

hiv + tedavi bülteni

türkiye Ağustos 2023 sayı:2

EDİTÖRDEN	03	MAYMUNÇIÇEĞİ	12
KONFERANS RAPORLARI	04	+ Temas öncesi profilaksi kullanan ve maymunçiçeği ile yeniden enfekte olan HIV negatif olgularda atovakon, meflokin ve molnupiravir ilaçlarının olası tedaviler olarak değerlendirilmesi	
30. Retrovirüsler ve Fırsatçı Enfeksiyonlar Konferansı 19-22 Şubat 2023 Seattle, Amerika Birleşik Devletleri	04	ANTİRETROVİRALER	14
Şifaya ilişkin çalışmalar		+ Antiretroviral tedavi yaşam beklentisini CD4+ T lenfosit sayısını, cinsiyet ve tedaviye başlanan tarihe göre 30 ila 40 yıl artırmaktadır	
+ Uzun vadeli antiretroviral tedavi sırasında viral rezervuarda artış oluyor: şifa için yeni stratejiler		ŞİFAYA İLİŞKİN ÇALIŞMALAR	15
İngiliz HIV Birliği (BHIVA) Bahar Konferansı 24-26 Nisan 2023 Gateshead, İngiltere	05	+ HIV enfeksiyonundan şifa ile iyileşen 3., 4. ve 5. hastalar ile ilgili gelişmeler: Düsseldorf vakası yayımlandı, City of Hope hastası kamuya açık bir röportaj verdi, New York vakası yayımlandı	
Yan etkiler		TÜRKİYE'DEN SAYFALAR	17
+ Antiretroviral tedavi, entegraz inhibitörleri ve vücut ağırlığı konusunun gözden geçirilmesi		+ Söyleşi	
KOENFEKSİYONLAR VE KOMPLİKASYONLAR	09	+ Pozitif Köşe	
+ Uluslararası HIV REPRIEVE çalışmasında, HIV ile yaşayan bireylerde statinlerin kalp hastalığını %35 oranında azalttığı gösterilmiştir		I-BASE YAYINLARI	23
+ Santral sinir sistemine geçen antiretroviral ilaçların HIV ile ilişkili nörobilişsel yetersizlik açısından bir yararı yok			
KILAVUZLAR	11		
+ 2023 BHIVA kılavuzu, kardiyovasküler risk değerlendirilmesinde değişiklik yaptı			
+ HIV ile yaşayan kişilerde bilişsel yetersizlik konusunda yeni kılavuz			

hiv +tedavi bülteni

türkiye Ağustos 2023 sayı:2

ISSN 2757 - 9638

Editör

Deniz Gökengin

Yardımcı Editör

Arzu Nazlı

Türkiye'den Sayfalar Editörü

Çiğdem Şimşek

Sahibi ve Sorumlu Müdürü

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

EGEHAUM yayınıdır.

Yılda üç sayı yayınlanır.

Yayın Türü

Yaygın Süreli

İletişim Adresi

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

Yayıncı

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

Tasarım ve Dizgi

Can Dereli

Yayın Kurulu

Ateş Kara, Hacettepe Üniversitesi, Ankara

Arda Karapınar, Kırmızı Kurdele İstanbul, İstanbul

Arzu Nazlı, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir

Çiğdem Şimşek, Pozitif-İz Derneği, İstanbul

Başak Dokuzoğuz, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Numune Eğitim
ve Araştırma Hastanesi

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

Firdevs Aktaş, Gazi Üniversitesi, Ankara

Serhat Ünal, Hacettepe Üniversitesi, Ankara

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

Volkan Korten, Marmara Üniversitesi, İstanbul

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

HIV Tedavi Bülteni-Türkiye, HIV i-Base
tarafından aylık olarak yayımlanan HIV
Treatment Bulletin'dan çevirileri ve
Türkiye'den HIV ile ilişkili haber, bilgi ve
yayımları kapsayan, yılda üç kez 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
tarafları eğitime konusunda 25 yıllık bir
deneyime sahiptir.

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, 2023 yılının ikinci sayısını değerli görüşlerinize sunuyorum.

Her zaman olduğu gibi bu sayımızda da, HIV alanında ses getiren ve ilginizi çekeceğini düşündüğüm bir dizi yayının özetini sizlere sunmaktan mutluluk duyuyorum. Özellikle yakın zamanda yayımlanmış ve önemli ölçüde ses getirmiş olan, statinlerin kardiyovasküler riski önemli ölçüde azalttığına dair yayının ilginizi çekeceğini düşünüyorum. Kabotegravirin etkinliğini azaltacak mutasyonlara sahip olan A6 kökeninin Avrupa'daki yayılımını özetleyen makale ve antiretroviral tedavinin, CD4+ T lenfosit sayısı, yaş ve cinsiyetle bağlantılı şekilde yaşam beklentisini dikkati çekecek ölçüde artırdığına dair yayını özetleyen makale de bu sayıya damgasını vuranlar arasında yer alıyor. Ayrıca bu sayımızda, son yıllarda HIV ile yaşayan kişilerin takibinde ciddi sorun oluşturmaya başlamış olan şişmanlık ile antiretroviraller arasındaki ilişkiyi inceleyen makalelerin ayrıntılı bir özetini bulacaksınız. Biri bilişsel yetersizliğin değerlendirilmesi, diğeri de kardiyovasküler riskin ölçülmesi ile ilgili iki ayrı kılavuz güncellemesi de yine bu sayımızın içerikleri arasında yer alıyor.

Türkiye'den Sayfalar bölümünün Söyleşi köşesinde, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk

Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi Doçent Doktor Asya Banu Babaoğlu 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 Çiğdem Şimşek'e, dergiyi yayına hazırlayan Prodo Danışmanlık Eğitim İletişim ve Hadi Sağın'a ve derginin tasarımını yapan Can Dereli'ye yürekten teşekkürlerimi sunarım.

Saygılarımla

Prof. Dr. Deniz Gökengin

Editör

30. Retrovirüsler ve Fırsatçı Enfeksiyonlar Konferansı 30th Retroviruses and Opportunistic Infections Conference-CROI 19-22 Şubat 2023 Seattle, Amerika Birleşik Devletleri

Şifaya ilişkin çalışmalar

Uzun vadeli antiretroviral tedavi sırasında viral rezervuarda artış oluyor: şifa için yeni stratejiler

Simon Collins, HIV i-Base

19-22 Şubat 2023 tarihlerinde Amerika Birleşik Devletleri'nin Seattle kentinde düzenlenen 30. Retrovirüsler ve Fırsatçı Enfeksiyonlar Konferansı (Retroviruses and Opportunistic Infections Conference-CROI) 2023'de Johns Hopkins Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden Janet Siciliano, verdiği mükemmel konferansta, son 25 yıl içinde viral rezervuara ilişkin bilgilerimizin nasıl geliştiğini gözden geçirmiştir.

Latent olarak enfekte olmuş, uzun yaşam süresine sahip ve istirahat halindeki hücrelerden oluşan bu rezidüel havuz, antiretroviral tedavinin erken dönemlerinde keşfedilmiştir. Viral rezervuar, antiretroviral tedavinin, virüsü eradike etmesini önler ve HIV'in şifa ile sonlanmasının önündeki önemli engellerden biridir.

Bu hücreler, aktive olmadan klonal genişleme yoluyla çoğalabilirler ve antiretroviral ilaçlardan etkilenmezler. Ancak antiretroviral tedavi kesildiği takdirde hızla aktive olup, viral geri tepmeye neden olurlar. Viral rezervuar, kişi HIV ile enfekte olduktan sonraki ilk birkaç hafta içinde oluşmaktadır.


Yakın zamana değin, niceliksel viral çoğaltma deneyini kullanarak rezervuarın boyutunu ölçen araştırmacılar baskılayıcı antiretroviral tedavi altında rezervuarın, yıllar içinde 3.7 yıllık bir yarılanma ömrü ile düzenli olarak azaldığını göstermişlerdir. 2023 yılına ait yeni veriler, bu azalışın sonsuza kadar devam etmediğini, hatta hücre çoğalmasına bağlı olarak

hafifçe arttığını ortaya koymuştur. [2]

Bu durumda rezervuarın dinamik bir değişim durumu sergilediği söylenebilir. Zaman içinde, defektif (internal delesyonlara ve hipermutasyonlara bağlı) HIV partiküllerini barındıran klonal olarak benzer hücreler, rezervuarda çoğunluğu ele geçirir. Bu tek veya birden çok klonlar, antijene yanıt olarak çoğalabilir ve böylece viral yükün düşük düzeyde pozitifleşmesine neden olabilir. Bu durumda, antiretroviral tedavinin değiştirilmesi veya güçlendirilmesi viral yükü baskılamayacaktır.

Ancak, uzun süredir antiretroviral kullanan ve viral yükü baskılanmış kişilerde, 20 yıl sonra bile replikasyon yeteneği olan virüsleri taşıyan az sayıda hücre bulunmaya devam etmektedir. İşte filojenetik açıdan farklılık sergileyen ve viral rezervuarın %1'ini oluşturan bu minör varyantlar, antiretroviral tedavi kesildiğinde viral geri tepmeye neden olurlar. Bu varyantların viral çoğaltma deneyinde tespit edilmesi mümkün değildir.

Bu yeni verilere ilişkin en iyimser yorum, HIV'in şifa ile sonlanması için viral rezervuarın tümünü aktive etmektense, sadece viral yükün geri tepmesinden sorumlu olan bu hücre alt kümesini hedeflemeyi mümkün kılma ihtimalidir.

Antiretroviral tedavi olmaksızın viral geri tepmeyi önemli ölçüde geciktirmek ya da bağışık temelli stratejilerle kontrol altında tutulabilecek seviyeye indirmek için, 10×10^9 log hücre boyutunda olduğu tahmin edilen rezervuarın, $>5-6$ log düzeyinde azaltılması gerekecektir. Sadece 1-2 log düzeyindeki azalmalar viral geri tepmenin ancak birkaç hafta geciktirilmesini sağlamaktadır. [3] 

Kaynaklar

Başka türlü belirtilmedikçe kaynaklar, 30. Retrovirüsler ve Fırsatçı Enfeksiyonlar Konferansı (19-22 Şubat 2023, Seattle-hibrid, ABD) Program ve Özet Kitabı'ndan alınmıştır.

1. Siliciano JM. HIV reservoirs: obstacles to a cure. CROI 2023. Sözlü sunum özeti 25.
<https://www.croiwebcasts.org/console/player/51661>
 2. McMyn MF et al. Persistence of inducible replication-competent HIV-1 after long-term ART. CROI 2023. Poster 396.
<https://www.croiconference.org/abstract/persistence-of-inducible-replication-competent-hiv-1-after-long-term-art/>
 3. Peluso MJ et al. rebound dynamics following immunotherapy with an HIV vaccine, TLR9 agonist, and bNAbs. CROI 2023. Poster 435.
<https://www.croiconference.org/abstract/rebound-dynamics-following-immunotherapy-with-an-hiv-vaccine-tlr9-agonist-and-bnabs/>
- Diğer web sitelerinin bağlantıları yayın tarihinde güncel olsa da sürdürülmeyebilir.

KONFERANS RAPORLARI

İngiliz HIV Birliği (BHIVA) Bahar Konferansı British HIV Association-BHIVA Spring Conference 24-26 Nisan 2023 Gateshead, İngiltere

Yan etkiler

Antiretroviral tedavi, entegraz inhibitörleri ve vücut ağırlığı konusunun gözden geçirilmesi

Kirk Taylor, HIV i-Base

24-26 Nisan 2023 tarihlerinde İngiltere'nin Gateshead kentinde düzenlenen British HIV Association (BHIVA) Konferansı'nda, Sidney St. Vincent Hastanesi'nden Profesör Andrew Carr beden ağırlığındaki artış ve antiretroviraller arasındaki ilişkinin ayrıntılı bir özetini sunmuştur. [1]

Sunumda hem tenofovir disoproksil fumarat (TDF) hem de efavirenz (EFV) ile beden ağırlığının azaldığı, buna karşılık tenofovir alafenamit (TAF), dolutegravir (DTG) ve biktogravir (BIC) ile ağırlığın arttığı belirtilmiştir.

Ağırlık artışının yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin yanı sıra, beden kitle endeksindeki her 5 kg/m² artışın, ölüm riskinde %30 yükselme gibi bir klinik etkisi olmaktadır. Bu etki yaştan, cinsiyetten veya coğrafi bölgeden bağımsızdır. Beden kitle endeksindeki 5 kg/m² artış için, ortalama ağırlıktaki bir Avustralyalı erkeğin ağırlığını 15 kg artırması gerekmektedir. Ağırlıktaki, antiretroviral tedaviye bağlı olduğu düşünülen artış 2 kg ile 10 kg arasındadır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) istatistiklerine göre, 1975 ile 2016 arasında, tüm dünyada obezitenin (beden kitle endeksi-BKE >30 kg/m²) yaygınlığı üç kat

artmış, daha sonra %13 düzeyinde sabitlenmiştir. Obezite sıklığının %30'un üzerinde olduğu yedi ülke bulunmaktadır; bunların arasında İngiltere ve Amerika Birleşik Devletleri (ABD) de yer almaktadır. ABD'de yetişkinlerin %40'ının obez olduğu tahmin edilmektedir. Sınırlı verilere dayanılarak yapılan tahminlere göre HIV ile yaşayan kişilerde ise obezite sıklığı %15 ile %39 arasındadır. Oranların çok farklı olması, bu konuda daha kapsamlı araştırmalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Beden ağırlığının fazla olması kardiyovasküler hastalık (KVH), hipertansiyon, tip-2 diyabet, çoklu kanserler, uyku apnesi ve yağlı karaciğer hastalığı gibi eşlik eden hastalıkların riskini artırmaktadır.

Profesör Carr, antiretroviral tedavi (ART) ile eşlik eden hastalıkların birbiriyle ilişkili olduğunu söyleyebilmek için 4 ila 18 yıllık bir gecikme olduğunu dikkat çekmiştir ve ilk ilişkilendirmenin her zaman doğru olmadığını vurgulamıştır. Örneğin, miyokard enfarktüsü ile abakavir (ABC) kullanımı arasındaki ilişkinin gösterilmesi 10 yıl, TDF ile ilişkili ağırlık kaybının tespiti 18 yıl ve DTG ile ilişkili ağırlık artışının tespiti ise altı yıl sürmüştür. Lipoatrofi başlangıçta proteaz inhibitörü (PI) grubu ile ilişkilendirilmiş, ancak bu durumun aslında zidovudin (AZT) ve stavudin (d4T) gibi timidin analoglarından kaynaklandığı beş yıl sonra gösterilmiştir.

Antiretroviral tedavi ve beden ağırlığında artış konusunda yapılmış araştırmalardan kanıtlar

Konuşmada, beden ağırlığındaki değişikliklerin incelendiği çeşitli çalışmalar gözden geçirilmiştir.

+ START çalışmasında, viral yükü <3000 kopya/mL olan ve TDF- EFV tedavisine hemen başlanan kişilerin beden ağırlığında azalma olduğu bildirilmiştir. Başlangıçtaki viral yükü daha yüksek olanlarda ise, beklenenin aksine, sağlığın geri kazanılmasıyla birlikte beden ağırlığında herhangi bir değişiklik olmamıştır.

+ NA-ACCORD çalışmasının altıncı yıl sonuçlarında, entegraz içik transfer inhibitörleri (INSTI) (+5,9 kg, s=4093), proteaz inhibitörleri (+5,5 kg, s=7063) ve nonnükleozit revers transkriptaz inhibitörleri (NNRTI) (+3,7 kg, s=1071) kullanan kişilerde beden ağırlığının arttığı bildirilmiştir. Ağırlık artışının çoğu ilk iki yıl içinde gerçekleşmiş ve ardından ABD toplumunun genel ortalaması (+0,5 ile 1,0 kg/yıl) ile uyumlu şekilde devam etmiştir.

+ Gilead, yürüttüğü çalışmalarda beden ağırlığındaki artışı gözden geçirmiş ve ağırlık artışı için olasılık oranı (OO) değerlerini bildirmiştir. Efavirenze göre BIC veya DTG kullanımı ile OO 1,82, EFV'ye göre rilpivirin (RPV) kullanımı ile OO 1,57, ABC'ye göre TAF kullanımı ile OO 1,90, TDF'ye göre TAF kullanımı ile OO 1,47 bulunmuştur. Başlangıçtaki CD4+T lenfosit sayısının <200 hücre/mm³ olmasının (OO 4,36), başlangıçtaki RNA düzeyinin >100.000 kopya/mL olmasının (OO 4,98), başlangıçtaki BKE'nin >25 kg/m² olmasının (OO 1,54), kadın cinsiyetin (OO 1,54) ve siyah etnik kökenin (OO 1,32), ağırlık artışı olasılığını arttırdığı (OO ≥1,66) gösterilmiştir.

+ ADVANCE çalışmasında, kadınlarda ağırlık artışının erkeklere göre daha fazla olduğu bildirilmiştir. Bu etki, TAF kullananlarda, TDF kullananlara göre daha belirgindir. Ayrıca DTG kullananlarda ağırlık artışının, EFV kullananlara göre daha fazla olduğu saptanmış, ancak bu farkın, yalnızca EFV'yi yavaş metabolize edenler arasında görüldüğü belirtilmiştir. Ağırlık artışının devam edip etmeyeceği veya yaklaşık üç yıl sonra belli bir seviyede kalıp kalmayacağı henüz bilinmemektedir. ADVANCE çalışmasının ağırlık artışını belirlemekteki önemine binaen Dr. Carr, çalışmanın Güney Afrika'dan elde edilmiş iki büyük veri setinde, ortalama ağırlığın üç yıl sonra genel ortalama ağırlığa geri döndüğünü göstermiştir. Genel toplum çalışmalarında kadınlarda BKE'nin, erkeklerdekine göre yaklaşık 5 kg/m² daha fazla olduğu da bildirilmiştir.

+ IMPAACT/VESTED çalışması büyük ölçüde Uganda, Güney Afrika ve Zimbabve'de yürütülmüştür. Gebelik sırasında DTG/TAF kullanan kişilerde beklenen düzeye (+0,42 kg/hafta) yakın bir ağırlık artışı (+0,38 kg/hafta), EFV/TDF kullananlarda ise beklenenden daha az bir ağırlık artışı (+0,29 kg/hafta) olduğu bildirilmiştir. Ağırlık artışının beklenenden az olduğu kişilerde, gebelikte istenmeyen sonuçların daha fazla ve doğan bebeklerin daha küçük olduğu belirlenmiştir.

+ OPERA çalışmasında, TDF'den TAF'a geçildikten sonraki ilk dokuz ay boyunca ağırlığın yaklaşık 2 kg kadar arttığı, ardından beş yıl boyunca ağırlığın, geçişten önceki döneme benzer şekilde sabit bir artış sergilediği görülmüştür. İlk dokuz aydaki ağırlık artışı INSTI grubu ilaçlara geçenlerde 2,64 kg, NNRTI grubuna geçenlerde 2,25 kg ve PI grubuna geçenlerde 1,98 kg olmuştur. Bunu izleyen dönemde ağırlık sabit artış gösterdiğinden, bu durumun, devamlılık arzemediği düşünülmüştür.

+ STEAL çalışmasında, abakavir içeren NRTI grubu ilaçlara geçiş yapanlarda ağırlığın, TDF'ye geçiş yapanlara göre yaklaşık 1 kg daha fazla olduğu bildirilmiştir.

+ TANGO çalışmasında, TAF'tan DTG'ye geçen kişilerde de benzer şekilde, geçiş yapıldıktan üç yıl sonra ağırlık artışında herhangi bir değişiklik olmadığı saptanmıştır.

+ NEAT022 çalışmasında, bir PI'dan DTG'ye hemen geçen kişilerde, geçişten bir yıl sonra beden ağırlıklığının, geçiş yapmayanlara göre daha fazla (+0,56 kg) arttığı bildirilmiştir. Bununla birlikte, bu verilerde büyük farklılıklar olduğu ve bazı kişilerin ağırlığının diğerlerinden daha fazla arttığı tespit edilmiştir. Çalışmanın ikinci yılda, DTG'ye geçişin ertelendiği grupta, geçiş yapıldıktan sonra ağırlığın, önceki gruptakine benzer şekilde arttığı görülmüştür.

Antiretroviral tedavinin ağırlık artışı üzerindeki etkisini değerlendirirken, tedavinin tek bileşeninin değiştirildiği bireysel çalışmalardan daha fazla bilgi edinilmektedir. Bu veriler, elvitegravir (EVG)'den BIC'ye, EFV'den RPV'ye veya ABC/TDF'den TAF'a geçiş yapılması durumunda, ağırlıkta küçük bir artış olabileceğini göstermiştir. DTG'den BIC'ye geçildiğinde ise ağırlığın değişmediği görülmüştür.

HIV negatif kişilerde temas öncesi profilaksi (TÖP) çalışmalarından elde edilen veriler

Temas sonrası profilaksi çalışmaları, HIV ile ilişkili faktörler olmadan ART'nin ağırlık artışı üzerindeki doğrudan etkisini inceleme fırsatını sunmaktadır.

Bir yıl boyunca kabotegravir (CAB) kullananlarda ağırlık artışının, TDF-FTC kullananlara göre daha yüksek [sırasıyla +1,3 kg ve +0,3 kg (p<0,001)] olduğu tespit edilmiştir. Kabotegravir ile plasebo karşılaştırıldığında herhangi bir farkın bulunmaması, TDF'den kaynaklanan ağırlık kaybının, kabotegravirin neden olduğu artıştan daha olası olduğunu göstermektedir.

iPrEX çalışmasında TDF kullanan katılımcılarda, başlangıçta ağırlığın 0,8 kg azaldığı, ikinci yılın sonunda ise normal seviyeye geri döndüğü gözlenmiştir. Aksine, DISCOVER çalışmasında, TAF veya TDF alan katılımcılarda beden ağırlığı iki yıl içinde sırasıyla 1,7 kg ve 0,5 kg artmıştır.

Eşlik eden hastalıklar ve entegraz ipçik transfer inhibitörleri

RESPOND çalışmasında, 100 kişi yılı başına hipertansiyon sıklığının %12,6 olduğu gösterilmiştir. Hipertansiyon sıklığı INSTI grubu ilaçları kullananlarda, NNRTI grubunu kullananlara göre daha yüksek, PI grubunu kullananlardaki ile benzer bulunmuştur.

HIV ile yaşayan kişilerde non-alkolik yağlı karaciğer hastalığı insidansının, diyabeti olanlarda (olasılıklar oranı-OO 4,7), BKE yüksek olanlarda (OO 2,1) ve kadınlarda (OO 7,3) diğer gruplardakine göre daha yüksek olduğu, INSTI kullanımının ise insidans üzerinde etkisi olmadığı (OO 0,8) gösterilmiştir.

Non-alkolik karaciğer hastalığında fibroza ilerleme riski kadınlarda erkeklere göre daha yüksek (OO 7,3) saptanmıştır. Beden ağırlığının aşırı artışı, diyabet insidansını arttırmaktadır ve bu durum, DTG veya EVG kullanan kişilerde daha sık görülmüştür.

İstatistiksel uyarlama yapılmamış veriler, INSTI kullananlarda, ilk üç yılda KVH riskinin arttığını ortaya koymuştur. Ancak veriler diğer etkenlere göre uyarlandığında, riskin ilk altı ayda zirveye çıktığı ve INSTI temelli tedaviye başlayan kişilerin başlangıçtaki KVH riskinin daha yüksek olduğu gözlenmiştir. İsviçre kohortu çalışmasında, miyokard enfarktüsü riski INSTI kullananlarda %34,3, diğer rejimleri kullananlarda ise %65,7 saptanmıştır. Bu büyük kohortta (s=5362) European AIDS Clinical Society (EACS) kılavuzunun güncel önerilerine göre 2013'den bu yana INSTI temelli rejim başlanmış kişilerin üçte biri bulunmaktadır.

ATHENA kohortu çalışmasında, PI dönemindeki KVH riskinin büyük ölçüde bu ilaçların metabolik etkilerinden kaynaklandığı gösterilmiştir. Dr. Carr,

INSTI grubu ilaçların PI grubu ilaçlarla benzer metabolik etkilere sahip olmaması nedeniyle, INSTI alan kişiler için KVH riskinin temel olarak geleneksel faktörlerden (sigara kullanma ve hipertansiyon gibi) kaynaklandığını düşündüğünü belirtmiştir.

Beden ağırlığının azaltılması ile ilgili yaklaşımlar

Birinci basamak sağlık hizmetinde, beden ağırlığının azaltılması için en etkili strateji, kalorinin kısıtlanması ve fiziksel aktivitenin artırılmasıdır.

Zaten ağırlığı fazla veya obez olan HIV ile yaşayan kişilerde ayrıca aşağıdaki yaklaşımların dikkate alınması önerilir: (i) INSTI veya TAF'tan diğer ART'lere geçiş yapılması, (ii) beden ağırlığını azaltacak ilaçların kullanılması (örneğin GLP-1 agonistleri) veya (iii) kişinin bariyatrik cerrahiye uygunluğunun değerlendirilmesi (şu anda yalnızca sınırlı vaka raporlarıyla desteklenmektedir). Eşlik eden durumlar için kullanılan ilaçların (örneğin antipsikotikler ve steroidler) gözden geçirilmesi de yardımcı olabilmektedir. GLP-1 agonistleri ile ağırlıkta önemli azalmalar (bir yıl sonra %12) olduğu bildirilmiştir; ancak ilaç bırakıldıktan sonra ağırlık çoğunlukla başlangıçtaki seviyesine dönmüştür.

BIC/FTC/TAF'tan doravirin/islatravir (DOR/ISL) rejimine geçilen randomize plasebo kontrollü bir çalışmada, bir yıl sonra ağırlıkta anlamlı bir artış olmadığı bildirilmiştir (+0,3 kg, p=0,39). SOLAR çalışmasında, BIC/FTC/TAF'tan CAB+RPV'nin uzun etkili enjeksiyonlarına geçilmesinden bir yıl sonra anlamlı bir ağırlık artışı olmamıştır. SOLAR çalışmasındaki katılımcıların ağırlıklarının başlangıçta da fazla olmaması ve BIC/FTC/TAF kullanımını sırasında da ağırlığın değişmemiş olduğu dikkate alınmalıdır.

Plasebo kontrollü bir çalışmada, haftada bir kez uygulanan bir GLP-1 agonisti (örneğin semaglutid) ile bir yıl içinde beden ağırlığı %12 oranında azalmış, diyabet ve KVH insidansının da düştüğü bildirilmiştir. Semaglutidin, HIV ile yaşayan obez kişilerde kullanımı ile ilgili çalışmalar devam etmektedir.

Bu sonuçlar ne anlama gelmektedir?

Bu verilerle, beden ağırlığı 86 kg ve BKE 27,8 kg/m² olan Avustralyalı bir erkek örneği kullanılarak ART ile ilişkili ağırlık artışının bir modellenmesi yapılmıştır.

Bu modellemede, ağırlığın her 15 kg artışıyla, BKE 5 kg/m² düzeyine yükselmiş ve ölüm riski %30 artmıştır. INSTI grubu ilaçlar veya TAF ile beklenen ağırlık artışı 2 kg ile 10 kg arasındadır ve bu artış,

BKE'de küçük çaplı artışlara neden olarak morbiditeyi artırabilir. Bununla birlikte, Avustralyalı erkekler HIV ile yaşayan kişileri yeterince temsil eden bir örnek değildir. Özellikle ADVANCE çalışmasında, ağırlıktaki artışın Afrikalı kadınlarda daha fazla görüldüğü bildirilmiştir.

Beden ağırlığındaki artış genellikle çok fazla değildir; ancak bazı istisnai kişilerde ve bazı alt gruplarda obezite olmadan bile ağırlık artışının eşlikçi hastalıkların ortaya çıkışını ve ölümleri arttırabildiği bildirilmiştir. INSTI temelli tedaviye başlandıktan sonra beden ağırlığında gözlenen artış, ART'nin değiştirilmesi veya TÖP kullanma ile karşılaştırıldığında daha büyüktür; bu, sağlıklı olmaya dönüş durumunun bir yansıması olabilir.


TDF ve EFV ile beden ağırlığının azaldığı, TAF, DTG ve BIC kullanımında ise ağırlığın arttığı belirtilmektedir. INSTI grubundaki diğer ilaçların (örneğin CAB) beden ağırlığında artışa neden olduğuna dair bir kanıt yoktur; ancak bu çalışmalarda, kontrol gruplarında genellikle DTG kullanılmış olduğu dikkate alınmalıdır.

Tenofovirin plazmada yüksek seviyelerde bulunması yağ kaybına neden olurken, düşük seviyede olmasının beden ağırlığını hangi mekanizma ile artırdığı hala açıklanmamıştır. Beden ağırlığının azaltılmasında ve kardiyovasküler hastalıkların önlenmesinde ve

tedavisinde geleneksel yöntemlerin kullanılması, INSTI grubu bir ilaca veya TAF dışında bir ilaca geçmekten daha etkilidir; ancak bu yaklaşımların her ikisi birlikte yapılırsa ek katkı sağlanması mümkündür.

Konuşmada, beden ağırlığında, ART tarafından indüklenen değişikliklerin, steroid ve antipsikotik kullanımı sırasında ve gebelik sonrasında olduğu gibi, geri dönüşümsüz olabileceği de belirtilmiştir.

Konuşmanın soru-cevap bölümünde, beden ağırlığında TAF'a bağlı artışın, daha önce kullanılmış olan ilaçlardan (örneğin TDF veya EFV) kaynaklanıp kaynaklanmadığı tartışılmıştır. Bu soruyu cevaplamak için, INSTI grubundan bir ilacı veya TAF'ı TDF içermeyen bir ART rejimine ekleyen bir çalışmadan elde edilebilecek veriler faydalı olabilirse de, bu tür kombinasyonları kullanan kişi sayısı hayli azdır. Bu yaklaşımın ve bu alandaki plasebo kontrollü çalışmaların da etik sorunları olacaktır.

Hâlihazırda, ağırlık artışını açıklayan bir mekanizma bulunmamaktadır; ancak TÖP konulu çalışmalarda, katılımcıların %5'inin mide bulantısı nedeniyle çalışmadan çekildiği göz önüne alındığında, INSTI grubu ilaçların mitokondri ve metabolizma değişiklikleri üzerinde bir etkisi olduğu düşünülebilir. Bununla birlikte, mekanizmaya ilişkin çalışmalar sınırlı sayıda ve ana nedenler bilinmemektedir. 

Yorum

Bu ayrıntılı incelemede, farklı çalışma tasarımlarından farklı popülasyonlardan elde edilen sonuçları yorumlamanın ne kadar zor olduğu vurgulanmıştır. Bununla birlikte, beden ağırlığı en çok artanların klinik sonuçlarının daha anlamlı olduğu ve ortalama değişiklikler rapor edilirken, bu kişilerin genellikle gözden kaçırıldığı, ortak bir kanaattir.

Örneğin, ADVANCE çalışmasında bazı ilaçların beden ağırlığını artırdığı, bazılarının da azalttığı bildirilmiştir; ancak bu veriler, Güney Afrika'nın genel nüfus veri setlerinde beklenen ağırlık düzeyleri ile karşılaştırıldığında önemli bir fark görülmemiştir. ADVANCE çalışmasında farklı ART bileşenlerine bağlı olduğu düşünülen değişiklikler, randomize çalışma tasarımı tarafından desteklenmektedir.

Diyet ve egzersiz (ideal olan her ikisinin birlikte uygulanmasıdır) şu anda ağırlığı azaltmanın birinci basamak yöntemi olmakla birlikte, bu, gerçekleştirilebilir hedeflere dayanmalı ve profesyonel olarak desteklenmelidir. [2] Ancak, davranış değişikliğini uzun süre sürdürmek zor olabilir ve bunu her ortamda başarmak mümkün olmayabilir. Dünya Sağlık Örgütü'nün, 121 çalışmayı kapsayan ve 20.000'den fazla katılımcıyı içeren bir analizine göre, diyetle dayalı müdahalelerle 12 ay içinde ağırlık ortalama 3 kg düzeyinde azalmaktadır. Buna egzersiz eklendiğinde çok daha etkili sonuçlar alınabilir.

Bu nedenle, ART'in ağırlık artışı üzerindeki etkisinin net bir şekilde anlaşılması, bu durumdan en çok etkilenen kişilere özgü seçenekleri belirlemek açısından önemlidir.

Kaynaklar

1. Carr A. Longer-term safety of integrase inhibitors. BHIVA Spring Conference 2023 (BHIVA 2023), 24-26 Nisan 2023, Gateshead. <https://www.bhiva.org/file/645ba42e50868/Andrew-Carr.pdf> (PDF slaytları) <https://vimeo.com/823052252> (webcast)
2. Collins S. Weight changes on ART and how to lose weight successfully. HTB (1 Haziran 2021). <https://i-base.info/htb/40717>

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

Uluslararası HIV REPRIEVE çalışmasında, HIV ile yaşayan bireylerde statinlerin kalp hastalığını %35 oranında azalttığı gösterilmiştir

Simon Collins, HIV i-Base

HIV ile yaşayan bireylerde statin tedavisi ile ilgili en geniş çaplı randomize kontrollü çalışmada, statin tedavisinin faydalarının beklenenden daha erken ortaya çıktığı gösterilmiş ve bu nedenle çalışmadaki tüm katılımcılara statin önerilmiştir. [1, 2]

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) tarafından desteklenen, uluslararası REPRIEVE çalışmasında (NCT02344290), 7.750'den fazla katılımcı, günde 4 mg ağızdan pitavastatin kalsiyum veya plasebo alacak şekilde randomize edilmiştir. Çalışmaya dâhil edilme ölçütleri, 40 ila 75 yaş arasında, antiretroviral tedavi kullanan ve CD4+ T lenfosit sayısını >100 hücre/mm³ olan HIV pozitif kişiler olarak belirlenmiştir.

Bir diğer ölçüt de, katılımcıların, rutin olarak statin önerilmeyen, düşük ila orta dereceli kardiyovasküler risk taşıyan kişiler olması şeklinde tanımlanmıştır. Düşük ila orta dereceli kardiyovasküler risk tanımı, ciddi kardiyovasküler olayların 10 yıl içinde gelişme riskinin %10'dan daha az olmasını ifade etmektedir. Çalışmada, pitavastatinin, diğer statinlerle benzer lipit düşürücü ve yangı karşıtı etkisinin olması ve diğer statinlerden daha az ilaç etkileşimi bulunması nedeniyle tercih edildiği belirtilmiştir.

Yorum

Genel toplumda yapılan üç büyük randomize kontrollü çalışmanın meta-analizinde ve bununla ilgili editör yorumunda, statin alan bireylerde CRP ile ölçülen immün yangının kardiyovasküler hastalık için bir risk faktörü olduğunun bildirilmiş olması, HIV bağlamında dikkate değer önemli bir noktadır. [5, 6]


Kaynaklar

1. NIH basın bildirisi. Daily statin reduces the risk of cardiovascular disease in people living with HIV large NIH study finds. (11 Nisan 2023). <https://www.nih.gov/news-events/news-releases/daily-statin-reduces-risk-cardiovascular-disease-people-living-hiv-large-nih-study-finds>
 2. Randomized Trial to Prevent Vascular Events in HIV (REPRIEVE) çalışma web sitesi. <https://www.reprievetrial.org/>
 3. Kileel E et al. Changes in body mass index with integrase inhibitor use in REPRIEVE. CROI 2023. Poster özeti 706. <https://www.croiconference.org/abstract/changes-in-body-mass-index-with-integrase-inhibitor-use-in-repriev/>
 4. MHRA. Pitavastatin (Livazo). Summary of product characteristics (SPC) https://products.mhra.gov.uk/substance/?substance=PITAVASTATIN_CALCIIUM (yüklenen sayfa) <https://mhraproducts4853.blob.core.windows.net/docs/ffa93e31acfb534017d60ac65977dda995cde568> (doğrudan PDF)
 5. Tardif J-C and Samuel M. Inflammation contributes to cardiovascular risk in patients receiving statin therapy. Lancet, comment. 401(10384): p1245-1247. (15 Nisan 2023). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00454-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00454-3).
 6. Ridker PM et al. Inflammation and cholesterol as predictors of cardiovascular events among patients receiving statin therapy: a collaborative analysis of three randomised trials. Lancet. 2023. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00215-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00215-5)
- Diğer web sitelerinin bağlantıları yayın tarihinde güncel olsa da sürdürülmeyebilir.

Çalışmaya 2015 yılında, ABD, Kanada, Tayland, Güney Afrika, Brezilya, Peru, Haiti, Zimbabve, Botswana, Uganda ve Hindistan'daki 100'den fazla merkezde başlanmıştır.

Erken dönemde planlanan ara analizde, statin grubundaki kişilerde, kalp krizi ve inme dahil olmak üzere kardiyovasküler olayların %35 daha az olduğu gösterilmiştir ve bu nedenle çalışmanın plasebo kolu erken kapatılmıştır. Çalışmanın, tüm katılımcılara açık etiketli pitavastatin önerilerek, planlanan sürenin sonuna kadar devam etmesine karar verilmiştir.

REPRIEVE çalışmasının önem taşıyan alt grup analizlerinden biri, 19-22 Şubat 2023 tarihlerinde ABD'nin Seattle kentinde düzenlenmiş olan 30. Retrovirüsler ve Fırsatçı Enfeksiyonlar Konferansı (CROI) 2023'de sunulmuştur. Bu analizde, entegraz inhibitörlerinin, iki yıl içinde katılımcıların beden kitle endeksinde orta düzeyde artışa neden olduğu ve bu artışın özellikle kadınlarda ve siyah Afrikalı/Amerikalı katılımcılarda daha belirgin olduğu bildirilmiştir. [3]

Pitavastatin İngiltere'de onaylanmış olarak kullanımdadır; jenerik olarak kullanımda bulunan diğer statinlerle de benzer sonuçların alınacağı düşünülmektedir. [4] 

Santral sinir sistemine geçen antiretroviral ilaçların HIV ile ilişkili nörobilişsel yetersizlik açısından bir yararı yok

Kirk Taylor, HIV i-Base

Clinical Infectious Disease dergisinde, HIV ile ilişkili nörobilişsel yetersizliği olan kişilerde antiretroviral tedavinin yoğunlaştırılmasına ilişkin bir randomize kontrollü çalışma (ACTG5324) yayımlanmıştır. Hastaların antiretroviral tedavilerine, beyin omurilik sıvısında terapötik düzeylere ulaşmaları nedeniyle dolutegravir (DTG) veya maravirok (MVC) eklenmiştir. Bu yaklaşım, sözel öğrenme ve bellek testlerinde bir miktar iyileşme sağlamakla birlikte, nörobilişsel yetersizlik (NBY) üzerinde genel anlamda bir yarar sağlamamıştır.

Amerika Birleşik Devletleri (ABD), Brezilya ve Güney Afrika'nın da dâhil olduğu 24 ayrı merkezde yürütülen bu çift kör, plasebo kontrollü çalışmaya, HIV ile yaşayan kişiler (s=191) dâhil edilmiştir. Katılımcılar, ikili plasebo, DTG+plasebo veya DTG+MVC kullanmak üzere, 1:1:1 oranında randomize edilmiş ve iki yıl boyunca izlenmiştir. Çalışmanın birincil sonlanma noktası, nörobilişsel testte elde edilen ortalama Z skorlarında 48 haftada başlangıca göre olan değişiklik şeklinde belirlenmiştir.

Katılımcıların %21'i kadın, %51'i siyah ırktan, %22'si İspanyol kökenlidir ve ortalama yaşı 54 (standart sapma-SS ±8) olarak tespit edilmiştir. Başlangıçtaki HIV RNA düzeyi ≤50 kopya/mL, CD4+ T lenfosit sayısı ortalama değeri 703 (±300) hücre/mm³ bulunmuştur ve katılımcıların %30'unda en düşük CD4+ T lenfosit sayısının <100 hücre/mm³ olduğu belirlenmiştir. Cinsel kimliğe ilişkin bilgi toplanmamıştır. Nörobilişsel bozukluğa katkıda bulunabilecek pek çok faktör dışlanma kriteri olarak belirlenmiştir; bunların arasında geçirilmiş depresyon ve hâlihazırda madde kullanımı da bulunmaktadır.

Yorum

HIV ile ilişkili nörobilişsel bozukluğu olan kişilerde kan-beyin bariyerini geçen antiretroviral ilaçların herhangi bir yarar sağlamaması, beklenmeyen bir durumdur ve HIV tedavi kılavuzlarının işini zorlaştırmaktadır.

Bu çalışma, bu konuda yapılmış en geniş çaplı randomize kontrollü çalışma olsa da, çalışmanın tartışma bölümünde, bildirilen bazı bulgular (NBY skorları daha yüksek olanlar üzerindeki etkisi dâhil olmak üzere) için çalışmanın yeterli güce sahip olmama ihtimalinin bulunduğu söz edilmektedir.

Bu çalışma, ABD Ulusal Sağlık Enstitüsü tarafından desteklenmiştir.


Olgularda ortalama ≥4 eşlikçi hastalık olduğu (örn., %39 hipertansiyon, %12 astım, %12 artrit) belirtilmiştir. Tüm katılımcılarda çalışmaya kabul edilme anında nörobilişsel yetersizlik (NBY) olduğu ve katılımcıların üçte ikisinin HIV ile ilişkili demans tanımına uydukları belirlenmiştir.

NBY, altı farklı alanı kapsayan ve Frascati kriterlerine göre sınıflandırılan bir dizi nörobilişsel test ile değerlendirilmiştir. İngilizce konuşulmayan bölgelerde kullanılmak üzere test içeriği çevrilmiş ve testi uygulayanlara düzenli eğitim verilmiştir.

Uyarlanmış analizde, çalışmanın tüm kollarında zaman içinde toplam z skorunda, depresif belirtilerde ve günlük işlevsellikte iyileşmeler olmuş, ancak başlangıç ile 48 hafta ya da daha sonrasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Bu bulgular, NBY'nin rezidüel HIV replikasyonu ile bağlantılı olduğu hipotezini çürütmüştür.

Sözel öğrenme ve bellek alanlarında plasebo ile karşılaştırıldığında en çok düzelme DTG+MVC kolunda olmuştur (sırasıyla z-skoru 0,53; %95 güven aralığı-GA 0,26 ila 0,79 ve z-skoru 0,64; %95 GA 0,24 ila 1,04; p=0,01). Diğer tüm alanlarda elde edilen değişiklikler, tüm kollarda benzer bulunmuştur; HIV ile ilişkili demans ve en düşük CD4+ T lenfosit sayısı esas alınarak yapılan alt analizler de anlamlı bulunmamıştır.

DTG+MVC kolunda CD4+ ve CD8+ T lenfosit sayıları ikili plasebo koluna kıyasla artmıştır. Çalışmanın devam ettiği iki yıl içinde, çalışmanın tüm kollarında beden kitle endeksinde 0,32 kg/m² (%95 GA 0,11 ila 0,74 kgm²) artış olmuş, ancak bu artış DTG ile ilişkili bulunmamıştır.

İstenmeyen olayların (s=15) 1.-3. derece arasında olduğu ve en çok kreatinin klirensinde azalma (s=6) ve gastrointestinal bozuklukların (s=5) ortaya çıktığı tespit edilmiştir. İkili plasebo (s=4) ve DTG+MVC (s=1) kollarındaki bazı katılımcılarda virolojik başarısızlık olmuştur. 

Kaynaklar

Letendre SL et al. Antiretroviral therapy intensification for neurocognitive impairment in HIV. 2023 Clinical infectious diseases, ciad265, DOI 10.1093/cid/ciad265. (15 May 2023).

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37183889/>

Diğer web sitelerinin bağlantıları yayın tarihinde güncel olsa da sürdürülmeyebilir.

KILAVUZLAR

2023 BHIVA kılavuzu, kardiyovasküler risk değerlendirilmesinde değişiklik yaptı

Simon Collins, HIV i-Base

28 Mayıs 2023 tarihinde British HIV Association (BHIVA), 2022 kılavuzuna, kardiyovasküler değerlendirme konusunda kısa bir not eklemiş ve bunu bir ara güncelleme olarak yayımlamıştır.

Yeni metin, 157 sayfada 8.3.1 bölümüne eklenmiştir ve aşağıdaki gibidir.


Bir önceki kılavuzda bulunan, kardiyovasküler hastalık (KVH) riski belirlenirken yapılan kestirimin, HIV ile yaşayan kişilerde 1.6 ile çarpılması şeklindeki öneri, bu konuda yeterli kanıt olmaması nedeniyle kaldırılmıştır. KVH riskin nasıl değerlendirileceği, kılavuzun bir sonraki güncellemesinde yer alacaktır.

NICE kılavuzlarında belirttiği gibi, QRISK gibi standart değerlendirme araçlarının, HIV ile yaşayanlar da dâhil olmak üzere, bazı toplumlardaki KVH riskini

olduğundan az gösterebileceğini bilmek önemlidir [68].

Her bireyin ayrı değerlendirilmesini, bu değerlendirmede, HIV'e özgü KVH risk araçlarının dikkate alınmasını ve risk skorlarını yorumlarken klinik muhakemenin yapılmasını öneriyoruz [68,81].

68 numaralı kaynak. National Institute for Health and Care Excellence. Cardiovascular disease: risk assessment and reduction, including lipid modification. Clinical guideline [CG181]. 2014. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg181> (accessed July 2021).

81 numaralı kaynak. Healthcare Improvement Scotland. Risk estimation and the prevention of cardiovascular disease (SIGN 149). 2017. Available at: <https://www.sign.ac.uk/media/1085/sign149.pdf> (accessed May 2023). 

Kaynaklar

BHIVA guidelines on antiretroviral treatment for adults living with HIV-1 2022 (2023 ara güncelleme). 28 Mayıs 2023.

<https://www.bhiva.org/HIV-1-treatment-guidelines>

<https://www.bhiva.org/file/63513a1745ea9/BHIVA-guidelines-on-antiretroviral-treatment-for-adults-living-with-HIV-1-2022.pdf> (direct PDF)

Diğer web sitelerinin bağlantıları yayın tarihinde güncel olsa da sürdürülmeyebilir.

HIV ile yaşayan kişilerde bilişsel yetersizlik konusunda yeni kılavuz

Simon Collins, HIV i-Base

HIV ile yaşayan kişilerde nöro-bilişsel yetersizliğin tanısı ve yönetimine ilişkin mevcut belgeleri güncelleyen uluslararası uzlaşma kılavuzu, yakın tarihte yayımlanmıştır.

Önceki kılavuzda, HIV ile ilişkili Nörobilişsel Hastalık ölçütleri nedeniyle abartılı tanı koyma olasılığı bu yeni kılavuzda ortadan kalkmıştır; ayrıca yeni öneriler, HIV ve diğer çeşitli nedenlerin ayrımı üzerine de odaklanmıştır.

Yeni kılavuzda, HIV'in doğrudan komplikasyona neden olduğu durumlarda HIV ile ilişkili beyin hasarı teriminin kullanılması önerilmekte ve aktif beyin hasarından çok, sosyal, eğitimsel ve dille ilgili becerilerin, nörobilişsel testlerde düşük performans elde edilmesine neden olabileceği vurgulanmaktadır.

Kılavuz ayrıca, geçmişte arşivlenmiş veya kalıtsal hasarlarla halen süregelen nörolojik sorunların ayırt edilmesinin önemi üzerinde de durulmuştur.

Bu kılavuz, HIV'i, belirtilerin doğrudan nedeni olarak tanımlaması ve nörobilişsel testlerin sonucunu yorumlamak için klinik değerlendirme yapılmasını önermesiyle, HIV ile ilişkili nörobilişsel hastalık için daha önce kullanılan ölçütlerden farklılık göstermektedir.

Kılavuzun yazarları arasında hekimler, araştırmacılar ve Güney Afrika, Hindistan, Uganda, Kenya, Zambiya, Avrupa, Amerika Birleşik Devletleri ve Birleşik Krallık'tan toplum savunucuları bulunmaktadır.

Kılavuzdaki belli başlı öneriler Tablo 1'de sıralanmıştır.

Tablo 1. Önerilerin özeti

1. Öneri

HIV ile yaşayan kişilerde, HIV ile ilişkili beyin hasarı, bilişsel yetersizliğin çeşitli nedenlerinden biri olarak kabul edilmelidir.

2. Öneri

HIV ile ilişkili beyin hasarı tanısı, RNA'nın baskılanmasına ve patolojik aktiviteye dayanılarak konulmalıdır.

Kaynaklar

Nightingale S et al. Cognitive impairment in people living with HIV: consensus recommendations for a new approach. Nat Rev Neurol (2023). <https://doi.org/10.1038/s41582-023-00813-2>. <https://www.nature.com/articles/s41582-023-00813-2>

Diğer web sitelerinin bağlantıları yayın tarihinde güncel olsa da sürdürülmeyebilir.

3. Öneri

Bilişsel testlerin performansının düşük olması, klinik desteklemedikçe bilişsel yetersizlik olarak değerlendirilmemelidir.

4. Öneri

Bilişsel veriler yorumlanırken, hatalı sınıflama oranları dikkate alınmalıdır.

5. Öneri

HIV ile yaşayan kişilerde bilişsel yetersizliğin sınıflaması, bilişsel belirtiler, bilişsel testlerde performansın düşük olması ve nörolojik incelemelerde normal dışı bulguların olması dikkate alınarak yapılmalıdır.

6. Öneri

Bilişsel belirtiler, kişi ya da bir gözlemci tarafından biliş durumunda fark edilen herhangi bir değişiklik olarak tanımlanır; bu değişikliğin günlük işlevsellik üzerinde bir etkisinin olup olmaması önemli değildir.

MAYMUNÇİÇEĞİ

Temas öncesi profilaksi kullanan ve maymunçičeđi ile yeniden enfekte olan HIV negatif olgularda atovakon, meflokin ve molnupiravir ilaçlarının olası tedaviler olarak deđerlendirilmesi

Simon Collins, HIV i-Base

Clinical Infectious Diseases dergisinde HIV negatif eşcinsel bir erkekte, ilk enfeksiyondan altı ay sonra, bağışık yetersizlik olmadan maymunçičeđi ile yeni bir enfeksiyon geçirildiği bildirilmiştir.[1]

Bu yıl içinde benzer bir başka olgu da British Medical Journal'da yayımlanmıştır. Olgu enfeksiyonu dört ay arayla geçirmiş ve ilk enfeksiyondan sonra iki doz Jynneos aşısı olmuştur.[2]

İlk olgu, 31 yaşında, temas öncesi profilaksi (TÖP) kullanan, İsviçre'de yaşayan bir erkektir ve geçen yıl ortaya çıkan salgının başlangıcında, Mayıs

2022'de maymunçičeđi tanısı almıştır. Hasta, peniste dört adet göbekli cilt lezyonu ile başvurmuştur. Deri lezyonlarında ve farenks sürüntüsünde, maymunçičeđi polimeraz zincir reaksiyonu (PZR) testi döngü eğiği (Ct) sırasıyla 16,5 ve 35,3 saptanmıştır. Aynı zamanda klamidya için yapılan testler de pozitif bulunmuştur. Hastanın deri lezyonları iki hafta içinde komplikasyonsuz bir şekilde kendiliğinden iyileşmiştir.

Halen çok sayıda olgunun bildirildiği Brezilya'ya yaptığı bir ziyaretten dört hafta sonra, 1 Aralık 2023 tarihinde olguya ikinci kez maymunçičeđi tanısı konmuştur; ayrıca, iki hafta önce başladığı belirtilen kanama olmaksızın anal ağrı yakınması ile proktit olarak değerlendirilmiştir. Rektal sürüntülerde maymunçičeđi virüsü PZR testi (Ct değerı 27) pozitif


saptanmıştır. Aynı zamanda klamidya testi de tekrar pozitif bulunmuştur. Tanıdan dört hafta sonra anal bölgede, tipik maymunçığı lezyonları olmaksızın anal fissür gelişmiştir.

Olgunun 13 Aralık'ta, kanda ve idrarda bakılan ortopoksvirüs PZR testi negatif sonuçlanmıştır.

Ne yazık ki, yalnızca ilk enfeksiyon sırasında viral kökenler elde edilebilmiştir. Yazarlar, ikinci enfeksiyonun, bağışıklıktan kaçışa neden olan mutasyonlardan kaynaklanmış olabileceğini veya ilk enfeksiyonda ortaya çıkan bağışık yanıtın, anal lezyonlardan kaynaklandığı düşünülen yüksek viremi düzeyini baskılamada yeterli olmadığını ileri sürmüşlerdir. Ancak rektal sürüntülerde maymunçığı PZR pozitifliği için ortanca sürenin yaklaşık 8 gün, en fazla 14 gün olduğu

bildirilmektedir; bu olguda olduğu gibi aylar boyunca viral atılım bildirilen olgu bulunmamaktadır.

İkinci enfeksiyon hafif olarak tanımlanmış ve tamamen iyileşmiştir.

Bu yılın başında British Medical Journal'da yayımlanan, TÖP kullanan ve maymunçığı ile yeniden enfekte olan HIV negatif bir erkek olguda, iki enfeksiyon arasında sadece dört ay bulunmaktadır ve bu süre zarfında hasta iki doz Jynneos aşısı olmuştur. İlk doz, Temmuz 2022'de ilk enfeksiyondan bir hafta sonra, ikinci doz ise 10 hafta sonra Ekim'de (ikinci enfeksiyondan beş hafta önce ve ağırlı anal lezyonlardan dokuz hafta önce) yapılmıştır. Her iki maymunçığı virüsü enfeksiyonu da komplikasyonsuz bir şekilde iyileşmiştir. 

Yorum

Bu vakalar, ilk sistemik enfeksiyondan sonra gelişmesi beklenen kalıcı bağışıklığın, altı aydan az bir süre sonra bile enfeksiyonları önlemek için yeterince koruyucu olmadığını göstermektedir.

Bu sadece tek bir olgu olsa da, ikinci aşı dozundan dört hafta sonra korumanın olmaması endişe vericidir. Birçok yayında, aşının yüksek etkinliğe sahip olduğu iddia edilse de, aşından sonra koruyucu bağışıklık gelişinceye kadar geçmesi gereken süre içinde maymunçığı olgularının sayısı zaten düşmeye başlamış olduğundan, aşının etkinliği yeterince test edilememiştir.

Yüksek etkinlik düzeylerinin bildirildiği erken dönemdeki çalışmalar, aşılanmamış gruplarla karşılaştırıldığında aşılanmış kişilerde maymunçığı enfeksiyonu gelişme riskinin daha düşük olduğunu gösteren gözlemsel çalışmalardır. [3, 4, 5] Bu durum, ABD'de maymunçığı aşılarına en çok ihtiyaç duyan kişilerin bunlara ulaşma olasılığının en az olduğunu belirten, CROI 2023 konferansında sunulan birçok çalışma tarafından da desteklenmiştir. [6, 7, 8, 9, 10, 11]

Ayrıca, yakın tarihte Clinical Infectious Disease dergisinde atovakon, meflokin ve molnupiravirin maymunçığına karşı sidofovire göre daha güçlü etkinliğe sahip olabileceğini belirten ilginç bir makale yayımlanmıştır. [12] Daha yakın tarihte, Lancet Infectious Diseases'de yayımlanan iki olgu sunumunda da maymunçığı ile enfekte olan olgulardan söz edilmektedir [13]

Fransa'nın Centre-Val de Loire bölgesinden yakın tarihte bildirilen 17 maymunçığı olgusundan 5'ine 2022'de iki doz maymunçığı aşısı yapılmıştır. Diğer bir 5 olguda ise yalnızca tek doz aşı ve çocukluk çağı çiçek aşısı öyküsü bulunmaktadır. [14]

Chicago'dan bildirilen başka bir yayında, 13 maymunçığı olgusunun 9'unu iki doz aşı yaptıran erkekler oluşturmaktadır. [15]

Kaynaklar

1. Musumeci S et al. A case of mpox reinfection. Clinical Infectious Diseases 2023 ciad147. DOI: 10.1093/cid/ciad147.https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36905148/
2. Golden J et al. Case of apparent mpox reinfection. Sex Transm Infect. 2023 Jan 27;sextrans-2022-055736. doi: 10.1136/sextrans-2022-055736. (27 January 2023). https://sti.bmj.com/content/early/2023/01/26/sextrans-2022-055736
3. Payne AB et al. Incidence of monkeypox among unvaccinated persons compared with persons receiving ≥1 JYNNEOS vaccine dose—32 U.S. jurisdictions, July 31–September 3, 2022. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2022;71:1278–82. https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7140e3PMID:36201401
4. Payne AB et al. Reduced Risk for Mpox After Receipt of 1 or 2 Doses of JYNNEOS Vaccine Compared with Risk Among Unvaccinated Persons — 43 U.S. Jurisdictions, July 31–October 1, 2022. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2022;71:1560–1564. DOI: http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7149a5
5. Arbel R et al. Effectiveness of a single-dose modified vaccinia Ankara in human monkeypox: an observational study. Research Square [Preprint posted online September 23, 2022]. NOTE – this preprint is still unpublished after six months. https://www.researchsquare.com/article/rs-1976861/v2
6. Vaidya A et al. Characteristics and disparities among hospitalized persons with mpox in California. CROI 2023, 19–22 February 2023, Seattle. Poster abstract 902. https://www.croiconference.org/abstract/characteristics-and-disparities-among-hospitalized-persons-with-mpox-in-california
7. Philpott DCE et al. CD4 count < 350 cells/mm³ increases risk of hospitalization with mpox in PWH. CROI 2023, 19–22 February 2023, Seattle. Poster abstract 903.https://www.croiconference.org/abstract/cd4-count-350-cells-mm3-increases-risk-of-hospitalization-with-mpox-in-pwh

8. Corma-Gómez A et al. Mpox virus infection is more severe in patients with uncontrolled HIV infection. CROI 2023, 19–22 February 2023, Seattle. Poster abstract 904.<https://www.croiconference.org/abstract/mpox-virus-infection-is-more-severe-in-patients-with-uncontrolled-hiv-infection>
9. Silva MST et al. Impact of HIV infection on mpox-related hospitalizations in Brazil. CROI 2023, 19–22 February 2023, Seattle. Poster abstract 905.<https://www.croiconference.org/abstract/impact-of-hiv-infection-on-mpox-related-hospitalizations-in-brazil>
10. Garneau WM et al. Clinical outcomes among in- and outpatients with mpox in an urban health system. CROI 2023, 19–22 February 2023, Seattle. Poster abstract 907.<https://www.croiconference.org/abstract/clinical-outcomes-among-in-and-outpatients-with-mpox-in-an-urban-health-system>
11. Cholli PA et al. Characteristics of patients hospitalized with mpox during the 2022 us outbreak. CROI 2023, 19–22 February 2023, Seattle. Poster abstract 912.<https://www.croiconference.org/abstract/characteristics-of-patients-hospitalized-with-mpox-during-the-2022-us-outbreak>
12. Akazawa D et al. Potential anti-mpox virus activity of atovaquone, mefloquine, and molnupiravir, and their potential use as treatments, Journal of Infectious Diseases, 2023; jia058.<https://doi.org/10.1093/infdis/jia058>
13. Raccagni AR et al. Two individuals with potential monkeypox virus reinfection. Lancet Infectious Diseases. DOI: 1016/S1473-3099(23)00185-8. (06 April 2023).[https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(23\)00185-8](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(23)00185-8)
14. WHO. Multi-country outbreak of mpox. Situation report. (13 April 2023). PDF link.
15. US CDC. Potential risk for new mpox cases. (16 May 2023). <https://www.hiv.gov/blog/potential-risk-for-new-mpox-cases>

Diğer web sitelerinin bağlantıları yayın tarihinde güncel olsa da sürdürülmeyebilir.

ANTİRETROVİRALLER

Antiretroviral tedavi yaşam beklentisini CD4+ T lenfosit sayısı, cinsiyet ve tedaviye başlanan tarihe göre 30 ila 40 yıl artırmaktadır

Kirk Taylor, HIV i-Base

The Lancet HIV dergisinde yayımlanan geniş çaplı bir ortak kohort çalışmasında (n=206.981), uzun vadeli antiretroviral tedavi altında olan HIV pozitif bireylerin yaşam beklentisinin kestirimi yapılmıştır.


Çalışmaya, antiretroviral tedavisine 1996 ile 2019 yılları arasında başlanmış ve bir yıl veya daha fazla tedavi kullanmış olan kişilerden oluşan iki kohortun verileri dâhil edilmiştir. Yaşam beklentisine ilişkin tahmin, klinik ve demografik özelliklerin ölüm üzerindeki etkisi değerlendirilerek yapılmıştır.

Bu çalışma, “Antiretroviral Terapi Kohort İşbirliği” ve “İngiltere Ortak HIV Kohortu” çalışmalarının geriye dönük bir analizidir. Ölüm riski oranları, antiretroviral tedaviye 2015 yılından önce veya sonra başlama durumlarına göre Poisson regresyon modelleri kullanılarak kadınlar ve erkekler için hesaplanmış ve sonuçlar 40 yaşından sonra beklenen yaşam yılları olarak bildirilmiştir.

Antiretroviral tedaviye 2015 yılından önce başladığında, tahmini yaşam beklentisi kadınlar için 75,8 yıl (%95 güven aralığı-GA 75,2-76,4 yıl) ve

erkekler için 74,5 yıl (%95 GA 73,8-75,2 yıl) olarak hesaplanmıştır. Antiretroviral tedaviye 2015 yılından sonra başlayan kişilerde yaşam beklentisi artmış ve kadınlar için 79 yıl (%95 GA 78,5-79,5 yıl) ve erkekler için 77,0 yıl (%95 GA 76,5-77,6 yıl) olarak tahmin edilmiştir. Yaşam beklentisi tahminlerinin başlangıçtaki CD4+ T lenfosit sayısı ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Cinsiyet, CD4+ T lenfosit sayısı ve antiretroviral tedaviye başlama yılına göre yaşam beklentisi tahminleri Tablo 1’de özetlenmiştir.

Bu veriler, 2016’da “Kaiser Permanente” analizleri ile yaşam beklentisine ilişkin yapılan kestirimlerle kıyaslandığında, yaşam beklentisinin kadınlarda 4,6 yıl, erkeklerde ise 1,8 yıl arttığını ortaya koymaktadır. [2] Ancak genel olarak yaşam beklentisi HIV negatif bireylerin yaşam beklentisinden daha düşüktür.

Takibe başlandığında belirlenen CD4+ T lenfosit sayısının, yaşam beklentisi üzerinde en büyük etkiye sahip olduğu gösterilmiştir. Bu veriler, antiretroviral tedavinin etkinliğini ve erken tanı ile antiretroviral tedavinin süreklilik göstermesinin önemini vurgulamaktadır. Antiretroviral tedaviye 2015 yılından sonra başlamış olmak, yaşam beklentisini yaklaşık üç yıl artırmıştır. 

Tablo 1: Cinsiyete, antiretroviral tedaviye başlama yılına ve başlangıçtaki CD4+ T lenfositine sayısına göre tahmini yaşam beklentisi süresi (%95GA).

Başlangıçtaki CD4+ T lenfosit sayısı (hücre/mm ³)	Kadın		Erkek	
	1996-2014	201-2019	1996-2014	2015-2019
0-49	6,4 (58,2-60,5)	64,9 (63,9-65,9)	58,2 (57,1-59,4)	63,7 (62,7-64,8)
50-99	63,2 (62,2-64,3)	68,9 (67,9-69,8)	61,3 (60,2-62,4)	66,9 (65,9-67,9)
100-199	67,8 (66,8-68,7)	73 (72,2-73,7)	66,2 (65,2-67,2)	71,7 (70,9-72,5)
200-349	73,6 (72,8-74,3)	78 (77,4-78,5)	72,1 (71,3-72,9)	76,5 (75,9-77,1)
350-499	77,6 (77-78,1)	80,8 (80,4-81,2)	76,2 (75,6-76,9)	78,4 (77,9-78,9)
≥500	80,2 (79,7-80,6)	82,0 (81,7-82,3)	78 (77,5-78,5)	79,2 (78,7-79,7)

Yorum

Bu sonuçlar hayli ümit verici ve olumludur. İnsanların uzun vadeli yaşam planları yapmalarına temel sağlamakta ve HIV ile ilişkili süregelen damgalamayı zorlaştırmaktadır.

Ancak, kestirimlerin ortalamaları arasında önemli farklılıklar da bulunmaktadır.

Bu çalışmada ile ilgili editör yorumunda, yaşam beklentisinin genel nüfusa göre hala daha düşük olduğu belirtilmiştir. Ayrıca, HIV ile yaşayan kişilerde eşlik eden hastalıkların genel toplumdakinden yaklaşık on yıl daha erken ortaya çıktığı ve bu durumun yaşam kalitesinde farklılıklara neden olabileceği vurgulanmıştır.[3]

Bu çalışmada kadınlar ve erkekler arasında yaşam beklentisi açısından pek fazla fark yok gibi görünse de, genel olarak kadınların erkeklere göre ortalama 4 ila 8 yıl daha uzun yaşadığı göz önüne alındığında, kadınlar açısından ek bir yarar elde edilmediği dikkati çekmektedir. Trans bireyler için herhangi bir veri sunulmamıştır.

Damar içi madde kullananlar için de yaşam beklentisinin daha kısa olduğu belirtilmiştir.

Amerika Birleşik Devletleri'nin kohortunda ayrıca siyah eşcinsel ve biseksüel erkekler için de yaşam beklentisinin beyazlara göre yaklaşık on yıl daha kısa olduğu ve damar içi madde kullanımının her iki grupta benzer bir etkisinin bulunduğu bildirilmiştir.

Kaynaklar

1. Trickey A ve ark. Life expectancy after 2015 of adults with HIV on long-term antiretroviral therapy in Europe and North America: a collaborative analysis of cohort studies. *Lancet HIV*, 10(5): E292-307. (20 Mart 2023). DOI: 10.1016/S2352-3018(23)00028-0
 2. Marcus JL et al. Narrowing the gap in life expectancy between HIV-positive and HIV-negative individuals with access to care. *J. AIDS*, 73(1): 39-46. (01 Eylül 2016). DOI: 10.1097/QAI.0000000000001014
 3. Klein MB. Living longer with HIV: gains for some but not for all. *Lancet HIV*. 2023 May;10(5):e275-e276. DOI: 10.1016/S2352-3018(23)00060-7.
- Diğer web sitelerinin bağlantıları yayın tarihinde güncel olsa da sürdürülmeyebilir.

ŞIFAYA İLİŞKİN ÇALIŞMALAR

HIV enfeksiyonundan şifa ile iyileşen 3., 4. ve 5. hastalar ile ilgili gelişmeler: Düsseldorf hastası yayımlandı, City of Hope hastası kamuya açık bir röportaj verdi, New York vakası yayımlandı.

Richard Jefferys, TAG

Düsseldorf hastası hakkındaki haberler 20 Şubat 2023 tarihinde gündeme gelmiştir. Bu olgu, yaşamı tehdit eden bir kanser nedeniyle kök hücre nakli yapılan

ve HIV enfeksiyonu şifa ile sonlanmış olarak kabul edilen beş kişiden biridir.

Bugüne kadar bildirilen beş olgunun tamamında olduğu gibi, kök hücre vericisinde homozigot CCR5

delta-32 mutasyonu bulunmaktadır. Bu mutasyon, bağışıklık hücrelerini çoğu HIV varyantına karşı dirençli hale getirmektedir. Björn-Erik Ole Jensen ve meslektaşlarının Nature Medicine dergisinde konuyla ilgili detaylı bir raporunun yayınlanmasının ardından basın konuyla ilgilenmeye başlamıştır.[1]

2021 yılında Hollandalı bir haber kaynağıyla yaptığı bir röportajda kendini Marc olarak tanıtan olgunun dört yıldır antiretroviral tedavi almadığı ve HIV viral yükünde geri tepme olmadığı belirtilmiştir. [2]

Makalede olgunun hâlihazırda sağlığının iyi olduğu, ancak iki akut miyeloid lösemi nüksü, sitomegalovirüs, herpes simpleks virüsü 2, insan herpes virüsü 8 ve Epstein-Barr virüsünün reaktivasyonu gibi zorluklarla dolu bir süreç geçirdiği belirtilmiştir. Kök hücre naklinden sonra bilateral keratokonjonktivitis sikka ile ortaya çıkan hafif düzeyli kronik graft-versus-host hastalığı halen devam etmektedir.

Haber başlıklarının bazılarında Marc'ın üçüncü olgu

Yorum

Yukarıda bahsedilen City of Hope hastası Paul adı ile ABD televizyonunda röportaj vermiştir.

Yukarıda bahsedilen New York vakası da daha sonra yayımlanmıştır.

Alıntı

Jefferies R. The Düsseldorf Patient HIV Cure Case Published in Nature Medicine. TAG Basic Science Blog. (20 Şubat 2023).

https://tagbasicscienceproject.typepad.com/tags_basic_science_vaccin/2023/02/the-d%C3%BCsseldorf-patient-hiv-cure-case-published-in-nature-medicine.html

Kaynaklar

1. Jensen B-E O ve ark. In-depth virological and immunological characterization of HIV-1 cure after CCR5Δ32/Δ32 allogeneic hematopoietic stem cell transplantation. Nat Med 29, 583–587 (2023). DOI: 10.1038/s41591-023-02213-x. (20 Şubat 2023).

<https://www.nature.com/articles/s41591-023-02213-x>

2. <https://www.nrc.nl/nieuws/2021/12/10/hij-is-de-derde-mens-ter-wereld-die-genas-van-hiv-2-a4068420>

3. France 24 news. Third patient cured of HIV after receiving stem cell cancer treatment. (20 Şubat 2023).

<https://www.france24.com/en/europe/20230220-third-patient-cured-of-hiv-after-receiving-stem-cell-cancer-treatment>

4. ABC news. 5th person confirmed to be cured of HIV. . (20 Şubat 2023).

<https://abcnews.go.com/Health/5th-person-confirmed-cured-hiv/story?id=97323361>

5. https://tagbasicscienceproject.typepad.com/tags_basic_science_vaccin/2022/02/croi-2022-update-a-new-potential-hiv-cure-case-broadly-neutralizing-antibody-enhances-post-treatment.html

6. https://tagbasicscienceproject.typepad.com/tags_basic_science_vaccin/2022/07/aids-2022-another-possible-hiv-cure-case-after-stem-cell-transplantation-for-cancer-example-of-exten.html

7. Kobbe G ve ark. Treatment of HIV and AML by allogeneic CCR5-d32 blood stem-cell transplantation. CROI 2016, poster özeti 264.

<https://www.croi-conference.org/abstract/treatment-hiv-and-aml-allogeneic-ccr5-d32-blood-stem-cell-transplantation>

8. City of Hope press release. Patient with HIV achieves remission following stem cell transplant at City of Hope. (27 Temmuz 2022).

<https://www.cityofhope.org/hiv-patient-achieves-remission-following-stem-cell-transplant-city-of-hope>

9. ABC news. Interview with City of Hope patient. (30 Mart 2023).

<https://bit.ly/3K3vhOH>


10. Hsu J ve ark. HIV-1 remission and possible cure in a woman after haplo-cord blood transplant. Cell. 2023 Mart 16;186(6):1115-1126.e8. doi: 10.1016/j.cell.2023.02.030.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36931242>

Diğer web sitelerinin bağlantıları yayın tarihinde güncel olsa da sürdürülmeyebilir.

(Timothy Ray Brown ve Adam Castillejo'dan sonra kronolojik sıra) olduğu, bazılarında ise [4] New York City [5] ve City of Hope [6] olguları da sayılarak beşinci olgu olduğu belirtilmiştir.

Düsseldorf hastası ilk kez, antiretroviral tedavisi kesilmeden önce, Retrovirüsler ve Fırsatçı Enfeksiyonlar Konferansı (Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections-CROI) 2016'da bir poster ile sunulmuştur. Tedavinin kesilmesinden sonraki süreçte ise CROI 2019 ve CROI 2020'de birer kez daha poster sunumu yapılmıştır. [7]

Bu olgu, HIV enfeksiyonunda şifa alanında çalışan araştırmacılar tarafından uzun bir süredir bilinmektedir. Geçen yıl City of Hope hastası, Düsseldorf hastasının henüz bir dergide yayınlanmamış olması nedeniyle yanıltıcı bir şekilde dördüncü olgu olarak tanımlanmıştır. [8] Bu yayınlarda birlikte karışıklığın sona erdiği düşünülmektedir. 

Söyleşi

Bu sayımızda, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi Doçent Doktor Asya Banu Babaoğlu'nu dergimize konuk ettik. Kendilerine, sorularımıza verdiği yanıtlar için teşekkür ederiz.

HTB: Bize biraz kendinizden bahseder misiniz?

ABB: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 2001 yılında mezun oldum. Tıpta uzmanlık eğitimimi Halk Sağlığı alanında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nde 2008 yılında tamamladım. 2008-2015 yılları arasında İstanbul ve İzmir'de İl ve İlçe Sağlık Müdürlükleri'nde çeşitli görevlerde yer aldım. Halen İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda doçent olarak görev yapmaktayım. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, "Toplumsal Cinsiyet, Kadın ve Üreme Sağlığı", "Çocuk Sağlığı" ve "Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar" çalışma gruplarının üyesiyim. Başlıca çalışma alanlarım cinsel sağlık ve üreme sağlığı, çocuk ergen sağlığı, sağlık okuryazarlığı ve bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolüdür. İki çocuk annesiyim.

HTB: HIV ile ilgili farkındalığımız nasıl gelişti?

ABB: Öncelikle elbette gençlik yıllarımda HIV ve AIDS kavramlarıyla tanıştım. Tedavisi olmayan, herkesin korktuğu, pek de üzerinde konuşulamayan bir hastalıktı. Bir QUEEN hayranıydım ve Freddie'nin erken ölümü beni çok üzmüştü. HIV ve AIDS konularında insanların ayrımcılığa ve haksızlıklara maruz kaldığını lise yıllarımda fark etmiştim ve bu beni çok rahatsız ediyordu.

Tıp fakültesine başladığımda başta Halk Sağlığı, Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dallarına olmak üzere, çok değerli hocalardan ders alma şansım oldu ve HIV/AIDS ile ilgili kanıta dayalı, güncel ve doğru bilgilere ulaştım. Lise yıllarımda duyduğum, gazetelerden okuduğum ve beni daha o zamanlarda rahatsız eden "ayrımcı ve damgalayıcı" bilgilerin ne kadar hatalı olduğunu gördüm. HIV'in nasıl bulaştığını, ama daha da önemlisi nasıl "bulaşmadığını" öğrendim. Evet, bazı risk grupları ve riskli davranışta bulunanlarda HIV daha sık görülüyordu ama aslında HIV herkesi ilgilendiriyordu. Ancak sağlık çalışanları arasında bile yaygın yanlış inançlar vardı. Bunun en güzel

örneğini Kadın Hastalıkları ve Doğum stajımı yaparken fark ettim. Doğum aşamasına gelmiş bir gebenin kasılmalarını takip etmem gerekiyordu. Gebenin karnına elimi koyup, kasılma sürelerini not alacaktım. Görevi bana veren asistan, gebenin HIV pozitif olduğunu, bu nedenle dikkat etmem gerektiğini ve mutlaka eldiven giymem gerektiğini söylemişti. Aslında zaten el yıkama ve eldiven kullanma her türlü hasta muayenesinde uygulanması gereken standart prosedür. Ancak asistanın bunu gebe HIV pozitif olduğu için vurgulaması beni rahatsız etti ve ben de, gebenin de kendini belki daha rahat hissedeceğini düşünerek- izlemleri eldivensiz yapmıştım.

Halk Sağlığı asistanlığında Prof. Dr. Selma Karabey danışmanımdı ve cinsel sağlık üreme sağlığı (CSÜS) konularında çalışmalarımız devam etti. Sonrasında HIV ile de ilgili birçok eğitim ve etkinlikte yer aldım.

HTB: HIV enfeksiyonunu halk sağlığı açısından nasıl değerlendiriyorsunuz?

ABB: Halk Sağlığında "önemli hastalık" diye bir kavram vardır. Bir hastalık sık görülüyorsa, sık öldürüyorsa veya sık sakat bırakabiliyorsa "önemli bir hastalıktır". Bu açıdan bakılırsa, HIV enfeksiyonu tüm toplumu ilgilendiren önemli bir hastalık, önemli bir halk sağlığı konusudur. Dünyada birçok bölgede yeni tanı alan HIV/AIDS vakalarında azalma ve duraklama olsa da, Türkiye'nin de içinde bulunduğu Doğu Avrupa ve Orta Asya'da birçok kişi yeni tanı alarak HIV ile yaşamaya başlamakta.

Halk sağlığında ilk refleksimiz hep sağlığı korumak ve geliştirmek, hastalıkları önlemektir. Hastalık oluşmuş ise de erkenden tedavisinin sağlanması ve tekrarının, yayılmasının önlenmesidir. HIV enfeksiyonu artık çok iyi bilinen bir durumdur. Bulaş yolları ve tedavi imkânları bilimsel olarak kanıtlanmıştır. Yani aslında enfeksiyonun toplumda yayılmasını önlemek ve enfeksiyon tespit edilmişse de tedavi etmek, viral yükü çok düşük seviyede tutmak mümkün.

Halk Sağlığı açısından aslında en önemli nokta, HIV konusunun hala tabu olarak görölmesi ve konuşulmaması. Dünya üzerinde birçok bulaşıcı hastalık var. HIV enfeksiyonu da bunlardan sadece bir tanesi. Birçok sloganda karşımıza çıktığı gibi aslında HIV'den değil, bilgisizlikten, yanlış inanışlardan korkmalıyız.

HTB: Kişi ve toplum sağlığı kesişiminde HIV'i ele alacak olursak neler söylemek istersiniz?

ABB: HIV, tüm toplumu ilgilendiren, sosyal boyutları da barındıran bir enfeksiyon. Dünya Sağlık Örgütü sağlığı "fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik hali" olarak tanımlamıştır. Günümüz tedavileriyle HIV artık şeker hastalığı, hipertansiyon gibi, uzun süreli, yani "kronik" bir hastalık olarak kabul edilmekte. HIV ile yaşayan kişiler günlük yaşantılarını herhangi bir kişi gibi sürdürebilmekte, birliktelik yaşayabilmekte ve çocuk sahibi olabilmektedir. Yani HIV ile yaşayan kişiler "fiziksel" olarak "iyi" diyebiliriz. Ancak geçmişten süregelen yanlış bilgiler ruhsal ve sosyal sorunlara neden olabilmektedir. Depresyon, yalnızlaşma, sağlık hizmetine ulaşmada eşitsizlik, işsizlik gibi... Bu nedenle kişi olarak ele aldığımızda HIV ile yaşayan kişilerin özellikle psikososyal olarak desteklenmeleri, haklarının farkında olmaları ve haklarını korumaları anlamında güçlendirilmeleri önemlidir. Elbette burada sivil toplum kuruluşlarının ve akademisyenlerin yeri oldukça önemli. Eğitim programları veya bilinçlendirme kampanyaları gibi düzenli çalışmalarla toplumsal farkındalığın artırılması da son derece gerekli. Hem enfeksiyonun sınırlandırılması için hem yanlış bilgilerin yerine güncel, kanıta dayalı bilimsel verilerin gelebilmesi için.

HTB: Yakın zamanda sağlık alanında eğitim alan öğrencilere yönelik yürütölen HIV farkındalığı geliştirme eğitiminde eğitimci olarak yer aldınız. En dikkatinizi çeken gözleminiz neydi?

ABB: Öncelikle gençlerin bilgiye ne kadar açık

olduğunu görmek beni mutlu etti. Örgün eğitimde cinsel sağlık ve üreme sağlığı eğitimlerine yer verilmiyor denebilir. Sağlık bölümlerinde bile bu konular oldukça kısıtlı bir şekilde ele alınıyor. Eğitim sonunda aldığımız geribildirimlerde sadece HIV değil, tüm cinsel sağlık ve üreme sağlığı konularında eğitimin yaygınlaştırılması gerektiğini tekrar gördüm. Elbette eğitimin içeriği ve veriliş şekli titizlikle tasarlanmıştı. Aman kimse sıkılmasın, enerji düşmesin diye çok özendirik ekip olarak ve bu çabamın da karşılığını aldık diye düşünüyorum. Söz konusu bu HIV farkındalık eğitimine katılan sağlık bölümü öğrencileri, edindikleri bilgileri dalga dalga yayacak ve sağlık hizmetini sunarken, diğer meslektaşlarından belirgin şekilde ayrışacaklar. Pozitif-iz Derneği ile birlikte düzenlediğimiz bu eğitime dâhil olmak benim için de unutulmaz bir deneyim oldu.

HTB: Ekleme istedikleriniz?

ABB: HIV enfeksiyonu önlenebilen ve tedavisi olan bir sağlık durumu, güncelliğini koruyan bir halk sağlığı olayıdır. Doğru bilgilere ulaşmak, önlemek ve gerektiğinde erken tanı için tanı için gönüllü test yaptırmak hem kişi hem toplum sağlığı açısından son derece önemli. Türkiye'de birçok noktada anonim test merkezleri mevcut ve ücretsiz olarak test yapılabilir. Bir kişide enfeksiyon varsa hemen bulgu vermeyebilir, ancak kişi bu dönemde enfeksiyonu başka bir kişiye aktarabilir. Bu nedenle hem HIV ile yaşayan kişinin erkenden tedavisine başlanabilmesi, hem de yayılımın önlenmesi için gönüllü test konusu önemli. Eğer HIV enfeksiyonu açısından riskli bir temasta bulduysak, mutlaka gönüllü test yaptırmamız önemlidir. Sağlık çalışanları olarak sistemin hangi basamağında görev alırsak alalım, hastalarımızı, danışanlarımızı doğru şekilde yönlendirmeliyiz. Bunun için de öncelikle kendimiz güncel, kanıta dayalı, doğru bilgilere ulaşmak için çaba göstermeliyiz.

HTB: Teşekkür ederiz. +

Pozitif Köşe

Ayrımcılık Karşıtı

Merhaba, size kendi hikâyemi anlatmak istiyorum. Tüm hislerimi, düşüncelerimi ve duygularımı size saklamadan anlatacağım. Hikâyeme başlamadan önce şunları söylemek istiyorum” Asla umudunuzu yitirmeyin, pozitif karakterinizi oluşturun”.

Benim hikâyem 2023 yılının Şubat ayında başladı. HIV hakkında bilgi sahibi biriydim; 3 ayda bir düzenli testlerimi yaptırıyor ve HIV’i ne olursa olsun ömür boyu bana bulaşmayacağına inandığım bir virüs olarak görüyordum. Yakışıklı, bakımlı, çoğu kişinin arzuladığı biriyim çünkü); sosyal statüm, kariyerim çok iyi ve 25 yaşındayım. Maddi bir zorluğum yok, çoğu şeye sahibim ve bu nedenlerden dolayı bu virüs bana bulaşmaz diye mantıksız bir düşüncem vardı. HPV aşısından tutun, zatürre aşılara kadar yaptırmış her türlü kendini koruduğunu sanan biriydim. Hadi hikayeye başlayalım.

Bu yıl Şubat ayında yurt dışı tatilinden döndükten sonra hafif hastalandım. Grip deyip geçtim. Sonrasında bir şehre hafta sonu kaçamağına gittim. Uykusuz, bol eğlenceli 2 günün ardından eve döndüm ve ertesi gün çok hastalandım. Boğazımın ve lenf bezlerimin şiştiğini fark ettim. Dilimde yara oluştu. Öksürüyordum ve ateşim vardı. Üşütmüş veya grip olmuştum. Sağlık ocağına giderek aile hekimime kendimi gösterdim. Doktorum üşüttüğümü söyledi ve “kan testi alalım, kan değerlerine bakalım” dedi. Ben “Hocam ben en son 3 ay önce anti-HIV testi yaptırmıştım, onu da bir baksak olur mu ihmal etmeyelim” dedim. Kan ve anti HIV testimi verdim. İlaçları aldım, eve geçtim. Ertesi gün oldu, aklımın ucundan geçmiyor ‘HIV testim nedir ne değildir’; o gün çok enerjik, iyileşmiş olarak uyanmıştım. Hatta doktora gitmesem mi? diye düşünmedim de değil).

Sonuçları almaya gittiğimde, doktorum “devlet hastanesine laboratuvara gitmen lazım, HIV testinde anormallik var” dedi. O saate kadar kafasına hiçbir şeyi takmayan, hayatta hayal ettiği her şeyi başarmış ve ailesine ve dostlarına kendini kanıtlamış biri olarak beynimin içinde şimşekler çaktı. Tek hissettiğim o an beynim eriyordu. Tarifi çok zor o hissin. Kendime gelip doktoruma “hocam saçmalıyorsunuz bana nasıl bulaşsın, imkânsız, yalancı pozitifdir” dedim güldüm. Doktorum yalancı pozitif olabileceğini söyleyip,

hemen gidip detaylı kan vermemi istedi. Doktorun elinden kâğıdı alır almaz bastım hastaneye gittim. Laboratuvara indim ve laborant hanımı buldum, kendimi tanıttım. Bana “bir kan alacağız, siz 10 gün sonra doktorunuzun yanına gidin” dediler.

Hastaneden çıkıp eve geldim, işte tam burayı iyi okumanızı istiyorum, üstümü çıkartıp kolumdaki damarlara baktım ilk. Sonra aynaya baktım, sağa döndüm sola döndüm güldüm. Saçımı düzelttim, sakallarımı düzelttim ve “saçmalama sana bulaşmaz” dedim. Gözyaşlarım akmaya başladı. “Sakin olmalıydım. Aileme ve arkadaşlarıma söylememem lazım. Mimli bir ‘hastalık’ ve güçlü karaktere sahibim, tek başıma atlatabilirim, zaten yalancı pozitif gelecek” diyorum. Sonra düşündüm, HIV’i iyi biliyorum, ama o an hiçbir şey bilmiyormuş ve kısa zaman sonra ölecekmiş gibi hissetmeye başladım. HIV alanında çalışan dernekler olduğunu hatırlayıp internetten araştırmaya başladım ve Pozitif-iz Derneği’nin numarasını buldum. Bora Bey (Kahramanım) telefonu açtı. Durumu sakince anlatmaya çalışıyorum ama ağlamamak için kendimi zor tutuyordum. Dayanamayıp hıçkırarak konuşmaya başladım. Süreci anlattım. İlk beni sakinleştirdi ve ağlamama izin verdi. Bana enfeksiyonun tedavisini anlattı (tedavi edilebileceğini ve ömür boyu ilaç kullanacağımı biliyordum). Sadece HIV mi AIDS mi olduğumu bilmiyordum. Belki yalancı pozitiflik gelebileceğini, şu an için panik yapmamamı söyledi. Her şeyin test sonucu geldiğinde anlaşılacağını ve bu süreçte yanımda olacağını, kimseye ailem de dâhil olmak üzere panikle henüz anlatmamamı istedi. Sadece onu dinliyordum, O ne derse yapıyordum. Sürekli makale okumaya başladım. Üç gün gereksiz yere kendimi eve hapsedtim. Uyumuyordum. Kendimi soyutlamaya başladığımı fark ettiğim an, yataktan kalkıp, bekledim ve “hadi dışarı çıkıyorsun, kalk” dedim. Gittim duşa girdim, hazırlandım; dört gün önceki beni göremiyordum, yıkılmış gibiydim. Aynaya bakıp “ölmeyeceksin ve her şey güzel olacak, umudunu kaybetmeyeceksin” deyip bir anda kendimi dışarı attım. Arkadaşlarımı alıp bara gittim. İçimden gülerek “iç içebildiğin kadar, en geç 1 ay sonra bu alkolü kısıcağsın zaten” dedim. Çok alkol alan biri değilim ama o gece hayatımın en güzel gecesiydi. Saatlerce dans edip eğlendim.

Test sonuçlarımın geldiğini öğrendim ve artık HIV pozitif bir bireydim. Hemen hastaneye gittim. Çok saygıdeğer enfeksiyon doktorum, abim beni hastanenin dışına çıkardı ve pozitif olduğumu, korkmamam gerektiğini, üniversite hastanesine gidip çok saygı değer Prof. Dr. xxx bulmamı istedi ve sarıldı bana.

Geçen 10 günden sonra o sarılma bana çok güç verdi. Zaten aşmak üzereydim. Ağlamama izin verdi, ama bu gözyaşları kendimi reddetmeyip, kendimi kabullenmeyi, tedaviye sıkı sıkı sarılacağımı fark ettiğim içindi. Doktorlarımın çok iyi olacağına inandığım için ağladım. O kadar mutluydum ki, keşke o zamana geri dönüp bir tur daha ağlasam diyorum hatta.

Üniversite hastanesine gidip profesörün asistanını buldum. Süreç için tekrar kan tahlilleri alındı. Sıfırdan başlamıştık her şeye. Enfeksiyonu çok iyi biliyordum artık. Tedaviye başlamadan, bu durumun doktorumun da farkında olması beni güçlendiriyordu. Eee tabi kahramanım olan Bora beye deli gibi sorular soruyorum vs. Her şeye hâkim olduğumu sanıyordum ta ki viral yük sayım gelene kadar. Viral yükümün kaç olduğunu görene kadar çok mutlu ve huzurluydum, doktorlarıma inanıyordum, kendime inanıyordum...

Viral yüküm 2 milyon 310 bin gelmişti. Bu çok yüksek bir rakam ve diğer tüm testlerim yeşil aslında çok sağlıklıyım ama AIDS olmam lazım diye düşündüm. Hemen Bora beyi aradım; bana korkmamamı, viral yükümün yüksekliğinin yeni enfekte olduğumun belirtisi olduğunu söyledi. Bu sefer mutluluğumu anlatamam. Hemen profesörden randevu aldım ve gittim. Doktorlarım, kanımı alan hemşire ablalar hepsi o kadar güzellerdi ki bana çok iyi davranıp yargılamadılar.

Profesörüm bana enfeksiyonu birkaç hafta önce aldığımı, viral yükümün yüksek olup hiçbir sağlık sorunun olmadığını, ilaçlara hemen başlayıp birkaç ay içinde RNA- negatif, Belirlenemeyen=Bulaşmayan statüye kavuşacağımı söyledi. Profesörün gözlerime bakarak “çok şanslı olduğumu bilmeni istiyorum, bu hastanede ilk defa bu kadar erken tanı almış biriyle karşılaşıyorum. Buraya çok ileri durumda olan insanlar geliyor ve genç yaşta bu bilinçli yaklaşımından dolayı seninle gurur duyuyorum “ dedi. Daha ne isteyebilirdim ki:)? Buna ek olarak tomografi ve MR’a girmemi istedi; tam kontrol yapalım seni dedi. Ben sevinçten kalp krizi geçirecektim çünkü en büyük korkum birine bulaştırmış olabilir miyim diyeydi. Ama o korku geçti, çünkü kimden bulaştığını tahmin ediyordum. Kendisini yanlışlıkla da olsa ele verdi o

günden sonra biriyle olmamıştım.

Tomografi ve MR için sekreterliğe gittim. Randevu oluşturan sekreter HIV pozitif statümü gördüğünde bana baktı ve gülümsedi, gözlerime bakarak anlaştık. Kâğıdı bana verirken, “gülüşün çok güzel, enerjin insana güç veriyor çok yakında iyileşeceğine eminim ablacım” dedi ve kâğıdı verirken elimi tuttu. Ben gittikçe güçleniyordum, içimdeki savaşı ruh çok büyümüştü.

İlaçlar için eczacı bulmam lazımdı ve birine gidip durumu anlattım. Eczacımdan tutun kan alan ablaya kadar herkes bana destek oldu. Kafaya koydum minimum üç ayda belki negatif olursun diyen doktorlarım vardı, 1 ay sonra viral yükün 1000 veya 10.000 arası olacak demişlerdi. Her şeye hazırdım, ama ben en geç 1,5 ay içinde negatif olmak istiyordum.

Hastaneden çıktıktan sonra en yakın arkadaşımın kahve içmeye çıkmıştı, ama bu durumu yakınımın birine anlatmam lazımdı. Dünyanın en anlayışlı dostuna sahibim; çok samimiydik. Ona HIV pozitif olduğumu söylediğimde donmuştu. “Beni yargılamamı istemiyorum. Kızmanı istemiyorum ve en önemlisi kimseye bu durumu söylemeni istemiyorum” dedim. Görüşmek istemezse saygı duyacağımı ama bunu yakın birine anlatmak istediğimi söyledim. O kalktı boynuma sarıldı ve yanağına kocaman bir öpücük bıraktı. “Her şey aramızda benim pozitif arkadaşım” diyerek 5 dk sarıldık ve ağlamadım. Güldük sadece:).

Ona tüm süreci anlattım, bulaşın nasıl gerçekleştiğini vs. Sırrımın onunla mezara kadar gideceğine eminim ama o benden daha bilgili artık. Çünkü dışarı çıkarken içeceğim alkolden sigaraya her şeye müdahale ediyor :). Sınırı aşmama izin vermiyor.

Günler geçmeye başladı, ben artık çok mutlu ve huzurluydum. Her şey olması gerektiği gibi güzel ilerliyordu. İlaçlarımı içiyorum, statümü biliyorum, çok sağlıklı besleniyorum.

Yirmi gün sonra içime bir ağırlık çöktü. Benim bu hayatta her şeyimi bilen anneme, beni hiçbir şekilde yadırgamayan, özgür ve güçlü bir birey yapan anneme bunu söylemem lazımdı. Doktorlarım, Bora Bey ve arkadaşımın bunu bilip iyi davranmasının beni istediğim o güce kavuşturmadığını fark ettim. Bir pazar günü akşam annem salonda otururken, ben bütün gün yataktan çıkmadım. Nasıl söyleyeceğimi düşünüyorken bir anda kalktım çantamdan ilaçlarımı aldım ve annemin yanına oturdum. Anneme HIV pozitif olduğumu söyledim. Yüzündeki o korku

toparlanması hala daha gözümün önünde. Ona her şeyi anlattım, açıkladım. Tüm testlerimi gösterdim. O şanslı kişilerden biriydim, annem bana öyle bir sarıldı ki size anlatamam. O güç bendeydi artık. Bunu kimseye söylemememiz gerektiğini, kardeşlerinden ve herkesten beraber saklamamız lazım deyip yanımda olacağını söyledi. Doktora gelmek istediğini, onlarla konuşmak istediğini ve bilinçli davrandığım için çok mutlu olduğunu da söyledi. Hiç ağlamadı, ben de ağlamadım. Bana her şeyin üstesinden gelebileceğime inandığını söyledi ve ilaç kutularımı kendi sakladı. Neler yemem, neleri de yememem gerektiğini araştırmaya başladı. Evde herkes sağlıklı besleniyor artık sayemde.

Ben o aradığım gücü bulmuştum işte. Annem ile aramızda artık bu konu geçmiyor bile öyle söyleyeyim. Sadece hastane tarihlerimi öğreniyor ve yaklaştığında bana hatırlatıyor. İlaçlarını aldın mı almadın mı gibi sorular da sormuyor. Saati saatine kullandığımı biliyor. Bu statünüzü kimse ile paylaşmak zorunda değilsiniz; paylaşacaksanız da, sizi en güçlü hale getirecek bir veya iki kişi olmalıdır.

İlaçları kullanmaya başlayalı bir ay olmuştu ve hastaneye gidip kan vermem lazımdı. Viral yükümü öğrenecektim, heyecanlıydım; acaba düşüş olmadı mı diye değişik ve çok normal sorular soruyordum. Arkadaşım “Ben de seninle hastaneye gelip yanında olmak istiyorum” dedi. Annemi arayıp hastaneye gideceğimi söylediğimde bana “Arkadaşın geliyor zaten, sadece kan vereceksin, hasta değilsin sadece vücudunda bir virüs taşıyorsun o da en yakın zamanda hiç yokmuş gibi yaşayacaksın, benim gelmeme gerek yok. 25 yaşında her şeyi tek başına başarmış bir adamsın sen, ben seninle sadece hastalandığında hastaneye gelirim annecim” dedi. Her şey çok mükemmeldi. Bu cümleler bazılarıma değişik gelebilir ama inanın ki bana çok güç verdi. Hasta değilim zaten ve bu durumun annem de nasıl farkına vardı bilmiyorum ama çok mutluydum.

Bir ay sonraki viral yük sayım 412 gelmişti. Karaciğer, ALT değerim hep 70 üstüydü ve ilk defa 40 geldi. Tüm ama tüm testlerim nerdeyse yeşildi. Ben enfekte olmadan öncesine göre daha sağlıklıydım. İlaç kullanmaya başlayalı 1,5 ay oldu; şu an büyük ihtimal negatifim. Doktorum ile de görüştük ama viral yük hesaplamam Ağustos'ta olacak.

Sosyal hayatımda hiçbir şey değişmedi. Daha fazla eğlenmeye çıkıyorum. Sadece alkol kullanımımı minimuma indirdim ya hiç kullanmıyorum ya da en fazla iki tane içiyorum haftada. HIV tanısı almadan

önceki hayatıma göre daha enerjik ve fiziksel olarak daha güçlü hissediyorum.

Moralinizi lütfen bozmayın, süreç sabır istiyor ama bakın bir ayda nerdeyse negatif oldum ve viral yüküm iki milyondur. Mutlu olmak zorundayız, kendinizi sevin, kendinizden nefret etmeyin. Çünkü statünüzü biliyoruz artık ve biz negatif olanlara nazaran daha güvenliyiz, tüm tahlillerimiz yapıyor, kontrol altındayız. Pozitif olmayı hep seviyordum ama artık hep POZİTİFİM ve bu beni mutlu hissettiriyor. Savaşmaktan ve gülmekten vazgeçmiyoruz ♥️ +

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 kullanımını konusunda genel bilgiler ve makaleler içeren, İngilizce ve Rusça yayımlanan elektronik bir yayındır. 

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

HIV Treatment Bulletin

Editör: Simon Collins

Katkıda Bulunan Editör: Polly Clayden

Tıbbi Danışmanlar:

Dr Karen Beckerman, Albert Einstein College of Medicine, NYC

Dr Sanjay Bhagani, Royal Free Hospital, Londra

Paul Blanchard, British School of Osteopathy, Londra

Dr Martin Fisher, Brighton & Sussex University Hospitals

Prof. Diana Gibb, Medical Research Council, Londra

Gregg Gonsalves, International Treatment Preparedness Coalition (ITPC)

Dr Gareth Hardy, Case Western Reserve University Cleveland

Dr Saye Khoo, University of Liverpool Hospital

Prof. Clive Loveday, International Laboratory Virology Centre

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

Dr Graeme Moyle, Chelsea & Westminster Hospital, Londra

Dr Stefan Mauss, Düsseldorf

Prof Caroline Sabin, UCL Medical School, Londra

Dr Graham P Taylor, Imperial College, Londra

Dr Stephen Taylor, Birmingham Heartlands Hospital

Dr Gareth Tudor-Williams, Imperial College, London

Dr Edmund Wilkins, Manchester General Hospital, Manchester



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

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

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