

hiv + tedavi bülteni

türkiye Nisan 2020 sayı:1

EDİTÖRDEN	03	ANTİRETROVİRALLER	16
KONFERANS RAPORLARI	04	+ Biktegravir/Emtrisitabin/Tenofovir alafenamid (BIC/FTC/TAF) tek tablet rejiminin, sayıları giderek artan sabit dozlu kombinasyon HIV tedavileri arasındaki yeri	
10. Uluslararası HIV ve Yaşlanma Çalıştayı 8-11 Ekim 2019, NewYork, Amerika Birleşik Devletleri	04	HIV ve COVID-19	19
+ Yalnızlığın ve sosyal izolasyonun HIV ile yaşayan ileri yaştaki bireyler üzerindeki etkisi (36942)		+ Tanı almamış geç dönem HIV enfeksiyonu olan bireyde COVID-19 ile karıştırılan Pneumocystis jirovecii pnömonisi (PJP): hastaneye başvuru sırasında HIV testi isteme konusundaki acil gereksinim	
17. Avrupa AIDS Konferansı 6-9 Kasım 2019, Basel, İsviçre	06	+ HIV ile yaşayan bireylerde COVID-19 için öneriler (DHHS kılavuzu)	
+ EACS Avrupa Tedavi Kılavuzu güncellemesi (Kasım 2019)		TÜRKİYE'DEN SAYFALAR	23
+ Antiretroviral gebelik kayıtları: dolutegravir ile ilgili güncelleme		+ Söyleşi	
+ Viral yükü saptanabilir düzeyin altında olan annelerden doğan ve neonatal temas sonrası profilaksi kullanılmayan İsviçreli bebeklerde HIV bulaşı yok		+ Pozitif Köşe	
+ ADVANCE çalışmasında kemik ve böbrekteki değişimler		I-BASE YAYINLARI	27
27. Retrovirüsler ve Fırsatçı Enfeksiyonlar Konferansı 8-11 Mart 2020 Sanal Konferans	11		
+ Londra hastası allojenik kök hücre nakli ile HIV enfeksiyonu tamamen iyileşen ikinci kişi			
+ Temas öncesi ve sonrası profilaksi için aylık islatravir: Yılda 12 adet hap tüm dünyada milyarlarca insanın HIV'den korunması açısından mevcut gereksinimi karşılayabilir			
+ Uzun etkili kabotegravir ve rilpivirin enjeksiyonları iki ayda bir uygulanabilecek			

hiv +tedavi bülteni

türkiye Nisan 2020 sayı:1

ISSN 2146-2232

Editör

Deniz Gökengin

Yardımcı Editör

Arzu Nazlı Zeka

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
Adalet Mahallesi, Ozan Abay Cd.
No: 50, 35530 Bayraklı/İzmir
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, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Numune Eğitim
ve Araştırma Hastanesi

Figen Kaptan, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma
Hastanesi

Ateş Kara, Hacettepe Üniversitesi, Ankara

Volkan Korten, Marmara Üniversitesi, İstanbul

Arzu Nazlı Zeka, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir

Tekin Tutar, Pozitif-İz Derneği, İstanbul

Serhat Ünal, Hacettepe Üniversitesi, Ankara

Taner Yıldırım, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı Eğitim ve
Araştırma Hastanesi

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

HIV Tedavi Bülteni-Türkiye, HIV i-Base
tarafından aylık olarak yayımlanan HIV
Treatment Bulletin'dan çevirileri ve
Türkiye'den HIV ile ilişkili haber, bilgi ve
yayımları kapsayan, yılda üç kez hem basılı
hem de elektronik formatta yayımlanan
bir 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
(<https://ihp.hiv>), HIV ve HIV ile ilişkili
durumlarda hızlı ve etkin yanıtlar
oluşturmak amacıyla, HIV konusundaki
paydaşlar ile stratejik ortaklıklar
kurar. IHIVP'nin danışmanları Benjamin
Collins ve Ben Cheng, proje geliştirme,
tedavi ve araştırma konusunda bilgi sağlama,
savunuculuk, hastalar, aktivistler, doktorlar,
hemşireler ve diğer sağlık çalışanları, bilim
insanları, araştırmacılar, akademisyenler,
uluslar arası kuruluşlar, resmi kurumlar ve
ilaç ve tıbbi tanı konusunda çalışan şirketler
gibi taraflarla iletişim ağları oluşturma ve
tarafaları 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, 2020 yılının ilk sayısını dört ay gecikmeli olarak değerli görüşlerinize sunuyorum. Bültenin yayımlanmasındaki gecikmenin kaynağı, hepimizin bildiği gibi, Mart ayının başından itibaren ülkemizi etkisi altına alan ve halen devam eden COVID-19 salgınında üstlendiğimiz görevler nedeniyle, rutin işlere ara vermemiz olmuştur.

Bu sayıda sizlere, biri salgın nedeniyle sanal ortamda düzenlenen üç ayrı kongreden derlediğimiz dikkat çeken sunumların özetlerini sunuyoruz. Bunlar arasında özellikle, HIV enfeksiyonundan tamamen arınmaya aday ikinci kişi olarak bildirilen Londra hastasında enfeksiyonun şifa ile sonlandığını bildiren sunumu ilgiyle okuyacağınıza inanıyorum. Ayrıca ülkemizde kullanıma yeni sunulan biktgravir temelli tek tabletlı rejime ilişkin ayrıntılı bir özetin de ilginizi çekeceğini düşünüyorum. Bu sayıda, hepimizi derinden etkileyen COVID-19 salgınında HIV ile enfekte bireylerin korunması konusunda hasta ve hekimler için öneriler içeren DHHS kılavuzunun da bir özeti bulunuyor.

Türkiye'den Sayfalar bölümünün Söyleşi köşesinde, Çankaya Belediyesi HIV Gönüllü Danışmanlık ve Test Merkezinden Hemşire Ayşe Akaltun ile söyleşi yaptık. Pozitif Köşe'de ise her zaman olduğu gibi, HIV ile yaşayan bir arkadaşımızın öyküsünü okuyacaksınız.

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

Saygılarımla

Prof. Dr. Deniz Gökengin

Editör

10. Uluslararası HIV ve Yaşlanma Çalıştayı 10th International Workshop on HIV & Aging 8-11 Ekim 2019, NewYork, Amerika Birleşik Devletleri

Yalnızlığın ve sosyal izolasyonun HIV ile yaşayan ileri yaştaki bireyler üzerindeki etkisi

Simon Collins, HIV i-Base

10-11 Ekim 2019 tarihlerinde Amerika Birleşik Devletleri'nin New York kentinde düzenlenen 10. Uluslararası HIV ve Yaşlanma Çalıştayı'nda, Kaliforniya Üniversitesinden Maille Karris, yalnızlık ve sosyal izolasyonun yaşlanma üzerindeki etkileri hakkında bir sunum yapmış ve yalnızlık ile hastaların sağlık durumlarının ilişkisini gözden geçirmiştir. [1]

Sosyal izolasyonu bireyin toplumla temasının derecesine göre tanımlamak mümkündür. Yalnızlık ise bireyin tercihleri ve diğer insanlarla gerçek ilişkisi arasındaki farkın ortaya çıkardığı daha karmaşık bir durumdur.

Yalnız olmak ile yalnız hissetmek aynı değildir. Birçok insan kendi başına olmaktan zevk alır ve yalnız hissetmez. Kendi başına olmak pozitif olabilirse de, çok daha yaygın görülen yalnızlık, sağlığın bozulmasına neden olabilen bir durumdur.

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan geniş çaplı ulusal çalışmalar, salgın boyutundaki yalnızlık seviyesini ortaya koymuştur. On yıllar süren bu çalışmalarda, Amerikalıların yaklaşık yarısının, kendilerini bazen ya da her zaman yalnız ya da ihmal edilmiş hissettikleri, dörtte birinin ise çevrelerinde gerçekten onları anlayan insanların olmadığını düşündükleri bildirilmiştir. Sosyal ağlar, insan sayısındaki artışla birlikte giderek küçülmüş ve önemli konuları paylaşacak yakın birinin olmama durumu 1984'te %10 iken 2018'de %18'e yükselmiştir. [2]

Yaşlanma bağlamında yalnızlık, hayatın hangi döneminde (ergenlikte, orta yaşta ya da ileri yaşta) olduğuna ve ırk ve cinsiyete göre de değişiklik göstermektedir. Birçok çalışmada yakın sosyal ağların

olmasının ve yalnız yaşamıyor olmanın yalnızlık riskini azalttığı gösterilmiştir.

Uzun yıllar HIV ile yaşayanlarda, HIV pozitif olmak, arkadaşlarını ve partnerlerini kaybetmelerinin de etkisiyle yalnızlığı arttırabilir. Tüm aşamalardaki HIV pozitif kişiler damgalanma ve ayrımcılığın yarattığı sosyal etkilerle ve sosyal ağlarının küçülmesi sonucunda sosyal izolasyon riskinin artması ile karşı karşıyadır.

Geniş çaplı bir meta analizde, toplumun genelinde sosyal izolasyon ve yüksek ölüm oranları arasında, cinsiyetten, takip süresinden ve coğrafi bölgeden bağımsız olarak güçlü bir ilişki saptanmıştır. Ölme olasılığını, sosyal izolasyon %29, yalnızlık %26 ve yalnız yaşama %32 oranında arttırmıştır. [3] Aynı çalışmada daha geniş sosyal ağı olanların yaşama oranlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. [4]

Daha küçük çaplı çalışmalarda, HIV ile yaşayan bireylerde, yalnızlık oranlarının daha yüksek (yaklaşık %60), sigara, risk oluşturacak düzeyde alkol ya da madde kullanma, depresyon ve yaşam kalitesinin daha düşük olması gibi sağlığı olumsuz etkileyecek durumların daha sık olduğu gösterilmiştir. [5] Özellikle izolasyon oranlarının yüksek olması durumunda depresyon oranlarının da yüksek olduğu saptanmıştır.


Halk sağlığı bakış açısıyla, sosyal olarak izole olan kişilerin tıbbi masrafları daha yüksektir. Bir Amerikan çalışmasında, tıbbi masrafların izole olmayanlara göre aylık 134 dolar (yıllık 6,7 milyon dolar) daha fazla olduğu ve kalp damar hastalıkları ve inme ile daha da arttığı belirtilmiştir. [6]

Yalnızlık, stres ile kortizol düzeylerinin kontrol edilememesi, yangısal süreçlerin hızlanması, EBV ve HHV8 gibi virüslerin daha yüksek aktivite göstermesi ve bağışık yanıtın zayıflaması sonucunda sağlık üzerinde olumsuz etki göstermektedir. Tetiklenmiş

stres testlerinde, IL-6 gibi, bazı yangı öncüsü sitokinlerin arttığı gösterilmiştir. [7]

Bine yakın HIV pozitif kişinin dâhil edildiği bir çalışmada, herhangi bir ilişki yaşamıyor olmak, gelir düzeyinin düşük olması, tedaviye uyumsuzluk, tek yaşamak, sigara kullanma, eşlik eden hastalıklar (kırılgnlık, bilişte azalma, depresyon) ve yaşam kalitesinde azalma, yalnızlık ile ilişkili diğer faktörler olarak bildirilmiştir. [8]

Yalnızlıkla baş etmenin pratik yolları, psikososyal terapi, arkadaş edinme uygulamaları ve boş vakitlerde yapılacak becerilerin ve aktivitelerin desteklenmesidir. Örneğin Amerika Birleşik Devletleri'nde birlikte

yaşam (komün) modelinin uygulandığı bir köyde, yaşlandıkça artan ihtiyaçlarını desteklemek için kullanılacak ortak kaynağa, arkadaş ağları katkıda bulunmaktadır. Birlikte yaşam köylerinin ihtiyaçları, insanların yaşlandıklarında özgürce yaşamalarını sağlamakta ve daha iyi ve sağlıklı olmalarını kolaylaştırmaktadır. San Diego'da, HIV ile yaşayan yaşlı bireyler için başlatılan bir girişimi yerel LGBT merkezi ile birbirine bağlayan bir proje, bu tür girişimlerin sürdürülebilirliğine ilişkin sorunların çözülmesi açısından umut vaat etmektedir. Bu projede, yaşam kalitesini arttırmak için gerekli ihtiyaçları tanımlamak ve karşılamak için yerel sosyal medya uygulamaları ve sosyal ağlar kullanılmaktadır. 

Yorum

Sosyal olarak izolasyonun fazla olması, sağlık durumunun kötüleşmesine neden olabilir. HIV ile yaşayan bireyler daha fazla sosyal izolasyona maruz kalsalar da, yaşam tarzı girişimleriyle, durumu tersine çevirmek için bunu bir şans olarak görebilmektedirler.

Çok az insan kasıtlı olarak yalnız kalmayı ya da izole olmayı tercih eder. Ancak HIV ile yaşayan bireylerde, hem bireysel hem de toplumsal seviyedeki sosyal zorluklar, bu durumun kendiliğinden ortaya çıkmasına neden olabilir.

Sunumu dinleyen HIV ile yaşayan toplumun üyeleri, kendi yaşamlarından yola çıkarak bu konunun önemini teyit eden yorumlar yaparak sunuma katkıda bulunmuş ve HIV ile yaşayan bireylerde bu açıdan daha fazla çalışmaya gerek olduğunu belirtmiştir.

Doktorlar için en basit öneri, hastalarına yalnız olup olmadıklarını sormak olacaktır.

Kaynaklar

1. Karris MY. My shadow's the only one that walks beside me: Loneliness and social isolation in Older PLWH. 10. Uluslararası HIV ve Yaşlanma Çalıştayı, 8-9 Ekim 2019, New York.
 2. Cigna. National IPSOS surveys of Americans, 1999, 2005, 2018. <https://www.cigna.com/newsroom/news-releases/2018/new-cigna-study-reveals-loneliness-at-epidemic-levels-in-america>
 3. Holt-Lundstad J ve ark. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci.* 2015 Mart 10(2):227-37. doi: 10.1177/1745691614568352. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25910392>
 4. Holt-Lunstad J ve ark. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med* 7(7): e1000316. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>.
 5. Greene M ve ark. Loneliness in older adults living with HIV. *AIDS and Behavior* 2018; 22(5):1475-1484. doi: 10.1007/s10461-017-1985-1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29151199>
 6. Valtorta NK ve ark. Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart.* 2016 Temmuz 1102(13):1009-16. doi: 10.1136/heartjnl-2015-308790. Epub 2016 Nisan18. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27091846>
 7. Jaremka LM ve ark. Loneliness Promotes Inflammation During Acute Stress. *Psychological Science* 2013 <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0956797612464059>
 8. Mazonson P ve ark. Characteristics Associated with Pre-Frailty in Older People Living with HIV. *Open Forum Infectious Diseases*, (6), Suppl 2: S186. doi.org/10.1093/ofid/ofz360.425. (Ekim 2019). https://academic.oup.com/ofid/article/6/Supplement_2/S186/5604518
- Diğer web sitelerinin bağlantıları yayın tarihinde güncel olsa da sürdürülmeyebilir.

17. Avrupa AIDS Konferansı

17th European AIDS Conference
6-9 Kasım 2019, Basel, İsviçre

EACS Avrupa Tedavi Kılavuzu güncellemesi (Kasım 2019)

Simon Collins, HIV i-Base

EACS, her iki yılda bir HIV Tedavi Kılavuzu'nda büyük çaplı, ara yıllarda ise daha küçük çaplı güncellemeler yapmaktadır. Bu güncellemeler, Avrupa'da önde gelen altmıştan fazla hekimin ve diğer alanlarda uzmanlaşmış hekimlerin işbirliği ile gerçekleştirilmektedir.

Kasım 2019 yılında yapılan güncellemeye eklenen yeni bölümler, basılı kitabın sayfa sayısını 260'a çıkarmıştır. Ayrıca, çevrimiçi kılavuzda HIV enfeksiyonunun yönetimine ilişkin konferansların video kayıtlarına ulaşmak için linkler de bulunmaktadır. <https://eacs.sanfordguide.com>

Kılavuza, Apple ve Android cihazlardan ücretsiz uygulamalar aracılığıyla da erişmek mümkündür.

Kılavuzda altı temel bölüm bulunmaktadır; bunlar, temel konuları kapsayan genel bölüm, antiretroviral tedavi için öneriler, ilaçlar arasındaki etkileşimler, yandaş hastalıklar, hepatit koenfeksiyonu ve fırsatçı hastalıklar şeklinde sıralanabilir.

Bu basımda, en çok başvurulan, ilk seçenek antiretroviral ilaçlar veya virolojik geri tepmenin yönetimi gibi bölümlerin yanı sıra, özel gruplar için hazırlanmış bölümler de bulunmaktadır. Trans bireylerde, yaşlı bireylerde ve böbrek işlevi bozulmuş bireylerde ilaçlar arasındaki etkileşimlerin yönetimi buna örnek olarak verilebilir.

Kılavuzun, HIV ile yaşayan bireyler arasındaki çeşitliliğe (farklı yaş grupları, cinsiyetler ve karmaşık tedavi öyküleri gibi) yanıt verecek bir kaynak olmak üzere hazırlandığı söylenebilir.

Kılavuzda yapılan güncellemede, yeni antiretroviral ilaçlar, hastanın koşullarına ve farklı ilaç kombinasyonlarına ait notları da içerecek şekilde eklenirken, eski ve kullanımdan kalkmış olan bazı ilaçlar (eski proteaz inhibitörleri, didanozin ve stavudin) önerilerden çıkarılmıştır.

Bu basımdaki diğer güncellemeler aşağıdaki gibidir. Tüm güncellemelere <https://eacs.sanfordguide.com/contents/changes-v9-1-to-v10-0> adresinden erişmek mümkündür.

Her bölümde yapılan değişikliklerin, panel başkanları tarafından açıklandığı kısa web sunumlarına <http://resource.library.eacs.cyim.com/mediatheque/media.aspx?mediaId=78087&playlistId=78091&channel=28172> adresinden ulaşabilirsiniz.

Antiretroviral tedavi

- + Genetik bariyeri yüksek, güçlendirilmemiş entegraz inhibitörlerinin (dolutegravir ve biktogravir) ilk seçenek antiretroviral rejimde üçüncü ilaç olarak öncelikli tercih edilmesine dair yeni öneri eklenmiştir.
- + Doravirin + 2 nükleozit analogu revers transkriptaz inhibitörü (NRTI) önerilen rejimler arasına eklenmiştir.
- + Tenofovir disoproksil fumarat (TDF)/lamivudin (3TC) kombinasyonunun endike olduğu durumlarda omurga tedavisinde seçilebileceği belirtilmiştir.
- + Dolutegravir (DTG) + 3TC ikili tedavisi önerilen rejimler arasına dâhil edilmiştir.
- + Direnç testi sonuçları bulunmayan olgularda genetik bariyeri yüksek entegraz inhibitörlerinin veya güçlendirilmiş proteaz inhibitörlerinin kullanılması önerilmiştir.
- + Virolojik açıdan baskılanmış olgularda DTG+3TC ve darunavir/ritonavir + rilpivirin ikili tedavilerine geçiş yapılabileceği belirtilmiştir.
- + Gebe kalma ve gebeliğe ilişkin bölümün tamamı, farklı senaryoları içerecek şekilde güncellenmiştir.
- + Tüberküloz ve HIV koenfeksiyonu olan olgularda antiretroviral tedavi önerileri, yeni ilaçların etkileşimleri açısından güncellenmiştir.
- + Temas sonrası profilakside kullanılan ilaçlar, yeni onay alanları da içerecek şekilde genişletilmiştir.

+ Emtrisitabin/tenofovir alafenamit, erkeklerle seks yapan erkekler ve trans kadınlarda temas sonrası profilakside kullanılmak üzere eklenmiştir.

İlaç etkileşimleri

- + Tüm tablolar, biktetgravir ve doravirini içerecek şekilde güncellenmiş ve kullanımda olmayan antiretroviral ilaçlar tablolardan çıkarılmıştır.
- + Hormon tedavisi ve cinsiyet değişikliğinde kullanılan ilaçlar güncellenmiştir.
- + HIV tedavisi dışında kullanılan ilaçların böbrek işlevine göre doz ayarlamaya şemaları eklenmiştir.
- + Yaşlı bireylerde kaçınılması gereken ilaçlar listelenmiştir.

Yandaş hastalıklar

Bu, en çok değişikliğin ve eklemenin yapıldığı bölümdür. Çok sayıda komplikasyonu kapsamaktadır ve değişikliklerin çoğu yaşam tarzına ilişkin değişiklikler şeklindedir. Bunların ana başlıkları aşağıdaki gibidir:

- + Elektronik sigara kullanımı, daha yakın kardiyovasküler izlem (%20 yerine %10 riskin esas alınmasına dayanarak), kan basıncı ve hipertansiyon, böbrek işlevinin ve karaciğerin izlemi.
- + Cinsel sağlığa ilişkin değişiklikler: Belirlenmeyen=Bulaştırmayan kavramı, gebe kalma, menopoz için tarama.
- + Depresyonun, bireyin genel esenlik hali üzerindeki etkisi.
- + Bilişsel duruma ilişkin önerilere beyin omurilik

Yorum

Bu kılavuz, HIV ile enfekte bireylere verilecek olan standart tıbbi hizmetin çerçevesini çizen ve özellikle ulusal kılavuzlarında eski ve etkinliği az ilaçların önerildiği ülkelerde, aktivistler için standartların yükseltilmesi açısından hedefleri belirleyen bir kaynaktır. Ayrıca, hangi nedenle olursa olsun, ulusal kılavuzu bulunmayan ülkeler için de güncel öneriler içeren önemli bir yayındır.

Kaynaklar

European AIDS Clinical Society (EACS). Guidelines version 10.0, Kasım 2019.

<https://www.eacsociety.org/guidelines/eacs-guidelines/eacs-guidelines.html>

Diğer web sitelerinin bağlantıları yayın tarihinde güncel olsa da sürdürülmeyebilir.


sırasında direnç testi ve antiretroviral ilaçlara bağlı toksisite olasılığında tedavinin değiştirilmesi konularının eklenmesi.

Viral hepatit ile koenfeksiyon

- + Hepatoselüler karsinom için tarama önerileri.
- + Fibroz tanısı.
- + Hepatit B virüsü reaktivasyonu.
- + Doğrudan etkili antivirallerle başarısızlıktan sonra yeniden tedavi.
- + Doğrudan etkili antiviraller için ilk seçenek ve alternatifler.
- + Akut hepatit C virüsü enfeksiyonunun yönetimi.
- + Hepatit D ve E yönetimi.

Fırsatçı enfeksiyonlar

- + Farklı fırsatçı enfeksiyonlarda antiretroviral tedavinin başlama zamanına ilişkin güncellemeler.
- + Bağışıklığın yeniden yapılanmasına bağlı yangısal yanıtın klinik görünümüne ilişkin yeni tablo.
- + Sitomegalovirüs, herpes simpleks virüsü, varisella zoster virüsü, histoplazmoz ve kriptokokkoz tedavisinde güncelleme.
- + Talaromikoz tedavisine ilişkin yeni bilgi.
- + Çok ilaca dirençli tüberkülozun yönetimine ilişkin ayrıntılar ve tüm tüberküloz ilaçlarının dozlarına ilişkin bir tablo.

Simon Collins, bu kılavuzun yandaş hastalıklar panelinde toplum temsilcisi olarak yer almaktadır. 

Antiretroviral gebelik kayıtları: dolutegravir ile ilgili güncelleme

Polly Clayden, HIV i-Base

Antiretroviral Gebelik Kayıtları (AGK) kapsamındaki veriler, dolutegravir (DTG) kullanımında doğum kusurları gelişme riskinin, genel toplumdaki

oranın üzerine çıkmadığını ortaya koymaktadır. [1, 2]

Bu veritabanında bir adet nöral tüp defekti (NTD) bildirilmiş olmakla birlikte,

yapılan toplam bildirim sayısı çok az olduğundan, konsepsiyon sırasında DTG kullanımı ile NTD arasında ilişki olup olmadığı konusunda herhangi bir sonuca varmak mümkün değildir.

Bu bulgular, 6-9 Kasım 2019 tarihlerinde İsviçre'nin Basel kentinde yapılan 17. Avrupa AIDS Konferansı'nda sunulmuş ve AGK ara dönem raporunda da bildirilmiştir.

Antiretroviral Gebelik Kayıtları sistemine 31 Temmuz 2019 itibarıyla, DTG'ye maruz kalan 667 gebe bildirim yapılmıştır. Bunların 357'si konsepsiyon döneminde (konsepsiyondan 2 hafta öncesinden 28 gün sonrasına kadar), 67'si ilk üç ay içinde daha geç bir dönemde ve 243'ü de ikinci/üçüncü üç aylık dönemde DTG'ye maruz kalmıştır.

Konsepsiyon sırasında kadınların ortanca yaşı 29 bulunmuştur; kadınların %60'ından biraz fazlası siyah ırktandır ve %80'i, Amerika Birleşik Devletleri kökenlidir. Sisteme giriş yapıldığı sırada olguların %80'inden fazlasında CD4 T lenfosit sayısının >200 hücre/mm³ olduğu saptanmıştır.

Dolutegravire maruz kalan 667 gebe kadından, 614

tek bebek doğmuştur; bunların 312'si konsepsiyon döneminde, 63'ü ilk üç ayın daha geç döneminde ve 239'u ikinci/üçüncü üç aylık dönemde DTG'ye maruz kalmıştır.

Doğan 614 bebeğin 21'inde (%3,4; %95 güven aralığı-GA 2,1 ila 5,2) doğum kusuru olduğu bildirilmiştir. Dolutegravire konsepsiyon döneminde maruz kalan 312 bebekten onunda doğum kusuru saptanmıştır (%3,2; %95 GA 1,6 ila 5,8). İlk üç ayın geç dönemlerinde ve ikinci/üçüncü üç aylarda doğum kusuru prevalansı birbirine benzer bulunmuştur.

Bu veriler, DTG'ye maruz kalan bebeklerde, Metropolitan Atlanta Konjenital Kusurlar Programı (Metropolitan Atlanta Congenital Defects Program-MACDP) ve Teksas Doğum Kusurları Kayıt Sistemi (Texas Birth Defects Registry-TBDR) kapsamında genel toplumda her 100 canlı doğum için saptanan sırasıyla 2,72 ve 4,17 doğum kusurundan daha yüksek bir risk olmadığını ortaya koymaktadır.

Dolutegravire konsepsiyon döneminde maruz kalan 312 bebekten sadece birinde anensefali şeklinde ortaya çıkan bir NTD saptanmıştır.

Bir sonraki AGK raporu, 31 Ocak 2020'ye kadar olan verileri kapsayacaktır.

Yorum

Her ne kadar 312 doğumda bir olgu, NTD için, Botswana'daki Tsepamo çalışmasındakine benzer şekilde %0,3 prevalans anlamına gelse de konsepsiyon sırasında DTG'ye maruz kalan gebe kadınların sayısı, DTG ve NTD arasındaki ilişkiyi onaylamak ya da dışlamak için yeterli değildir (3 katlık bir artışı göstermek için 2000 olgu gereklidir).

Kaynaklar

1. Vannappagari Vet al. – Dolutegravir (DTG) use during pregnancy and birth outcomes: data from the Antiretroviral Pregnancy Registry (APR). 17th European AIDS Conference (EACS). Basel, Switzerland. 6–9 Kasım 2019. Sözlü sunum özeti PS1/2.

<http://europeanaidconference.eacs.cyim.com/mediatheque/media.aspx?mediaId=78029&channel=28172> (web sunumu)

2. Antiretroviral Pregnancy Registry Steering Committee. Antiretroviral Pregnancy Registry Interim Report for 1 January 1989 through 31 July 2019.

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

Diğer web sitelerinin bağlantıları yayın tarihinde güncel olsa da sürdürülmeyebilir

Viral yükü saptanabilir düzeyin altında olan annelerden doğan ve neonatal temas sonrası profilaksi kullanılmayan İsviçreli bebeklerde HIV bulaşı yok

Polly Clayden, HIV i-Base

İsviçre verileri, annenin viral yükünün gebeliğin üçüncü üç ayında tam olarak baskılanmış olması durumunda, HIV'e maruz kalan bebeklerde neonatal temas sonrası profilaksi (TSP) kullanılmasının gereksiz olabileceğini ortaya koymaktadır. [1] Bu bulgular, 6-9

Kasım 2019 tarihlerinde İsviçre'nin Basel kentinde düzenlenen 17. Avrupa AIDS Konferansı'nda sunulmuştur.

İsviçre Halk Sağlığı Federal Bürosu (Swiss Federal Office of Public Health-FOPH) kılavuzu, Ocak 2016'dan bu yana, gebeliğin üçüncü üç ayında viral yükü <50 kopya/mL olan (biri 36. haftada ya da daha

sonra olmak üzere, en az 4 hafta ara ile iki kez ölçülen) kadınlardan doğan bebeklerde TSP yapılmasını önermemektedir.

Bu çalışma, İsviçre’de bu ulusal önerilerin ne oranda uygulandığını ve güvenilir olup olmadığını araştırmak amacıyla yapılmıştır.

Araştırmacılar, İsviçre Anne ve Bebek HIV Kohortu Çalışması’ndan ve İsviçre HIV Kohortu veritabanından elde ettikleri verileri değerlendirmiştir.

Değerlendirmeye, 2010 ve 2018 arasında doğan ve gebeliğin üçüncü üç ayında maternal viral yük sonucu bulunan bebekler dâhil edilmiştir. Analizde, önerilerden önce ve sonra doğan bebeklerde neonatal TSP uygulamasının sıklığı karşılaştırılmıştır. Bebeğin HIV durumu 6 aylıkken yapılan polimeraz zincir reaksiyonu (PZR) ile değerlendirilmiştir.


Çalışma döneminde doğan 383 bebekten 363’ünde (%94,8) gebeliğin üçüncü ayında maternal viral yükün <50 kopya/mL olduğu tespit edilmiştir. Bu bebekler arasında, 2016’da kılavuzda yapılan değişiklikten

önce doğan 267 bebeğin 264’üne (%98,9), sonra doğan 96 bebeğin de 12’sine (%12,5) TSP uygulandığı görülmüştür (p<0,001).

Gebeliğin üçüncü üç ayında maternal viral yükü saptanabilir düzeyde olan 20 bebeğin tümüne TSP uygulanmıştır; bunlara 2016 yılında ve daha sonra doğan 5 bebek de dâhildir.

Temas sonrası profilaksi kullanılan 87 bebeğin hiçbirinde HIV enfeksiyonu gelişmemiştir. Kılavuzdaki öneriler değiştirildikten sonra TSP kullanımının %86,4 azaldığı ve vertikal HIV geçişinin hiç olmadığı tespit edilmiştir.

Bu değerlendirme, yeni önerilerin İsviçre’de hızla hayata geçirildiğini göstermektedir. Bu da klinisyenlerin iyi bilgilendirildiğini ve bu değişikliğe dayanak teşkil eden kanıtların kabul gördüğünü düşündürmektedir.

Araştırmacılar, yüksek gelirli diğer ülkelerde de neonatal TSP önerilerinin yeniden gözden geçirilmesini önermektedirler. 

Yorum

İsviçre, anne için en iyi koşulların sağlandığı durumlarda neonatal TSP’nin kullanılmaması önerisini yapan ilk yüksek gelirli ülkedir.

Her ne kadar bu öneriler bulaş olmadığı konusunda güven verse de, çıkarımın sadece 87 bebekte elde edilen bulgulara dayanılarak yapılmış olduğu unutulmamalıdır.

British HIV Association (BHIVA) kılavuzu bu tür durumları “çok düşük riskli” olarak tanımlamakta ve TSP için iki hafta zidovudin ile monoterapi önermektedir. [2]

Kaynaklar

1. Traytel A et al. Discontinuation of neonatal postexposure prophylaxis in infants born to HIV-infected mothers with suppressed plasma viral load: safety and implementation of the new Swiss recommendations. 17th European AIDS Conference (EACS). Basel, İsviçre. 6–9 Kasım 2019. Sözlü sunum özeti PS1/5.

<http://resourcelibrary.eacs.cyim.com/mediatheque/media.aspx?mediaId=78043&playlistId=78018&channel=28172> (web sunumu)

2. BHIVA guidelines on the management of HIV in pregnancy and postpartum 2018 (2019 ikinci ara güncelleme).

<https://www.bhiva.org/file/5bfd30be95deb/BHIVA-guidelines-for-the-management-of-HIV-in-pregnancy.pdf> (PDF)

Diğer web sitelerinin bağlantıları yayın tarihinde güncel olsa da sürdürülmeyebilir.

ADVANCE çalışmasında kemik ve böbrekteki değişimler

Polly Clayden, HIV i-Base

ADVANCE çalışmasında, tenofovir alafenamit (TAF) içeren tedavi kolunda tenofovir disoproksil fumarat (TDF) içeren tedavi koluna göre kemik mineral yoğunluğunda (KMY’de) daha az azalma saptanmıştır. Sonuçlar, 6-9 Kasım 2019 tarihlerinde İsviçre’nin Basel kentinde düzenlenen 17. Avrupa AIDS Konferansı’nda sunulmuştur. [1]

Güney Afrika’da tedavi deneyimi olmayan 1053

katılımcı ile yürütülen 96 haftalık ADVANCE çalışmasında olgular, TAF/emtrisitabin (FTC)/dolutegravir (DTG) veya TDF/FTC/DTG veya TDF/FTC/efavirenz (EFV) olacak şekilde ilk basamak üç farklı tedavi rejimini almak üzere randomize edilmiştir.

Kırk sekizinci hafta sonuçlarında, DTG temelli tedavilerin, EFV temelli tedaviler ile eşdeğer olduğu ve EFV temelli tedavilere göre vücut ağırlığını daha fazla artırdığı gösterilmiştir. Çalışmanın sonuçları 21-24 Temmuz 2019 tarihleri arasında Meksika’nın

Mexico City kentinde düzenlenen 10. HIV Bilimleri IAS Konferansı'nda sunulmuş ve Temmuz ayında New England Journal of Medicine dergisinde yayımlanmıştır. [2, 3, 4]

Çalışmanın amaçlarından biri, 96. haftada katılımcıların kemik ve böbrek değerlerinde gözlenen değişimleri karşılaştırmaktır. Analizlerin yapıldığı tarihte, katılımcıların tamamı 48. haftayı ve yaklaşık yarısı ise 96. haftayı tamamlamıştır.

Bu alt analizde, tüm vücut, omurga ve kalça KMY değerlerini ölçmek için başlangıçta, 48. ve 96. haftada DEXA taraması kullanılmıştır. KMY hesaplanmasında, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün osteopeni ve osteoporoz tanısı ve tedavisi için önerdiği T-değerleri kullanılmıştır.

Kırk yaş ve üzerindeki katılımcılarda tahmini kırık riskini hesaplamak için FRAX ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçekte, 10 yıllık kırık olasılığı, yaş, cinsiyet, boy, vücut ağırlığı, önceki kırık öyküleri, kortizon kullanma, romatoid artrit bulunması, ikincil osteoporoz bulunması, alkol ve sigara kullanımı ve femur boynu KMY parametreleri kullanılarak hesaplanmaktadır. FRAX ölçeğinde Avrupa ve Güney Amerika toplumunu temel alan hesaplama yapıldığı, ölçeğin Afrikalı bireyler için düzenlenmediği de akılda bulundurulmalıdır.

Böbrek işlevi, ürik asit, fosfat, β_2 mikroglobülin, idrarda retinölü bağlayan protein, serum kreatinin kleransı, idrar albümininin idrar kreatinine oranı ile değerlendirilmiştir. Başlangıçtan itibaren her ziyarette bu ölçümler yapılmıştır.

Katılımcıların yaş ortalaması 33 bulunmuştur; % 99,5'i siyah ırktan ve yaklaşık %60'ı kadındır. Başlangıçta ortalama KMY değerleri tüm vücut, kalça ve omurga için sırasıyla 1,20 g/cm², 1,03 g/cm² ve 1,00 g/cm² bulunmuştur. Bu değerler her üç tedavi kolunda benzerdir. Katılımcıların <%1'inde kırık öyküsü bulunmaktadır.

Tedavi kolları arasında bazal böbrek işlevi göstergeleri birbirine benzerdir. Katılımcıların %8'inde böbrek bozukluğu bulunduğu tespit edilmiştir.

Çalışmanın 48. haftasında tüm vücut KMY'de tüm katılımcılarda benzer düzeyde bir azalma (yaklaşık -%7) saptanmıştır ve bu azalma 96. haftada benzer seviyelerde devam etmiştir. Üç tedavi kolu arasında çalışmanın herhangi bir döneminde anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tedavi kollarında, omurga KMY'de azalma saptanmıştır. TDF içeren tedavi kullananlarda 48.

ve 96. haftalardaki azalmanın, TAF içeren tedavi kullananlardakine göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir (ortalama değişim sırasıyla -%6 ve -%4). Aradaki fark 96. haftada istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,001$).

Tüm katılımcılarda kalça KMY'de azalma görülmüştür. TDF/FTC/DTG ve TDF/FTC/EFV içeren tedavi kollarında azalma, TAF içeren tedavi kolundakine göre daha fazladır (sırasıyla -%4,5, -%6 ve -%3). En fazla azalma EFV kolunda görülmüştür. 96. haftada kollar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,001$).

Tüm vücutta tedaviye bağlı osteopeni gelişme oranı 48. ve 96. haftalarda az miktardadır. TAF/FTC/DTG, TDF/FTC/DTG ve TDF/FTC/EFV kolları için 96. haftada sırasıyla %1,8, %2,3 ve %0 bulunmuştur. Sadece TDF/FTC/DTG ve TDF/FTC/EFV kolları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p = 0,05$).

Omurgada tedaviye bağlı osteopeni gelişme oranı, tüm vücuttakine göre 48. ve 96. haftada daha yüksektir; TAF/FTC/DTG, TDF/FTC/DTG ve TDF/FTC/EFV kolları için 96. haftada sırasıyla %21, %23 ve %30 bulunmuştur. Tedavi kolları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır. TDF/FTC/DTG kolunda katılımcıların %1'inde 96. haftada osteoporoz geliştiği gözlenmiştir.

Kalçada tedaviye bağlı osteopeni oranı 48. ve 96. haftalarda EFV kolunda en yüksektir; TAF/FTC/DTG, TDF/FTC/DTG ve TDF/FTC/EFV kolları için 96. haftada sırasıyla %6,3, %11,1 ve %30 bulunmuştur. 48. haftada sadece TAF/FTC/DTG ve TDF/FTC/EFV kolları arasındaki fark anlamlıdır ($p = 0,005$). 96. haftada ise EFV kolu ile diğer iki tedavi kolu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu (her ikisi de $p < 0,001$) anlaşılmıştır.

Tüm vücut verilerine göre katılımcılarda 48. ve 96. haftalarda tedavi ile ilişkili osteoporoz saptanmamıştır.

Çalışma sonlandıktan sonra yedi kırık rapor edilmiştir. Bunlar tedavi kolları arasında benzer orandadır ve hiçbirisi tedavi ilacıyla ilişkili bulunmamıştır.


FRAX ölçeğine göre, 10 yıllık kırık riski tahmininde, majör kırık riski TAF/FTC/DTG kolunda TDF/FTC/DTG koluna göre %0,2 daha azdır. TAF/FTC/DTG ve TDF/FTC/EFV kolları arasında fark saptanmamıştır.

Çalışmada evre üç ve dört böbrek yan etkisi <%1 tespit edilmiştir. Tüm tedavi kollarında kreatinin kleransında evre üç ve evre dört bozukluk nadir olarak

saptanmıştır ve kollar arasında fark yoktur. TDF ve TAF arasında böbrek göstergeleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır. EFV kolunda β_2 mikroglobülin ve retinölü bağlayan protein düzeylerinde belirgin fark olduğu belirlenmiştir.

Kaynaklar

1. Qavi A ve ark. The ADVANCE trial: the impact of DXA-assessed bone mineral density of TDF/FTC/EFV and TDF/FTC+DTG versus TAF/FTC+DTG. 17th European AIDS Conference (EACS). Basel, Switzerland. 6–9 Kasım, 2019. Sözlü poster PS4/3. <http://www.professionalabstracts.com/eacs2019/iplanner/#/presentation/237> (özet)
 2. Venter WDF ve ark. The ADVANCE trial: Phase 3, randomised comparison of TAF/FTC/DTG, TDF/FTC/DTG or TDF/FTC/EFV for first-line treatment of HIV-1 infection. 10th IAS Conference on HIV Science. Mexico City, Mexico. 21–24 Temmuz 2019. Sözlü poster WEAB0405LB. <http://programme.ias2019.org/Abstract/Abstract/4770> (özet)
 3. Venter WDF ve ark. Dolutegravir plus two different prodrugs of tenofovir to treat HIV. New England Journal of Medicine. Online ahead of print. 24 Temmuz 2019. <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1902824>
 4. Clayden P. Dolutegravir-based first-line non-inferior to efavirenz-based ART but associated with substantial weight gain: results from the ADVANCE study. HTB. 23 Ağustos 2019. <http://i-base.info/htb/36581>
- Diğer web sitelerinin bağlantıları yayın tarihinde güncel olsa da sürdürülmeyebilir.

Araştırmacılar, DTG ve TAF tedavisinde gözlemlenen klinik obezite riski ve takiplerdeki kemik ve böbrek göstergelerindeki değişimler için daha uzun takip süresinin gerektiği sonucuna varmıştır. 

KONFERANS RAPORLARI

27. Retrovirüsler ve Fırsatçı Enfeksiyonlar Konferansı 27th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections 8-11 Mart 2020 Sanal Konferans

Londra hastası allojenik kök hücre nakli ile HIV enfeksiyonu tamamen iyileşen ikinci kişi

Simon Collins, HIV i-Base

Bu yıl 8-11 Mart 2020 tarihleri arasında sanal olarak düzenlenen Retrovirüsler ve Fırsatçı Enfeksiyonlar Konferansı (Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections-CROI) 2020'nin ikinci gününün, 07:30'da, allojenik hematopoetik kök hücre nakli (HKHN) sonucunda HIV enfeksiyonu şifa ile sonlanan ikinci kişi olarak bilinen Londra hastasına ilişkin ayrıntıları içeren bir basın konferansı ile başlatılması planlanmıştır.

Sanal kongrede basın konferansı yapmak artık mümkün olmasa da, sunum üzerindeki ambargo yine de erken kaldırıldı. Bunun temel nedeni, olgunun Lancet HIV dergisinde zaten yayımlanmış olmasıydı. [1, 2]

CROI 2020'nin "HIV enfeksiyonunda şifa" konulu manşet haberi birkaç nedenle önem taşımaktadır.

Öncelikle, CROI 2019'da HKHN yapılan Londra hastasına ait ilk bildirimlerden sonra araştırmacıların, olgudaki remisyona şifa olarak kabul edilmesi için koydukları iki yıllık hedef süre aşılmıştır. [3, 4] Olgudan alınan doku örneklerine uygulanan ultra duyarlı testlerde aktif HIV enfeksiyonuna dair hiçbir kanıt bulunmamıştır.

İkincisi, Londra hastası, CROI 2020'de planlanan sunum ile aynı anda New York Times'a verdiği bir beyanat ile kişisel deneyimlerini paylaşmıştır. [5]

Dürüstçe yapılan ve hiç de kolay olmayan bu paylaşım, aslında kısmen, son sekiz yıl boyunca tedavi ve izlemine katkıda bulunmuş olan çok sayıda hekim, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarına bir teşekkür niteliğindedir; öte yandan, kimliğin gizliliğini de korumaktadır. Bu açıklama aynı zamanda, 12 yıl önce benzer bir kök hücre nakli ile HIV enfeksiyonundan tamamen arınan ilk hasta olma niteliğini taşıyan ve HIV'de şifanın tek görünen yüzü olan Tim Brown'a (Berlin hastası) bir destek niteliği de taşımaktadır. Paylaşımın bir diğer yönü de, sadece HIV değil, aynı

zamanda kanser açısından da başka bireylere ümit vermesi ve bu hastalıklardan kurtulmanın mümkün olduğunu göstermesidir.

Nakil yapıldıktan 30 ay sonra, ultra duyarlı testler kullanılarak yapılan incelemelerde HIV viral yükü plazma ve beyin omurilik sıvısında (<1 kopya/mL) semen sıvısında (25. ayda <12 kopya/mL) ve hücrelerde (21. ayda <10 kopya/milyon hücre) ölçülmüştür. (Tablo 1)

Rektum, çekum, sigmoid ve terminal ileum dokularında damlacık dijital polimeraz zincir

reaksiyonu (PZR) ile yapılan HIV DNA incelemesi negatif sonuç vermiştir. Aksilladan alınan lenf bezi dokusunda uzun terminal tekrarlayan dizinler (long terminal repeats-LTR) ve Env bölgelerinde 30 kopya/milyon hücre civarında tespit edilmişse de paketleme sinyali ve entegraz bölgesinde negatiftir. Berlin hastasında da saptanmış olan bu HIV-1 dizin kalıntıları, yalancı pozitif olabilecekleri gibi, kök hücre naklinden kaçmış da olabilirler; ancak bunlar, replike olması beklenmeyen parçacıklardır ve fosil virüs olarak adlandırılmaktadır.

Test ve doku örnekleri	Saptama alt sınırı / test duyarlılığı	Bulgular	Nakilden sonra geçen zaman (ay)
Plazmada viral yük	<1 kopya/mL	Negatif	30
Beyin omurilik sıvısında viral yük	<1 kopya/mL	Negatif	25
Semen sıvısında viral yük	<12 kopya/mL	Negatif	21
Semen hücrelerinde viral yük	<10 kopya/milyon hücre	Negatif	21
Periferik CD4 T bellek hücrelerinde HIV-1 DNA		Zayıf pozitif *	28
Rektum, çekum, sigmoid ve terminal ileum dokusunda HIV DNA (her bölge için 150.000 ila 300.000 hücre test edilmiştir)	<10 kopya/milyon hücre	Negatif	22
Aksiller lenf düğümü dokusunda uzun terminal tekrarlayan dizinler (Long-terminal repeat-LTR)	33 kopya/milyon hücre	Pozitif *	28
Aksiller lenf düğümü dokusunda Env	26 kopya/milyon hücre	Pozitif *	24
Lenf düğümünde bozulmamış paketleme sinyali ve entegraz	30 kopya/milyon hücre	Negatif	24
Aksilla dokusunda proviral DNA	<0,5 bozulmamış proviral DNA kopya/milyon	Negatif	27
Antikor yanıtları	Western blot	Negatif (Env bölgesinde düşük düzeyde pozitiflik, fakat Env bölgesinde bantlarda silinme *)	27

* HIV-1 dizin kalıntıları, yalancı pozitif olabilecekleri gibi, kök hücre naklinden kaçmış da olabilirler; ancak bunlar, replike olması beklenmeyen parçacıklardır ve fosil virüs olarak adlandırılmaktadır.

Bozulmamış proviral DNA testi de negatif bulunmuştur.

Plazmada HIV antikorları, Western blot testinde düşük düzeyde Env reaktivitesi dışında saptanabilir düzeyin altında kalmıştır. T hücrelerinde verici kimerizmi %99 oranında devam etmiştir.

Nakilden sonraki 28. ayda CD4 T lenfositlerinin sayısı 430 hücre/mm³ (%23,5), CD4:CD8 oranı 0,86 saptanmıştır; bu rakamlar nakilden önceki rakamlara yakındır.

Nakilden sonraki 2. ayda bağırsakta gelişen graft versus host hastalığı (graft versus host disease-GvHD)

dışında GvHD gözlenmemiştir ve periferik CD4 T hücrelerinde de verici kimerizmi %99 oranında devam etmiştir.

Nakilden sonra CD4+ T hücrelerinde CCR5 sunumu yapılmadığı, hücrelerin in vitro X4 tropik virüse duyarlı, fakat R5 tropik virüse dirençli olduğu gözlenmiştir.

Araştırmacılar ayrıca, antiretroviral tedavi kullanmayan birinde latent ve aktif HIV enfeksiyonuna ait rezervuar boyutunu dikkate alarak, beklenen geri tepmeyi simüle etmek ve Londra hastasının akıbetini yorumlamak için bir

matematiksel modelleme çalışması da yapmışlardır. Elde edilen bulgular, azalmış CD4 hücresi havuzu dikkate alınarak uyarlanmıştır.

Bunun amacı, 29 ay boyunca herhangi bir geri tepme görülmemesine ve 18. ayda 24 milyon CD4 T hücresinde viral çoğalmanın olmamasına dayanarak gelecekte herhangi bir zamanda bir geri tepme olma olasılığını (yaşam boyu remisyon ile kıyaslayarak) incelemektir.

Bu modele göre, %50 ve %80 kimerizm ile tam

remisyon olasılığı sırasıyla %87 ve %98'dir. Duyarlı hücrelerde %90 veya üzerinde azalma olması halinde ise şifa neredeyse kesindir.

Yazarlar, bu durumun şifayı temsil ettiği ve lenfoid dokuda düşük düzeyde kusurlu HIV genomları bulunmasının bu sonucu etkilemeyeceği sonucuna varmışlardır.

New York Times'da yayımlanan bu görüşme, olguya ait pek çok kişisel bakış açılarını da içermektedir. [6, 7]



Kaynaklar

1. Gupta RK et al. Evidence for HIV-1 cure after CCR5Δ32/Δ32 allogeneic haemopoietic stem-cell transplantation 30 months post analytical treatment interruption: a case report. Lancet HIV 2020. 10 Mart 2020 [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(20\)30069-2](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(20)30069-2)
[http://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018\(20\)30069-2/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018(20)30069-2/fulltext)
 2. Gupta RK et al. Sustained HIV remission in the London Patient: the case for an HIV cure. CROI 8-11 Mart 2020. Geç başvurulu poster özeti 346LB.
<http://www.croiconference.org/sessions/sustained-hiv-remission-london-patient-case-hiv-cure>
 3. Gupta RK et al. Sustained HIV-1 remission following homozygous CCR5 delta32 allogenic HSCT. CROI 4 – 7 Mart 2019, Seattle. Geç başvurulu sözlü sunum özeti 29 LB.
<http://www.croiconference.org/sessions/sustained-hiv-1-remission-following-homozygous-ccr5-delta32-allogenic-hsct> (özet)
<http://www.croiwebcasts.org/console/player/41065> (web sunumu)
 4. Collins S. UK patient likely to be the second person cured of HIV: two further cases at CROI 2019 of HIV remission after allogenic stem cell transplants. HTB (12 Mart 2019).
<https://i-base.info/htb/35767>
 5. Collins S. The London Patient tells his story as second person cured of HIV. HTB (9 Mart 2020).
<http://i-base.info/htb/3729>
 6. Mandavilli A. The London Patient, cured of HIV, reveals his identity. New York Times. (9 Mart 2020).
<https://www.nytimes.com/2020/03/09/health/hiv-aids-london-patient-castillejo.html>
- Diğer web sitelerinin bağlantıları yayın tarihinde güncel olsa da sürdürülmeyebilir.

Temas öncesi ve sonrası profilaksi için aylık islatravir: Yılda 12 adet hap tüm dünyada milyarlarca insanın HIV'den korunması açısından mevcut gereksinimi karşılayabilir

Simon Collins, HIV i-Base

Bu yıl 8-11 Mart 2020 tarihleri arasında sanal olarak düzenlenen Retrovirüsler ve Fırsatçı Enfeksiyonlar Konferansı (Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections-CROI) 2020'de en çok ses getiren çalışmalardan biri, nükleozit analogu revers transkriptaz inhibitörü (NRTI) grubundan islatravirin (EFdA) HIV'den korunma amacıyla kullanımının incelendiği çalışma olmuştur.

Islatravir, güçlü etkinliği ve uzun etkili formülasyonu (günlük, haftalık ve aylık olarak ağızdan ve yıllık implant şeklinde kullanılabilir) sayesinde, temas öncesi profilaksi (TÖP) ve temas sonrası profilaksi (TSP) konusundaki düşüncelerimizi değiştirmeye aday gibi görünmektedir.

Hayvan deneyleri, haftalık dozların (>0,43 mg/kg), maymun bağışık yetmezlik virüsü (simian immunodeficiency virus-SIV) ile rektal karşılaşmada enfeksiyonu önlemede %100 etkili olduğunu ortaya koymuştur.

CROI 2020'de Aaron Diamond AIDS Araştırma Merkezi'nden Martin Markowitz tarafından sunulan ve islatravirin TSP'de işe yarayıp yaramayacağını araştıran makak çalışması da bu bulguları desteklemiştir.

Çalışmaya, rektal yolla yüksek dozda SIV ile karşılaştırılan 12 rhesus makak maymunu dâhil edilmiştir. Virüs ile karşılaşmadan 24 saat sonra makakların yarısına dört kez haftalık islatravir (3,9 mg/kg) verilmiş, kalan makaklar da tedavi verilmeyen kontrol grubu olarak belirlenmiştir.

Bu, her evrede aynı hayvanların kullanıldığı çok evreli bir çalışmadır. Son dozdan yedi hafta sonra, hayvanlar

tekrar SIV ile karşılaştırılmış ve üç kez haftalık islatravir uygulaması yapılmıştır. Her seferinde yedi haftalık temizlenme döneminden sonra aynı işlem doz azaltılarak (üç kez haftalık doz, iki kez haftalık doz ve bir kez haftalık doz) üç kez daha tekrarlanmıştır.

Islatravir, 4, 3 ve 2 kez uygulanan haftalık dozların tamamında %100 korunma sağlamış, buna karşılık kontrol grubundaki hayvanlar hızla enfekte olmuştur. İslatravirin tek dozluk uygulamasından sonra, 4/6 hayvanda koruyuculuk sürerken, 2/6 makakta viremi

gelişmiştir (14. ve 49. günler). Ancak bu hayvanlarda hücre içinde elde edilen en düşük ilaç seviyeleri, insan çalışmalarında (ayda bir kez 60 mg dozda) elde edilen seviyelerden anlamlı ölçüde daha düşük bulunmuştur. Bu bulgu, araştırmacıların, temastan sonraki 24 saat içinde bir kez uygulanacak TSP dozunun yine de yüksek düzeyde koruyucu olacağı sonucuna varmalarına neden olmuştur.



Yorum

Bu erken dönem bulguları, islatravirin TÖP amacıyla ağızdan aylık kullanımı için geliştirilecek formülasyon için düzenlemelerin hızla yapılması açısından güçlü bir dayanak oluşturmaktadır. Hatta bu konuda halk sağlığı açısından acil bir durumun söz konusu olduğu söylenebilir.

Ağızdan ayda bir kez kullanılacak TÖP, günlük TÖP kullanamayan ya da kullanmak istemeyen pek çok insanın gereksinimini rahatlıkla karşılayabilir. Yılda 365 gün boyunca TÖP kullanma konusunda ayak direyen insanlar, yılda sadece 12 hap ile HIV'den korunmanın mümkün olduğunu duyduklarında kararlarını bir kez daha gözden geçirebilirler.

Dünyanın farklı bölgelerinde ve HIV insidansının halen yüksek olduğu toplumlarda islatravir ile faz 3 etkinlik çalışmalarının yapılması elzemdir. Food and Drug Administration'ın tenofovir alafenamit/emtrisitabin için verdiği kararın ardından, bu çalışmalara kadınların da dâhil edilmesi zorunlu görünmektedir.

Tabii ki ilacın fiyatlandırma politikası ve ilaca erişim konusu da şimdiden planlanmalıdır. Temas sonrası profilaksi amacıyla ya da TÖP kapsamında aylık kullanılacak bir ilacın, cinsel etkinlik gösteren milyarlarca insanı kapsayan bir pazar payına sahip olacağı unutulmamalıdır. Bu boyutta bir pazar, bu ilacın da jenerik TÖP preparatlarına benzer bir şekilde fiyatlandırılmasını sağlayabilir.

Kaynaklar

1. Markowitz M et al. Weekly oral islatravir provides effective PEP against IV challenge with SIVMAC251. CROI 2020 (8-11 Mart 2020) Geç başvuru sözlü sunum özeti 89LB.

<http://www.croiconference.org/sessions/weekly-oral-islatravir-provides-effective-pep-against-iv-challenge-sivmac251> (özet)

Diğer web sitelerinin bağlantıları yayın tarihinde güncel olsa da sürdürülmeyebilir.

Uzun etkili kabotegravir ve rilpivirin enjeksiyonları iki ayda bir uygulanabilecek

Simon Collins, HIV i-Base

Bu yıl 8-11 Mart 2020 tarihleri arasında sanal olarak düzenlenen Retrovirüsler ve Fırsatçı Enfeksiyonlar Konferansı (Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections-CROI) 2020'de ATLAS-2M çalışmasının 48. hafta sonuçlarının açıklandığı sözel poster sunumunda uzun etkili kabotegravir-rilpivirin (CAB/RPV) kombinasyonunun iki ayda bir uygulanan dozunun, ayda bir dozuyla eşdeğer olduğu gösterilmiştir. [1]

ATLAS ve FLAIR çalışmalarında aylık doz uygulansa da, farmakokinetik çalışmalar, uzun etkili ilaçların doz aralarının daha da uzatılabileceğini ortaya koymuştur. Bu uygulamanın etkili olması halinde hastane masrafları azalacak ve hayal edilen yılda bir

hastane ziyaretinin yolu açılacaktır.

ATLAS-2M çalışması, faz 3 açık etiketli bir eşdeğerlik çalışmasıdır. Çalışmaya alınan tedavi deneyimli 1045 hasta (asıl ATLAS çalışması katılımcılarının yaklaşık %33'ü), enjeksiyonları sekiz haftada bir (s=522) ya da dört haftada bir (s=523) uygulanmak üzere randomize edilmiştir.

Çalışmanın ilk sonlanım noktası 48. haftadaki viral yük değerinin saptanabilir olmasıdır (>50 kopya/mL). Anlık analizde eşdeğerlik alt sınırı olan %4'lük farka göre, katılımcıların 100. haftadan sonra aynı doz aralığında devam edip etmeyeceklerine karar verilmesi planlanmıştır.

Katılımcıların yaş ortalaması 24 (aralık 19-83) bulunmuştur; %28'i kadın, %73'ü beyaz ırktan, %18'i

siyahi/Afrikalı Amerikalı, %9'u diğer ırklardandır. Beden kitle endeksi (BKE) ortalama 26 kg/m² (Çeyrek değerler aralığı-ÇDA 23-29) ve CD4 T lenfosit sayısı ortalama 661 hücre/mm³ (ÇDA 508 ila 849) saptanmıştır.

Çalışmanın 48. haftasında, sekiz haftada bir tedavi uygulanan kolda saptanabilir viral yük %1,7, dört haftalık tedavi uygulanan kolda ise %1 tespit edilmiştir. İlk sonlanım noktasında (düzeltilmiş fark %0,8 [%95 güven aralığı-GA -0,6 ile +2,2] iki tedavi kolu eşdeğer bulunmuştur.

İkinci sonlanım noktası olan viral yükün saptanabilir seviyenin altında (<50 kopya/ml) olması, aradaki düzeltilmiş farkın %0,8 [%95 GA -2,1 ile +3,7] olmasıyla, iki tedavi kolunda eşdeğer bulunmuştur. Tedavi etkinliğinin az olması nedeniyle sekiz hafta kolunda 6 (%1,1) ve dört hafta kolunda 2 (%0,4) katılımcıda, yan etki nedeniyle sekiz hafta kolunda 9 ve dört hafta kolunda 13 katılımcıda ve diğer nedenlerle sekiz hafta kolunda 12 ve dört hafta kolunda 16 katılımcıda tedavi kesilmiştir.

Çalışmanın sekiz hafta kolunda 8 ve dört hafta kolunda 2 hastada teyit edilmiş virolojik başarısızlık saptanmıştır. Sekiz ve dört hafta kollarında rilpivirin direnci sırasıyla 6/8 ve 1/2 olguda ve entegraz ipçik transfer inhibitörü (INSTI) direnci sırasıyla 5/8 ve 2/2


olguda saptanmıştır.

“Post-hoc” analizde sekiz haftalık tedavi kolunda periferik kan mononükleer hücrelerinde yapılan direnç testlerinde, 5/8 hastada önceden edinilmiş rilpivirinle ilişkili mutasyonlar (E138A, Y188L, Y181Y/C, H221H/Y, E138E/A, Y188Y/F/H/L A), 1/8 hastada önceden edinilmiş major INSTI ile ilgili mutasyonlar (G140G/R) ve 5/8 hastada L74I polimorfizmi (3 alt tip A ya da A1, 1 alt tip C, 1 karışık alt tip) saptanmıştır. Dört haftalık tedavi kolunda direnç verisi sunulmamış, ileri analizlerin sonuçlarının gelecek bir tarihte yapılacağı belirtilmiştir.

Her iki tedavi kolundaki yan etkiler benzer saptanmıştır. İlaç ile ilişkili yan etkilerin %96'sı evre 1-2 olaylardır.

İlaç yan etkileri nedeniyle sekiz haftalık tedavi kolunda 5 kişi ve dört haftalık tedavi kolunda 8 kişi tedaviyi bırakmıştır.

Enjeksiyona bağlı reaksiyonlar, sekiz haftalık tedavi kolunda dört haftalık tedavi koluna göre daha az enjeksiyon yapılmasına rağmen (ilk grupta 8470 kez, ikinci grupta 15711 kez) her iki grupta da benzer saptanmıştır.

Her iki doz aralığını deneyen hastaların %94'ü sekiz haftalık doz aralığını tercih etmiştir. 

Yorum

Bir kısmı açıklanan verilere göre, başlangıçtaki direnç oranları daha önceki çalışmalara göre daha az olsa da, çalışmanın bu yönü ileri bir analizi gerektirmektedir.

Diğer yandan, enjeksiyon sayısının yarı yarıya azaltılması hem katılımcılar hem de sağlık sistemi için faydalı olacaktır. CAB/RPV uzun etkili kombinasyonunun fiyatının, ağızdan kullanılan antiretroviral tedavilere göre daha yüksek olacağı tahmin edilmekteyse de, bu çalışmanın verilerine göre dozdaki azalmayla birlikte fiyatın da düşmesi beklenmektedir.

Uzun etkili kabotegravir ve rilpivirin, ATLAS faz 3 çalışması ve FLAIR çalışmalarının sonuçlarıyla Food and Drug Administration (FDA) ve European Medicine Agency (EMA) tarafından değerlendirilme aşamasındadır.

Son kararın Aralık 2019 civarında verilmesi ümit edilse de, üretime başlamak için FDA ile ilgili diğer sorunların çözülmesi beklenmektedir. [2]

Kaynaklar

1. Overton ET ve ark . cabotegravir + rilpivirine every 2 months is noninferior to monthly: ATLAS-2M study. 8-11 Mart 2020 CROI. Sözlü sunum 34.

<http://www.croiconference.org/sessions/cabotegravir-rilpivirine-every-2-months-noninferior-monthly-atlas-2m-study> (özet)

2. Collins S. FDA decision on long-acting cabotegravir/rilpivirine (Cabenuva) injections delayed due to scale-up manufacturing problems. HTB (Ocak 2020).

<http://i-base.info/htb/37064>

Diğer web sitelerinin bağlantıları yayın tarihinde güncel olsa da sürdürülmeyebilir.

Biktegravir/Emtrisitabin/Tenofovir alafenamid (BIC/FTC/TAF) tek tablet rejiminin, sayıları giderek artan sabit dozlu kombinasyon HIV tedavileri arasındaki yeri

H-J Stellbrink¹ A Lazzarin,² I Woolley³ ve JM Llibre⁴

¹ICH Study Center, Hamburg, Almanya, ²San Raffaele Scientific Institute, Milan, İtalya, ³Monash Medical Centre, Monash Üniversitesi, Melbourne, Vic, Avustralya ve ⁴University Hospital Germans Trias i Pujol ve "Fight AIDS" Foundation, Badalona, İspanya

Günümüzde karma antiretroviral tedavi (kART) kapsamında kullandığımız güçlü ve güvenli tek tabletli rejimler (TTR), HIV ile yaşayan bireylerin hem klinik sonuçlarına hem de genel anlamda yaşamlarına önemli faydalar sağlamaktadır. Gelir düzeyi yüksek ülkelerde HIV'in yanı sıra, HIV ile ilişkili yandaş hastalıklara giderek daha fazla odaklanılmaya başlandığı görülmektedir. Hekimlerin HIV ile yaşayan bireyleri tedavi ederken amacı, HIV'in baskılanmasının yanı sıra, uzun vadede tedaviye uyumu desteklemek ve yan etkileri, morbiditeyi ve ilaçlar arasındaki etkileşimleri azaltmaktır.

Bu derlemede, yakın zamanda ruhsatlandırılmış biktegravir/emtrisitabin/tenofovir alafenamid (BIC/FTC/TAF) tek tabletli rejiminin ilaç güvenliği ve kullanım kolaylığı ile yandaş hastalıklar açısından zorlukları en aza indirmedeki rolü değerlendirilmektedir.

Başlangıçta bir kART rejimi seçilirken, tedaviye başlamadan önceki CD4 T lenfosit sayısı, plazma HIV RNA düzeyi, HIV ilaç direnci, hepatit B koenfeksiyonu, HLA-B*5701 durumu, ilaçlar arasındaki ve ilaçlarla gıdalar arasındaki etkileşimler, gebelik durumu, psikiyatrik hastalıklar, böbrek veya kemik hastalıkları gibi yandaş durumlar, kullanım ve tedaviye uyum kolaylığı gibi faktörlerin değerlendirilmesi ve dikkate alınması gerekir. Buna ek olarak, beslenme gereksinimleri ve dozun alınması gereken zaman (örn. sabah doz alımı, gıdayla birlikte doz alımı) gibi konular da ilaç seçiminde belirleyici olabilmektedir.

Tedaviye hızlı başlama stratejisi açısından, seçilen rejimin tanıdan hemen sonra ve başlangıçta yapılan test sonuçlarını beklemeden başlamaya izin verecek

kadar güvenilir, güçlü, iyi tolere edilir ve basit olması gerekir. Dolutegravir (DTG)+FTC/abakavir (ABC) gibi, hem HLA-B*5701 genotiplemesini hem de HBV testi sonuçlarını beklemeyi gerektiren rejimlere kıyasla, BIC/FTC/TAF tedaviye hemen başlamak için uygun bir rejim olma potansiyeline sahiptir. Ayrıca, DTG temelli rejimlerle kıyaslandığında, virolojik başarı sağlamak açısından eşdeğer bulunmuştur.

Tedavi deneyimsiz hastalar

Belli başlı kılavuzlar, HIV ile enfekte tüm bireylerde tanı konduktan hemen sonra (hastanın tedaviye hazır olması koşuluyla) entegraz iççik transfer inhibitörü (INSTI) + 2 nükleozit analogu revers transkriptaz inhibitörü (NRTI) içeren bir rejimle başlanmasını tavsiye etmektedir.

Department of Human and Health Sciences (DHHS) kılavuzu, "tavsiye edilen" başlangıç rejimlerini şöyle sınıflandırmıştır:

- + BIC/FTC/TAF
- + DTG + TDF veya TAF/FTC
- + DTG/ABC/lamivudin (3TC) – hastaların HLA-B*5701 negatif olması ve hepatit B koenfeksiyonu bulunmaması gerekmektedir
- + Raltegravir (RAL) + TDF veya TAF/FTC

European AIDS Clinical Society (EACS) kılavuzu ise daha önce ART kullanmamış HIV ile enfekte bireylerde başlangıç tedavisi olarak TAF veya TDF veya FTC gibi iki NRTI ile DTG, BIC veya RAL gibi bir INSTI'yi ya da rilpivirin (RPV) veya güçlendirilmiş bir proteaz inhibitörünü içeren bir rejimi tavsiye etmektedir.

İki adet faz 3, çift kör, randomize kontrollü çalışmada, BIC/FTC/TAF ve DTG + ABC/3TC veya DTG + TAF/FTC etkililik açısından karşılaştırılmıştır. Etkililik açısından, 48. haftada plazma HIV RNA düzeyleri <50 kopya/mL olan hastaların oranı birincil sonlanım noktası olarak alınmıştır. Bunlardan GS-US-380-1490

çalışmasında olgular 1:1 oranında, çift kör olarak günde bir kez BIC/FTC/TAF veya DTG + TAF/FTC olacak şekilde randomize edilmiştir. Çalışmanın 48. haftasında hastaların sırasıyla %89 ve %93'ünde HIV RNA <50 kopya/mL düzeyine ulaşmıştır; bu sonuçlar BIC'in eşdeğerliğini doğrular niteliktedir. Çalışmanın 96. hafta sonuçlarında da eşdeğerlik devam etmiştir; BIC/FTC/TAF kolunda HIV RNA <50 kopya/mL olan hastaların oranı %84, DTG + TAF/FTC kolunda ise %86 bulunmuş, iki kolda da tedaviyle ortaya çıkan herhangi bir direnç görülmemiştir.

İkinci çalışma olan GS-US-380-1489 çalışmasında hastalar yine 1:1 oranda, bu kez BIC/FTC/TAF ve DTG/ABC/3TC olacak şekilde randomize edilmiştir. Çalışmanın 48. haftasında HIV RNA <50 kopya/mL düzeyine ulaşan hastaların oranı sırasıyla %92 ve %93 bulunmuştur; sonuçlar BIC'in eşdeğerliğini doğrular niteliktedir. Çalışmanın 96. haftasında da eşdeğerlik devam etmiştir; BIC/FTC/TAF alan hastaların %88'i, DTG/ABC/3TC alan hastaların ise %90'ında HIV RNA <50 kopya/mL hedefine ulaşılmıştır. Yine iki kolda da katılımcıların hiçbirinde tedaviyle ortaya çıkan direnç görülmemiştir.

Çalışmanın 96. haftasına kadar BIC/FTC/TAF kolunda tedaviyi kesmeye yol açan ilaç ile ilişkili herhangi bir olay görülmezken, DTG/ABC/3TC kolunda bulantı oranları anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur (p<0,001).

BIC/FTC/TAF, 144. haftada da DTG içeren rejimlere eşdeğer bulunmuştur. Ayrıca BIC/FTC/TAF ile ortaya çıkan ilaç ile ilişkili istenmeyen olaylar, DTG/ABC/3TC kullanırken ortaya çıkanlara kıyasla daha az sayıda olmuştur (p<0,001).

Kullanmakta olduğu tedavi BIC/FTC/TAF ile değiştirilen hastalar

HIV-1 ile enfekte, virolojik olarak baskılanmış 563 katılımcıyla yapılmış çift kör bir çalışmada, DTG + ABC/3TC'den sabit dozlu BIC/FTC/TAF preparatına geçilmiş ve 48. haftada HIV-1 RNA \geq 50 kopya/mL olanların oranı sırasıyla BIC/FTC/TAF grubunda %1, DTG+ ABC/3TC grubunda <%1 bulunmuştur (fark 0,7; %95 güven aralığı -1,0 ila 2,8 arası); bu sonuçlar aşağı olmama ölçütlerine uygundur. Tedaviyi bırakanların oranı sırasıyla %2 ve %1 ve HIV RNA ölçümü <50 kopya/mL düzeyine ulaşan hastaların oranı yine sırasıyla %94 ve %95 olmuştur. Çalışmadaki hiçbir hastada herhangi bir antiretrovirale karşı direnç gelişmemiştir.

Viral olarak baskılanmış, halihazırda güçlendirilmiş bir proteaz inhibitörü (PI) [darunavir (DRV)

veya atazanavir (ATV)] + 2 NRTI kullanan ve en az 3 ay boyunca stabil bir ART rejimi alan, TAF, FTC 3TC veya INSTI'lerle herhangi bir tedavi başarısızlığı öyküsü veya direnç öyküsü olmayan ve BIC/FTC/TAF'a geçiş yapan 290 hastada elde edilen sonuçlar da yine BIC içeren rejimin aşağı olmadığını ortaya koymuştur. Çalışmanın 48. haftasında, BIC/FTC/TAF kolundaki katılımcıların %92,1'inde, güçlendirilmiş PI kolundakilerin ise %88,9'unda HIV RNA ölçümü <50 kopya/mL düzeyine ulaşmıştır ve HIV RNA \geq 50 kopya/mL olanların oranı her iki kolda da %1,7 bulunmuştur; bu da aşağı olmama özelliğini doğrular niteliktedir.

Tamamı kadınlardan oluşan katılımcılarla yapılan ve virolojik olarak baskılanmış hastalarda BIC/FTC/TAF'a geçişin güvenilirlik ve etkililiğini değerlendiren bir çalışmada (s=470), 48. haftada PI veya INSTI temelli bir rejimden BIC/FTC/TAF'a geçiş, önceki rejime devam etme ile eşdeğer bulunmuştur. BIC/FTC/TAF ve kontrol kolunda etkililik oranları sırasıyla %96 ve %95'tir.

Gebelik

EACS kılavuzu, tedavi deneyimi olmayan ve gebe kalan tüm kadınlara hemen kART başlanmasını ve mümkünse INSTI içeren bir rejimin tercih edilmesini önermektedir. DTG'nin konsepsiyon sırasında ve erken gebelikte kullanılması halinde bebekte nöral tüp defektlerinin beklenenden daha yüksek oranda görülebileceğine ilişkin çalışma dikkate alındığında, INSTI grubundan tüm ilaçlar için benzer bir sınıf etkisinin olabileceği düşünülse de, DHHS kılavuzu, RAL ile elde edilen verilerinin güven verici olduğunu belirtmektedir. BIC için ise henüz gebelikte kullanıma ilişkin yeterli veri bulunmamaktadır.

BIC'in direnç gelişmesine karşı genetik bariyeri

In vitro veriler BIC ve BIC/FTC/TAF'ın direnç gelişmesine karşı yüksek bir genetik bariyere sahip olduğunu göstermiştir. Faz 3 randomize kontrollü çalışmaların hiçbirinde entegraz veya revers transkriptaza karşı herhangi bir direnç gelişmemiştir.

Yan etkiler açısından BIC

Santral sinir sistemi

ABC/3TC/DTG ile yapılan çift kör karşılaştırmada, BIC/FTC/TAF santral sinir sistemi ve nöropsikiyatrik yan etkiler açısından benzer sonuçlar vermiş; hastalar tarafından bildirilen sonuçlarda ise bitkinlik/enerji kaybı, bulantı/kusma, baş dönmesi/sersemlik ve uyumada güçlük gibi yakınmalar BIC/FTC/TAF

kolunda anlamlı ölçüde daha az görülmüştür.

Kardiyovasküler

Diğer ART'lere kıyasla TDF'nin lipit metabolizması üzerinde avantajlı bir etkiye sahip olduğu gözlenmiştir. TAF kullanımında lipit düzeylerindeki artış, TDF'ye göre daha fazla olmakla beraber, toplam kolesterol-HDL oranında herhangi bir değişiklik gözlemlenmemiştir. TDF'den TAF'a geçiş yapıldıktan sonra görülen lipit değişikliklerinin klinik açıdan anlamı henüz bilinmemektedir.

Kemik

ABC/3TC'den FTC/TAF'a geçiş yapılan Faz 3 bir randomize kontrollü çalışmada, 48. haftada iki grupta da kalça ve omurgadaki kemik mineral yoğunluklarında neredeyse hiç değişiklik olmamıştır. Çalışma 1489'un 96 haftalık verileri de, başlangıçtan itibaren omurga ve kalça kemik mineral yoğunluklarındaki ortalama değişikliğinin, BIC/FTC/TAF grubunda ABC/DTG/3TC'dekine benzer olduğunu göstermiştir.

Diyabetes mellitus

Entegraz inhibitörleri ve TAF'ın glikoz intoleransını artırdığı gösterilmemiştir.

Vücut ağırlığında artış

Tedavi deneyimsiz hastalarda, DTG ve BIC diğer INSTI'lere, TAF ise diğer NRTI'lere göre vücut ağırlığında daha fazla artışa neden olabilir. Hastalara yaşam tarzı değişiklikleri ile ilgili tavsiyelerde bulunulması önerilmelidir.

Böbrek

Çalışma 1489'un 96 haftalık verileri, başlangıçtan 96. haftaya kadar tahmini glomerüler filtrasyon hızında (eGFR'de) meydana gelen ortanca değişikliğin, ABC/DTG/3TC'ye kıyasla BIC/FTC/TAF'ta anlamlı ölçüde daha az olduğunu göstermiştir (p=0,01).

Hepatit B koenfeksiyonu

HBV ile koenfekte bireylerde kullanılan HIV tedavisi, hepatit B virüsüne (HBV'ye) karşı yüksek aktivitesi olan TDF veya TAF gibi en az bir bileşiğin rejimde bulunmasını gerektirir. HIV ile enfekte bireylerde yapılan çalışmalar, TDF veya TAF'ın FTC ile kombinasyonunun HBV'ye karşı yüksek aktivite gösterdiğini ortaya koymuştur.

Tüberküloz

EACS kılavuzu, tüberküloz tedavisi ile birlikte ilk sırada TDF/FTC + RAL veya TDF/FTC/efavirenz

(EFV) rejimlerinin kullanımını önermektedir. Rifamisin grubu ilaçlarla tedavi edilen hastalarda BIC/FTC/TAF'ın kullanılması, ilaçlar arasındaki belirgin etkileşimler nedeniyle kontrendikedir. DHHS kılavuzu, latent enfeksiyonun tedavisinde sadece izoniyazit (INH) kullanılması durumunda, herhangi bir rejimin seçilebileceğini belirtmektedir.

Bağışıklığın yeniden yapılanmasına bağlı yangısal sendrom

HIV ile yaşayan bireylerde mikobakteriyel enfeksiyonlar, sitomegalovirüs enfeksiyonu ve kriptomoksik hastalık bulunması halinde bağışıklığın yeniden yapılanmasına bağlı yangısal sendrom (BYYS) gelişebilir. RAL ile yürütülen güncel bir randomize kontrollü çalışma, INSTI içeren rejimler ile virüsün hızla baskılanmasına karşın YYS riski bulunmadığını göstermiştir ve bu çalışmanın sonuçları DTG ile BIC için de uyarlanabilir.

İlaçlar arasındaki etkileşimler

British HIV Association (BHIVA) kılavuzuna göre HIV ile yaşayan her 3 ila 4 bireyden biri, klinik açıdan anlamlı düzeyde ilaç etkileşimine maruz kalma riski altındadır.

Sarı kantaron (St John's wort), CYP3A4 indüktörü olduğundan atazanavir (ATV), DTG, BIC, darunavir/ritonavir (DRV/r) ve EFV'nin etkililiğini azaltabilir. Genel tavsiye, ART ile birlikte bitkisel ürün kullanılmamasıdır.

Kalsiyum karbonat içeren antasitler, DTG'den 2 saat önce veya 6 saat sonra verilebilirken, BIC ve yemek ile birlikte iken aynı anda alınabilir.

Biktegravir CYP3A4'ün indükleyicisi veya inhibitörü olmadığından, elvitegravir/kobisistatin aksine, CYP3A4 substratı olan diğer ilaçların metabolize edilmesi üzerinde etkili değildir. CYP3A4'in indüktörü olan rifampisin, rifabutin, rifapentin, karbamazepin gibi ilaçlar, BIC dozunu düşürerek etkililiği azaltabileceğinden, bu ilaçların beraber kullanılması önerilmez.

Sonuç

BIC/FTC/TAF güçlendirilmemiş bir INSTI ile TAF'ı bir araya getiren ilk tek tabletli rejimdir. Geniş çaplı, 96 (ve 144) haftalık çift kör randomize kontrollü çalışmalarda bu kombinasyonun DTG temelli rejimlerden aşağı olmadığı gösterilmiştir. Tolere edilebilir olması ve farmakolojik özellikleri, BIC/FTC/TAF'ı, hem ART başlarken hem de başka bir ART rejimine geçerken yaşanan sorunları yönetmede

faydalı bir araç haline getirmektedir. Ayrıca bu rejim, ART'ye hemen başlama yaklaşımlarında da faydalı bir

seçenek gibi görünmektedir. 

Kaynaklar

1. Stellbrink H-J, Lazzarin A, Woolley I, and Llibre JM. The potential role of bictegravir/emtricitabine/tenofovir alafenamide (BIC/FTC/TAF) single-tablet regimen in the expanding spectrum of fixed-dose combination therapy for HIV. HIV Medicine (2020), 21 (Suppl. 1), 3--16

HIV VE COVID-19

Tanı almamış geç dönem HIV enfeksiyonu olan bireyde COVID-19 ile karıştırılan Pneumocystis jirovecii pnömonisi (PJP): hastaneye başvuru sırasında HIV testi isteme konusundaki acil gereksinim

Simon Collins, HIV i-Base

1 Temmuz 2020'de Clinical Infectious Diseases dergisine gönderilen bir mektupta, COVID-19 ön tanısı ile hastaneye yatırılan bir bireyde yanlılıkla konulan Pneumocystis jirovecii pnömonisi (PJP) tanısından söz edilmektedir. [1]


Bu olgu, 40°C ateş, öksürük ve nefes darlığı yakınmalarıyla Almanya'daki Saarland Üniversitesi Tıp Merkezi'ne yatırılan 52 yaşındaki gay bir erkektir. Olgu SARS-CoV-2 ve bakteriyel enfeksiyon tanısı almış ve meropenem ve linezolit içeren geniş spektrumlu bir antibiyotik rejimi ile tedavi edilmiştir.

Ancak olgunun yakınmaları devam etmiş ve yoğun bakıma yatırılıp mekanik ventilasyon uygulanması gerekmiştir. Olgunun CD4 T lenfosit sayısının 12 hücre/mm³, CD4 T lenfosit yüzdesinin %2 ve CD4:CD8 oranının 0,08 bulunması üzerine HIV testi yapılmış ve pozitif bulunmuştur; viral yükün 360.000

kopya/mL olduğu tespit edilmiştir. Tanı ve hastanın yönetimine ilişkin ayrıntılar, dergiye gönderilen mektupta mevcuttur.

Darunavir/ritonavir (DRV/r), tenofovir disoproksil fumarat (TDF)/emtricitabin (FTC) içeren rejim ile antiretroviral tedavi hemen başlanmış, ayrıca tedaviye trimetoprim-sulfametoksazol (TM-SMZ) ve CMV koenfeksiyonu (kanda 170.000 U/mL) nedeniyle gansiklovir (5 mg/kg) eklenmiştir.

Hastanın klinik tablosu düzelmiş, mekanik ventilasyondan ayrılması ve daha sonra hastaneden taburcu edilmesi mümkün olmuştur.

Makale bir yandan, COVID-19'un, HIV enfeksiyonunun belirtilerini maskeleyen riskine vurgu yaparken, diğer yandan yoğun bakımdaki bir olguya güvenle antiretroviral tedavi başlandığına ve CD4 T lenfosit sayısının ciddi düzeyde düşük olmasına karşın, bağışıklığın yeniden yapılanmasına bağlı yangı sendromu gelişmediğine dikkat çekilmiştir. 

Yorum

Bu olgu, hastaneye yatırılan COVID-19 vakalarında rutin HIV testi istenmesinin önemini ortaya koymaktadır. Ancak test istemi, yukarıda sunulan vakanın gay bir erkek olması dikkate alınarak sadece HIV için geçerli risk faktörlerine dayanılarak yapılmamalıdır.

Başka COVID-19 kohortlarında da daha önce tanı almamış HIV olgularından söz edilmektedir ve olgular CD4 T lenfosit sayıları daha yüksekken tanı alsalar bile, bu, HIV izlem hizmetlerine erken sevk edilebilmelerini sağlayacaktır.

7 Nisan 2020 tarihinde, British Medical Journal'a gönderile bir mektupta, İngiltere'de, henüz tanı almamış ya da tanı almış ancak antiretroviral tedaviye henüz başlamamış HIV pozitif bireylerde, HIV COVID-19 koenfeksiyonu konusundaki endişelerden söz edilmektedir. Bu mektubun önemli bir amacı da, tüm HIV pozitif bireylerde COVID-19'un en iyi şekilde yönetilmesi ve HIV tedavisinin hiçbir nedenle kesilmemesi konusunda farkındalık oluşturmaktır. [1]

Ne yazık ki, İngiltere'de, pandeminin erken döneminde COVID-19 olduğu düşünülen HIV ile ilişkili bir Pneumocystis jirovecii pnömonisi bildirilmiş ve HIV tanısı aldıktan sonra hasta ölmüştür.

Kaynaklar

1. Mang S et al. Pneumocystis Jirovecii Pneumonia and SARS-CoV-2 Co-Infection in newly diagnosed HIV-1 infection. Clinical Infectious Diseases, ciae906, DOI: 10.1093/cid/ciae906. (01 Temmuz 2020).

<https://academic.oup.com/cid/article/doi/10.1093/cid/ciae906/5865456>

2. Geretti AM, Collins S, Kelly S, Waters L. COVID-19 and HIV: Calling attention to the importance of ensuring HIV status and testing is included in the management of COVID-19. BMJ web blog. (7 Nisan 2020).

<https://blogs.bmj.com/sti/2020/04/07/covid-19-and-hiv-calling-attention-to-the-importance-of-ensuring-hiv-status-and-testing-is-included-in-the-management-of-covid-19>

3. Why it is important to include HIV status and HIV testing in managing COVID-19. HTB (17 Nisan 2020).

<https://i-base.info/htb/37588>

Diğer web sitelerinin bağlantıları yayın tarihinde güncel olsa da sürdürülmeyebilir.

HIV ile yaşayan bireylerde COVID-19 için öneriler (DHHS kılavuzu)

Çeviren ve özetleyen: Deniz Gökengin

Son güncelleme: 19 Haziran 2020

Department of Health and Human Sciences (DHHS), Amerika Birleşik Devletleri'nde HIV ile yaşayan bireyler ve onlara hizmet sağlayan sağlık çalışanları için bu kılavuzu hazırlamıştır. Kılavuzda, COVID-19 ve HIV konusundaki güncel bilgiler ışığında genel öneriler yer almaktadır. Kılavuzda yer alan öneriler tarafımda özetlenmiştir.

COVID-19'a ilişkin bilgiler süratle değişmekte ve gelişmektedir. Şu ana kadar elde edilen veriler, HIV ile yaşayanlarda COVID-19'un prognozunun iyi olduğu ve genel toplumdaki gibi yönetilmesinin uygun olduğu doğrultusundadır.

HIV ile yaşayan tüm bireyler için genel öneriler

+ Güncel veriler, 60 yaşın üzerindeki bireylerde ve diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalık, solunum yolu hastalığı veya obezite gibi yandaş durumları olan bireylerde, SARS-CoV2'nin neden olduğu COVID-19'un yaşamı tehdit edecek ağırlıkta seyretme riskinin en yüksek olduğunu ortaya koymaktadır.

+ Sınırlı olmakla birlikte güncel veriler, HIV ile yaşayan bireylerde COVID-19 seyrinin HIV negatif bireylerdekinden daha ağır olduğunu düşündürmemektedir. Karma antiretroviral tedavi (kART) kullanıma girmeden önce, ileri düzeyde (CD4 T lenfosit sayı <200 hücre/mm³) HIV enfeksiyonu, diğer solunum yolu enfeksiyonları için önemli bir risk faktörü olarak kabul edilmekteydi. Bunun COVID-19 için de geçerli olup olmadığı halen bilinmemektedir.

+ HIV ile yaşayan bazı bireylerde, COVID-19 hastalığının daha ağır seyretmesi açısından riski artıran başka yandaş hastalıklar (örn., kardiyovasküler hastalıklar, akciğer hastalığı) bulunmaktadır. Kronik sigara kullanımı da hastalığın daha ağır geçirilmesi açısından önemli bir risk faktörüdür.

+ Bu nedenle, bu konu hakkında daha fazla bilgi edinilinceye dek, HIV ile yaşayan bireyler, özellikle de ileri düzeyde hastalığı olan veya HIV enfeksiyonu yeterince kontrol altında olmayanlar açısından daha dikkatli olmakta yarar vardır.

+ HIV ile yaşayan bireylerin antiretroviral ve diğer ilaçlarının yeterli miktarda tedarik edilmesi için her tür çaba gösterilmelidir.

+ İnfluenza ve pnömokok aşılarının güncel olmasına özen gösterilmelidir.

+ HIV ile yaşayan bireylerin, sosyal mesafe ve doğru el temizliği gibi korunma önlemlerini tam olarak uygulamaları sağlanmalıdır.

Antiretroviral tedavi

+ Antiretroviral ve diğer ilaçların en az 30 günlük (ideali 90 günlük) miktarı tedarik edilerek hastalara verilmelidir.

+ Tedavi rejiminin değiştirilmesi planlanan olgularda, acil bir durum söz konusu değilse, yakın izlem mümkün olana dek değişiklik ertelenmelidir.

+ Günümüze dek COVID-19'un tedavisinde güvenli ve etkin olduğu kanıtlanmış bir ilaç bulunmamaktadır. Bazı antiretroviral ilaçlar (örn., lopinavir/ritonavir, güçlendirilmiş darunavir, tenofovir disoproksil fumarat/emtrisitabin) da dâhil olmak üzere, COVID-19'un tedavisinde veya önlenmesinde kullanılmak üzere endikasyon dışı reçete edilmekte veya klinik

çalışmalarda denenmektedir. HIV ile yaşayan bireyler, SARS-CoV-2 enfeksiyonunun önlenmesi veya tedavisi amacıyla kullandıkları antiretroviral rejimi değiştirmemelidir.

HIV enfeksiyonunun izleminde klinik ve laboratuvar ziyaretleri

- + HIV ile yaşayan bireyler, izlemlerinden sorumlu sağlık çalışanı ile birlikte, HIV izlemine ilişkin klinik randevularına bizzat gelip gelmeme konusunu, yararlarını ve risklerini tartışarak karara bağlamalıdır. Bu kararda, COVID-19 bulaşı açısından yerel riskler, kliniğe yapılacak ziyaret sırasında karşılanacak gereksinimler ve bireyin HIV durumu (örn., CD4 T lenfosit sayısı, HIV viral yükü) ve genel sağlık durumu dikkate alınmalıdır.
- + Rutin uygulamalar, acil olmayan hizmetler ve tedaviye uyum danışmanlığı için sanal ziyaretler yüz yüze görüşmelerin yerine kullanılabilir.
- + HIV viral yükü baskılanmış ve genel sağlığı iyi olan bireylerde rutin klinik ve laboratuvar ziyaretlerinin olabildiğince ertelenmesi önerilir.

Özel gruplar için öneriler

HIV ile yaşayan gebe kadınlar

- + COVID-19 geçiren bireylerde gebelik ve sonuçlarına ilişkin bilgiler sınırlıdır.
- + Gebelik sırasındaki immünolojik ve fizyolojik değişiklikler, genellikle gebe kadının viral solunum yolu enfeksiyonlarına duyarlılığını artırmaktadır; benzer bir durum COVID-19 için de geçerli olabilir. Diğer koronavirüs enfeksiyonlarında gözlemlendiği gibi, gebe kadınlarda COVID-19 morbidite veya mortalitesinin, genel toplumdakinden daha yüksek olması beklenir. [1]
- + Sınırlı olmakla birlikte güncel veriler, gebe bireylerin COVID-19 enfeksiyonuna daha duyarlı olduğuna ya da hastalığı daha ağır geçirdiğine işaret etmemektedir. [2,3] COVID-19 enfeksiyonu geçiren gebe kadınlardan oluşan küçük bir grupta, fetal distres ve erken doğum gibi gebelikle ilgili istenmeyen sonuçların olduğu dikkati çekmiştir ve benzer bir durum gebelikte geçirilen SARS ve MERS enfeksiyonlarında da bildirilmiştir. [4-6]
- + COVID-19 enfeksiyonu geçiren gebe kadınları kapsayan küçük bir grupta, COVID-19'un vertikal geçiş göstermediği bildirilmişse de, en az bir neonatal COVID-19 olgusu tanımlanmıştır. [3,7,8]

SARS-CoV-2'ye maruz kalma nedeniyle karantinada olan HIV ile yaşayan bireyler

Sağlık çalışanlarının yapması gerekenler:

- + Hastaların antiretroviral ve diğer ilaçlarının yeterli miktarda bulunduğundan emin olunmalıdır.
- + COVID-19 ile ilişkili belirtilerin ortaya çıkması halinde, hastanın gerekli sağlık hizmetini almak üzere bir sağlık kuruluşuna yönlendirilebilmesi açısından hastanın değerlendirilmesini sağlayacak bir plan geliştirilmelidir.

HIV ile yaşayanların yapması gerekenler:

- + İzlemlerini yapan sağlık çalışanına, karantinada olduklarını bildirmelidirler.
- + Özellikle de antiretroviral ve diğer ilaçlara olan gereksinimleri hakkında bilgi vermelidirler.
- + Ateş ve diğer belirtilerin (örn., öksürük, nefes almada güçlük) gelişmesi halinde, izlemlerini yapan sağlık çalışanına haber vermelidirler.
- + COVID-19 düşündürülen belirtilerle bir sağlık kuruluşuna başvurmaları halinde, önceden hekimlerine haber vermeleri, sağlık kuruluşuna vardıklarında maske, el temizliği ve sosyal mesafe kurallarına uymaları önerilir.

COVID-19 tanısı alan HIV ile yaşayan bireylerin yönetimi

Hastanede yatması gerekmeyen HIV ile yaşayan birey:

- + Evde destek tedavisi ile semptomlarını gidermelidir.
- + İzlemini yapan sağlık çalışanı ile iletişimini sürdürmeli ve belirtilerde kötüleşme olduğunda bilgi vermelidir (örn., 2 günden uzun süren ateş, yeni gelişen nefes darlığı).
- + Antiretroviral ve diğer ilaçlarını kullanmaya devam etmelidir.

Hastanede yatan HIV ile yaşayan birey:

- + Antiretroviral tedaviye devam edilmelidir. Kullanılan antiretroviral ilaçlar hastanede mevcut değilse hastanın evindeki stoktan temin edilmelidir.
- + Hastanın kendi antiretroviralleri yerine başka antiretroviral ilaçların kullanılmasından kaçınılmalıdır.
- + Nazogastrik yoldan beslenmesi gereken hastalar için bazı ilaçların likit formülasyonu bulunmakta, bazıları ise ezilerek kullanılabilir.


HIV izlemi yapan hekimler için ek öneriler

- + HIV ile yaşayan bireyler, kriz ve ekonomik kırılganlık dönemlerinde beslenme, barınma, ulaşım ve çocuk bakımı konusunda yardıma ihtiyaç duyabilirler. Hastanın tıbbi bakım hizmetine bağlı kalmasını ve antiretroviral tedavisini sürdürmesini sağlamak için, klinisyenler, hastanın sosyal desteğe olan ihtiyacını belirlemeli ve onların doğru kaynaklarla iletişimini sağlamalıdır.
- + Bu kriz döneminde, sosyal mesafe ve izolasyon, HIV ile yaşayan bireylerin ruh sağlığı üzerinde olumsuz etki yapabilir ve madde kullanım düzeyini artırabilir. Klinisyenler, hastaların endişelerini değerlendirmeli ve gerekli gördükleri takdirde, ek danışmanlık vermelidirler.
- + Rutin hastane ziyaretleri yerine teletıp seçenekleri kullanılabilir.
- + COVID-19'un yayılımının önlenmesi için alınan önlemlerin, kadınlar ve kızlara karşı cinsiyete dayalı şiddet uygulanma olasılığını artırdığına ve bu bireylerin, kendilerini taciz edenlere karşı kendilerini savunma veya onlardan uzaklaşma ya da dışarıdan

Kaynaklar

1. DHHS Interim Guidance for COVID-19 and Persons with HIV. <https://aidsinfo.nih.gov/guidelines/html/8/covid-19-and-persons-with-hiv--interim-guidance-/554/interim-guidance-for-covid-19-and-persons-with-hiv>

yardım alma kapasitesini sınırladığına dair yayınlar bulunmaktadır. Sağlık çalışanları, sanal ya da yüz yüze, her klinik ziyarette, gizlilik kurallarını gözeterek hasta ile görüşmeye özen göstermelidir.

- + COVID-19 salgını sırasında çocuk doğurma çağındaki tüm kadınlarla gebelik konusu, COVID-19 ve gebelik hakkında bilinen ve bilinmeyen tüm noktalar gözetilerek tartışılmalıdır. Konsepsiyondan önceki tartışmalar hasta odaklı olmalı ve gebelikte COVID-19 hakkında daha fazla bilgi edininceye ya da pandeminin tepe noktası aşılıncaya dek gebelik planlarının ertelenmesi seçeneğini de içermelidir. Pandemiye korunma önlemleri uyarınca evde kalan kadınlarda, istem dışı gebelik riskinin artabileceği dikkate alınmalı ve uygun kontrasepsiyon yöntemlerinin uygulanması veya sürdürülmesi, acil kontrasepsiyon olasılığını da içerecek şekilde değerlendirilmelidir. Klinik veriler, son kullanma tarihi geçmiş rahim içi araçların ve kontraseptif implantların kullanılmaya devam edilebileceğine işaret etmektedir. Hastanın deri altına kendi kendine enjekte edebileceği depo medroksiprogesteron asetat preparatları da bir seçenek olabilir. 

Söyleşi

Bu sayımızda Çankaya Belediyesi HIV Gönüllü Danışmanlık ve Test Merkezi'nden Hemşire Ayşe Akaltun ile söyleşimizi gerçekleştirdik. Kendisine, sorularımıza verdiği yanıtlar için teşekkür ederiz.

HTB: Çankaya Belediyesi HIV/AIDS Gönüllü Danışmanlık ve Test Merkezi'nin kuruluş hikâyesinden bahseder misiniz?

AA: Çankaya Belediyesi Gönüllü Danışmanlık ve Test Merkezi (GTDM) Aralık 2016'da açıldı. Öncesinde sekiz ay kadar merkez personelinin eğitimi, fiziksel şartların oluşturulması için çalışmalar yapıldı. Merkezde iki hemşire ve bir sosyolog görev alıyor. Sağlık Bakanlığı ile imzalanan bir protokol çerçevesinde çalışmaları yürütüyoruz. Bakanlık test kitlerini, Çankaya Belediyesi de personel ve merkez binası ihtiyacını karşılıyor. Bizim açılmamızdan sonra Beşiktaş, Nilüfer, Konak ve Mersin Belediyeleri de aynı protokol çerçevesinde merkezler açtı.

HTB: Merkezinize HIV testi için başvuran kişilere uygulanan işlemler hakkında bilgi verir misiniz?

AA: Çalışma saatleri içerisinde başvuran kişilerle bir ön görüşme yapıyoruz ve test yaptırmak için sebepleri, test için pencere dönemine uygun olup olmadıkları gibi bilgileri alıyoruz. Ayrıca HIV/AIDS/cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar hakkında bilgi verip, bulaşma ve korunma yöntemlerini anlatıyoruz ve sorularını cevaplıyoruz. Test için uygun zaman dilimindeyseler test odasına alıp işlemlere başlıyoruz. Anonim olarak yapmak için bir kodlama kullanıyoruz. Parmak ucundan aldığımız birkaç damla kanla hızlı/kombo test uyguluyoruz. Sonuçlar 10 ile 20 dakika içerisinde çıkıyor. Sonuçları bildirirken de bir görüşme yapıp tekrar gelmeleri gerekiyorsa bilgilendiriyor, HIV statülerine göre yönlendirme yapıyoruz. Elimizde varsa koruyucu materyallere ulaşmalarını sağlıyoruz. Merkezde ücretsiz ve anonim test yapmak dışında telefon danışmanlığı da veriyoruz.

HTB: Merkezinizden herkes hizmet alabiliyor mu? Hangi gün ve saatlerde hizmetlerinizden yararlanılabiliyor?

AA: Evet, herkes hizmet alabiliyor. On sekiz yaşını doldurmuş bireyler kendileri başvurabiliyorlar; 18 yaşın

altındakiler için yanlarında yasal bir vasi olması kuralı aranıyor. Salı 09:00/20:00, Çarşamba 09:00/17:00 ve Perşembe 09:00/20:00 saatleri arasında hizmet veriyoruz.

HTB: Merkezinize kuruluşundan bu yana halkın ilgisi nasıl? Kuruluşunuzdan bu yana kaç kişiye test uygulandı ve pozitif sonuç sayısı nedir?

AA: Bir kaç sebepten dolayı kesin rakamlar veremeyeceğiz size ne yazık ki. Açıldığımızdan beri 5000 civarında bireye ulaştığımızı ve ortalama olarak 40/50 testte bir pozitif sonuç verdiğimizizi söyleyebiliriz.

HTB: Merkezinizdeki testleri anonim olarak yapıyorsunuz fakat tıpkı diğer GTDM'ler gibi yüksek pozitiflik oranlarına sahipsiniz. Bu merkezlerin Türkiye'deki HIV epidemiyolojisinin anlaşılmasında önemli roller üstlenebileceğini düşünmekteyiz ve test yaptıran kişilere yaşı, cinsiyeti/cinsel yönelimi, seks işçisi olup olmadığı gibi sorulardan oluşan basit ve anonim bir anketle veri toplanması gerektiğine inanıyoruz. Sizce bunu uygulama şansınız var mı?

AA: Epidemiyoloji açısından bunun önemli olduğu konusunda sizlere katılıyoruz. Fakat işleyiş olarak merkezlerde pek mümkün olmadığını düşünüyoruz. Bunun birkaç sebebi var tabii. Öncelikle anonim bir merkez ve kişilerin bize daha rahat ulaşmalarını sağlayan şey de bu güven. Danışmanlık başlangıcında kişilere konuştuklarımızın o odada kalacağına dair verdiğimiz bir güvence var. Görüşmeler sırasında cinsiyet kimliğini konuşmamıza rağmen kayıtlarda biyolojik cinsiyetinin yazılmasını isteyen pek çok birey var. Diğer kurumlarda test yaptırmak yerine bizde yaptırmaya sebepleri ayrımcılığa uğramayacakları, bilgilerinin paylaşılmayacağı, damgalanmayacaklarına dair inanç. Bu güveni oluşturmak için çok çalıştık ve böyle bir anket bunu sarsabilir.

HTB: Diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar için de anonim ve ücretsiz test imkânı sağlıyor musunuz?

AA: Ne yazık ki test yapamıyoruz ama bu konuda da

danışmanlık verip yönlendirmeler yapıyoruz.

HTB: Kurum bünyesinde çalışan personelinizin ya da merkezin hizmet kalitesini arttırmaya yönelik yürüttüğünüz çalışmalar var mıdır?

AA: Biz bu işi gönüllü yapan bir ekibiz. Mümkün olduğunca bütün çalışmalara/çalıştaylara katılmaya çalışıyoruz. Sivil toplum kuruluşları (STK'ler) ile sürekli görüşmeler yapıp neler yapabileceğimizi tartışıyoruz. Ankara içerisinde bir ağ kurulmasını sağladığımız fikrindeyiz. Tedavi için yönlendirebildiğimiz/randevu alabildiğimiz hekimler, sosyal hizmet açısından iletişime geçtiğimiz STK'ler var. Yabancı uyruklu danışanlarımıza İngilizce danışmanlık veren sosyolog arkadaşımızın olmasının yanı sıra Arapça ve Farsça için yardım aldığımız dernekler var. Ayrıca bir süredir gönüllü olarak akran danışmanlığımızı yapan arkadaşlarımız da var.

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

AA: Biz ve bizden sonra açılan bütün GDTM'lerdeki arkadaşlarımız bu işi gönüllü yapıyorlar. İkincil travması yüksek, stresli bir iş yapıyoruz. Çoğu zaman görmezden gelinen merkezleriz. Hepimiz kişisel uğraşlarımızla bu merkezler devam etsin diye çabalıyoruz. Fiziksel şartlarımızın düzeltilmesi, gelişmeler konusunda eğitimler alabilmek, gerekli desteğin sağlanmaması gibi pek çok sorun yaşıyoruz. Koruyucu materyalleri danışanlara ulaştırmak için kişisel çabalar gösteriyoruz.

Bu çabalarımızda yalnız olmadığımızı bilmek bütün merkezlerde çalışan arkadaşlarımıza iyi gelecektir diye düşünüyoruz.

HTB: Teşekkür ederiz. 

Pozitif Köşe

SEVGİ, HIV ve BEN

20 Nisan 2015. Hiç unutamayacağım o tarihi.

Her zamanki gibi işe gitmek üzere erkenden uyandım. Ancak, bu sefer yataktan kalkmam çok zor oldu. Kendimi bitkin ve güçsüz hissediyordum. Zor da olsa yataktan kalkıp giyindim. Gömleğimi giymekte zorlandım çünkü sağ kolumu kaldıramıyordum. Nedenini bilmediğim bir güç kaybı yaşıyordum. İşim, evde kalıp dinlenmeme imkân verecek bir iş dahi değildi. Özel bir kurumda öğretilmişim ve belirli bir saatte işimde, sınıfımda, öğrencilerimin karşısında olmak zorundaydım. Hem öğrencilerimi öğretmensiz bırakamazdım hem de derse girmezsem işimi kaybederdim. Kendimi toparlayıp işe gitmek üzere evden çıktım. Ve yaşadığım kâbuslar o an başladı.

Yolda yürürken bir anda bacaklarımda hissizlik oldu ve yere yığıldım. Kalkmaya çalıştım ama başaramadım, bacaklarım vücudumu kaldıracak kadar güçlü değildi. Kendimdeydim, bilincim yerinde idi ama vücuduma söz geçiremiyor, uzuvlarımı kontrol edemiyordum. Kimse yardıma gelmedi. Bir süre sonra karşı dükkândan yaşlı bir amca “ambulans çağırırım, birazdan gelir” dedi uzaktan. Ve ambulans geldi. Görevliler beni tutup kaldırdılar. Ayakta durabiliyor ve yavaş da olsa yürüyebiliyordum. Görevliler yürüyebildiğimi, bu yüzden de hastaneye götüremeyeceklerini söylediler. Şaşırıyordum. “Evet yürüyorum ama düşünce kendi başıma kalkacak kadar güçlü değilim” diyebilirdim, ama dinlemediler. Bana bir kâğıt uzatıp “ambulansın geldiğine dair şurayı imzalayın” dediler. O an kafam karmakarışıktı. “Neyim vardı da bu kadar güçsüzdüm, neler oluyordu bana böyle?” diye düşünüyordum. Bir an evvel hastaneye gitmek zorundaydım. Uzatılan kâğıdı imzalayıp taksii ile hızla hastaneye yetiştim. Acilde beni yatırıp tetkiklere başladılar. Bu arada sağ kolumdan başlayan güçsüzlük, sağ bacağıma, sol bacağıma ve oradan da sol koluma geçmişti. Bütün vücudumda güç kaybı vardı artık. Bu arada iş yerime haber verdim. Öğrencilerim merak edip hastaneye geldiler. Bir yandan üzülüyor bir yandan da öğrencilerimin bana verdiği değeri, sevgiyi görünce seviniyordum. Ama kafam karmakarışıktı. Neden böyle oldum ben? Akşama doğru bana hastaneye yatmam gerektiğini söylediler. Hemen nöroloji bölümüne yatışım yapıldı. Öğrencilerim bana pijama almışlardı. Onlara gitmelerini söyledim ama gitmek istemiyorlardı. Başımda refakat olarak bir kişinin

kalması konusunda anlaştık. Bu arada yurt dışında yaşayan aileme haber verdik. Gece 15 dakikada bir doktorlar ve hemşireler beni sürekli kontrol ediyorlardı. Kötüleşebileceğimden endişe ediyorlar ve yoğun bakıma alınabileceğimi söylüyorlardı. Sabah oldu. Sürekli gelip benden kan alıyorlar, yeni yeni tetkikler istiyorlardı. Henüz teşhis konamamıştı. İkinci günün akşamında bir kız öğrencim refakat olarak kaldı yanımda. Ailesinden benim için izin almış, ailesi de “öğretmenini yalnız bırakma” demiş. Bunu öğrenince gözyaşlarımı tutamadım. Ve üçüncü gün, nihayet teşhis kondu ve Guillain Barré sendromu olduğum söylendi. Neydi bu? İlk defa duymuştum. Ender görülen bir hastalıkmış. Artık tedaviye başlanabilirdi. İlk sorduğum soru “Tekrar ayağa kalkıp yürüyebilecek miyim?” oldu. Aldığım cevap bana dünyaları geri verdi. “Evet, yürüyebileceksin” dedi doktor. Teşhis konulmuştu ve şimdi tedaviye başlanabilirdi. Hemen bu nörolojik tutulma için tedaviye başlandı. Artık umudum vardı.

Benden hala kan alıyorlardı. O gün öğleden sonra HIV pozitif olduğumu da söylediler. Korkmuştum. Hastaneye başka bir rahatsızlıktan dolayı gitmişken HIV ile yaşadığımı da öğrendim. Daha önce test yaptırmayı hiç düşünmemiştim. Keşke test yaptırsaydım ve daha önce öğrenebilseydim. Bu kar kötü bir tablo ile karşılaşmazdım ve HIV vücuduma daha az zarar vermiş olurdu.

Annem geldi. Guillain Barré için 6 gün boyunca bana IVIG tedavisi uygulandı ve fizik tedavi ve enfeksiyon birimlerine başvurmam söylenerek taburcu edildim. Artık hiçbir şekilde kıvılcıdayamıyor sadece nefes alabiliyordum. İstanbul’da yakınımız olmadığı için memlekete gitmemizin daha mantıklı olacağını düşündük. Annem 75 yaşında. Uçak biletimizi aldık. Havaalanına vardığımızda beni bu şekilde uçağa alamayacaklarını söylediler. Çaresiz kalmıştık. Çaresizliğimizi görevlilere anlattık ve kabul ettiler. Bu arada memlekette akrabalara haber verdik, uçaktan inişte ambulans bekliyordu. Hemen özel bir hastaneye yatışım gerçekleşti ve fizik tedaviye başlandı. Fizyoterapistte HIV pozitif olduğumu söylememin doğru olacağını düşündüm, söyledim. O gün öğleden sonra özel hastaneden taburcu edildim. Yani resmen hastaneden kovuldum. Oradan devlet hastanesine gittik. Saat dördü geçtiği için poliklinikler kapanmıştı. Acile gittik. Ben sedyede idim. Yanımdakilerin

HIV pozitif olduğumu bilmelerini istemiyordum. Acil doktoruna özel bir şey söyleyeceğimi belirtip yaklaşmasını rica ettim. Doktor yaklaşmadı. Ben de “HIV” dedim. Olduğu noktada bağırarak “AIDS misin?” dedi. Beynimden vurulmuşum. Yanımdakiler herkes duymuştu. “Evet” dedim. Acilde bir şey yapamayacağımı, ertesi gün polikliniğe gitmem gerektiğini söyledi. Çaresiz eve döndük. Ailede herkes suskundu. Ertesi gün devlet hastanesi enfeksiyon bölümüne gittik. Oradaki doktor, özel hastanenin kendisini aradığını ve kendisinin de “Hastayı buraya göndermeyin, burada bir şey yapamam” dediğini söyledi. “Tıp fakültesine git” dedi. Kendimi bir mikrop gibi hissettim. Bana yaklaşan herkesi hasta edecek çok kötü bir mikrop. Oradan tekrar eve döndük ve ertesi gün randevu alıp tıp fakültesine gittik. Burada bana yeniden testler yapıldı. HIV RNA sonucumu bekledik. CD4 sayımın 112 olduğunu öğrendim. Aynı zamanda nörosifiliz tanısı da kondu. Belimden bir sıvı aldılar. Tüm bunlar ayakta yapıldı, hastaneye yatırılmadım. Haftada 3 gün sabah hastaneye gidiyor, akşam eve dönüyorduk. Beni battaniyelerle taşıyorlardı. Bazı günler kendimde olamıyordum. HIV RNA sonucunu 1,5 ay sonra öğrenebildim. Bu sürede sadece nörosifiliz için 14 gün hastanede yatarak tedavi gördüm. HIV için RNA sonucu beklendiği için herhangi bir şey yapılmadı. Bu arada Ankara’dan Western blot doğrulama sonucum da geldi, HIV pozitif olduğum kesinleşti. Nihayet 1,5 ay sonra HIV tedavisine başladım, ilaçlarımı almaya başladım. Fizik tedaviye gitmem gerekiyordu. Tıp fakültesinin fizik tedavi bölümüne gittim. Orada sürekli bir rahatsızlığım olup olmadığını sordular. HIV pozitif olduğumu söyledim. Bana, HIV pozitifler için uygun teçhizatlarının olmadığını bu yüzden de beni fizik tedaviye alamayacaklarını söylediler. HIV pozitifler için uygun fizik tedavi teçhizatları nelerdi acaba? HIV pozitifler için özel teçhizatlar mı gerekiyordu ki? Yapabilecek bir şeyim yoktu. Zaten çoğu günler kendimde de değildim. Çaresiz eve döndük. Beni tedavi etmeyeceklerinden korktuğum için başka bir hastanede HIV pozitif olduğumu söylemeden fizik tedavi aldım.

Guillain Barré sendromu için gerekli tedaviyi oldum. Arkasından da uzun bir süre yatağa çakılı kaldıktan sonra fizik tedavi görerek ayağa kalktım. Vücudum tekrar güçlendi ve motor kabiliyetlerimi yeniden kazandım. Beş yıl geçti, yürüyebiliyorum, hatta koşabiliyorum.

Ha HIV mi? O zaten günde 1 tane ilaç ile çok rahat kontrol altına alınabiliyor. Her gün ilacımı alıyorum, sorunsuz normal yaşamıma devam ediyorum.

Korunmasız cinsel ilişki, kan yoluyla ve anneden bebeğe geçtiğini, aynı odada bulunmakla, aynı kaptan yemek ya da içmekle, öpüşmekle, sarılmakla, sohbet etmekle asla başkasına geçmediğini öğrendim.

Hastalık sürecimi gözden geçirdim. İlk aşamada uçağa alınmayışım, özel hastaneden kovuluşum, devlet hastanesi acil serviste yanıma yaklaşmayıp uzaktan “AIDS misin?” diye bağıran doktor, enfeksiyon doktorunun “O hastayı buraya göndermeyin dedim onlara, neden gönderdiler seni buraya?” demesi, tıp fakültesinde fizik tedaviye “HIV’e uygun teçhizatımız yok” denilerek tedaviye alınmamam, tüm bunlar hasta ve kıvıldaıyamaz durumda olan biri için büyük travmalardı.

Tüm yaşadıklarımı değerlendirdiğimde bir şeyi fark ettim. Beni en çok etkileyen şey, HIV pozitif olmam değildi, HIV pozitif olduğumu öğrenen insanların tepkileriydi. Hastalandığım süreçte öğrencilerimin benim için yaptıklarını düşündüm. Öğrencilerimin beni ne kadar çok sevip önemseydiğini gördüm. Bir kız öğrencimin ailesinden izin alarak sabaha kadar başımda beklemesini ömrüm boyunca unutmuyacağım. Artık hayatımı insanlara sevgiyi öğretmeye ve HIV’i anlatmaya adanmışım. Herkese ayırimsız sevgi gösteriyorum, seviyorum ve sevilirim. Sevgi çok güzel şey. Teşekkürler HIV, bu sevginin farkına varmamı sağladığın için.

Akdeniz 

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, uluslar arası alanda bilgisizliğin giderilmesi için yürütülen çalışmalarda kullanılacaktır.

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

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

<http://www.ukcab.net>

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

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

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

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

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


Treatment ‘Passports’ (Tedavi Pasaportları)

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

HTB South (HTB Güney)

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

ARV4IDUs (Damar içi ilaç kullananlar için ARV tedavi)

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

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

HIV Treatment Bulletin

Editör: Simon Collins

Katkıda Bulunan Editör: Polly Clayden

Tıbbi Danışmanlar:

Dr Karen Beckerman, Albert Einstein College of Medicine, NYC

Dr Sanjay Bhagani, Royal Free Hospital, Londra

Paul Blanchard, British School of Osteopathy, Londra

Dr Martin Fisher, Brighton & Sussex University Hospitals

Prof. Diana Gibb, Medical Research Council, Londra

Gregg Gonsalves, International Treatment Preparedness Coalition (ITPC)

Dr Gareth Hardy, Case Western Reserve University Cleveland

Dr Saye Khoo, University of Liverpool Hospital

Prof. Clive Loveday, International Laboratory Virology Centre

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

Dr Graeme Moyle, Chelsea & Westminster Hospital, Londra

Dr Stefan Mauss, Düsseldorf

Prof Caroline Sabin, UCL Medical School, Londra

Dr Graham P Taylor, Imperial College, Londra

Dr Stephen Taylor, Birmingham Heartlands Hospital

Dr Gareth Tudor-Williams, Imperial College, London

Dr Edmund Wilkins, Manchester General Hospital, Manchester



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

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

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