

hiv + tedavi bülteni

türkiye Ağustos 2019 sayı:2

EDİTÖRDEN	03	10. Uluslararası AIDS Derneği HIV Bilimleri Konferansı 15 21-24 Temmuz 2019, Mexico City, Meksika
KONFERANS RAPORLARI	04	Antiretroviraller + GEMINI çalışmalarında ilk seçenek antiretroviral tedavide dolutegravir/lamivudin ikili tedavisinin 96 haftalık etkililik sonuçları - “HIV enfeksiyonu olan ve tedavi deneyimi bulunmayan erişkinlerde dolutegravir (DTG) ve lamivudin (3TC) içeren ikili antiretroviral tedavi—GEMINI çalışmalarından 96-haftalık bulgular” + Dolutegravir kullanımında nöral tüp defekti riski azalmakla birlikte halen diğer antiretroviraller ile olduğundan daha fazla
Retrovirüsler ve Fırsatçı Enfeksiyonlar Konferansı 2019 4-7 Mart 2019, Seattle, Amerika Birleşik Devletleri	04	ANTİRETROVİRALLER 19 + Kabotegravir ve rilpivirin uzun etkili ikili karma enjeksiyonu için FDA'ya başvuru yapıldı.
Antiretroviraller + San Francisco Hızlı Antiretroviral Tedavi Kliniği'nde aynı gün antiretroviral tedavi yaklaşımı etkili + CROI 2019'dan entegraz inhibitörleri ve vücut ağırlığında artış ile ilgili sunumlar		YANDAŞ HASTALIKLAR 20 + Amerikan Kalp Birliği'nin kardiyovasküler hastalık ve HIV konusundaki bilimsel görüşü
Gebelik + Gebeliğin geç döneminde dolutegravir viral yükü efavirenze göre daha hızlı baskılıyor: DolPHIN-2 çalışmasının bulguları		TÜRKİYE'DEN SAYFALAR 21 + Söyleşi + Pozitif Köşe
İngiliz HIV Birliği'nin 25. Yıllık Konferansı 2-5 Nisan 2019, Bournemouth, İngiltere	11	I-BASE YAYINLARI 27
Yandaş hastalıklar + HIV ile yaşayan bireylerde testosteron eksikliğinin yönetimi + Amerika Birleşik Devletleri'nde kan basıncı için kabul edilen yeni hedeflerin, HIV pozitif bireyler için uygulanması		
Kadın sağlığı + HIV pozitif kadınların takibinde menopoz ve kemik sağlığı		

hiv +tedavi bülteni

türkiye Ağustos 2019 sayı:2

ISSN 2146-2232

Editör

Deniz Gökengin

Yardımcı Editör

Ekin Ertem

Türkiye'den Sayfalar Editörü

Tekin Tutar

Sahibi ve Sorumlu Müdürü

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

EGEHAUM yayınıdır.

Yılda üç sayı yayınlanır.

Yayın Türü

Yaygın Süreli

İletişim Adresi

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

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.



GSK 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, 2019 yılının ikinci sayısını değerli görüşlerinize sunuyorum.

Bu sayıda, HIV enfeksiyonu ve AIDS ile ilişkili üç önemli kongreden seçilmiş sunumları kapsayan ve ilginizi çekeceğini düşündüğümüz makaleleri derledik. Bunlar arasında dolutegravir ve lamivudin ikili kombinasyonu ile yürütülen çalışmanın heyecanla beklenen 96. hafta sonuçlarını bildiren makale ile gebelikte dolutegravir kullanımında nöral tüp defektleri görülme sıklığının giderek azaldığına dair makale öne çıkıyor. Ayrıca, son günlerde epeyce tartışılan, entegraz inhibitörlerinin vücut ağırlığında artışa neden olması konusunda Retrovirüsler ve Fırsatçı Enfeksiyonlar Konferansı'nda yapılmış olan sunumların derlendiği makaleyi de dikkate değer bulacağınızı düşünüyorum. Bunların yanı sıra, hızlı antiretroviral tedavi yaklaşımı, menopoza ve kemik sağlığı, yeni kan basıncı hedefleri ve kardiyovasküler hastalıklar konulu makaleleri de ilgiyle okuyacağınızı sanıyorum.

Türkiye'den Sayfalar bölümünün Söyleşi köşesinde, Türkiye'deki ilk HIV aktivistlerinden Elif Sargın ile tarihsel ve duygusal bir söyleşi yaptık. Pozitif Köşe'de ise her zaman olduğu gibi, HIV ile yaşayan bir arkadaşımızın öyküsünü okuyacaksınız.

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

Saygılarımla

Prof. Dr. Deniz Gökengin

Editör

Retrovirüsler ve Fırsatçı Enfeksiyonlar Konferansı 2019 *Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI) 2019* 4-7 Mart 2019, Seattle, Amerika Birleşik Devletleri

Antiretroviraller

San Francisco Hızlı Antiretroviral Tedavi Kliniği'nde aynı gün antiretroviral tedavi yaklaşımı etkili

Simon Collins, HIV i-Base

San Francisco'daki uzmanlaşmış HIV kliniğinde tanı konulduğu gün antiretroviral tedavi başlama önerisi o denli anlamlı yararlar sağlamıştır ki, kentteki standart yaklaşım haline gelmiştir.

Sara Coffey ve arkadaşları, 2013 ve 2017 yılları arasında yeni tanı almış ve 86. Koğuş Hızlı Antiretroviral Tedavi (ART) programına yönlendirilmiş 225 bireyi geriye dönük olarak analiz etmişlerdir. Bu bireylerin %98'i (216/225) aynı gün ART başlama önerisini kabul etmiştir (4 birey reddetmiş, 3 bireye bu öneri yapılmamış ve 2 birey de izlemden çıkmıştır). [1]


Çalışmaya dâhil edilen olguların çalışmaya alınma anında ortalama yaşı 30 (aralık 16-61), CD4 T lenfosit sayısının ortalama değeri 441 (aralık 3-1905) hücre/mm³ ve HIV RNA düzeyi 37.000 (aralık 0- >10 milyon) kopya/mL bulunmuştur. Bu kohortun büyük çoğunluğu erkektir (%7,9 kadın); %12'si Afrikalı Amerikalı, %27'si İspanyol ve %37'si beyazdır.

Bu kohortun ayrıca %51'inin madde kullandığı, %48'inin majör zihinsel bozukluk tanısı bulunduğu ve %30'unun da evsiz olduğu tespit edilmiştir.

Hızlı ART kliniğine ilk ziyaret ile ART başlanması arasındaki ortalama süre 0 gün (aralık 0-56) bulunmuştur ve viral yük saptanabilir düzeyin altına 41 günde inmiştir.

Ortalama 1,1 yıllık (aralık 0-3,9 yıl) bir izlem süresinde, katılımcıların %96'sında en az bir viral yük ölçümünün <200 kopya/mL olduğu ve %92'sinde de birinci yılın sonunda saptanabilir düzeyin altına indiği tespit edilmiştir. Katılımcıların %14'ünde viral yükün >200 kopya/mL düzeyine yükseldiği, bunların %78'inde tekrar <200 kopya/mL olacak şekilde baskılandığı gözlenmiştir.

Madde kullanımı, zihinsel sağlık sorunları ve evsizlik gibi sosyal sorunları olan karmaşık bir toplumda dahi, multidisipliner bir hizmet paketi (sosyal güvence ve barınma için destek vb dâhil olacak şekilde) içinde olacak şekilde tanı ile aynı günde ART başlanması yaklaşımının etkinliği bu bulgularla desteklenmiştir.

Bu programa ilişkin ve 39 erkek katılımcıyı kapsayan pilot çalışmanın ilk bulguları, 19-22 Temmuz 2015 tarihleri arasında Kanada'nın Vancouver şehrinde düzenlenen International AIDS Society Konferansı'nda sunulmuştur. [2] 

Yorum

Benzer bir model, İngiltere'de, aralarında 56. Dean Street kliniğinin de bulunduğu bazı kliniklerde de uygulanmış ve katılımcılar tarafından büyük oranda kabul görmüştür. [3]

Tüm projelerde bu model, diğer sosyal destek unsurlarını da içerecek şekilde planlanmış olmakla birlikte, ART başlanmasına öncelik vermektedir.

Kaynaklar

1. Coffey S et al. High rates of virologic suppression after rapid ART start in a safety-net clinic. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), 4-7 Mart 2019, Seattle, ABD. Poster özeti 515. <http://www.croiconference.org/sessions/high-rates-virologic-suppression-after-rapid-art-start-safety-net-clinic> (özet ve poster)
2. Pilcher C et al. Providing same day, observed ART to newly diagnosed HIV+ outpatients is associated with improved virologic suppression. 8th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention (IAS 2015), 19 - 22 Temmuz 2015. Vancouver, Kanada. Sözlü sunum özeti WEAB0104. <http://www.abstract-archive.org/Abstract/Share/70312> (özet) http://pag.ias2015.org/PAGMaterial/Webcast/2230_13083/webcast.mp4 (web sunumu)
3. Whitlock G, Patel S, Suchak T, et al. Rapid initiation of antiretroviral treatment in newly diagnosed HIV: experience of a central London clinic. HIV Med 2017; 18: 3-13.

Diğer web sitelerinin bağlantıları yayın tarihinde güncel olsa da sürdürülmeyebilir.

CROI 2019'dan entegraz inhibitörleri ve vücut ağırlığında artış ile ilgili sunumlar

Polly Clayden, HIV i-Base

Amerika Birleşik Devletleri'nin Seattle kentinde 4-7 Mart 2019 tarihleri arasında düzenlenen Retrovirüsler ve Fırsatçı Enfeksiyonlar Konferansı (Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections-CROI) 2019'da entegraz ipçik inhibitörleri (INSTI) ve vücut ağırlığında artış ile ilintili, çoğu Amerikan kohortlarından ve biri de önleme çalışmasından elde edilmiş veriler sunulmuştur.

Dolutegravirin tüm dünyada yaygın olarak kullanılmasıyla birlikte bu konuyla ilgili endişeler artmıştır. Ancak sunumlardan çıkan sonuçlar net değildir.

ACTG A5001 ve A5322 çalışmaları

AIDS klinik çalışmalar grubu (AIDS Clinical Trials Group-ACTG)'nin A5001 ve A5322 çalışmalarının katılımcıları arasında INSTI temelli antiretroviral tedaviye geçiş yapılanların yıllık vücut ağırlıklarında artış olduğu görülmüştür. Ağırlıktaki artış özellikle kadınlarda, siyah ırkta ve 60 yaş üzerindeki bireylerde olmuştur. [1]

Bu çalışmaya, A5001 ve A5322 protokollerinde bulunan ve 1997-2017 yılları arasında INSTI'ye geçilen katılımcılar dâhil edilmiştir. Katılımcıların, tedavi değişimi yapılmadan önceki ağırlıkları kontrol grubu olarak kabul edilmiş ve tedavi değiştirildikten sonraki ölçümler de vücut ağırlığındaki yaşla ilişkili artış verilerini oluşturmuştur. Toplam 972 hastada INSTI'ye geçiş yapılmıştır. Tedavi süresi çalışmaya kayıt olduktan sonra ortalama 7,8 yıldır.

Değerlendirmeye viral yükü saptanabilir seviyenin altında olan 691 hasta alınmıştır. Katılımcıların %82'si erkek, %45'i beyaz olmayan ırktır; yaş ortalaması 51 yıl, CD4 T lenfosit sayısının ortalama değeri 610 hücre/mm³ ve beden kitle endeksi (BKE) ortalaması 26kg/m² bulunmuştur. Olguların 289'unda raltegravire, 204'ünde elvitegravire ve 198'inde dolutegravire geçilmiştir. Ortalama takip süresi 1,8 yıl olup, raltegravir alanlarda bu süre 10 yıla kadar çıkmıştır. Katılımcıların üçte ikisinde proteaz inhibitörü (PI) içeren rejimden, geri kalanında ise nonnükleozit revers transkriptaz inhibitörü (NNRTI) içeren rejimden geçiş yapılmıştır.

Değerlendirmede yaşa, cinsiyete, ırk/etnik kökene, çalışma başlangıcındaki BKE'ye, CD4 T lenfosit sayısına, sigara kullanımına, diyabete ve viral yükün <200 kopya/mL düzeyinde takip edilme süresine göre uyarlama yapılmıştır. INSTI'ye geçiş yapılan kadınlarda beyaz ya da siyah ırktan olmak, 60 yaşın üzerinde bulunmak ve BKE'nin 30 ve üzerinde olması vücut ağırlığında yıllık daha fazla artış ile ilişkili bulunurken, erkeklerde 60 yaş üzerinde bulunmak risk faktörü olarak saptanmıştır.

Dolutegravir, vücut ağırlığındaki en fazla artışa neden olan INSTI olmuştur (tedavi değişiminden önce ve sonra, her yıl için 1kg daha fazla fark; p=0,0009). Elvitegravir ve raltegravir için tedavi değişiminden önceki ve sonraki dönem arasında vücut ağırlığında artış açısından fark saptanmamıştır.

Omurga rejimi olarak nükleozit revers transkriptaz inhibitörü (NRTI) kullananların bu kohorttaki sayısı az olmasına rağmen, alt analizlerde, abakavir ile birlikte kullanılan herhangi bir INSTI'ye geçiş ve elvitegravir ile tenofovir alafenamit içeren rejime geçişte vücut ağırlığında artış açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0,05).

NA-ACCORD çalışması

Kuzey Amerika AIDS Araştırma ve Tasarım Kohortu İşbirliği (North American AIDS Cohort Collaboration on Research and Design NA-ACCORD) çalışmasında, tedavi deneyimi olmayıp INSTI başlanan yetişkin olgular ile geçmişte NNRTI temelli tedavi başlanmış olgular karşılaştırıldığında, özellikle dolutegravir ve raltegravir alanlar vücut ağırlığındaki artış açısından daha yüksek riskli bulunmuştur. [2]

NA-ACCORD çalışmasında, 1 Ocak 2007'den sonra INSTI, PI ve NNRTI temelli tedavi başlanan katılımcılar, 31 Aralık 2016'ya kadar takip edilmiştir.

Antiretroviral tedavi sınıflarına göre vücut ağırlığındaki tahmin edilen artışlar 2. ve 5. yılda kayıt edilmiştir. Yeni INSTI başlananların takip süresi daha kısa olduğundan, vücut ağırlığındaki tahmin edilen artışlar 1.ve 2. yılda kayıt edilmiştir.

Toplam 24.001 katılımcıdan 4720'sine INSTI temelli [1681'ine (%35) raltegravir, 2124'üne (%45) elvitegravir ve 936'sına (% 20) dolutegravir] 11.825'ine NNRTI temelli tedavi, 7436'sına PI temelli tedavi başlanmıştır.

Katılımcıların %87'si erkek ve %41'i beyaz ırk, yaş ortalaması 42, BKE 25kg/m² ve CD4 T lenfosit sayısını yaklaşık 300 hücre/mm³ olarak bildirmiştir.

INSTI alanların vücut ağırlığında 2. ve 5. yılda gözlenen artışlar sırasıyla 4,9 ve 6,0 kg, NNRTI alanların 3,3 ve 4,3 kg ve PI alanların 4,4 ve 5,1 kg olmuştur. Tedaviye ilk kez INSTI ile başlayanların vücut ağırlığında 2. yılda tahmin edilen artış, dolutegravir için 6 kg, raltegravir için 4,9 kilo ve elvitegravir için 3,8 kg'dır.

Vücut ağırlığında INSTI ile ilişkili artış, cinsiyet (az sayıda kadın olmasından dolayı karşılaştırma sınırlı) ya da ırka bağlı bir değişiklik sergilememiştir.

Amerika Birleşik Devletleri-Tedavi deneyimli kohort

Tedavi deneyimli, virolojik olarak baskılanmış 3468 HIV pozitif olgunun bulunduğu ABD kohortunda geriye dönük analizde sadece psikiyatrik hastalıklar vücut ağırlığında artış ile ilişkili bulunmuştur. [3]

Tedaviden önce hipogonadizm, obez ya da kilolu olmak ile PI kullanmak, vücut ağırlığındaki artış ile ters orantılı bulunmuştur.

İki değişkenli analizde INSTI temelli tedaviler ile vücut ağırlığında artış arasında bir ilişki bulunmuş olsa da, çoklu analizde anlamlı bir fark gözlenmemiştir.

Olgular 21 Amerikan eyaletinden ve Washington DC'den toplanmıştır. Kohortun %81'i erkek, %14'ü kadın ve kalan %5'i tanımsız; %61'i beyaz ırk, %28'i Afrikalı- Amerikalı ve %11'i bilinmiyor olarak dağılım göstermiştir. Olguların %64'ünün INSTI,%28'inin NNRTI ve %20'sinin PI almakta olduğu bildirilmiştir.

Ağustos 2013 ile Ağustos 2018 arasında, katılımcıların yıllık değerlendirilmesinde %30'unda vücut ağırlığında >%3 artış, %16'sında >%3 kayıp ve %54'ünde <%3 değişim gözlenmiştir.

Çoklu analizde psikiyatrik hastalıklar vücut ağırlığında >%3 artış ile ilişkili bulunmuştur [odds oranı-OR 1,28 (%95 güven aralığı-GA 1,0 ila 1,6; p=0,020)]. Hipogonadizm [OO 0,81 (%95 GA 0,6 ila 1,0; p=0,050)], vücut ağırlığının başlangıçta yüksek olması [OO 0,69 (%95GA 0,6 ila 0,8)], başlangıçta obez olmak [OO 0,62 (%95 GA 0,5 ila 0,8] ve PI kullanımı [OO 0,58 (%95 GA 0,4 ila 0,7)], vücut ağırlığındaki artış ile ters orantı sergilemiştir (p<0,001).

PI kullananlarda, vücut ağırlığında >%3 artış, kullanmayanlara göre daha az olmuştur. INSTI

alanlarda vücut ağırlığında >%3 artış, almayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. NNRTI alanlar ve almayanlar arasında fark saptanmamıştır.

İlaç sınıflarına göre ve kişisel kullanılan ilaçlara göre analiz yapılmamıştır.

Women's Interagency Health Study (WIHS)

Bu çalışmada, INSTI tedavisine geçilenlerde geçilmeyenlere göre vücut ağırlığı, yağ yüzdesi ve kan basıncı değerlerinde anlamlı artış saptanmıştır. [4]

INSTI içeren bir rejime geçilen ya da tedavi rejimine INSTI eklenen kadınlarla tedavisinde INSTI olmayanlar karşılaştırılmıştır. Çalışmada 2008-2017 yılları arasında, vücut ağırlığı, BKE, vücut yağ yüzdesi, bel, kalça, kol ve uyluk çevresi, kan basıncı ve diyabet için ölçümler yapılmıştır.

Katılımcılar ortalama 2 yıl takip edilmiş ve gruplar, temel özellikler açısından benzer bulunmuştur. Katılımcıların yaş ortalaması 48,8'dir; %61'i Afrikalı- Amerikalı, CD4 T lenfosit ortalama sayısını 699 hücre/mm³, başlangıçtaki vücut ağırlığı 80,8 kg ve BKE 31 saptanmıştır.

INSTI alan kadınların vücut ağırlığında, almayanlara göre 2,14 kg, BKE'de 0,78 kg/m², vücut yağ yüzdesinde %1,35, bel çevresinde 2,05 cm, kalça çevresinde 1,87 cm, kol çevresinde 0,58 cm ve uyluk çevresinde 0,98 cm artış saptanmıştır.

HIV Outpatient Study (HOPS)

Bu çalışmada, INSTI temelli tedaviye geçilenlerde BKE'de, geçilmeyenlere göre daha fazla artış saptanmıştır. Latin kökenlilerde ve kadınlardaki artışın daha belirgin olduğu gözlenmiştir.[5]

Çalışmada, Amerika'daki dokuz klinikte takip edilen, 1 yıldan uzun süredir viral yükü baskılanmış, INSTI tecrübesi olmayan, INSTI'ye geçildikten sonra viral yükü baskılanmaya devam etmiş ve viral yükü INST dışı tedaviler ile baskılanmış olguların tıbbi kayıtları incelenmiştir. Altı aydan uzun süredir INSTI temelli tedavi alan olguların vücut ağırlıkları tedavi değişiminden önce yılda >2 kez, değişimden sonra >1 kez ölçülmüştür.

Toplam 653 katılımcıdan 368'i (%56,4) INSTI temelli tedaviye, 285'i (%43,6) diğer tedavilere geçmiştir. INSTI alan katılımcıların %17,7'si kadın ve yaş ortalaması 51 bulunmuştur.

INSTI tedavilerinin dağılımının raltegravir (%48,6), elvitegravir (%21,7) ve dolutegravir (%29,6) şeklinde olduğu ve olguların ortalama 2,4 yıldır INSTI kullanmakta olduğu bildirilmiştir.

INSTI kullananlarda vücut ağırlığındaki ortalama değişim 1,2 kg iken, kullanmayanlarda 0,3 kg olmuştur (p=0,05).

Çoklu analizde kadınlarda ve Latin kökenlilerde BKE daha yüksek, damar içi ilaç kullananlarda ise erkeklerle seks yapan erkeklerdekinden daha düşük saptanmıştır (p<0,01).

Dolutegravire geçilenlerde BKE'deki artış, raltegravire (p=0,03) ve elvitegravire (p=0,003) geçilenlere görece daha fazla olmuştur. Sadece elvitegravir temelli antiretroviral tedavi ile BKE'deki artış arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0,67).

Dallas, Texas'ta Parkland sağlık merkezi verileri

Dallas'ta şehir merkezindeki büyük bir kliniğin verilerine göre elvitegravir, tüm katılımcılar arasında BKE'yi en fazla artıran INSTI iken, dolutegravir ve raltegravir kadınlarda, dolutegravir siyah ve Latin kökenlilerde BKE'de artış ile ilişkili bulunmuştur. [6]

Analize Dallas, Teksas'taki Parkland sağlık merkezinde 2009 ile 2017 arasında takip edilen tüm olgular dâhil edilmiştir.

Toplam 4048 katılımcının %69'u erkek, %53'ü siyah, %28'i Latin kökenli, %16'sı beyaz ırk olarak belirtilmiştir. Yaş ortalaması 46,3 yıldır (standart sapma-SS +/- 11,9); başlangıçtaki BKE 27 kg/m² (SS +/- 6,4), ART kullanımı ortalama 6,7 yıl (Çeyrek değerler aralığı-ÇDA 2,8 ile 11,2) hesaplanmıştır.

BKE'deki artışlar ile cinsiyet, ırk/etnik köken arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Katılımcılarda kilolu/obez (BKE ≥25) oranı yılda %51'den %65'e yükselmiştir (p<0,001).

Yorum

Bu yılın başında yayımlanan bir sistematik analizin sonucu, şu anki veriler ile INSTI'ların vücut ağırlığında klinik olarak anlamlı artışa neden olup olmadıklarının kesin olmadığı ve bu artışlardaki farkın, istatistiksel olarak anlamlı olsa da çok küçük olduğu yönündedir [8].

CROI 2019'da sunulan veriler ise farklılık göstermektedir.

İki Afrika ülkesinde dolutegravir temelli tedaviler ile efavirenz temelli tedavilerin karşılaştırıldığı, düzenli olarak vücut ağırlığının takip edildiği ADVANCE ve NAMSAL randomize kontrollü çalışmalarının sonuçlarının IAS 2019'da sunulması beklenmektedir. Bu sonuçların önemli olacağı düşünülmektedir.

Beden kitle endeksindeki artış NNRTI için 0,22 kg/m², PI için 0,24 kg/m² ve INSTI için 0,32 kg/m² saptanmıştır.

INSTI'ler arasında BKE'deki artış ile en fazla ilişki sergileyen ilaç elvitegravir olmuştur (0,39/yıl); bu etki cinsiyet ya da ırk/etnik köken ile değişmemiştir.

Dolutegravir ve raltegravir ile BKE'de kadınlarda (sırasıyla yılda 0,44 ve 0,12; p<0,01) erkeklere göre (sırasıyla yılda 0,3 ve 0,08; p=0,03) anlamlı bir artış olduğu saptanmıştır. Dolutegravirin ayrıca siyah ve Latin Amerikan kökenlilerde BKE'de daha fazla artışa neden olduğu belirlenmiştir.

Kabotegravir

HPTN 077 çalışmasında, kabotegravir kullanan HIV negatif bireylerde vücut ağırlığındaki artış düzeyi, plasebo alanlarla karşılaştırıldığında farklı bulunmamıştır. [7]

ABD'de, Brezilya'da ve Sahra altı Afrika'da gerçekleştirilen ve kabotegravirin iki farklı dozunu incelemek ve doz aralıklarını belirlemek amacıyla yapılmış bir faz 2a randomize plasebo kontrollü önleme çalışmasında, 199 katılımcı 3:1 oranında kabotegravir ya da plasebo alacak şekilde randomize edilmiştir.

Kırk birinci haftada vücut ağırlığındaki ortalama değişim kabotegravir kolunda +1,1 kg (ÇDA -0,9 ile +3,0) ve plasebo kolunda +1,0 kg (ÇDA -1,2 ile +3,2) saptanmıştır (p=0,66). Cinsiyet, doz, yaş, ırk/etnik köken, sigara kullanma ya da başlangıçtaki BKE ile vücut ağırlığındaki değişim arasında bir ilişki bulunmamıştır. +

Tablo 1. Antiretroviral tedavi ile vücut ağırlığındaki değişim arasındaki ilişkiyi incelenen ve CROI 2019'da sunulan çalışmalar

Özet no	Tasarım	Ayrıntılar	Bulgular	Yüksek risk
Özet 669. Lake JE ve ark ABD	ACTG geçiş çalışması (ABD). 2007-2017 arasında ileriye dönük kohort. Geçişten sonra takip <2 yıl, ancak ağırlık değişimleri modellenmiş, yaş, cinsiyet, BKE, CD4 sayısı, sigara kullanımı ve diyabet için uyarlanmış.	Sayı=961 VY <200 k/mL %18 kadın %55 beyaz %26 siyah %19 Latin Amerikan	Geçiş öncesi ve sonrası ağırlık değişimleri gösterilmiş. Dolutegravir ile ağırlık artışı sadece PI'dan ve NNRTI'dan geçildiğinde, elvitegravir ile ise sadece NNRTI'dan geçildiğinde gerçekleşmiş.	Kadınlar Siyah ırk >60 yaş
Özet 670. Bourgi K ve ark ABD	NA-ACCORD kohortları (ABD). Daha önce tedavi almamış (<45 gün), 2007-2016. İlaç sınıflarına göre ağırlık artışı modellenmiş.	Sayı=24.000 (INSTI alan kişi sayısı =4740) %90'ı erkek %42'si siyah BKE 25 (ÇDA 23 ile 29)	İkinci yılda tahmin edilen ağırlık artışı NNRTI için +3,3kg, PI için +4,4 kg INSTI için +4,9 kg. DTG için +6,0 kg > RAL için +4,9 kg > EVG için +3,9kg.	Cinsiyet ya da ırk ile ilişki yok
Özet 671. McComsey G ve ark. ABD	ABD geriye dönük gözlemsel geçiş çalışması. 2013-2017. VY <200 k/mL ve iki kez BKE ölçülmüş. >%3 artışa etki eden faktörler ağırlık artışı olmayanlar ile karşılaştırılmış.	Sayı =3468 %19'u kadın % 62'si beyaz %28'i siyah	Toplamda %30'unda ağırlık artışı, %54'ünde minimal değişiklik ve %16'sında kilo kaybı görülmüş. INSTI alanlarda ağırlık artışı olmayanlardan fazla (%32'ye %28) olmuş. PI alanlarda almayanlara göre artış daha fazla (%32'ye %22) olmuş.	Çoklu analizde INSTI etkisi saptanmamış. Düşük BKE anlamlı bulunmazken, başlangıçtaki BKE'nin yüksek olması ve psikiyatrik hastalıklar riski artırmış. Cinsiyet ve ırkla ilişkisi bulunmamış.
Özet 672. Kerchberger AM ve ark. ABD	WIHS kohortu geriye dönük geçiş analizi 2008-2017	Sayı =1118 (geçiş yapılan sayı =234) VY <1000 k/mL. %100'ü kadın, yaklaşık 2 yıl izleme süresi	INSTI'ye geçilen grupta ağırlık farkı +2,14 kg, BKE farkı 0,78 kg/m ² , vücut yağ yüzdesi farkı %1,35, bel ölçümü farkı 2,05, kalça ölçümü farkı 1,87, kol ölçümü farkı 0,58 ve uyluk ölçümü farkı 0,98 cm daha fazla bulunmuş. Ayrıca sistolik, diyastolik kan basıncı daha yüksek (2,24, 1,17 mmHg, p<0,05) ve yeni tanı diyabet (%4,5'e %2,2) daha sık saptanmış. (p=0,11)	Anlamlı fark yok
Özet 674. Palella FJ ve ark. ABD	HOPS 2007-2017 kohortunun geriye dönük analizi. Tüm geçiş analizinde BKE >2 ölçülmüş.	Sayı=653 (INSTI'ya geçiş yapılan 363, diğer tedavilere geçiş yapılanlar 285 kişi). VY <200 k/mL. Yaklaşık %20'si kadın, %60'ı beyaz ırk, %25'i siyah ırk %12'si Latin Amerikan.	INSTI temelli tedavilere geçilenlerde vücut ağırlığında daha fazla artış görülmüş. (1,2 kg 'ye 0,3 kg, p=0,05). Artışlar DTG ve RAL ile olmuş, ELV ile artış saptanmamış.	Kadınlar ve Latin kökenlilerde BKE'de daha fazla artış görülmüş.

Özet no	Tasarım	Ayrıntılar	Bulgular	Yüksek risk
Özet 675. Bedimo R ve ark. ABD	2009-2017 arasında tedavi tecrübesi olmayan hastaların geriye dönük analizi.	Sayı=4.048. %29'u kadın. %53'ü siyah ırk, % 28'i, Latin kökenli, %16'sı İspanyol asıllıların dışındaki beyaz ırk. Ortalama başlangıç BKE 27,0 kg/m ² (SS 6,4). ART alırken takip süresi ortalama 6,7 yıl (ÇDA 2,8 – 11,2).	INSTI alan grupta BKE'nin ≥ 25 olma yüzdesi üçüncü yılda diğer gruba göre daha fazla saptanmış. (%65'e %51, p<0,001). Yıllık BKE grafik eğrisi NNRTI alanlarda 0,22, PI alanlarda 0,24 ve INSTI alanlarda 0,32 saptanmış.	PI grubunda BKE artışı kadınlarda erkeklere göre daha fazla olmuş, ırk/etnik köken ile fark saptanmamış. EVG alanlardaki artış DTG/RAL alanlara göre daha fazla olmuş; yine ırk ve etnik kökenle ilişkisi saptanmamış. DTG ve RAL alanlarda BKE'deki artış kadınlarda daha fazla, DTG alanlardaki artış ayrıca siyah ve Latin kökenlilerde daha fazla olmuş.
Sözlü özet 30. Landovitz R ve ark.	Kabotegravir (CAB) ile ikili tedavinin HIV negatiflerde randomize plasebo kontrollü faz 2a çalışması	Sayı=199 (CAB alan 134 kişi). %66'sı kadın %26'sı beyaz ırk, %40'ı siyah ırk, %25'i Latin kökenli.	41 hafta sonundaki ortalama vücut ağırlığı değişimleri CAB kolunda +1,1 kg (ÇDA -0,9, 3,0) ve plasebo kolunda 1,0 kg (ÇDA -1,2, 3,2) olmuş. (p=0,66).	

ABD, Amerika Birleşik Devletleri; ACTG, AIDS Clinical Trials Group; ART, antiretroviral tedavi; BKE, beden kitle endeksi; CAB, kabotegravir; ÇDA, çeyrek değerler aralığı; DTG, dolutegravir; EVG, elvitegravir; HOPS, HIV Outpatient Study; INSTI, entegraz ipçik inhibitörü; NNRTI, nonnükleozit revers transkriptaz inhibitörü; PI, proteaz inhibitörü; RAL, raltegravir; SS, standart sapma; VY, viral yük; WIHS, Women's Interagency Health Study.

Kaynaklar

Aksi belirtilmedikçe tüm kaynaklar Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections-CROI 2019'dan (4-7 Mart 2019, Seattle, AD) alınmıştır.

- Lake JE ve ark. Risk factors for excess weight gain following switch to integrase inhibitor-based ART. Özet 669.
<https://www.croiconference.org/sessions/risk-factors-excess-weight-gain-following-switch-integrase-inhibitor-based-art> (özet)
https://www.croiconference.org/sites/default/files/posters-2019/1430_Lake_0669.pdf (poster)
<http://www.croiwebcasts.org/p/2019croi/669> (web)
- Bourgi K ve ark. Greater weight gain among treatment-naive persons starting integrase inhibitors. Özet 670.
<https://www.croiconference.org/sessions/greater-weight-gain-among-treatment-naive-persons-starting-integrase-inhibitors> (özet)
https://www.croiconference.org/sites/default/files/posters-2019/1430_Bourgi_0670.pdf (poster)
<http://www.croiwebcasts.org/p/2019croi/670> (web)
- McComsey GA ve ark. Weight gain during treatment among 3,468 treatment-experienced adults with HIV. Özet 671.
<https://www.croiconference.org/sessions/weight-gain-during-treatment-among-3468-treatment-experienced-adults-hiv> (özet)
https://www.croiconference.org/sites/default/files/posters-2019/1430_McComsey_0671.pdf (poster)
<http://www.croiwebcasts.org/p/2019croi/671> (web)
- Kerchberger AM et al. Integrase strand transfer inhibitors are associated with weight gain in women. Özet 672.
<https://www.croiconference.org/sessions/integrase-strand-transfer-inhibitors-are-associated-weight-gain-women> (özet)
https://www.croiconference.org/sites/default/files/posters-2019/1430_Kerchberger_0672.pdf (poster)
<http://www.croiwebcasts.org/p/2019croi/672> (web)
- Palella FJ et al. Weight gain among virally suppressed persons who switch to InSTI-based ART. Özet 674.
<https://www.croiconference.org/sessions/weight-gain-among-virally-suppressed-persons-who-switch-insti-based-art> (özet)
https://www.croiconference.org/sites/default/files/posters-2019/1430_Palella_0674.pdf (poster)
- Bedimo R et al. Differential BMI changes following PI- and InSTI-based ART initiation by sex and race. Özet 675.
<https://www.croiconference.org/sessions/differential-bmi-changes-following-pi-and-insti-based-art-initiation-sex-and-race> (özet)
https://www.croiconference.org/sites/default/files/posters-2019/1430_Bedimo_0675.pdf (poster)
- Landovitz RJ et al. Cabotegravir is not associated with weight gain in HIV-negative individuals: HPTN 077. Sözlü özet 34.
<https://www.croiconference.org/sessions/cabotegravir-not-associated-weight-gain-hiv-negative-individuals-hptn-077> (özet)
- Hill A ve ark. Are new antiretroviral treatments increasing the risks of clinical obesity? Journal of Virus Eradication 2019;5: e45-e47.
http://viruseradication.com/journal-details/Are_new_antiretroviral_treatments_increasing_the_risks_of_clinical_obesity

Gebelik

Gebeliğin geç döneminde dolutegravir viral yükü efavirenze göre daha hızlı baskılıyor: DolPHIN-2 çalışmasının bulguları

Polly Clayden, HIV i-Base

Amerika Birleşik Devletleri'nin Seattle kentinde 4-7 Mart 2019 tarihleri arasında düzenlenen Retrovirüsler ve Fırsatçı Enfeksiyonlar Konferansı (Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections-CROI) 2019'da sunulan DolPHIN-2 çalışmasının bulgularına göre, HIV ile yaşayan ve gebeliğin geç döneminde başvuran kadınlarda doğumdan önce virolojik baskılanma, dolutegravir (DTG) temelli bir antiretroviral rejim ile efavirenz (EFV) temelli bir rejime görece daha hızlı elde edilmektedir.

Ancak, hangi antiretroviral tedavi (ART) rejimi seçilirse seçilsin, gebelikte olgunun geç başvurusu halinde akıbet kötü olmaktadır.

DolPHIN-2 (NCT03249181), Uganda ve Güney Afrika'da yürütülen ve gebeliğin 28. haftasından itibaren ART başlanan gebe kadınları iki adet nükleozit analogu revers transkriptaz inhibitörü (NRTI) ile DTG veya EFV kullanacak şekilde randomize eden açık etiketli bir çalışmadır.

Çalışmanın birincil sonlanma noktası, etkinlik açısından doğum anında (doğumdan sonra 14 güne kadar) viral yük değerinin <50 kopya/mL olması ve güvenlik açısından da anne ve bebekte ilaçla ilintili istenmeyen olayların ortaya çıkması şeklinde belirlenmiştir.

Liverpool Üniversitesi'nden Profesör Saye Khoo çalışma grubu adına çalışmanın verilerini sunmuştur.

Randomize edilen 268 kadının tamamı güvenlik analizine ve 237 kadın (122 DTG, 115 EFV) etkinlik analizine dâhil edilmiştir. Veriler 31 Ocak 2019'da sansürlenmiştir.

Olguların başlangıçtaki özellikleri iki kolda benzer bulunmuştur; ortalanca yaş 28, viral yük 4,5 log₁₀ kopya/mL, CD4 T lenfosit sayısı 446 hücre/mm³ ve gestasyon 31 hafta olarak hesaplanmıştır.

Viral yük başlangıçta, ART başladıktan sonraki 1. ve

4. haftalarda, gebeliğin 36. haftasında, doğumda ve doğumdan sonraki 6. haftada ölçülmüştür.

Antiretroviral tedavi kullanılan ortanca süre 55 gün (çeyrek değerler aralığı-ÇDA 33-77) bulunmuştur; bu süre DTG için 52 gün (ÇDA 30-74) ve EFV için 59 gündür (ÇDA 38-82).

Tedavi niyetli analizde, doğum anında viral yükü <50 kopya/mL olanların oranı DTG grubunda (90/122, %73,8) EFV grubundakine (49/115, %42,6) göre anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur [görece risk-GR 1,66 (%95 güven aralığı-GA 1,32 ila 2,08); p<0,0001]. Benzer şekilde, viral yükü <1000 kopya/mL olanların oranı da DTG grubunda (113/122, %92,6) EFV grubundakine kıyasla (95/115, %82,6) daha yüksek bulunmuştur [GR 1,11 (%95 GA 1,00 ila 1,23); p=0,05].

Üç vertikal geçiş saptanmıştır; bunların tamamı DTG kolunda olmuştur. Vertikal geçiş olan annelerde ART'ye gebeliğin sırasıyla 32., 32. ve 30. haftalarında başlanmış ve bu olgular doğumdan önce sırasıyla 35, 32 ve 24 gün boyunca ART kullanmışlardır. Bu annelerden doğan bebeklerde ilki sırasıyla doğumdan 5, 3 ve 11 gün sonra olmak üzere polimeraz zincir testi sırasıyla 4, 3 ve 2 kez pozitif bulunmuştur. Annelerde doğum anında viral yük sırasıyla 29, 20 ve 200 kopya/mL bulunmuştur. Bunların tamamının in utero geçiş olduğu kanaatine varılmıştır.

DTG gebelikte iyi tolere edilmiştir ve istenmeyen etkilerin organ tutuluşu veya ciddiyeti açısından EFV ile arasında herhangi bir fark saptanmamıştır.

Tamamı DTG kolunda olmak üzere dört ölü doğum olmuştur. Bunların kullanılan ART ya da annede gelişen bağışıklığın yeniden yapılanması sendromu ile ilintili olmadığı ya da olma ihtimalinin az olduğu kanaatine varılmıştır.

Değerlendirilebilen 242 canlı doğumda doğum anında ortanca gebelik haftası her iki kolda da 39,9 bulunmuştur ve her iki kolda erken ve çok erken doğum oranı benzer (sırasıyla %16 ve %5) saptanmıştır.

Bebeklerin yaklaşık yarısında en az bir ciddi istenmeyen olay ortaya çıkmıştır. Yedi bebek ölmüştür


(DTG kolunda 4 ve EFV kolunda 3); bunların da kullanılan ART ile ilintili olmadığı ya da olma olasılığının az olduğu kanaatine varılmıştır.

Tüm grupta bebeklerin %38'inde doğumsal, ailesel ve genetik anomaliler gözlenmiştir. Doğumsal umbilikal herni (%29,8) ve doğum lekeleri (%15,3) hariç, diğerlerinin tümünde oranlar normal sınırlar içinde kalmıştır; nöral tüp kusuru gözlenmemiştir.

Sonuç olarak DTG doğumdan önce virolojik

baskılanmanın EFV'ye göre daha hızlı elde edilmesini sağlamaktadır ve iyi tolere edilmektedir.

Üç bebekte ortaya çıkan enfeksiyonun in-utero geçiş olma olasılığı yüksektir. DTG kolundaki dört ölü doğum bilinen risk faktörleri ile ilişkili bulunmuştur ve ART ile ilintili olması olası görünmemektedir.

Polly Clayden DolPHIN-2 çalışmasının yürütme kurulunda yer almaktadır. 

Yorum

Daha önce bildirildiği gibi, ART'ye gebeliğin geç döneminde başlayan HIV pozitif kadınlar, tedaviye daha erken başlayanlara görece istenmeyen sonuçların gelişmesi ve vertikal geçiş olması açısından daha yüksek risk taşımaktadır.

DolPHIN-2 çalışmasında saptanan bebek ölümleri, ölü doğumlar ve anneden bebeğe bulaşlar bu görüşü doğrulamaktadır. Bu tür kadınların erişimi ve çalışmalara dâhil edilmesi güç olmakla birlikte, gebeliğin erken döneminde gereken sağlık hizmetine ve tedaviye erişimlerinin sağlanması için her tür girişimde bulunulmalıdır.

DolPHIN-2 çalışmasına dâhil edilen anne ve bebekler, doğumdan sonra 72. haftaya dek izlenecektir.

Kaynaklar

1. Kintu K et al. RCT of dolutegravir vs efavirenz-based therapy initiated in late pregnancy: DolPHIN-2. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI) 2019. Seattle. 4–7 March 2019. Sözlü sunum özeti 40LB.

<http://www.croiconference.org/sessions/rct-dolutegravir-vs-efavirenz-based-therapy-initiated-late-pregnancy-dolphin-2> (özet)

Diğer web sitelerinin bağlantıları yayın tarihinde güncel olsa da sürdürülmeyebilir.

KONFERANS RAPORLARI

İngiliz HIV Birliği'nin 25. Yıllık Konferansı *25th Annual Conference of the British HIV Association* *2-5 Nisan 2019, Bournemouth, İngiltere*

Yandaş hastahklar

HIV ile yaşayan bireylerde testosteron eksikliğinin yönetimi

Simon Collins, HIV i-Base

2-4 Nisan 2019 tarihleri arasında İngiltere'nin Bournemouth kentinde düzenlenen 25. İngiliz HIV Birliği (British HIV Association) Yıllık Kongresi (BHIVA 2019)'nde sunulan iki posterde, HIV ile yaşayan bireylerde testosteron yetmezliğinin, olması gerekenden daha az tanındığı ve tedavi edildiği bildirilmiştir.

HIV ile yaşayan bireylerde testosteron düzeylerinin genel toplumdakinden daha düşük olduğu bilinmekle birlikte, bunun yönetimi, genel belirtiler (erektil disfonksiyon, istek azlığı, halsizlik, düşük mizaç ve/ya

kas kitlesinde azalma) araştırılması gerektiğine işaret etse bile HIV ile ilgili rutin tıbbi hizmetler arasında yer almamaktadır. University College London'dan V. Kopanitsa ve arkadaşları, hâlihazırdaki uygulamaları saptamak ve yerel bir kılavuz geliştirmek amacıyla olgu notlarını geriye dönük olarak incelemişler ve kılavuzdan önceki ve sonraki uygulamaları karşılaştırmışlardır. Kılavuz, HIV, cinsel işlev bozukluğu ve endokrinoloji uzmanlarından oluşan multidisipliner bir ekip tarafından geliştirilmiştir. [1]

Kılavuzda, hekimlerin yaptığı aşağıdaki belli başlı hatalara dikkat çekilmiştir:

- + Asemptomatik bireylerde testlerin tekrarlanması önerilmemektedir.

- + Kan örnekleri yanlış zamanda alınmaktadır (örneklerin 10:30'dan önce alınması gerekmektedir).
- + Serbest testosteronun ölçülmesi gerekirken, total testosteron ölçümleri yapılmaktadır.

Hekimler sıklıkla total testosteron (serbest artı bağlı testosteron) ölçümü yaptırmaktadır. Ancak, HIV ile yaşayan bireylerde seks hormonu bağlayan globülin (SHBG) düzeylerinin yüksek olması nedeniyle test sonuçlarının yorumlanması güç olmaktadır; bu nedenle bu bireylerde serbest testosteron düzeyleri ölçülmelidir.

Serbest testosteron, aynı kan örneğinden elde edilmiş albümin, testosteron ve SHBG bulguları kullanılarak aşağıdaki link aracılığıyla hesaplanabilir:

<http://www.issam.ch/freetesto.htm>

Ancak ne yazık ki, yerel kılavuz en doğru uygulamayı açıkça belirtmekle birlikte, yerel pratikte iyileşme sağlayamamıştır; bu da daha fazla çalışma gerektiğini ortaya koymaktadır. Hasta sayıları az olmakla birlikte, kılavuz yayımlandıktan sonra 10:30'dan önce alınan örnek sayısı %46'dan %13'e ve serbest testosteron ölçüm oranı %17'den %5'e düşmüştür.

Posterde, çalışmanın çok küçük çaplı olduğu,


Kaynaklar

1. Simpson C et al. A review of hypogonadism in an HIV cohort. 25th Annual BHIVA, 2-5 Nisan 2019, Bournemouth (BHIVA 2019). Poster özeti P137. <https://www.bhiva.org/file/5ca7325113af9/P147.pdf> (PDF)
 2. Kopanitsa V et al. Improving testosterone testing in people living with HIV. 25th Annual BHIVA, 2-5 Nisan 2019, Bournemouth (BHIVA 2019). Poster özeti P137. <https://www.bhiva.org/file/5ca732510ca0d/P137.pdf> (PDF)
- Diğer web sitelerinin bağlantıları yayın tarihinde güncel olsa da sürdürülmeyebilir.

kılavuzun tanıtımının yeniden yapılacağı ve bulguların yeniden değerlendirileceği vurgulanmıştır.

İkinci posterde, Brighton'daki Lawson Ünitesi'nden Celia Simpson ve arkadaşları, son beş yıl içinde Brighton'da serbest testosteron düzeyi düşük (<160 bnmol/L) bulunan 69 olgunun yönetimini gözden geçirmişlerdir. [2]

Bu grupta ortalama yaş 58 (aralık 31-88) ve CD4 T lenfositlerinin en düşük değeri 375 (aralık 15-1037) hücre/mm³ bulunmuştur. Tüm olgularda viral yük saptanabilir düzeyin altındadır. Antiretroviral tedavi kullanımının ortalama süresi 15 yıldır (aralık 1-32). Olguların büyük çoğunluğunda yandaş hastalıklar bulunduğu ve %36'sında 3 veya daha fazla sayıda yandaş hastalık olduğu tespit edilmiştir. Ortanca beden kitle endeksi (BKE) 26,5 olmakla birlikte, bu değer 17,1 ile 39,0 arasında değiştiği bildirilmiştir.

Tanımlanan 69 olgunun yaklaşık yarısında SHBG düzeyinin anormal olması nedeniyle, sadece total testosteron ölçümüne dayandırılacak bir değerlendirmede yanlış sonuçların yüksek olacağı belirtilmiş ve total testosteron yerine serbest testosteron ölçümünün önemine dikkat çekilmiştir. Otuz iki olguda testosteron tedavisine başlanmıştır, beş olgu da tedavi almak üzere beklemektedir. 

Amerika Birleşik Devletleri'nde kan basıncı için kabul edilen yeni hedeflerin, HIV pozitif bireyler için uygulanması

Simon Collins, HIV i-Base

Londra'daki büyük bir hastanede, kan basıncı yüksek olan HIV ile yaşayan bireylerin yönetimine ilişkin bir değerlendirmede, hastaların %42'sinde kontrolün iyi olmadığı, ancak Amerika Birleşik Devletleri'nin yeni kan basıncı kılavuzundaki önerilerin uygulanmasıyla beraber düzelme olduğu gösterilmiştir.

Bu ileriye dönük incelemenin bulguları, 2-5 Nisan 2019 tarihlerinde İngiltere'nin Bournemouth kentinde düzenlenen İngiliz HIV Birliği'nin 25. Yıllık Konferansı (25th Annual Conference of the British HIV Association-BHIVA) 2019'da Royal Free hastanesinden G. Manmathan ve meslektaşları tarafından sunulmuştur. Başlangıçta 111 HIV pozitif hastanın verileri hastane çalışanları ile paylaşılmış, çalışanlara eğitim verilmiş, daha sonra 125 olgu ile ikinci bir değerlendirme yapılmıştır.

Yüksek kan basıncı, kardiyovasküler hastalıklar için önde gelen risk faktörüdür. 2018 Amerikan rehberlerinde yüksek tansiyon için alt sınır 140/90 mmHg'den 130/80 mmHg'ye düşürülmüştür.

İlk değerlendirmeye alınan 111 hastanın %77'si erkek ve yaş ortalaması 49 yıldır (+/- 11). Olguların kullandıkları antiretroviral ilaçların hiçbiri yüksek kan basıncı ile ilişkilendirilmemiştir.


Kaynaklar

Manmathan G et al. Impact of application of new American hypertension guidelines to a UK HIV cohort. 25th Annual Conference of the British HIV Association (2-5 Nisan 2019, Bournemouth, İngiltere). Özet P65., <https://www.bhiva.org/file/5ca73250cdc10/P065.pdf> (PDF)

Diğer web sitelerinin bağlantıları yayın tarihinde güncel olsa da sürdürülmeyebilir.

Kohortta yaklaşık her dört kişiden biri (%23) yüksek kan basıncı için tedavi kullanmaktadır. Ancak tedavi alanların sadece %58'inde kan basıncı kontrol altındadır. Olguların %38'inde sistolik kan basıncı (SKB) >140 mm Hg ve %56'sında >130 mm Hg düzeyindedir. Diyastolik kan basıncı (DKB) >90 mm Hg olanlar %21 iken, yeni rehberlerin sınırı uygulandığında %63'ünde DKB'nın >80 mm Hg olduğu görülmüştür.

Yazarlar, yeni kılavuzdaki önerilerin uygulanmasıyla birlikte, daha çok sayıda hastanın, İngiltere'nin hâlihazırdaki hedeflerine ulaştığını, ancak elde edilen değişikliklerin istatistiksel anlamlılık düzeyine ulaşmadığını (ilaç kullananlar ilk değerlendirmede %23, ikinci değerlendirmede %26; kan basıncı kontrol altına alınamayanlar ilk değerlendirmede %40, ikinci değerlendirmede %36) belirtmişlerdir.

Yazarlar, HIV pozitif bireylerde yüksek kan basıncının ve kardiyovasküler riskin, İngiltere'deki genel topluma kıyasla daha genç yaşta ve daha sık görüldüğünü dikkate alarak, kan basıncını daha güçlü bir şekilde kontrol altına alabilmek açısından, yeni kılavuzun uygulanmasını kuvvetle önermektedirler. Ayrıca, kardiyovasküler hastalıkla ilişkili birçok ölümün, yüksek kan basıncına ilişkin on yıllardır yaygın şekilde kabul gören temel bilgilerin uygulanmasıyla önenebileceğini belirtmişlerdir. 

Kadın sağlığı

HIV pozitif kadınların takibinde menopoz ve kemik sağlığı

Simon Collins, HIV i-Base

2-5 Nisan 2019 tarihlerinde İngiltere'nin Bournemouth kentinde düzenlenen İngiliz HIV Birliği'nin 25. Yıllık Konferansı (25th Annual Conference of the British HIV Association-BHIVA) 2019'da menopoz ile ilişkili kadın sağlığının önemini belirten en az üç poster sunulmuştur.

Yıllık menopoz taramasının önemi

Nottingham Üniversitesi Hastanesi'nden Munatsi ve arkadaşları, yaşları 45-56 arasında değişen 31 kadına doğum kontrol yöntemleri, menopoza ilişkin belirtiler,

yandaş hastalıklar, ilaçlar ve yaşam tarzıyla ilgili risk faktörlerini sordukları anket çalışmasının sonuçlarını sunmuşlardır. Kliniğin toplam popülasyonunun %13'ünün (152/1200) bu yaş aralığında olduğu belirtilmiştir. [1]

Klinik yönetimi değerlendirmek amacıyla, FRAX skoru ve kardiyovasküler risk hesaplamasının kullanıldığı bir olgu sunulmuştur.

Çalışmada, antiretroviral tedavi (ART) alan kadınların %90'ında viral yük saptanabilir seviyenin altında bulunmuştur. Katılımcıların %61'i Afrikalı siyahi, %13'ü beyaz İngiliz ve %6'sı Asyalıdır.

Kadınların %40'ında menopoz belirtileri olmasına rağmen hiçbiri daha önce menopoz taramasından geçmemiştir. Hormon takviye tedavisi hakkındaki farkındalık düzeyi epeyce düşük (%20) bulunmuştur. Kadınların sadece yarısı bir sağlık profesyoneli tarafından konuyla ilgili bilgilendirilmiştir.

Çalışmanın bulguları, Nottingham'daki uygulama yaklaşımını, yıllık tarama, hormon takviye tedavisi hakkında bilgilendirme ve menopoz ile başa çıkma yollarına ilişkin yönlendirmeyi içerecek şekilde değiştirmek amacıyla kullanılmıştır. Çalışma ayrıca kadınların tıbbi uzmanlık bölümlerine erişiminin önemini de vurgulamıştır.

BHIVA kılavuzu, 45-56 yaşları arasında olan tüm HIV pozitif kadınlarda yıllık menopoz taramalarının yapılmasını ve hormon takviye tedavisinin bir seçenek olarak sunulmasını önermektedir. Munatsi ve meslektaşlarının değerlendirmesi, diğer kliniklerin de kendilerini gözden geçirmelerine neden olmalıdır.

Osteoporoz yaşının düşmesi- rehberleri gözden geçirmek için bir işaret olabilir mi?

Brighton hastanesinden Yvonne Gilleece ve meslektaşları, HIV servislerinde izlenen 40 HIV pozitif kadının DEXA sonuçlarını sunmuştur. [2]

Çalışmaya alınan 40 kadından 37'sinin sonuçları değerlendirilmiştir. Yaş ortalaması 51'dir (36-84). Katılımcıların %38'nin DEXA sonuçları (14/37) normal bulunurken, %41'inde (15/37) osteopeni ve %21'inde (8/37) osteoporoz saptanmıştır. Osteoporoz saptanan olguların çoğu (7/8) menopoz sonrası dönemdedir.

DEXA taraması normal olanların yaş ortalaması 51(42-58), osteopeni olanların 48 (36-60) ve osteoporoz olanların 53 (46-84) bulunmuştur.

Çalışmanın katılımcı sayısı az olmakla birlikte, osteoporoz görülme yaşının düştüğü ve osteoporozun HIV pozitif kadınlarda HIV pozitif erkeklere göre iki kat daha fazla görüldüğü vurgulanmıştır. Bu grupta osteoporoz yaşının düşmesinin ve kırık riskinin artmasının, hâlihazırda BHIVA kılavuzunun gözden

Yorum

Bu çalışmalar, HIV pozitif kadınların sağlığı konusunda doktorların ve kliniklerin kendilerini gözden geçirmesine neden olacak bakış açıları sunmaktadır.

İngiltere'de HIV kliniklerinde takip edilen 45-56 yaş arasındaki kadınların sayısı 10.000'den fazladır.

Kaynaklar

1. Munatsi S ve ark. The menopause experience: a quality improvement project. 25th Annual Conference of the British HIV Association (2-5 Nisan 2019, Bournemouth, İngiltere) Poster P151. <https://www.bhiva.org/file/5ca732511644f/P151.pdf> (PDF)
 2. Gilleece Y ve ark. No bones about it: high rates of osteoporosis in women living with HIV. 25th Annual Conference of the British HIV Association (2-5 Nisan 2019, Bournemouth, İngiltere) Poster P68. <https://www.bhiva.org/file/5ca73250cf798/P068.pdf> (PDF)
 3. Hirst F ve ark. Assessment of bone health of women living with HIV aged >50 years in clinical practice: are we doing enough? 25th Annual Conference of the British HIV Association (2-5 Nisan 2019, Bournemouth, İngiltere). Poster P52. <https://www.bhiva.org/file/5ca73250c2b47/P052.pdf> (PDF)
- Diğer web sitelerinin bağlantıları yayın tarihinde güncel olsa da sürdürülmeyebilir.

geçirilmesini gerektirdiği ileri sürülmüştür.

Hâlihazırda BHIVA kılavuzu, ≥50 yaşındaki kadınlarda kemik mineral yoğunluğuna ilişkin risk faktörlerinin, ilk HIV tanısı sırasında, ART başlanmadan önce ve ART alanlarda da her üç yılda bir değerlendirilmesini önermektedir. Yine bu kılavuza göre kemik mineral yoğunluğunun, ≥65 yaşındaki kadınların tümünde FRAX skoru ve DEXA kullanılarak, ≥ 50 yaşındaki kadınlarda da FRAX skoru orta/yüksek düzeyde ve ek risk faktörleri varsa DEXA kullanılarak yapılması gerekmektedir.

Bu kılavuz, kemik mineral yoğunluğu düşük olma riski taşıyan hastaları kapsamayabilir.


Gündemdeki kılavuzların az kullanılması

Her iki çalışmanın sonuçlarını destekleyen üçüncü bir poster daha sunulmuştur.

Solent NHS Trust'tan Hirst ve meslektaşları, >50 yaşındaki 44 kadının, kemik sağlığı açısından izlendikleri merkezler tarafından BHIVA kılavuzuna ne kadar uygun bir biçimde takip edildiğini geriye dönük olarak değerlendirmiştir. [3]

Çalışmada 44 kadından 10'u (%23) ile hormon takviye tedavisi konuşulmuş ve üçüne (%7) hormon takviye tedavisi başlanmıştır. Kadınların ikisinde (%4,5) hafif travma kırığı ve birinde (%2,3) kalça kırığı bildirilmiştir.

Yirmi dokuz kadında (%66) FRAX skoru hesaplanmıştır. Geri kalanlarda FRAX skoru çalışma için hesaplanmıştır. Sonuç olarak FRAX skoruna göre, 27/44 (%61) hasta kırık için orta riskli bulunmuştur. Bu gruptaki 21 (%78) kişide ikincil osteoporoz nedeni olarak sadece HIV enfeksiyonu FRAX hesaplamasında kullanılmıştır. Orta riskli 27 kadın hastanın 7'sinde (%27) DEXA yapılmıştır.

Çalışma, BHIVA kılavuzunun düşük bir oranda takip edildiğini, bu çalışma grubunda menstrüel soruların yeteri kadar sorulmadığı, FRAX skorlarının eksik olduğu ve kemik mineral yoğunluğunda azalma riskinin hafife alındığını ortaya koymuştur. 

KONFERANS RAPORLARI

10. Uluslararası AIDS Derneği HIV Bilimleri Konferansı

10th International AIDS Society Conference on HIV Science (IAS 2019)

21-24 Temmuz 2019, Mexico City, Meksika

Antiretroviraller

GEMINI çalışmalarında ilk seçenek antiretroviral tedavide dolutegravir/lamivudin ikili tedavisinin 96 haftalık etkililik sonuçları - “HIV enfeksiyonu olan ve tedavi deneyimi bulunmayan erişkinlerde dolutegravir (DTG) ve lamivudin (3TC) içeren ikili antiretroviral tedavi—GEMINI çalışmalarından 96-haftalık bulgular”

Mark Mascolini

GEMINI çalışmasının 96. hafta sonuçları, dolutegravir/lamivudin (DTG/3TC) ikili tedavisinin, tedavi deneyimi olmayan bireylerde ilk seçenek antiretroviral tedavi rejimi olarak DTG + tenofovir/emtrisitabin (TDF/FTC) üçlü rejiminden virolojik olarak aşağı olmama özelliğini sürdürdüğünü ortaya koymuştur. [1] Böbrek ve kemiğe ilişkin bazı göstergeler açısından DTG/3TC rejimi, 3 ilaç rejime göre daha tercih edilir bulunmuştur.

GEMINI-1 ve -2 çalışmalarının 48 haftalık ilk analizi, DTG/3TC rejiminin, antiretroviral tedavi deneyimi olmayan bireylerde virolojik olarak DTG+TDF/FTC rejiminden daha aşağı olmadığını, HIV RNA ölçümünün <50 kopya/mL düzeyine indiği yanıt oranlarının her iki kolda da en az %90 olduğunu göstermiştir (tedavi niyetli anlık durum analizi sonuçları) [2]. Bu sonuçlara dayanarak Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi (Food and Drug Association-FDA) ve Avrupa İlaç Ajansı (European Medicines Agency-EMA), DTG/3TC'yi tedavi deneyimi olmayan ve DTG veya 3TC'ye direnç mutasyonu bulunmayan bireylerde kullanılmak üzere günde tek doz almak tek tabletli kombinasyon ilaç olarak onaylamıştır. 10th IAS Conference on HIV Science (IAS 2019)'da sunulan veriler, 48 haftalık bulguları 98. haftayı içerecek şekilde güncelleştir.

Çalışmaya, viral yükü 1000 ile 500.000 kopya/mL arasında olan, önceden en fazla 10 gün antiretroviral tedavi kullanmış, majör revers

transkriptaz veya proteaz direnç mutasyonu bulunmayan ve HBV enfeksiyonu veya HCV için tedavi gereksinimi olmayan bireyler kabul edilmiştir. GEMINI araştırmacıları, DTG/3TC koluna 716 ve DTG+TDF/FTC koluna 717 katılımcıyı, çift kör bir tasarım ile randomize etmiştir.

İki ve üç ilaç kullanılan kollarda katılımcıların ortanca yaşı sırasıyla 32 ve 33 bulunmuştur; sadece %10 kadarı 50 yaşında veya daha yaşlıdır. Katılımcıların yaklaşık %15'i kadındır ve üçte ikisi beyazdır. Beşte birinde tedaviden önceki viral yük >100.000 kopya/mL ve CD4 T lenfosit sayısı <200 hücre/mm³ bulunmuştur. Göllendirilmiş anlık durum analizinde, 48. haftada DTG/3TC grubunun %91,5'inde, DTG+TDF/FTC grubunun %93,3'ünde viral yük <50 kopya/mL bulunmuştur; 96. haftada bu oranlar sırasıyla %86,0 ve %89,5'dir.

Çalışmanın 96. haftasında istenmeyen olaylar veya ölüm nedeniyle tedavinin kesilme oranı her iki kolda da %3 olmuştur. Diğer nedenlerle tedavinin bırakılma oranı da DTG/3TC grubunda %8 ve üç ilaç kolunda %5 bulunmuştur.


Çalışmanın 96. haftasında virolojik yanıtın anlık durum analizinde elde edilen yanıt oranları, başlangıçtaki viral yük düzeyinin < veya >100.000 kopya/mL ya da CD4 T lenfosit sayısının < veya >200 hücre/mm³ olmasından bağımsız olarak iki grupta da benzer bulunmuştur. Ancak başlangıçtaki CD4 T lenfosit sayıları <200 hücre/mm³ olanlarda, 96. haftada viral yükü <50 kopya/mL olma oranı, 2 ilaç kolunda 3 ilaç koluna göre önemli ölçüde daha düşük bulunmuştur (sırasıyla %68 ve %87).

Çalışmanın 96. haftasında, DTG/3TC kolunda 11, DTG + TDF/FTC kolunda 7 kişi, virolojik yanıtızlık kriterlerini karşılamıştır; bu 18 olguda tedaviye bağlı direnç mutasyonu gözlenmemiştir.

İlaça bağlı istenmeyen olay oranı 2 ilaç kolunda (%20), 3 ilaç koluna (%25) göre biraz daha düşük bulunmuştur. Ancak her iki kolda da istenmeyen olay nedeniyle çalışmadan ayrılan kişi oranı %3'de kalmıştır. Her iki çalışma kolunda da olguların %9'unda ciddi istenmeyen olaylar ortaya çıkmıştır.

Çalışmanın 96. haftasında, TDF içeren bir rejim ile yapılan kıyaslamada bekleneceği üzere, böbrek işlevinin altı göstergesi açısından elde edilen bulgular DTG/3TC lehine olmuştur. Aynı durum dört kemik göstergesi için de geçerlidir. Yine 96. haftada lipit düzeylerinde elde edilen değişiklikler üç ilaçlı rejim lehine olmuştur. Total kolesterol, "kötü" olarak

nitelenen düşük dansiteli lipoprotein (LDL) kolesterol ve trigliseritler, DTG/3TC kullananlarda yükselmiş, üç ilaçlı rejimde ise düşmüştür (tümü için $p < 0,001$). "İyi" olarak nitelenen yüksek dansiteli lipoprotein (HDL) kolesterol ise DTG/3TC rejiminde, diğer rejime göre daha yüksek bulunmuştur. ($p < 0,001$). Total kolesterolün HDL kolesterole oranı ise her iki rejimde de 96 hafta boyunca düşüş göstermiştir; bu düşüş DTG + TDF/FTC rejiminde ikili rejime göre daha belirgin olmuştur (sırasıyla -0,40 ve -0,16, $p < 0,05$). Bu oranın düşük olması, kardiyovasküler riskin de düşük olduğunun göstergesi kabul edilmektedir.

GEMINI araştırmacıları, bu bulguların, DTG/3TC ikili kombinasyonunun HIV tedavisinde "cazip bir seçenek" olarak kabul edilebileceği düşüncesini desteklediğini belirtmektedirler. 

Dolutegravir kullanımında nöral tüp defekti riski azalmakla birlikte halen diğer antiretroviraller ile olduğundan daha fazla

Polly Clayden, HIV i-Base

Mexico City Meksika'da 21-24 Temmuz 2019 tarihleri arasında düzenlenen 10. International AIDS Society (IAS) HIV Bilimleri Konferansı'nda Tsepamo çalışmasına ilişkin verilerin bildirildiği sunumda, dolutegravir (DTG) ile ilintili nöral tüp defektlerinin gelişme riskinin azalmakta olduğu, fakat diğer antiretroviral kullanımları ile kıyaslandığında, halen hafifçe yüksek kalmaya devam ettiği belirtilmiştir.

Aynı konferansta Botswana (Tsepamo'nun dışındaki), Brezilya ve Antiretroviral Gebelik Kayıtları (Antiretroviral Pregnancy Registry-APR) verileri de sunulmuştur.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) artık, üreme çağındaki kadınlar da dâhil olmak üzere herkese DTG temelli rejimi önermektedir. [1]

Gebe kalma anında DTG kullanmakta olan kadınlardan doğan bebeklerde DTG ile ilintili NTD'lere ilişkin bir güvenlik sorunu olabileceğine dair verilerin bildirilmesinin ardından Dünya Sağlık Örgütü, 18 Mayıs 2018 tarihinde bir bildiri yayımlamıştır. [2] Güvenliğe ilişkin bu sorun, Botswana'da sürmekte olan gözlemsel Tsepamo çalışmasının planlanmamış bir ön analizinde

tanımlanmıştır. Analiz, DTG kullanmakta iken gebe kalan 426 kadından doğan dört bebekte NTD bulunduğunu ortaya koymuştur.

Temmuz 2018 tarihinde DSÖ Kılavuzu, çocuk doğurma çağındaki tüm kadın ve ergen kızların DTG'yi güvenli ve sürekli bir doğum kontrol yöntemi ile birlikte kullanmalarını önermiş ve ulusal kılavuzlar da bu bulguları ve DSÖ önerilerini, değişen ihtiyat dereceleri ile değerlendirmiştir.

Sonuç olarak, 14 ay süren karmaşanın ardından, Tsepamo'nun güncellenmiş bulgularının yanı sıra diğer çalışmaların (Tsepamo'nun ardından en büyük örneklem grubuna sahip üç çalışma) bulguları ve DSÖ'nün yenilenmiş önerileri, büyük ölçüde kabul görmüştür.

Tsepamo

Tsepamo çalışmasının en güncel bulgularına göre, gebe kalma anında DTG kullanmakta olan 1683 doğumdan beşinde NTD gözlenmiştir ki bu da %0,3 oranına denk gelmektedir. [3] IAS 2019'da yapılan sunum ile hemen hemen aynı tarihte New England Journal of Medicine'de yayımlanan makalede bu konu ile ilgili daha fazla ayrıntıya ulaşmak mümkündür. [4]

Tsepamo çalışmasındaki doğumların akıbetine ilişkin süreyans çalışması, Ağustos 2014'den bu yana Botswana Harvard AIDS Enstitüsü

Ortaklığı aracılığıyla sürdürülmektedir. Bu çalışma başlangıçta efavirenz (EEFV) ile ilintili NTD'lerin değerlendirilmesi amacıyla tasarlanmıştır. Çalışmanın ikincil analizleri, tüm majör yapısal malformasyonları ve doğuma ilişkin diğer istenmeyen sonuçları kapsamaktadır.

1 Mayıs 2018'den 31 Mart 2019 tarihine dek, fazladan 29.979 doğuma ilişkin veri daha toplanmıştır; bunlar, gebe kalma anında DTG kullanan 1257, gebe kalma anında DTG dışında antiretroviral kullanan 3492, gebe kalma anında EFV kullanan 2172, gebelik sırasında DTG başlanan 1028, gebelik sırasında DTG dışında antiretroviral ilaç başlanan 328 ve HIV negatif 23.315 kadına ait verileri kapsamaktadır.

Tüm çalışma toplumu değerlendirildiğinde, 98/119.033 NTD [%0,08 (%95 güven aralığı-GA 0,07 ila 0,10)] tespit edilmiştir. Gebe kalma anında DTG kullananlar için oran 5/1683 [%0,30 (%95 GA 0,13 ila 0,69)] ve gebe kalma anında DTG dışında antiretroviral ilaç kullananlar içinse 15/14.792 [%0,10 (%95 GA 0,06 ila 0,17)] bulunmuştur.

Diğer gruplar için aynı oranlar: gebe kalma anında EFV kullananlarda 3/7959 [%0,04 (%95 GA 0,01 ila 0,11)]; gebelik sırasında DTG başlananlarda 1/3840 [%0,03 (%95 GA 0,00 ila 0,15)]; gebelik sırasında DTG dışında antiretroviral ilaç başlananlarda 3/5952 [%0,05 (%95 GA 0,02 ila 0,15)] ve HIV negatif kadınlarda 70/89.372 [%0,08 (%95 GA 0,07 ila 0,10)].

Tablo 1. Nöral tüp defektinin prevalansı, maruz kalma özelliklerine göre farklılık gösterir

Gebe kalma anında DTG kullananlar ile diğer grupların kıyaslaması	Prevalans farkı % (%95 GA)
Gebe kalma anında DTG dışı ARV	0,20 (0,01 ila 0,59)
Gebe kalma anında EFV	0,26 (0,07 ila 0,66)
Gebelik sırasında DTG başlananlar	0,27 (0,06 ila 0,67)
Gebelik sırasında DTG dışı ARV başlananlar	0,25 (0,05 ila 0,64)
HIV negatif	0,22 (0,05 ila 0,62)

ARV, antiretroviral; DTG, dolutegravir; EFV, efavirenz; GA, güven aralığı

Mayıs 2018'den bu yana, NTD'lerin genel oranı, geçmiş yıllardakinden daha düşük olmuştur [sırasıyla 12/29.979 (%0,04) ve 98/119.033 (%0,08)]. Ancak, DTG dönemindeki gebeliklerle sınırlanan duyarlılık analizinde oranlar benzer bulunmuştur. Araştırmacılar, bu fenomeni açıklayacak çevresel faktörleri araştırmaktadır.

Ekim 2016'dan bu yana, EFV ve DTG'ye ilişkin diğer istenmeyen doğum sonuçları birbirine benzer bulunmuştur [uyarlanmış risk oranı-uRO 0,94 (%95 GA 0,86 ila 1,02)].

Gebe kalma anında DTG kullananlarda NTD'lerin prevalansı halen diğer ilaç gruplarındakinden yüksek devam etmekle birlikte, tahmin edilen fark küçüktür (%0,2–0,27). Gebe kalma anında kullanılan diğer tüm antiretroviraller ile kıyaslandığında, %95 güven aralığı, bu farkın en az %0,01 ve en fazla %0,67 olacağını ortaya koymaktadır.

Tsepamo sürveyansı devam etmektedir ve gebe kalma anında DTG'ye maruz kalanlara ilişkin verilerin toplanması da sürdürülmektedir; 31 Mart 2019'dan bu yana bu sayı 240 olmuştur.

Tsepamo, ilkelerin ve önerilerin belirlenmesi açısından halen en güvenilir veri kaynağı olmaya devam etmektedir.

Botswana

Botswana'da Tsepamo dışındaki mekânlarda sürdürülen çalışmalarda, gebe kalma anında DTG'ye maruz kalan kadınlardan doğan bebeklerde 1/152 NTD bildirilmiştir. [5]

Botswana Sağlık ve Esenlik Bakanlığı NTD sürveyansını, Tsepamo dışındaki mekânları da içerecek şekilde genişletmiştir.

Yirmi iki farklı sağlık kuruluşunda gerçekleştirilen tüm canlı ve ölü doğumlara ilişkin veriler, Botswana'da izlenen doğumların oranını %19 artırmıştır; Tsepamo hâlihazırda tüm doğumların %72'sini kapsamaktadır.

Ebeler, bebekler taburcu edilmeden önce olası NTD'leri tanımlamıştır. Annenin HIV durumuna ve ART'ye maruz kalma özelliklerine körlenmiş bir klinik genetikçi, kuşkulu NTD olgularını gözden geçirmiştir.

Toplam gebelik sayısı 3076'dır; %76'sı HIV negatif kadınlarda, %24'ü HIV pozitif kadınlarda ve <%1'i de HIV durumu bilinmeyen kadınlardadır.

HIV pozitif kadınların (s=544) %73'ünün gebe kalma anında ART kullanmakta olduğu ve bunların %28'inin (s=152) DTG kullandığı tespit edilmiştir.

Bu grupta saptanan 6 kuşkulu NTD olgusundan biri

doğrulanmıştır, ikisi NTD olarak tanımlanmamıştır; ikisi olası, ikisi de olabilir NTD olarak belirlenmiştir.

Son analize üç NTD olgusu dâhil edilmiştir (1 doğrulanmış ve 2 olası). Doğrulanmış NTD olgularının, gebe kalma anında DTG kullanmakta olan 152 kişilik grupta ortaya çıktığı anlaşılmıştır; prevalans %0,66 hesaplanmıştır (%95 GA 0,02 ila 3,69). Diğer iki bebeğin, 2328 HIV negatif anneden doğduğu tespit edilmiştir; prevalans %0,09 hesaplanmıştır (%95 GA 0,01 ila 0,31).

DTG içermeyen ART rejimi kullanan 381 ve EFV içeren ART rejimi kullanan 261 gebelikte NTD olgusu gözlenmemiştir.

Bu bulgular, gebe kalma anında DTG'ye maruz kalan kadınlardan doğan bebeklerde NTD prevalansının, HIV negatif kadınlardan doğan bebeklere kıyasla artmış olduğunu düşündürse de, çalışma sadece 6 ay sürdürülmüştür ve dolayısıyla çalışmaya dâhil edilen gebeliklerin sayısı azdır.

Brezilya

Brezilya'da gebe kalma anında DTG'ye maruz kalan 382 kadından doğan bebeklerde NTD'ye rastlanmamıştır. [6]

DTG devlet sektöründe 2017 yılından bu yana kullanımda olan ilk seçenek antiretrovirdir. Brezilya'da ilacın gebelikte kullanımı kısıtlanmış olmakla birlikte, Mayıs 2018 tarihinden bu yana, 15-49 yaş arasındaki 22.624 kadının DTG kullanmakta olduğu tespit edilmiştir ve NTD konusundaki uyarı, ulusal düzeyde bir inceleme yapılmasını teşvik etmiştir.

Ocak 2015 ve Mayıs 2018 tarihleri arasında, tahmini konsepsiyon tarihinden önceki veya sonraki 8 hafta içinde DTG, EFV veya raltegravir (RAL) ilaçlarından birine maruz kalan kadınlar, Brezilya ART veritabanı geriye dönük olarak taranarak tanımlanmıştır.

Değerlendirmeye 1468 kadın dâhil edilmiştir; 382 kadın DTG'ye, 1115 kadın EFV'ye ve 125 kadın RAL'e maruz kalmıştır.

Gebe kalma anında biri EFV'ye ve biri de RAL'e maruz kalmış kadınlardan doğan iki bebekte NTD tespit edilmiştir; DTG'ye maruz kalan kadınların bebeklerinde NTD gözlenmemiştir.

Bu çalışma geriye dönük olarak tasarlanmıştır; verilerinde eksiklikler söz konusudur ve farklı ilaçlara

maruz kalan gruplar arasındaki farkı saptamak için yeterli güce sahip değildir.

Antiretroviral Gebelik Kayıtları

Perikonsepsiyon döneminde DTG'ye maruz kalan ve Ocak 2019 tarihine kadar APR'ye kayıt olmuş 248 gebede hiçbir NTD olgusu saptanmamıştır. [7]

APR, 1989'dan bu yana, gebelik sırasında ART kullanan kadınlara ilişkin verileri, ileriye dönük olarak, gönüllülük esasına dayanarak ve isimsiz olarak toplamaktadır.

Herhangi bir doğum kusurunda (prevalans %3) 2 kat artışı dışlamak için ilaca 200 kez maruz kalma yeterli iken, NTD gibi nadir rastlanan (prevalans %0,1) bir durumda 3 kat artışı dışlamak için yaklaşık 2.000 maruz kalma epizodunu izlemek gereklidir.

Analizde, her ilaca maruz kalınan en erken zaman belirlenmiştir: perikonsepsiyon (konsepsiyondan 2 hafta öncesinden, konsepsiyondan 28 gün sonrasına kadar; yani tahmini gestasyonel yaş 6 hafta); ilk üç ay geç dönem (>6 haftalık tahmini gestasyonel yaş) ve ikinci ve üçüncü üç aylar.

Toplam 20.372 raporun (20.727 gebelik sonucu) 8546'sında (%78) perikonsepsiyon döneminde ilaca maruz kalınmıştır.

Perikonsepsiyon döneminde ilaca maruz kalınan 8546 gebelikte NTD'nin genel prevalansı %0,03 bulunmuştur. APR'nin bildirimlerinin çoğu, ulusal beslenme stratejilerinde folik asit takviyesinin yeterli düzeyde olduğu Kuzey Amerika'dan gelmektedir; folik asidin, genel toplumda NTD riskini %36-68 azalttığı gösterilmiştir.

Belirtilen oran, gıdalarında folik asit takviyesi bulunan yüksek gelir düzeyine sahip ülkelerden bildirilen düşük NTD prevalansı (%0,01-0,08) ile uyumludur.

Perikonsepsiyon döneminde DTG'ye maruz kalmış 248 gebe kadından doğan bir bebekte NTD bildirilmiştir; bu koşulda DTG ve entegraz inhibitörleri için prevalans sırasıyla %0,40 ve %0,14 olarak hesaplanmaktadır (RAL'e maruz kalan 268 ve elvitegravire maruz kalan 217 kadından doğan bebeklerde NTD'ye rastlanmamıştır). Ancak yukarıda verilen oran, ilaca maruz kalmış çok az sayıda kadından elde edilen verilere dayanılarak hesaplanmıştır. +

Yorum

Tsepamo çalışmasının, Botswana'da DTG kullanımının yaygınlaştırıldığı dönemde devam ediyor olması ve bu nadir durumun ortaya çıkma riskinde bir artış olduğunun sistematik bir biçimde tespit edilmesine olanak tanımış olması büyük bir şanstır.

Tsepamo çalışmasına dâhil edilmiş olan, gebe kalma sırasında DTG'ye maruz kalmış 1663 kadın, diğer üç veritabanının içerdiği toplam olgu sayısından (Brezilya 382, APR 248 ve Botswana Sağlık Bakanlığı 152) çok daha fazladır. Sunulan diğer veritabanlarının olgu sayıları da 1-69 arasında değişmektedir. [8, 9, 10]

Düşük ve orta gelirli ülkelerde doğumun akıbetine ilişkin sürveyansın, Tsepamo çalışması, PEPFAR tarafından yeni başlatılan Uganda ve Malawi çalışmaları ve Eswatini ve Güney Afrika'da planlanan çalışmaları da kapsayacak şekilde sürdürülmesi kritik önem taşımaktadır.

Ayrıca, ART'ye maruz kalınan gebeliklerin APR'ye daha fazla bildirilmesi de, hem sayının hızla artması hem de Kuzey Amerika dışında başka coğrafi bölgelerden de veri toplanması açısından önemlidir.

Gebe kalma anında DTG'ye maruz kalmanın güvenliği konusundaki ilk uyarıyı yapan yayının ardından elde edilen ivmenin devam etmesi ve yeni antiretroviraller kullanıma girdikçe sürveyansın da sürmesi gerekmektedir. Kadınlar, HIV ile yaşayan toplumun yarısından fazlasını oluşturmaktadır. Gebelikte ilaçların güvenliğine ilişkin verilerin eksikliği, kadınların yeni ilaçlara erişimini önemli ölçüde sınırlamaktadır.

Kaynaklar

1. WHO. Update of recommendations on first- and second-line antiretroviral regimens. Policy brief. Temmuz 2019. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325892/WHO-CDS-HIV-19.15-eng.pdf> (PDF)
 2. WHO statement on DTG. 18 Mayıs 2018. http://www.who.int/medicines/publications/drugalerts/Statement_on_DTG_18May_2018final.pdf (PDF)
 3. Zash R et al. Neural tube defects by antiretroviral and HIV exposure in the Tsepamo Study, Botswana. 10th IAS Conference on HIV Science. Mexico City, Meksika. 21-24 Temmuz 2019. Sözlü sunum özeti MOAX0105LB. <http://programme.ias2019.org/Abstract/Abstract/4822>
 4. Zash R et al. Neural tube defects and antiretroviral treatment regimens in Botswana. New England Journal of Medicine, Çevrimiçi ön yayın, 22 Temmuz 2019. (Açık erişim). <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1905230>
 5. Raesima MM et al. Addressing the safety signal with dolutegravir use at conception: Additional surveillance data from Botswana. 10th IAS Conference on HIV Science. Mexico City, Meksika. 21-24 Temmuz 2019. Sözlü sunum özeti MOAX0106LB. <http://programme.ias2019.org/Abstract/Abstract/5089>
 6. Fernandes Fonseca et al. No occurrences of neural tube defects among 382 women on dolutegravir at pregnancy conception in Brazil. 10th IAS Conference on HIV Science. Mexico City, Meksika. 21-24 Temmuz 2019. Sözlü sunum özeti MOAX0104LB. <http://programme.ias2019.org/Abstract/Abstract/4991>
 7. Mofensen M et al. Periconceptional antiretroviral exposure and central nervous system (CNS) and neural tube birth defects – data from Antiretroviral Pregnancy Registry (APR). 10th IAS Conference on HIV Science. Mexico City, Meksika. 21-24 Temmuz 2019. Sözlü sunum özeti TUABo101. <http://programme.ias2019.org/Abstract/Abstract/4119>
 8. Clayden P. No additional neural tube defects with preconception dolutegravir: data from three birth outcome cohorts. HTB. 13 Kasım 2019. <http://i-base.info/htb/35301>
 9. Clayden P. Integrase inhibitors and neural tube defects: more data still needed. HTB. 28 Mart 2018. <http://i-base.info/htb/35952>
 10. Zash R. Update from the Tsepamo study. 10th IAS Conference on HIV Science. Mexico City, Meksika. 21-24 Temmuz 2019. Sempozyum oturumu TUSY0102. <http://programme.ias2019.org/Programme/Session/20>
- Diğer web sitelerinin bağlantıları yayın tarihinde güncel olsa da sürdürülmeyebilir.

ANTİRETROVİRALLER

Kabotegravir ve rilpivirinin uzun etkili ikili karma enjeksiyonu için FDA'ya başvuru yapıldı


29 Ekim 2019'da ViiV firması, uzun etkili ikili kabotegravir/ rilpivirin enjeksiyonu için Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Gıda ve İlaç Kurumu (Food and Drug Administration-FDA)'na başvuru yaptıklarını duyurmuştur. [1]

4-7 Mart 2019 tarihlerinde, ABD'nin Seattle şehrinde

düzenlenen Retrovirüsler ve Fırsatçı Enfeksiyonlar Konferansı (Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections-CROI) 2019'da ATLAS ve FLAIR çalışmalarının faz 3 sonuçları sunulduktan sonra bu duyuru bekleniyordu. [2]

İkili karma uzun etkili enjeksiyonun, üçlü karma oral tedavi ile karşılaştırıldığı bu çalışmalarda 48. haftada katılımcıların %90'ından fazlasında viral yükün

<50 kopya/mL olacak şekilde baskılanmasıyla her iki tedavinin eşdeğer olduğu gösterilmiştir.

Firmanın basın gurubu gelecek birkaç ay içinde Avrupa İlaç Kurumu (European Medicines Agency-EMA)'na başvuru yapmayı beklediklerini belirtmiştir. 

Kaynaklar

1. ViiV basın duyurusu. ViiV Healthcare submits New Drug Application to US FDA for the first monthly, injectable, two-drug regimen of cabotegravir and rilpivirine. (29 Nisan2019). <https://www.viivhealthcare.com/en-gb/media>

2. Collins S. Phase 3 results with dual therapy cabotegravir/rilpivirine long-acting injections: ATLAS and FLAIR studies. *HTB*: 20(4), 12 Mart2019. <http://i-base.info/htb/35812>

Diğer web sitelerinin bağlantıları yayın tarihinde güncel olsa da sürdürülmeyebilir.

YANDAŞ HASTALIKLAR

Amerikan Kalp Birliği'nin kardiyovasküler hastalık ve HIV konusundaki bilimsel görüşü

Megan Brooks

Amerikan Kalp Birliği (American Heart Association)'nin bilimsel beyanati, sayıları giderek artan HIV ile yaşayan bireylerde kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi ve yönetiminde nasıl bir yaklaşım sergilenmesi gerektiğine dair pratik öneriler sunmaktadır.

Bu beyanat *Circulation* dergisinde 3 Haziran 2019 tarihinde yayımlanmıştır.

Açıklamada, karma antiretroviral tedavinin kullanıma girmesiyle birlikte HIV enfeksiyonunun, ölümcül bir hastalıktan yönetilebilir kronik bir hastalık haline dönüştüğü, ancak kardiyovasküler hastalık (KVH) da dâhil olmak üzere kronik yandaş hastalıkların ortaya çıkma riskini artırdığı ifade edilmektedir.

HIV ile yaşayan bireylerde, miyokard enfarktüsü, iskemik inme, kalp yetmezliği, pulmoner hipertansiyon ve venöz tromboz gibi çeşitli KVH'lerin ortaya çıkma riski, enfekte olmayan akranlarına görece iki kat daha fazladır.

Bu artışın zemininde, geleneksel risk faktörlerinin yanı sıra, HIV'e özgül risk faktörleri (kronik immün aktivasyon/yanığı), ART ile ilintili dislipidemi ve diğer metabolik yandaş durumlar, davranışsal faktörler (sigara, alkol, yetersiz fiziksel aktivite) ve sağlık hizmetine erişim düzeyi gibi farklı unsurların birlikte rol oynadığı düşünülmektedir.

Chicago'da Northwestern Üniversitesi Feinberg Tıp Fakültesi'nde tıp ve koruyucu hekimlik alanında doçent olan Dr. Matthew J Feinstein önderliğinde çalışan yazarlar, "HIV enfeksiyonunun kronik

bir hastalığa evrildiği ve modern antiretroviral tedavi (ART) döneminde KVH insidansına ilişkin verilerin kısıtlı olduğu dikkate alındığında, HIV enfeksiyonunda KVH riskinin belirlenmesi zordur." ifadesini kullanmışlardır.

Açıklamada şimdilik, HIV ile yaşayan bir bireyin KVH riskini belirlemek için hassas bir yaklaşım sergilenmesi tavsiye edilmektedir. Bu yaklaşım, AHA'nın ve Amerikan Kardiyoloji Koleji (American College of Cardiology-ACC)'nin aterosklerotik hastalık riski hesaplama gereci gibi gereçler kullanılarak, bireyin geleneksel KVH risk faktörü yükünün ölçülmesini kapsamalıdır. Bu risk ölçekleri, bireyde miyokard enfarktüsü, inme veya başka bir kardiyovasküler durumun 10 yıllık gelişme riskinin kestirilmesine yardımcı olmaktadır.

Ancak açıklama, HIV ile yaşayan bireylerin, ölçekte hesaplanandan çok daha yüksek bir riske sahip olabileceği ve KVH riskinin değerlendirilmesi sırasında ek unsurların da göz önüne alınması gerekebileceği konusunda uyarı yapmaktadır. Bu ek faktörler arasında, en düşük CD4 T lenfosit sayısı veya uzamış viremi ve ailede prematür aterosklerotik KVH, kronik böbrek hastalığı veya görüntüleme ateroskleroz saptanması sayılabilir.

Genel toplumda olduğu gibi, sigaranın bırakılması, yeterli fiziksel aktivite, alkol alımının azaltılması veya tamamen bırakılması ve sağlıklı diyet gibi unsurları kapsayacak şekilde sağlıklı bir yaşam biçiminin benimsenmesi de HIV ile yaşayan bireyler için önem taşımaktadır.

Açıklamada, HIV ile yaşayan ve KVH'si veya KVH gelişme riski olan bireylerin tanımlanmasını ve KVH

açısından uygun sağlık hizmetine erişebilmesini sağlamak açısından bu alandaki eksikleri giderecek çalışmaların yürütülmesi için bir çağrı da yapılmıştır. Yazarlar, “Eğer bu adımlar atılabilirse, HIV enfeksiyonunda KVH yükünün artışı eğilimini geri çevirmek mümkün olabilir.” sonucuna varmışlardır.


Bu beyanat ile birlikte yayımlanan hasta görüşünde Jules Levin, endişe nedeni olan bir başka alanın da yaşlanan toplum olduğunu belirtmiştir; HIV ile yaşayanların %75’i 45 yaşından büyüktür.

Otuz beş yıldır HIV ile yaşayan ve Ulusal AIDS Tedavi Savunuculuğu Projesi’nin kurucusu ve yöneticisi olan Levin, “HIV ile yaşlanmak, genel toplumda yaşlananların yüz yüze geldiği durumlardan çok farklı.” demektedir.

Levin, HIV ile yaşayan ve 60 yaşın üzerinde olan HIV ile yaşayan bireylerde üç ile yedi arasında yandaş

hastalığın bulunduğu ve bu bireylerin her gün 12-15 ilaç kullandığına dikkat çekmiştir.

Levin, “HIV ile yaşayan bireyler yaşlandıkça genellikle yalnız bırakılmakta ve engellere sahip olmakta, depresyon nedeniyle eve bağlanmakta ve sosyal olarak yalıtılmaktadır. Ayrıca, bu bireyler çoğu kez yeterince hareket edememekte ve günlük aktivitelerini yürütememektedir.” demektedir.

Levin sözlerini, “Giderek büyüyen HIV ile yaşlanma dalgası ile baş edebilmek için öncelikle durumun farkına varmamız ve hastayı odak noktası olarak alan araştırmalar yapmamız gerekiyor. HIV ile yaşayan ve yaşlanmakta olan bireylerin yıllar boyunca tıbbi hizmetler ve araştırma alanında yaptıkları katkılar ve savunuculuk olmasaydı bugün bulunduğumuz noktada olmamıza imkân yoktu; onlara çok şey borçluyuz.” diyerek noktalamıştır. 

Kaynaklar

1. https://www.medscape.com/viewarticle/913818?nlid=130157_724&src=WNL_mdplsfeat_190611_msccedit_aids&uac=248001DX&spon=1&impID=1991337&faf=1
2. Feinstein MJ, Hsue PY, Benjamin LA, et al. Characteristics, Prevention, and Management of Cardiovascular Disease in People Living With HIV. A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation. 2019;140:e98–e124.

TÜRKİYE'DEN SAYFALAR

Söyleşi

Bu sayımızda, Türkiye’deki ilk HIV aktivistlerinden Elif Sargın ile tarihsel ve belki de duygusal bir yolculuk yaşayacağımız söyleşimiz ile karşınızdayız. Kendisine, sorularımıza verdiği yanıtlar için teşekkür ederiz.

HTB: HIV tanısı alma öykünü bizlerle paylaşır mısın?

ES: Aslında çok da farklı bir hikâyem yok. Ameliyat öncesi istenen rutin tahlillerde açığa çıktı. Özetlememi istersen; geçmek bilmeyen ağrılarım vardı. Antibiyotiklerin hayretmediği, fayda etse de gerisin geriye tekrarlayan enfeksiyonlar, zayıflama, gece terlemeleri, şişmiş lenf bezleri vb. Bu lenf bezleri de benim gittiğim iç hastalıkları ve kulak-burun-boğaz uzmanları tarafından sürekli inceleniyordu. Kanser olduğum düşünülüyor, ancak gelen sonuçlar kanser lehine yorumlanmıyordu. Gene bir kitlem alınacaktı ve ameliyat öncesi istenilen tetkiklerden bir tanesi de Anti HIV testiydi. Ve bu testin sonucu pozitif gelince tanım konmuş oldu.

HTB: 2000’lerin başında Türkiye’de HIV pozitif olmanın günümüze kıyasla zorlukları nelerdi?

ES: Oo tam da en çok konuşma ve yazma iştahımı

körükleyen mevzuya geldik. Bunu aslında gruplasak daha doğru.

Toplumsal zorluklar:

Bir kere, bilgi eksikliği, bulaş yollarının tam olarak bilinmemesi, bilginin davranışa dönüş-e-memesi.

HIV/AIDS ile yaşayanların geçmişlerinde uyuşturucuya ya da fuhuşa temas etmiş olabileceklerinden doğan ön yargılar...

Medyada bilgilendirici gündemle değil de, sansasyonel ve magazinsel konu başlıklarıyla birlikte topluma servis edilmesi (dehşet saçan travestiden, hayat kadınından(!), dövme yaptırdığı iğneden, damar içi madde bağımlılığından bulaş olmuş kişilere vurgu yapılması).

Tüm bunların sonucu olarak da hastalığın aile ile paylaşılmasının güçlüğü.

Sağlık kurumlarında yaşanan zorluklar:

Sağlık personelinin, uzman sıfatını taşıyanlar da dâhil olmak üzere önyargılı ve kelimenin tam anlamıyla cahilane yaklaşımları...

Tedavi protokollerinin zorluğu... Mesela CD4, HIV RNA gibi en temel testler için bile üç uzman imzası ile sağlık kurulundan geçiyor ve başhekim sekreterliğince onaylanıyordu bu işlem. O dönem hastanelerde üç uzmanı bir arada bulmak çok mümkün olmuyordu, denk getirip bulabildiysek bile, sonrasında sağlık kurulunda insan seli olmuş kuyrukları eritemediğimiz için kesinlikle iki günümüzü alıyordu. Ve bu işlemleri genelde tek başımıza yaptığımız için çalışanlar ya da ayakta depar atamayacak kişiler için çok zordu.

O dönemlerde sosyal güvenlik kurumları tek bir kurum adı altında toplanmadığı için, sağlık güvencesi SSK olanlar (Bağkur'lular?) ilaçlarını sadece ve sadece SSK hastanelerinin içindeki hastane eczanelerinden temin edebiliyordu ve bunun için de metrelerce ve yılan gibi kıvrıla kıvrıla uzamış olan kuyruklara girmek gerekiyordu. Bu arada bu kuyruklarda kendimizi kopyalayamadığımız için aynı anda farklı kuyruk ve gişelerde duramıyorduk. Bir de hastanelerde hastalığa deva bulmak için gidiyorduk ama sistem bizi bir antrenmana tabi tutuyordu, bu da zımba gibi bir sağlık ve sağlam sinir sistemini zorunlu kılıyordu. Zaten o dönemlerde tüm bu nedenlerin getirdiği gerginlikle hastanelerin hemen hemen her biriminde hasta-hekim-eczacı-memur arasında kavga çıkması çok sıradandı.

Kısıtlı ilaç imkanı (ilaç seçeneğinin az olması).

İlaça erişimde zorluk; bazı ilaçların stoku olmuyordu, temin etmek için ilaç bölge müdürlüğü, baş eczacı, doktor vs. hepsinin birbirinden haberi olmadığı gibi bu kopukluğun bedelini, yorgunluğunu ödeyen arkadaşlarımız oldu, ilaca direnç geliştirdiler. Bu yüzden Türkiye'de bulunmadığı için, kendilerine reçetelenen daha kuvvetli ilaçları almaları gerekiyordu. Ve bu sebeple Eczacılar Birliği aracılığı ile ilaç getirtmek için hatırı sayılır bir miktar para ödemeleri gerekiyordu. Bunu ödeyecek gücü olmayan bir arkadaşımız için Dünya Bankası'ndan küçük hibeler projesine başvurup aldığımız parayı kendisine vermiştik.

İlaçların fiziksel boyutlarının ve günlük kullanım dozunun çok olması.

İlaç yan etkilerinin fazla olması, bazı ilaçların buzdolabında saklanması gerekliliği.

Az sayıda HIV takibi yapan hastane olması ve

dolayısıyla tecrübe eksikliğinin olması ve bunun sonucu olarak da yanlış tedavi uygulanması veya uygun olmayan ilaç kombinasyonlarının reçetelenmesi.

Kurum ve hekim seçememe.

Üniversite hastanelerinde sadece emekli sandığına sağlık hizmeti veriliyor, diğer sosyal güvenceleri olanlar bu kurumlardan yararlanamıyordu.

Western Blot, HIV RNA, CD4 gibi çok kritik tetkiklerin sonuçlarının çok uzun sürelerde çıkması. Öyle ki; ben, benim doğrulama testim gelmeden hastaneye yattım ve tedavime de bu şekilde başlandı. Doğrulama testi için gereken kan Ankara'ya Hıfızsıhhaya gidiyor ve sonucun çıkması 60 günü buluyordu. Bir diğer örnek ise; HIV RNA için 11 tane hastanın birikmesi bekleniyordu. Bunun muhakkak vardır teknik bir sebebi. Emine hanım vardı Çapa'da Temel Bilimlerde, kendisi bazen güncel virüs yüküne bakılması için yeter sayı oluşturulduğunda arardı, gelip kanımızı yenileyebilmemiz için. E malum, kanın istek tarihi ile kanın verildiği tarihler arasında aylar oluyordu. CD4 kitleri ekseriyetle bozuk oluyordu. Bazı hekimler bu testi dışarıda yaptırmamızı istiyor (bu testi de o zaman bir tane laboratuvar yapıyordu) ve o teste göre ilaca başlama/devam etme gibi durumumuz belirleniyordu.

Ama en önemlisi 657'ye tabi devlet memurlarının sağlık giderleri ve reçeteleri kurumlarındaki memura gidiyor ve bu da deşifre edilmelerine yol açıyordu. Bu sebepten ötürü memur bir arkadaşımıza kullandığı ilacı, Hindistan'dan parayla getirterek bulmuştuk. Neyse ki bu sorun SGK oluşumundan sonra ortadan kalktı.

HTB: HIV pozitifleri internet ortamında bir araya getirdiğin Yahoo grubunu kurmaya nasıl karar verdin?

ES: Damdan düşenin hâlini, damdan düşen bilir aforizmasını hatırlayalım mı? İnsan bilgiye, desteğe erişse de kendi gibilerine değmek istiyor, kendi gibilerini tanımak istiyor, travmasını anlayacak birine ihtiyaç duyuyor. Düştüğünde kaval kemiğine tepik vuracak birine derdini dökmek istiyor. Yurtdışındakilerin halini merak ediyor, O'lar nasıl baş ediyor bilmek istiyor. O'lar ne yiyor, ne içiyor nasıl dayanıyor öğrenmek istiyor. Dünyada aşı çalışmaları neler, ABD'de ya da Avrupa'da tedavide ne gibi zorluklar ya da kolaylıklar yaşanıyor? AIDS temalı filmlerde bu konu nasıl ele alınıyor? HIV Pozitif olmuş kişilerin biyografilerine, varsa kitaplarına erişmek istiyor. Yani özetle kardeşim, merak kaçtıydı gözümüze.

HTB: HIV pozitiflerin dernekleşme sürecini anlatır mısın?

ES: HIV ile yaşayan ve yakınlarını temsil eden bir yuvamız yoktu. Bizler tanı aldığımızda, sağanak bir yağmura yakalanıp üstüne bir de fırtınaya tutulmuş gibiydik. HIV/AIDS konusunda çalışan birkaç oluşum vardı ama onlar da genelde toplum sağlığı ile ilgileniyor, önleme ve engelleme üzerine çalışmalar yapıyordu. Zaten teknokratlardan ve doktorlardan oluşan, özellikle AIDS Savaşım Derneği gibi alayı Sağlık Bakanlığı tarafından atanan devlete tabi memur doktorlardan oluşuyordu. Ama bizlere de kapılarını kapamadılar, en azından “ölmeyeceksin”, “yaşayacaksın” ve hatta “evleneceksin”, “düzeleceksin” dediklerinde “bunlar ne içiyor?” bile diyebildiydik. Güzel birkaç cümle bile bizi nasıl mıhlıyor, pekiştiriyor, yeşertiyordu. Başından beri bizimle olan iki hekim daha vardı Dr. Nazan Kuzgunkaya ve Dr. Ufuk Kalender. Bizi yüreklendirme ve destek merkezi ile ilgili projelendirme konusunda oldukça faydaları olmuştu. Toplanacak sabit bir çatımız yoktu ama her yer bizimdi. Çapa’daki bir kafe, Merter’deki bir ev, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı’nın ofisi, Kadın Kapısı’nın odası (Dr. Muhtar Çokar’a hürmetle) Simit Sarayları vs. Hatta ne alaka bilmiyorum ama Nazan Hanım ile Aksaray’da, avlusunda mollaların yattığı, bildiğin bir mezarlığın içine konuşlanmış türbeden hallice bir STK’da bile bulduğumuzu anımsıyorum. Neyse bir de Yahoo grubun gücünü yadsımamız gerekiyor; kalabalıklaşıyorduk ve epeyce de duyulmuşuk nasıl olduysa? Çünkü sosyal medya araçları o zaman yoktu. MSN Messenger bile daha sonra mı peydah olduysa bilgim yok. İyi güzel de, internetsiz kişiler bize nasıl ulaşacaktı? Biz O’nlara nasıl ulaşacaktık? İyi de, nasıl dernekler masasına adımımızı verecektik, o vakte kadar en yakınımızdaki kişi bile bizi sahne adımızla çağırır olmuştu. Herkes korkuya kapılıyordu, fırsatçı kişiler peşimize düşer de kimliğimizi açık eder miydi? Bunu bize karşı kullanır mıydı?

Neyse ki bunu şu şekilde çözdüydük; aramızda cesur olanlarımız ve yol arkadaşlarımız, gönüllülerimiz sevgililerimiz bir adım öne çıktı. O’nlara resmileştirdi. Ancak kurucu kurulun içinde adı olmayan kişiler bile söz sahibiydi; bir çekirdek kadromuz vardı ve kararları birlikte alıyor, birlikte hareket ediyorduk. Sistemli bir oluşum değildi bu, ama sistemli çalışmaların da, amatör profesyonelliğin de en güzeliydi!

HTB: Dernekleşmek hangi açılardan HIV pozitifleri güçlendirdi?

ES: Sağlık Bakanlığı’na, UNAIDS’e, kanun koyuculara, karar vericilere, doktorlara, sağlıkçılara ve hatta ilaç kartellerine adımızı duyurur olduk. Ne istediğimiz ve neye ihtiyacımız olduğu, nelerden muzdarip olduğumuz biliniyordu; üstelik doktorlar da hastalarını, bir kompleks gibi çalışan derneğimize yönlendiriyor ve kendini bir enkazdan çıkmışçasına bitmiş hisseden HIV ile yaşayan ve veya yakınına yardımcı oluyorduk. İhlale uğramış bir arkadaşımız varsa dava açabiliyor ve hatta emsal bile teşkil ediyorduk. Doğum yapacak HIV Pozitif annenin bebeği için antiretroviral süspansiyon temin ediyorduk. Bebek sahibi olmak isteyen kişileri uygulama ve yönlendirme hakkında bilgi sahibi yapıyor, bir de bu konuda tıbbi yönlendirme sağlıyorduk. Beslenme uzmanımız, psikoloğumuz, psikiyatrimız ve avukatımızın yanı sıra akran danışmanlığı sağlıyorduk. Yani “dayanışıyorduk”, kurumsal bir kimliğimiz vardı, haklarımızın ve sahip olduklarımızın farkındalığıyla çevremize de fayda sağlıyorduk. O naif, yeni tanı almış HIV Pozitifleri bile bir aktiviste dönüştürüyor, bayrağı elden ele dolaştırıyorduk.

HTB: Sence HIV’e ilişkin ön yargıları kırmak, HIV’in toplumdaki algısını normalleştirmek için neler yapılmalı?

ES: İnsan ancak o derde “Merhaba” dediğinde, selam durduğu şeyin aslında onu yakıp kavurmayan bir şey olduğunu tecrübe ettiğinde normal tepkiler verebiliyor. Yani buradan şu okunmasın alt metinde, ocağınıza ateş düşsün demek istemiyorum asla ve asla ama deneyim en güzel ilaç değil de ne? Bu deneyim; HIV ile yaşayanlarla akademik bir çalışma yapmak, bir söyleşi geçirmek, bir festivalde bir araya gelmek, bir halayda beraber omuza durmakla da yaşanabilir. İnsan bilmediğinden korkuyor, bilinen şey çok basit aslında. Bir de laf gibi sirayet etmesin ama empati. Bu virüs bu kadar muktedir olsaydı partnerlerimiz de şıp diye almaz mıydı virüsü? Ağzımda gevelediğim lokmamı alıp çiğneyen adam, 20 yıllık sevgilim (aynı zamanda kocam) HIV Pozitif olmamışsa, bir başkasının olma ihtimali nedir ki? O halde bu korku niye, bu HIV testini defalarca yenileyip bir türlü HIV taşımadığına ikna olmayan kişilerin o kendilerini hapsettiği paranoya kafesi niye?

HTB: Yeni HIV tanısı almış kişilere HIV ile yaşamak konusunda önerilerin neler olur?


ES: Bir kere sakın ha üzülerek vakit kaybıyla hemhal olmasınlar, bunun bir süreç olduğunu, yapmaları gerekenin ilaçlarını düzenli içerek, korunmalı cinsel

ilişkiyi hayatlarına sokarak, emzirmeyip bir de kan nakli yapamayacak olduğunu kendilerine fısıldayıp, bilinçlendirmeye aile ve arkadaş çevrelerinden başlamaları desem, çok da savuşturmuş olmam herhalde.

HTB: Bizim sormadığımız ama senin eklemek istediklerin varsa okuyucularımıza paylaşır mısın?

ES: Soruyla alakalı değil ama ben yeni tanı aldığımda o zaman erkek arkadaşım şimdi kocam internet aracılığı ile Dr. Deniz Gökengin’le iletişime geçti, gerçekten şimdi ilaç prospektüslerini bile okumaya gerek duymayan ben, o zaman her türlü şeye açtım. Uzun bir zaman sesimi duymayan, yüzümü görmeyen Deniz Hanım tüm açlığımı giderdi, ilgiyse ilgi, bilgiyse bilgi. O çömez yıllarımdan aldı, artık HIV’miş, değilmiş bir umarsıza dönüşene değin tüm

yolculuğumda hep vardı.

Soruyla alakalı olarak ise; ben derdime dönüp baktığımda beni ehlileştirdiğini, yumuşattığımı, büyüttüğünü görüyorum. Spiritüel eğilimlerim yoktur, enerjiden anlamam ve hipster falan da değilim. Ama hayat işte nefeslerimiz sayılı, ah etmek, eleme kedere bağlamak da niye? Hepimiz bir yol tutuyoruz, acılardan geçiyor, sınavlar veriyoruz. HIV ile mücadele bunlardan en basiti, derdimizi sevdiklerimizle muhakkak paylaşacağız, desteklerini de arkamıza katıp yaşayacağız. Ancak bizi üzeceğini tahmin edeceğimiz insanlardan da kendimizi esirgeyeceğiz, kimseden merhamet dilenmeden, buna ihtiyacımız olmadığını bilerek bunu yapacağız. Hayatımızın merkezine almadan; bir hipertansiyon hastası, bir diyabet hastası nasıl yaşıyorsa biz de öyle yaşayacağız. Yaşayacağız işte... 

Pozitif Köşe

Yaşadığım Ayrımcılıklara Rağmen Mutlu ve Umutluym

Başlamak için bir cümle bulamıyorum. Kendimi tanıtarak başlamak doğru olanı belki ama başımdan geçen olaylar, kendimi saklamam, gizli kalmam gerektiğini gösteriyor sanırım. ‘Kendini saklamak, kendinden olanı gizlemek.’ Ne kadar tuhaf. Ayıp. Utanılacak bir durum. Kendim adına değil, içinde yaşadığım toplum için utanç verici. Ben değil, kendimi gizlemek zorunda kaldığım için beni buna iten toplum için utanılmalı. Utanacaklar da, eminim.

24 yaşında, yeni mezun heyecanlı mı heyecanlı bir öğretmenim. Mezun olur olmaz mesleğim için zirve olabilecek bir okulda işe başlıyorum. Her şey çok güzel gidiyor. Heyecanım, merakım, öğrenmeye ve öğretmeye istekli tavrım, çocuklarla olan iletişimim, şefkatim yöneticilerimin gözüne giriyor. Hemencecik sevdiriyorum kendimi. Öğrencilerim de seviyor beni, çalışma arkadaşlarım da.

İşe başladığımın 4. ayında genel kontrollerimi yaptırmak için iş yerinden izin alıyorum. Birkaç hafta sonra bilmediğim bir numara beni arıyor ve sağlık durumumla alakalı bir görüşme yapmak için kliniğine çağırıyor. Anlıyorum aslında olanı. Derhal izin alıyorum okuldan ve hastaneye gidiyorum. HIV testimin pozitif geldiğini söylüyor. Ama panik olmamı gerektirecek bir durum olmadığını, tedavisinin çok ilerlediğini ve yaşam kalitemde bir düşüş olmayacağını sadece uygun tedavi ile şeker, tansiyon gibi kronik bir durum olacağından bahsediyor. Zaten bunların farkında olduğum için bir an önce tedaviye

başlamak istediğimi söylüyorum. Beni bir araştırma hastanesine yönlendiriyor ve orada doktorlarla görüşüyorum.

Oradaki doktor da beni rahatlatıyor, çeşitli testlerin daha hızlı sürede yapılması için hastaneye yatış öneriyor. Böylelikle birkaç günde işlemlerimi hızlıca halledip tedaviye başlayabileceğimden bahsediyor. Ben de kabul ediyorum. Hastaneye yatışım yapıyor. -Yatış dediysem yatak döşek yatmıyorum hastanede, çeşitli bölümlerden doktorlar hemşireler geliyor testler yapıyor, testlere yönlendiriyor; akşamına da izin alıp evime dönüyorum.-

Çalıştığım okul! Oraya haber vermek zorunda olduğum aklıma geliyor. Mail atıyorum müdürüme, biraz rahatsız olduğumu, hastaneye yatışımın yapıldığını, birkaç gün içinde tekrar işime geri döneceğimi söylüyorum. Maili okumuş olacak ki daha önce hiç telefonla konuşmadığım müdürüm telefonumu arıyor. Panik oluyorum. Geçmiş olsun dileklerini ilettikten sonra neyimin olduğunu soruyor. Önemli bir durum olmadığını söylüyorum bu sefer hangi klinikte olduğumu soruyor. “Enfeksiyon” dedikten sonra telefondaki sesin tonu değişiyor. “Enfeksiyon!”. Ardı ardına sorular geliyor bu sefer; “Kanında mikrop mu var? Bulaşıcı bir hastalık mı var?...” İnsanların “Enfeksiyon” kelimesinden bu kadar korkacağını tahmin edemeyecek kadar hızlı geliyor bütün olanlar. İnsan için işleyen, insana ait olan durumları inceleyen, tedavi veren bu klinikten

gidecek raporların, haberlerin insanlarda bırakacağı etkiyi öngörememiş olmak sonralarda başıma gelecek olayları örececek olan ilk ilmek oluyor.

Okula dönüyorum. Birkaç gün işe gitmediğim için hastane raporumu teslim ediyorum. Her şey buraya kadar normal işliyor. Birkaç hafta sonra ilacımı almam için doktorum arıyor ve hastaneye gelmemi istiyor. Yine izin alıyorum ve yine “enfeksiyon kliniği” raporunu okula teslim ediyorum. İlacı kullanmaya başladığım sıralar hasta oluyorum. Okula gidecek kadar iyi hissetmediğim için izin alıyorum. Acil servise gidip, doktora durumumu anlatıyorum. “Enfeksiyon kliniğinde” beni takip eden doktora görünmemin daha doğru olacağını söylüyor ve iş yerinden tekrar izin alıp hastaneye gidiyorum. Doktorlar neyin ters gittiğini takip edebilmek için yatış öneriyorlar. Çok halsiz ve okula gidecek kadar iyi hissetmediğim için kabul ediyorum. İş yerine mail atıp durumumdan bahsediyorum. İşe dönüyorum, yine raporu teslim ediyorum.

Bir toplantı yapmak istediklerinden bahsediyorlar. Toplantıda “ekonomik krizden kaynaklı benimle seneye çalışamayacaklarını, personel azaltımına gitmek zorunda olduklarını, sözleşmemi yenilemeyeceklerini resmi olarak beyan ediyorlar.

Üzülüyorum.

Ardından tekrar öncekine benzer bir hastalık geçiriyorum. Yine yatış öneriliyor ve yine rapor götürüyorum. Bu sefer “sağlık durumumla alakalı” benimle görüşmek istediklerini söylüyorlar. Toplantıda okuldaki tüm yöneticiler var, bir şekilde bana neyimin olduğunu söylemem konusunda ısrarcı bir tutum sergiliyorlar. Geriliyorum. Söylemiyorum bir şey. Ertesi gün iş yeri hekimi muayene ediyor beni. Geriliyorum.

Bir toplantı daha yapmak istediklerini söylüyorlar. Bu sefer ne olduğunu sormadan beni sınıftan çekmek zorunda olduklarını, dilersem ofiste çalışacağımı dilersem de okula gelmeyeceğimi, sözleşmem bitene kadar da tüm özlük haklarımdan yararlanacağımı söylüyorlar. Yaptıklarının çok büyük bir ayrımcılık olduğunu söyleyebiliyorum sadece. “Burası Türkiye.” cevabını alıyorum. Buz kesiyorum. Bir şeyler anlatıyorlar karşımda ama hiçbirini duymuyorum. Tekliflerine yarın cevap vereceğim deyip odadan çıkıyorum. Ne yapacağımı bilemez bir halde eve dönüyorum. Birkaç dakika önce yaşadığım bu olayın ne kadar korkunç olduğunu düşünmekten kendimi alamıyorum. Ofise çekeceklermiş. Öğretmen olamayacakmışım. Çocuklara bir şey

bulaştırabilirmişim. Şok içinde bir gün geçiriyorum. Ben dört yıl boyunca ofiste çalışmak için okumadım ki. Ben bu okulla ofiste çalışmak için sözleşmedim ki.

Kendimi artık bu okulda görmek istemiyorum. Sözleşmem bitene kadar da tüm özlük haklarımdan yararlanacağımı kesinleştirip işten ayrılıyorum.

Eve dönüş yolu, bu sefer daha uzun ve farklı...

Seneye çalışabileceğim okulları arıyorum. Her yere iş başvurusu yapıyorum. Birçok okul erkek öğretmen adaylarının askerlik ilişkisinin olmasını istemediği için askerlikten muafiyet belgemi alıyorum.

Çok köklü, büyük bir özel okuldan iş başvuruma yanıt alıp sınavına çağırılıyorum. Yazılı sınavdan çok iyi bir puan alıp sözlü mülakatla sürece devam ediyorum. Mülakatta benim öğretmenlik becerilerim, yaptığım sunudan daha çok önceki iş yerimden neden ayrıldığım ve askerlikten muafiyet nedenimi sorguladıkları için olacak, sözlü mülakattan geçemiyorum.

Üzülüyorum.

Bu sefer bir başka büyük bir özel okuldan geri dönüş alıyorum. Görüşmeye çok iyi hazırlanıp gidiyorum. İlk görüşmeyi geçip ikinci görüşmeye çağırılıyorum. Bu görüşme için de çok umutlandığım için çabalıyorum ve güzel bir görüşme geçiriyorum. Ardından sürecim olumlu ilerliyor ve beni arayıp seneye benimle çalışmak istediklerini söyleyerek iş teklifi yapıyorlar. Kabul ediyorum. Sigorta girişi için çeşitli evrak listesi gönderiyorlar ve belirlenen günde teslim etmem için anlaşıyoruz. Heyecan ve mutlulukla evrakları hazırlayıp okula gidiyorum. Evrakları teslim ettiğimimde insan kaynaklarının “hocam, burada askerlikten muaf olduğunuz yazıyor” tepkisiyle muafiyet nedenim sorgulanıyor. Söylemek istemememe rağmen ısrarcı bir tutumla sözleşmenin ve işe girişimin sıkıntıya uğramaması açısından muafiyet nedenini söylememi istiyor. İşe girişim sıkıntıya uğramasın diye aklıma o an mantıklı gelebilecek bir açıklama da gelmediği için “sağlık” diyebiliyorum. Özel değilse “sağlık problemimi” sorguluyor, tekrar “özel” diyorum ama okulu ilgilendirir bir neden olmadığını, dilerlerse devlet hastanesinden öğretmenlik yapmamda engel teşkil edecek bir durum olmadığını raporlayabileceğimi söylüyorum. Eve dönüyorum. İnsan kaynakları tarafından aranarak işe giriş muayenemin acilen yapılması gerektiğini, okula geri dönmem gerektiğinin bilgisini alıyorum. Okula geri dönüyorum. Önce hemşire sağlık durumumu sorguluyor. Söylemek istemiyorum. Özel olduğunu ve benim için gizli kalması gerektiğini belirtiyorum.

Dilerlerse öğretmenlik yapmamda sakınca olmayan bir hastane raporu getirebileceğimi tekrar iletiyorum. Kendisi tarafından eğer bu gizli kalırsa işe girişimde sıkıntı yaşayacağım söyleniyor. Nedenini yine söylemeyip, okulu ilgilendirir bir durum olmadığını bilgisini yeniden veriyorum. Bu sefer, doktora yönlendiriliyorum.

Doktor, SGK'dan bugüne kadar gittiğim klinikleri, raporları ilaçları görüntüleyebileceğini belirterek sağlık durumumu kendim beyan etmem konusunda sert bir tavırla zorluyor. Ben benim için özel ve gizli olduğunu, okulu ilgilendirir bir durum olmadığını, öğretmenlik yapmamda bir engel olmadığını dair isterlerse hastaneden rapor getirebileceğimi söylememe rağmen kendisinin iş yeri hekimi olduğunu ve işini yapmakla yükümlü olduğunu söylüyor. Bana yalan beyan vermektan suç işlediğimi, SGK'dan zaten kendisinin görüntüleyeceği raporlarda bir problem olursa başımın ağrıyacağı şeklinde bir cevap alıyorum. Kendimin beyan etmesinin daha doğru olacağı konusunda ısrarcı bir tavırla zorlanıyorum. Ben de hemşirenin dışarı çıkmasını isteyip HIV ile yaşadığımı doktora söyleyiveriyorum. -Ne var ki bunda? O bir doktor zaten. HIV'in sağlık boyutunda bir problem olmadığını sadece toplumun bakış açısından kaynaklı sorun yaşayabileceğimi göreceğini zannediyorum. Benim halimden anlar diye düşünüyorum.- Ardından teşekkür edip, idareye bunu bildirmekle yükümlü olduğunu söylüyor. Bunu iznim olmadan yapamayacağını söylememe rağmen bana karşı sert bir üslupla kendisinin iş yeri doktoru olduğunu, durumumun sosyal ve felsefi boyutunu bir kenara bırakıp işini yapmak zorunda olduğunu belirtiyor. Uğradığım damgalama ve etiketlemenin doğuracağı benim açımdan olası olumsuz sonuçlardan bahsediyorum, fakat beni dinlemeden odadan çıkıyor. Arkasından koşarak yapabilecek neyim var diye sorabiliyorum, SGK'dan sağlıklıdır yazan belge getirmemi istiyor. Hastaneye gidip "Öğretmenlik yapmamda sakınca olmadığına dair" rapor alıp hemşireye iletiyorum. Kendisi doktor ile görüşüp raporu aldığını iletiyor. Ardından imzaladığım sözleşmenin bir nüshasını almayı unuttuğumu fark edip insan kaynaklarına geçiyorum. Sözleşmemin bir nüshasını talep ediyorum fakat idareciler imzalamadan bana kopyasını veremeyeceklerini henüz zaten sözleşmeyi imzalamadıkları şeklinde bir dönüş alıyorum.

Eve dönüş yolu uzadıkça uzuyor. İçinde bulunduğum zaman duruyor ve eve dönüş yolu gözümde büyüdükçe büyüyor.

Olaydan birkaç gün sonra, başvurduğum okulun insan kaynakları tarafından aranarak sürecimin devam etmeyeceği, sözleşmemin iptal olduğunu telefonda iletiliyor.

İnsanlığa dair bir kez daha hayal kırıklığına uğruyorum.

Tüm bu yaşananları bir kenara bırakıp bana gelecek olursak; sağlık durumum, sonuçlarım çok iyi. Her şey kontrol altında. Belirlenmiyor, bulaştırmıyorum. Eskisinden daha çok seviyorum hayatı. Artık daha sıkı sarılıyorum sahip olduklarıma. Farklı bir pencere açılıyor, oradan izliyorum hayatı. Sağlığım için daha dikkatliyim. Kendim için iyi olacak şeyler yapıyorum. Sevdiklerimle güzel vakit geçiriyorum. Güzel filmler izliyorum çok güzel kitaplar okuyorum. Eğleniyorum. Tüm bu olanlara rağmen. Üzülmiyorum artık. Gülüyorum.

Umursamayarak, yaşamın her alanında var olarak vereceğim cevabımı. İnadına iş başvurularını da yapmaya devam edeceğim. :-)

Tüm bu yaşadıklarım gösteriyor ki insanları yalnızlığa, umutsuzluğa, karamsarlığa ve damgalanmaya iten HIV değil, toplumun yıkmadığı önyargısı ve korkusu.

Şunu da söyleyip sonlandırmak istiyorum, HIV'den değil, ayrımcılıktan ve damgalamaktan korkmak gerek. HIV değil, HIVfobi öldürüyor.

Alp 

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>