak yeterli su tüketimi, sebze ve meyve tüketimi bedenimiz için gerekli vitamin ve minerallerin alımı için önemlidir. Çevremizden gelen "Şunu iç iyi gelir, bunu ye iyi gelir." gibi söylemleri dinlemeden, doktor ve diyetisyene danışmadan gıda takviyesi almamak çok doğru bir davranış olacaktır. Özetle çok önemli bir belirti olmadıkça HIV tedavisinde normal ama biraz proteinden zengin beslenme tedavisi uygulamaktayız.

HTB: HIV pozitif bireylere beslenme takviyeleri öneriyor musunuz? Varsa bunlar hangileridir?

AB: Önceki soruda da yazdığım gibi kan parametrelerinde

bir sorun olmadıkça takviye önermiyoruz. CD4 düzeylerini yükseltmek için önerdiğimiz tek takviye selenyum ve probiyotik kullanımı.

HTB: HIV pozitif danışanlarınız arasında kilo ya da yan etkilerin yönetimi konusunda olumlu değişimler yaşadığınız ve aklınızda kalan örnekler var mı?

AB: Çok başarılı sonuçlar elde ettik. Gurur duyduğum, HIV tedavisi gören danışanlarım oldu. Siz de bilirsiniz ki, 2005 yılında HIV tedavisinde kullanılan ilaçlar ile şu an kullanılan ilaçlar ciddi boyutta değişim gösterdi. Benim ilk danışanlarım arasında HIV tedavisi sırasında buffalo hump oluşmuş bir danışanım vardı. Pek de bu durumunun düzeleceğine inanmadan bana gelen sevgili danışanım, buffalo hump oluşan bölgedeki yağın azalmasını gördüğünde yaşadığı mutlulukla benim de hissettiğim mutluluğu anlatmam mümkün değil. Tabii ki tek örnek bu değil. Süreç içinde kan yağları düzenlenenler, zayıflaması gerekenlerin sağlıklı olarak zayıflaması, şişmanlaması gerekenlerin şişmanlaması bizim için çok doğal konular oldu.

HTB: Danışmanlık verdiğiniz ilk yıllarla kıyasladığınızda HIV ile yaşayan bireylerin yaşam kalitelerinde değişim gözlemliyor musunuz?


AB: Elbette var. Tüm danışmanlık verdiğim eski HIV pozitif danışanlarım şu gün farklı bir ilaç tedavisi içinde, hayatları çok daha kolay ve yan etkiler çok azaldı. Bu çok mutlu edici bir durum bizim için.

HTB: Beslenme danışmanlığı dışında HIV alanında yürütmekte olduğunuz çalışmalar var mı?

AB: Evet, bu yıl Pozitif-iz derneğinin kuruluşunda görev alarak bu konuda daha fazla nasıl yardımcı olabilirim diye düşünüyorum. Pozitif-iz tarafından gerçekleştirilen ve gerçekleştirilmeye devam eden HIV ile yaşayanlara yönelik eğitim projelerinde beslenme uzmanı olarak bilgilendirme çalışmalarımı sürdürüyorum.

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

AB: HIV ile yaşamak aslında diyabet ile yaşamak gibi. Her gün kullanılması gerekli olan bir ya da birkaç ilaç ve her gün uygulamamız gereken bir beslenme şeklimiz olmalı. Spor yapmalı ve her daim hayata

pozitif bakmalıyız. Kontrollerimizi düzenli olarak yaptırarak ve hep farkında olarak çok sağlıklı bir yaşam sürdürmek mümkün. Son olarak bunu söylüyor ve hepimizi sevdiğimi belirtmek istiyorum. 

Pozitif Köşe

Deniz'in HIV Hikâyesi...

Ben kendi hikâyeme başlamadan önce, bu derginin yayınlanmasında emeği geçen herkese ve okuyanlara ayrı ayrı teşekkür etmek istiyorum.

Hikâyem 2013 yılında yakalandığım ve geçecek diye kaç doktor, kaç hastane gezdiğimi hatırlamadığım bir akciğer enfeksiyonuyla başlıyor. 2013-2014 yıllarında kaç doktor gezdiğimi hatırlamıyorum ama en son gittiğim göğüs hastalıkları hastanesi daha dün gibi aklımda. Hastane odamda bronkoskopi sonuçlarımı beklerken durumum bir hayli ağırdı ve doktorlar ailemi ve beni çıkacak ciddi bir sonuca karşı hazırlıklı olmamız yönünde hazırlıyorlardı. Çıkabilecek sonuçlardan biri de uzak bir ihtimal de olsa akciğer kanseri idi.

Birkaç gün sonra doktor beni çıkan sonuçları konuşmak için odasına çağırdı. Ben de akciğeri me takılı bir tüp ve tekerlekli sandalye ile odasına gittim. Enfeksiyonun ciddi olduğunu fakat en azından bunun nedenini bildiklerini, bana HIV pozitif olduğumu ve enfeksiyonun muhtemelen bu durum kaynaklı olduğunu, buradan taburcu olur olmaz tedaviye enfeksiyon hastalıklarında devam edileceğini söyledi.

Buraya kadar her şey olumsuz gibi görünebilir; fakat güzel şeylerin başladığı, hayata geri döndüğüm, hayatımın değiştiği ve hatta bir anlamda güzelleştiği nokta tam da burasıydı.

Taburcu olur olmaz bazı derneklerin yardımıyla EGEHAUM ile tanıştım. Sanırım hayatımın geri kalanında beni Ege'ye yönlendiren akran danışmanıma minnettar olacağım. Kapısından içeri girer girmez, sanki tanı aldığım andan itibaren hissettiğim yalnızlığı, soyutlanmayı, kendi kendime uyguladığım damgalamayı zaten biliyorlar da bunlarla savaşmam için oradalarmış gibi hissettim. Bu EGEHAUM'a girer girmez hissettiğim ilk izlenimlerdi ve beni hayata bağlayan bir anlamda oradaki insanlar oldu.

Böylece hayatımda bir EGEHAUM sayfası açılmış oldu. Doktorumun dediğine göre AIDS evresindeydim fakat bana bunu beraber yenebileceğimizi söylemesi bana umut ve savaşma arzusu veriyordu. Öyle de oldu...

İlaç tedavisine başlar başlamaz kısa süre içerisinde

hem kendim, hem ailem hem de doktorum bendeki olumlu değişimleri görebiliyordu. Sağlıklı geçen bir kaç aydan sonra artık şimdiki hedefim, bana nasıl akran danışmanlığı yapıp hayata geri dönmem sağlandıysa, benim de aynısını başka yeni HIV tanısı almış kişilere yapıp bir anlamda borcumu ödemektir. Çünkü akran danışmanlarımdan aldığım destek benim için çok olumlu sonuçlar vermişti.


Güzel şeyler sanki kelebek etkisi gibidir. Bu tanıyı aldıktan beri hayat görüşüm böyle olmuştu. Doktorum, yabancı dil bilgim ve hevesim sayesinde bir yurtdışı akran danışmanlığı projesine seçilmiştim. Her şey çok güzel gidiyor, kendimi yararlı bir insanmış gibi hissediyor, HIV dünyasından önemli insanlarla tanışıyor, çevremi geliştiriyor, aktivizm alanında ilerleme kaydediyordum. Artık HIV dünyası bana asla korkulacak bir dünya gibi gelmiyor, aksine çevremde böyle güzel insanlar oldukça bana çekici, bir bakıma eğlenceli, toplumu bilinçlendirme açısından da faydalı geliyordu. Çünkü hissettiğim şey işe yarar olma duygusu ve bir şeyler yaratma içgüdüsiydi.

Evet, HIV tanısı almak çok travmatik bir durumdur benim için de kabullenme sürecine kadar öyleydi fakat benim hikâyemde bu tanı travmatik olduğu kadar hayat kurtarıcı ve kendime güvenimi getiren bir olay da oldu. HIV dünyasına aktivist olarak ne kadar çok girersem kendi tanımla o kadar barışık oluyordum.

Çok değerli bir arkadaşımın da söylediği gibi HIV ile yan yana yürümeyi artık öğrenmişim. Ne ben onun yolunu kesiyordum ne de o benim yoluma engel oluyordu. Bu, bugün de hala böyledir.

Ailem, arkadaşlarım, doktorum ve ekibi açısından da son derece şanslıyım ve bunun da son derece farkındayım. Ve bu farkındalıkla yeni tanı alan arkadaşlarıma yol göstermeyi, destek olmayı, travmatik dönemlerinde tutunacak bir omuz olmayı hedefliyorum.

Hikâyemi aileme, doktoruma, ekibine ve her şeyi gönüllü olarak yapan yüreği kocaman arkadaşlarıma çok teşekkür ederek bitirmek istiyorum. Hepiniz iyi ki varsınız koca yürekli insanlar.

Deniz 

HIV Pozitiften HIV Pozitive Akran Danışmanlığı ve Vaka Yönetimi Eğitimi

Ülkemizde yıllar içinde ve özellikle de son beş yılda önemli ölçüde artan sayıdaki HIV pozitiflerin destek, danışmanlık ve eğitim gereksinimini karşılayarak onların yaşam kalitelerini artırmak ve HIV yayılımının önlenmesine katkıda bulunmak amacıyla AIDS ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Derneği, Ege Üniversitesi HIV/AIDS Uygulama ve Araştırma Merkezi ve Pozitif-İz Platformu işbirliği ile HIV Pozitiften HIV Pozitive Akran Danışmanlığı ve Vaka Yönetimi Eğitimi düzenlenmiştir. Bu amaca uygun olarak, yeni tanı almış ya da bir süredir HIV ile yaşayan fakat HIV ile yaşama becerisi geliştirememiş akranlarına rol model oluşturabilecek, HIV statüleriyle barışık, akran danışmanlığı ve vaka takibi yapabilecek kişilerin yetiştirilmesi hedeflenmiştir.

25-26 Kasım 2017 tarihlerinde İstanbul'da 14 kişi, 13-14 Ocak 2018 tarihlerinde İzmir'de 17 kişi ve 17-18 Şubat 2018 tarihlerinde Ankara'da 10 kişi eğitime katılmıştır.

Eğitimde Dünya'da ve Türkiye'de HIV/AIDS, HIV/AIDS konusunda aktivizm, HIV'in tıbbi boyutu, HIV ve kalp sağlığı, HIV ve beslenme, HIV-insan hakları ve hak ihlalleri, Türkiye'de tedaviye erişim ve bürokratik işlemler, Akran danışmanlığında kavramlar, uygulamalar ve örnekler ana başlıkları oluşturmuştur. Ayrıca katılımcılar, canlandırmalar ve olgu çözümlenmeleri ile konu üzerinde uygulama yapma şansını da elde etmişlerdir.

Bu eğitimler ile özellikle İzmir ve Ankara'da HIV ile yaşayan bireyler ilk kez bir araya gelmiş ve bu eğitim sayesinde kendi aralarında bir iletişim ağı oluşturabilmişlerdir. Eğitimler sonrasında şehir bazında Whatsapp yazışma grupları kurulmuş ve HIV ile yaşayan bireyler kendi aralarında toplantılar organize etmişlerdir. Böylelikle İstanbul dışındaki iki büyük şehirde HIV ile yaşayan bireyler arasında örgütlenmenin adımları atılmıştır.

Akran danışmanları Facebook sayfası ise Türkiye'de akran danışmanlığı veren HIV ile yaşayan bireylerin iletişim ağı haline dönüşmüştür.

AIDS ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Derneği ve JUSTRI, 28 Nisan 2018 tarihinde İstanbul'da tıp öğrencileri için HIV/AIDS, Cinsel Sağlık ve Madde Kullanımı başlıklı bir eğitim düzenlemiştir. Ege

Üniversitesi HIV/AIDS Uygulama ve Araştırma Merkezi, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı ve Türk Tıp Öğrencileri Birliği bu eğitime destek veren kuruluşlar olmuştur.

Eğitime Türkiye'nin çeşitli illerindeki tıp fakültelerinden 100 öğrenci katılmıştır. Eğitimin amacı, tıp fakültesi öğrencilerinin HIV ile tanışmalarını, HIV pozitif bireylere doğru yaklaşımlarını ve seks ve cinselliği açık ve doğru biçimde konuşmalarını sağlamak ve HIV enfeksiyonunda erken tanının önemini vurgulamaktır.

Avrupa'da HIV alanında tanınmış ve pek çok önemli çalışmaya imza atmış hekimlerin eğitmen olarak katıldıkları bu eğitim programında HIV enfeksiyonunun evrimi, cinsellik, viral hepatitler ve tüberküloz, Türkiye'de HIV enfeksiyonu ve hastalarla iletişim temel konu başlıklarını oluşturmuştur. Ayrıca HIV enfeksiyonuna ilişkin olgu tartışmalarının da yapıldığı eğitim, katılımcılar tarafından çok beğenilmiş ve övgü almıştır. +

The Training Manual for Advocates (Savunucular için Eğitim Kılavuzu)

Yeni başlayanlar için eğitim amaçlı kullanılacak 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 kullanımını 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>