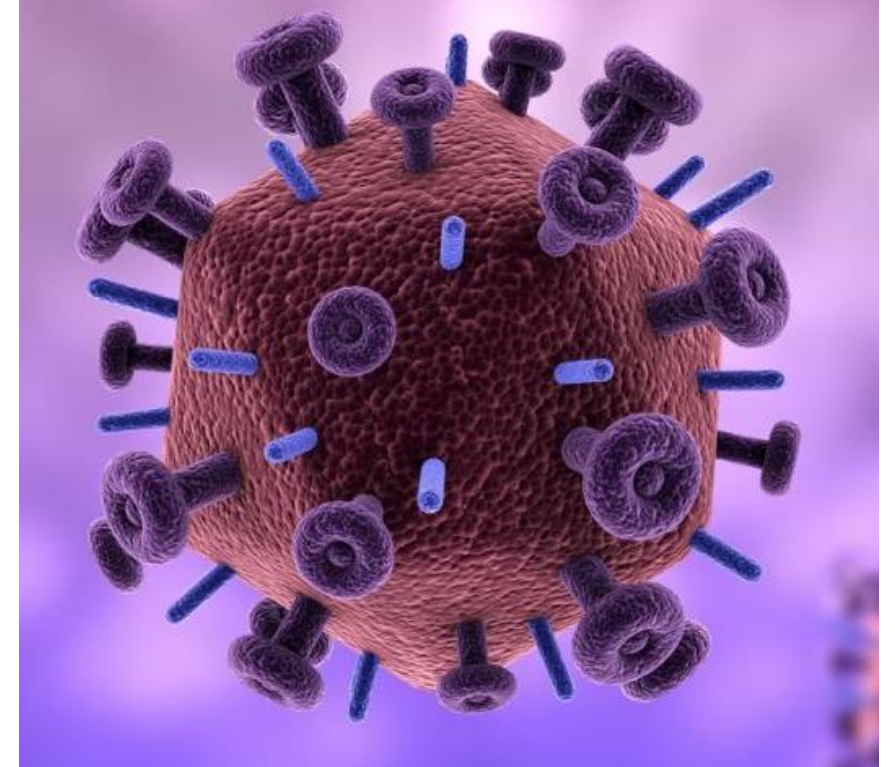


HIV Tanı ve Tedavide Son Durum

Dr. Dilek Yıldız Sevgi
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji
Şişli Hamidiye Etfal SUAM



Sunum Planı



HIV EPİDEMİSİNE BAKIŞ



TÜRKİYE'DE DURUM



TANI İÇİN
ÖNERİLER



ANTİRETROVİRAL TEDAVİ
REHBER ÖNERİLERİ



UZUN ETKİLİ AJANLAR

Küresel HIV salgınının özeti (2020)

	HIV ile infekte kişi sayısı 2020	Yeni infekte olan kişi sayısı 2020	HIV-ilişkili ölüm 2020
 Toplam	37.7 milyon [30.2 – 45.1 milyon]	1.5 milyon [1.0 – 2.0 milyon]	680 000 [480 000 – 1.000.000]
 Erişkin	36.0 milyon [28.9 – 43.2 milyon]	1.3 milyon [910 000 – 1.8 milyon]	580 000 [400.000 – 800.000]
 Kadın	19.3 milyon [15.5 – 23.1 milyon]	660 000 [450.000 – 920.000]	240 000 [170.000 – 360.000]
 Çocuk <15 yaş	1.7 milyon [1.2 – 2.2 milyon]	150 000 [100 000 – 240 000]	99 000 [68 000 – 160 000]

2020 Yılı

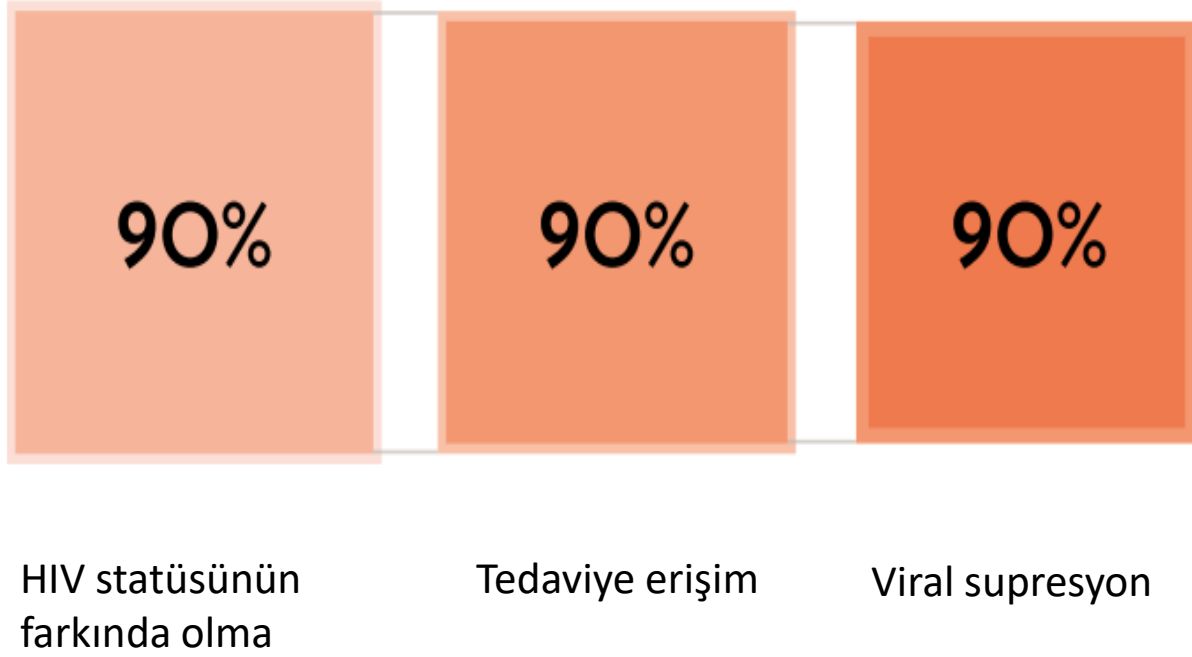
Bir günde:

4000 yeni HIV infeksiyonu (erişkin ve çocuk)

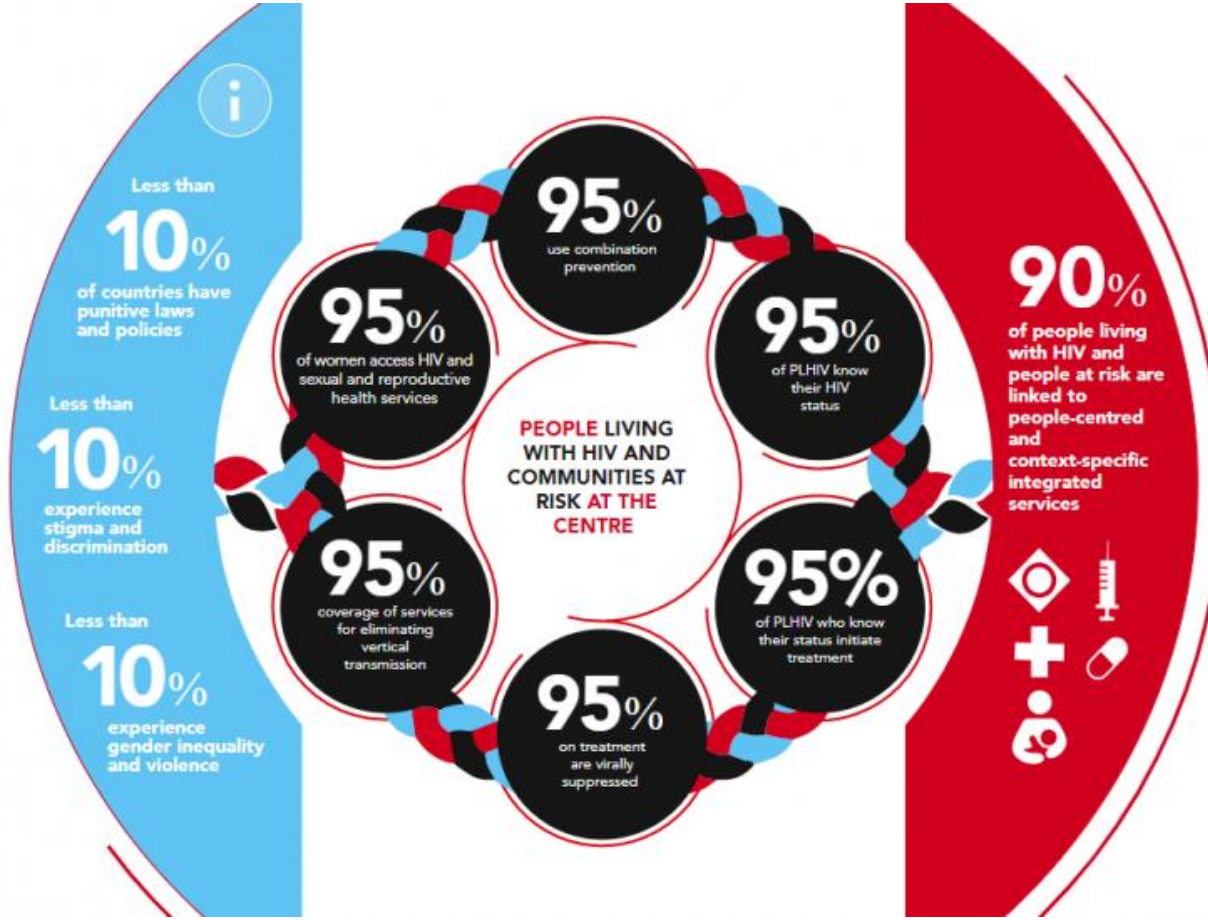


- Sahra Altı Afrika % 60
- 15 yaş altı çocuk %10
- 15 yaş ve üstü: %90
 - % 51 kadın
 - % 31 genç (15–24)
 - % 20 genç kadın (15–24)

90-90-90 Hedefi



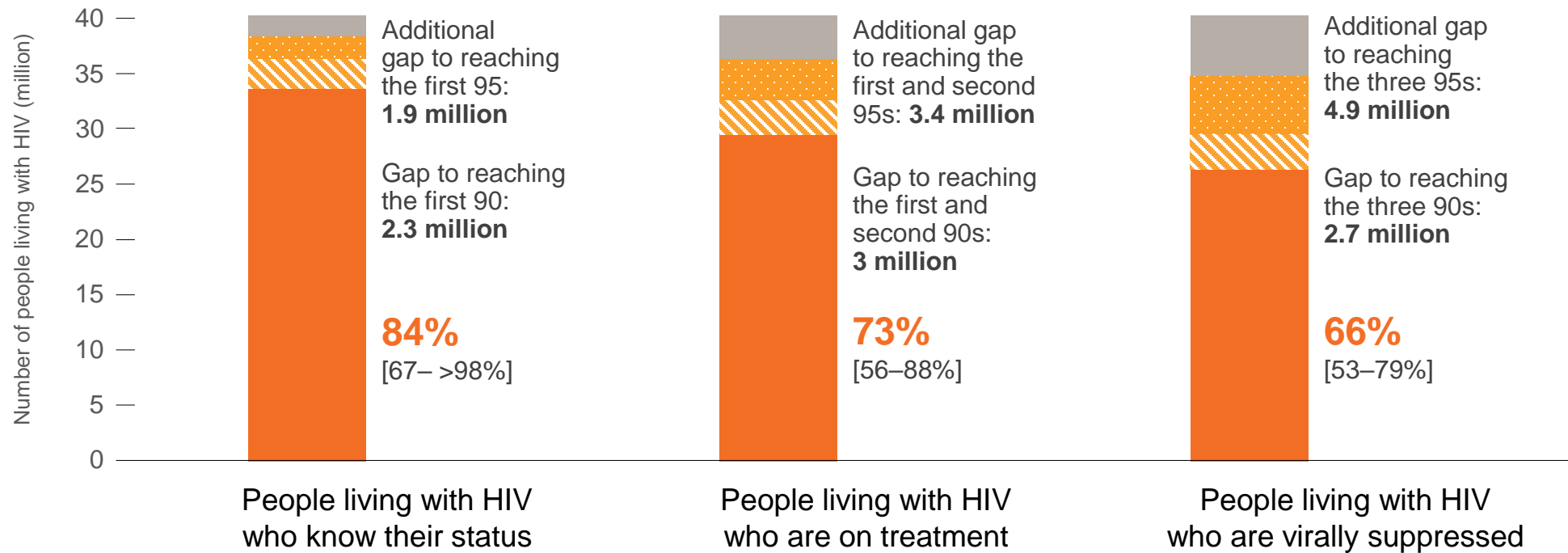
2025 yılı hedefleri



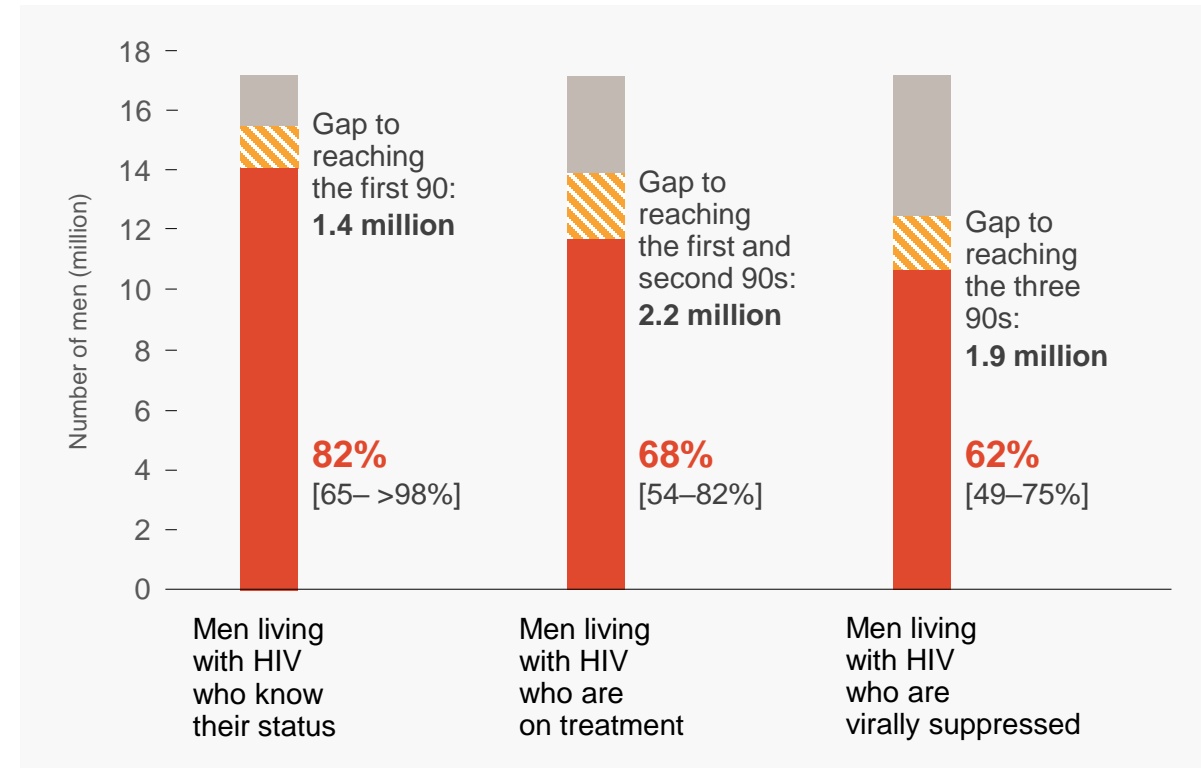
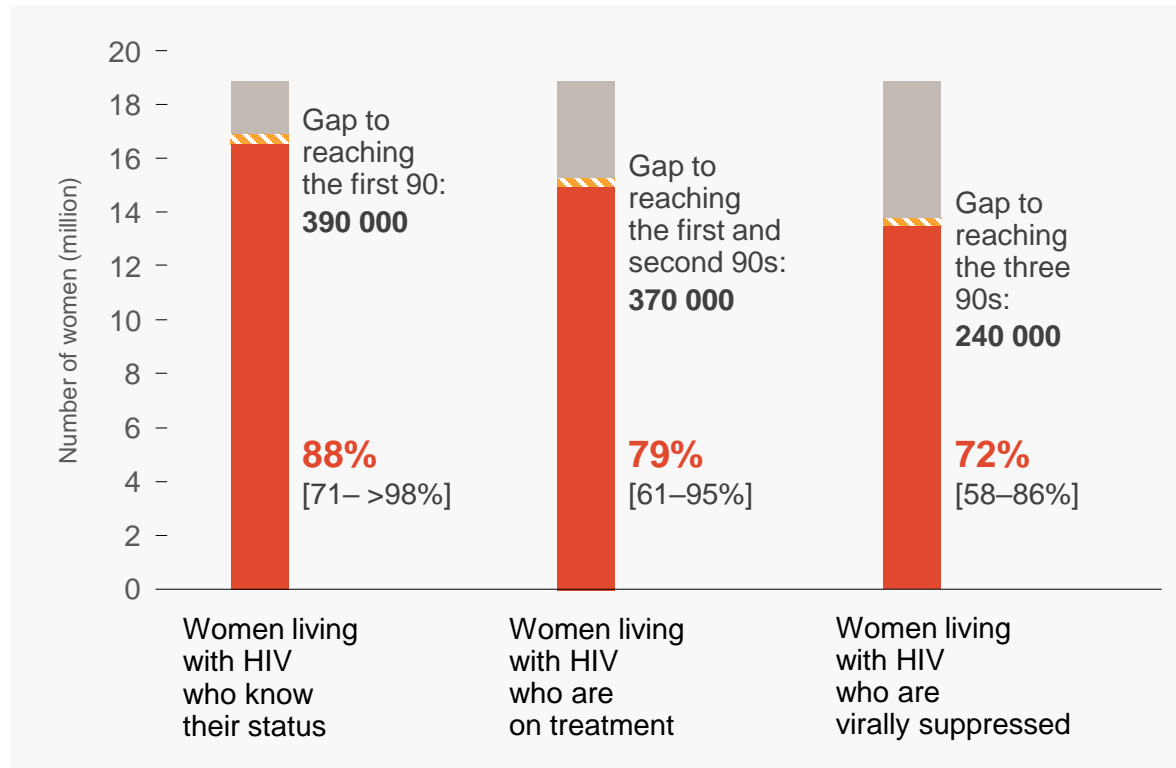
Sağlıklı yaşamın sağlanması
Her yaş için
Herkes için

Evrensel erişim
HIV önleme hizmetleri
Cinsel sağlık hizmetleri
Uyuşturucu bağımlılığı tedavisi

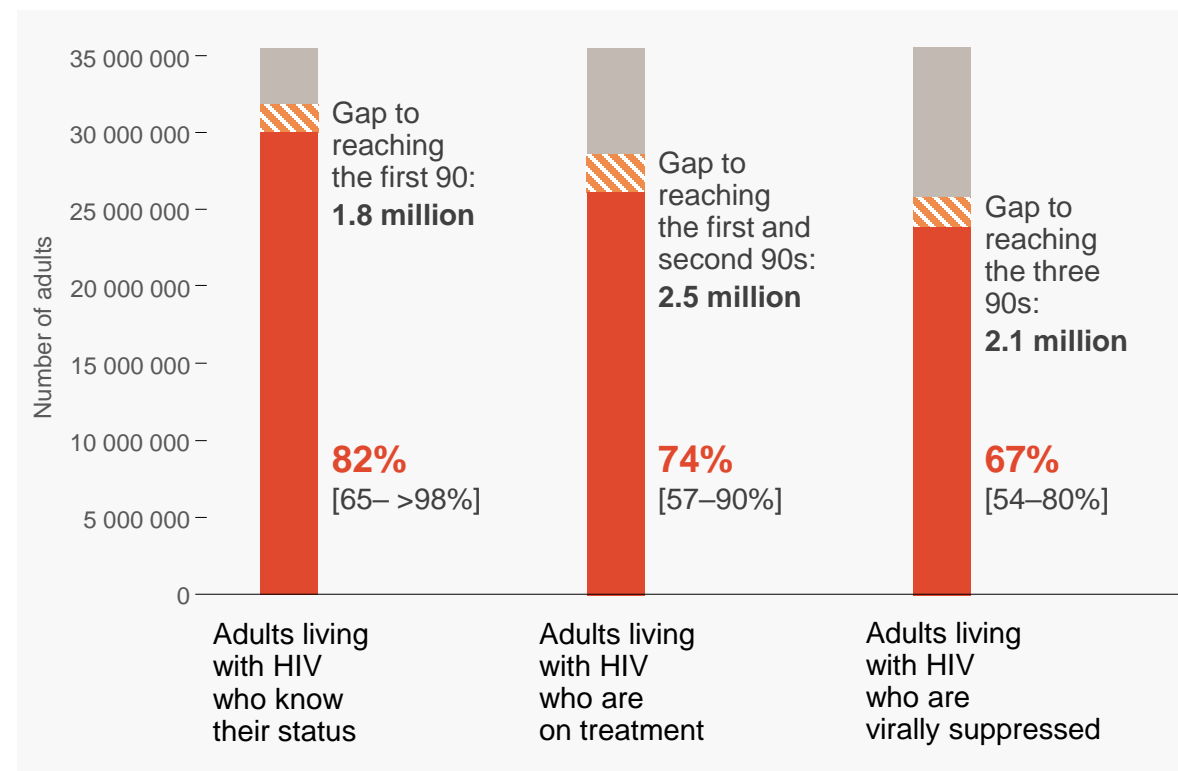
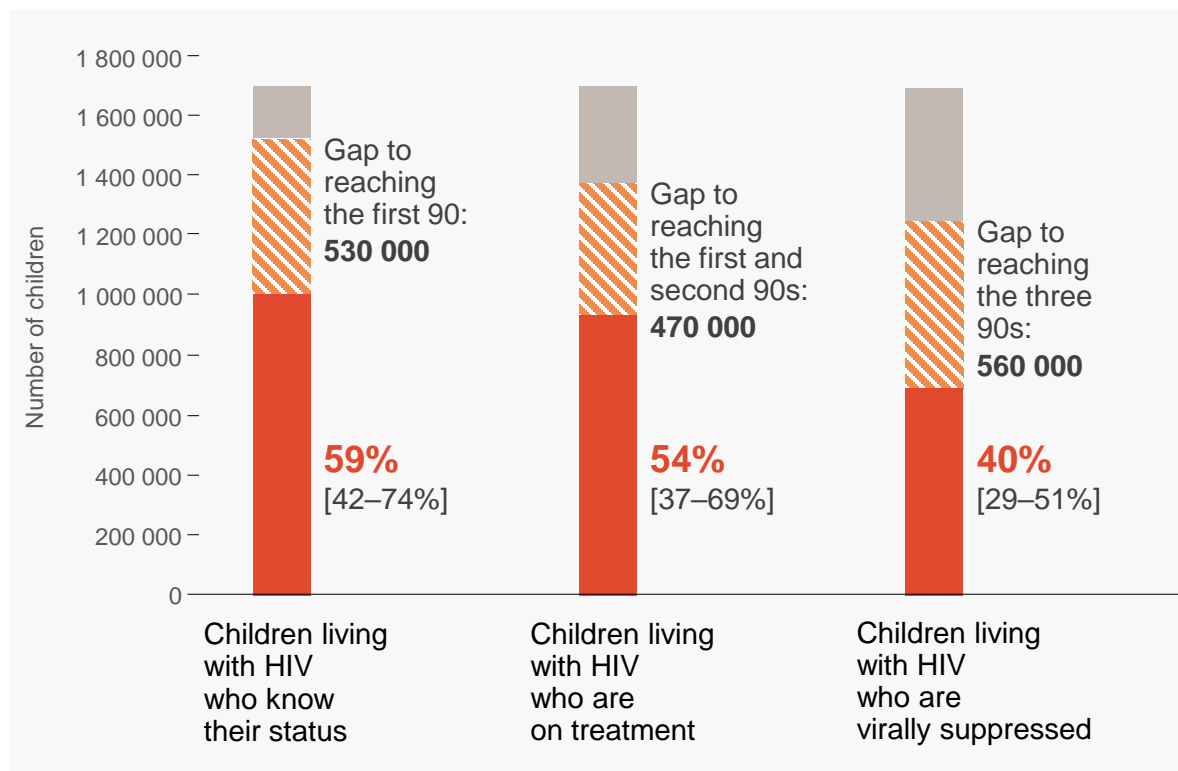
HIV Test ve Tedavi



HIV testing and treatment cascade, women (aged 15+ years) compared to men (aged 15+ years), global, 2020

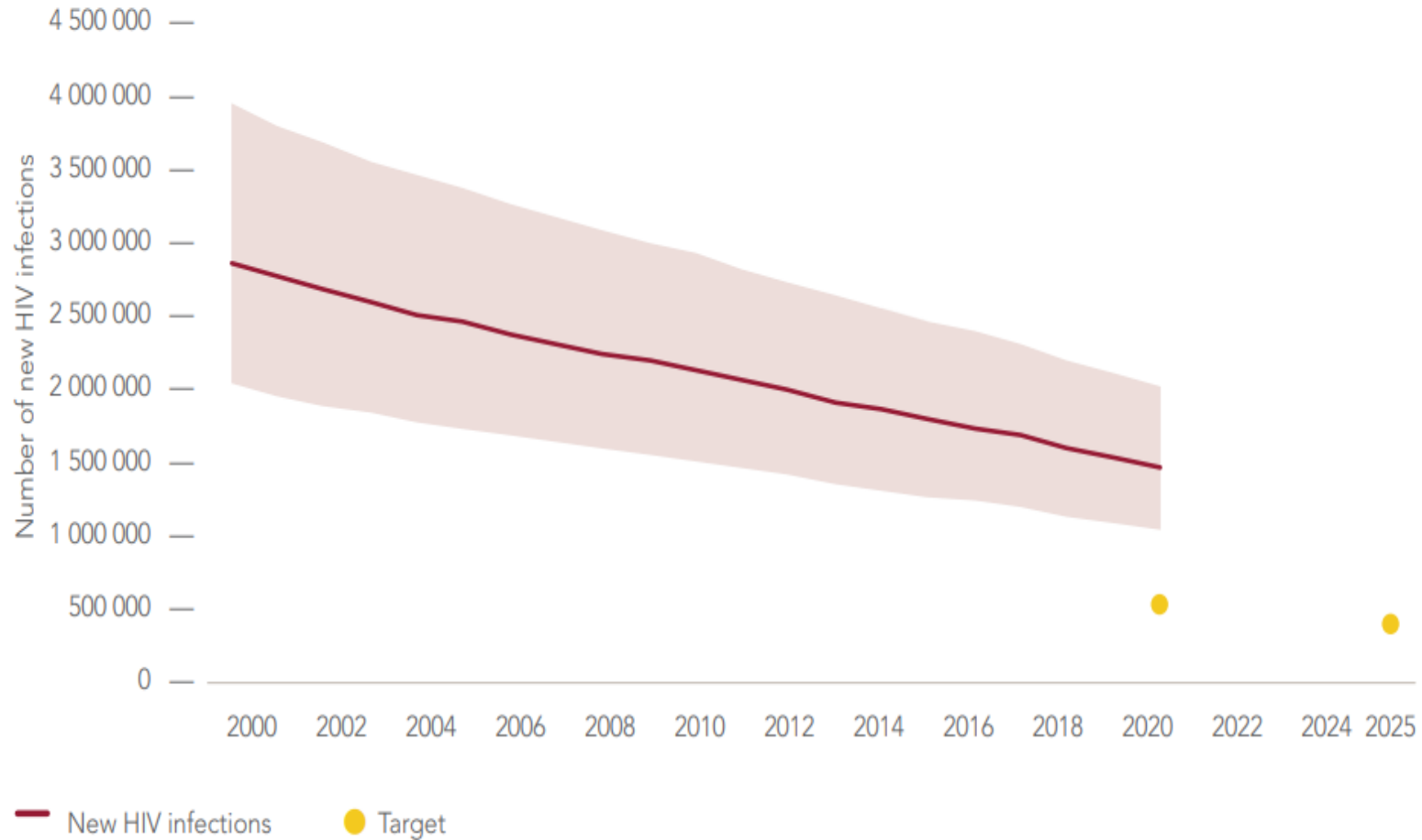


HIV testing and treatment cascade, children (aged 0–14 years) compared to adults (aged 15 years and older), global, 2020



Yeni İnfeksiyon Sayılarındaki Azalma Yetersiz

NEW HIV INFECTIONS, GLOBAL, 2000-2020, AND 2020 AND 2025 TARGETS



HIV Tedavi Hedefine Ulaşan Ülkeler, 2020

	90–90–90 value (all)	90–90–90 value (children aged 0–14 years)	90–90–90 value (women aged 15+ years)	90–90–90 value (men aged 15+ years)	Viral suppression level (all)
Eswatini	>98→98–95	>98→98–91	>98→98–95	94→98–94	97
Switzerland ^a	93→98–96				88
Rwanda	93→98–96	54→98–89	96→98–96	93→98–96	89
Qatar ^a	93→98–96		>98→98–81	90–97→98	86
Botswana	91–95→98	62→98–94	94.5→98→98	88–87–97	85
Slovenia	90–97–96				85
Uganda	91→98–90	63→98–78	96→98–92	88–97–89	85
Malawi	91–94–94	73→98–73	94–94.9–95	90–92–94	85
Zimbabwe	93→98–89	72→98–72	96→98–91	92→98–88	82
Kenya	96–89–94	84→98–86	>98–92–94	91–83–94	81
Namibia	89.9–98–91	81–92–80	92→98–93	86–94–89	80
Cambodia	84→98–97	60→98–88	82→98–98	86→98–97	81
Lesotho	94–87–97	83→98–92	94.6–92–97	93–79–97	80
Burundi	89→98–89.7	31→98–70	>98→98–91	85–96–89	79
Uruguay					79
Norway					79
Thailand	94–84–97	>98–76–87	92–86–97	96–81–97	77
Zambia	86–95–93	58→98–84	89–94–94	84–95–93	76
Croatia	84–88→98		80–92→98	84–87→98	73

- Reached the 90–90–90 targets
- Reached only the 73% viral load suppression target
- Not reached the 90–90–90 target
- Data not available

^a Data are not available on testing and treatment coverage for children. However, because children living with HIV represent less than 1% of the total people living with HIV, adult data were used.

Note: In the 2020 Global AIDS Update, Seizing the moment: tackling entrenched inequalities to end epidemics, Australia, Namibia and the Netherlands were among the countries reaching the 90–90–90 targets in 2019. Based on the 2020 data, however, Namibia has fallen short of the targets, mainly because of children falling behind. Australia and the Netherlands did not have full estimates on the cascade this year. In the same report, Ireland and Spain were among the countries reaching their viral suppression target at all population levels. This year, however, there was no viral suppression data available for either country.

Note: The UNAIDS models estimated that in the region of western and central Europe and North America, more than 73% of people living with HIV had suppressed viral loads in 2020.

Note: Countries have been assessed as reaching the 90–90–90 targets if coverage is ≥ 90.0 . Thus coverage of 89.9 is not considered as reaching the target. Please see the Annex on Methods for a description of how regional estimates of the testing and treatment targets are calculated.

Note: In Eswatini, viral load suppression among all people living with HIV is estimated to be slightly higher than the proportion virally suppressed among people on treatment due to the uncertainty in the number of people on treatment and the number of people living with HIV.

Antivirallerin Topluma Dağıtımı

Progress towards multimonth dispensing and community distribution of antiretrovirals in Latin America and the Caribbean

Country	1. Does it have a MMD policy?	2. Dispensing frequency according to MMD policy	3. Is the MMD policy a consequence of COVID-19?	4. Is the strategy widely implemented?	5. Are there regulations for the community distribution of ARVs?	6. Are regulations for community ARV distribution implemented at the national level?
Argentina	Yes	3 months	Yes	No	No	No
Belize	Yes	2 months	Yes	No	No data	No data
Bolivia (Plurinational State of)	Yes	2 months	Yes	Yes	No	No
Brazil	Yes	3 months	No	Yes	No	No
Chile	Yes	3 months	Yes	Yes	No	No
Colombia	Yes	3 months	Yes	No data	No	No
Costa Rica	No	1 month	No data	No data	No data	No data
Cuba	Yes	2 months	No	Yes	Yes	Yes
Dominican Republic	Yes	6 months	Yes	Yes	Yes	No
Ecuador	Yes	2 months	Yes	Yes	No	No
El Salvador	Yes	2 months	Yes	Yes	Yes	No
Guatemala	Yes	3–6 months	Yes	Yes	Yes	Partly
Guyana	Yes	2 months	No	No	No	No
Haiti	Yes	3 months	No	Yes	Yes	Yes
Honduras	Yes	2 months	Yes	No	No	No
Jamaica	No	1 month	No data	No	No	No
Mexico	Yes	3 months	Yes	No	No	No
Nicaragua	No	1 month	No data	No data	No data	No data
Panama	Yes	3 months	Yes	Yes	No	No
Paraguay	Yes	3 months	No	Yes	Yes	No
Peru	Yes	3 months	No	Yes	No	No
Suriname	Yes	2 months	No	No	No	No
Uruguay	Yes	3 months	Yes	Yes	No	No
Venezuela (Bolivarian Republic of)	Yes	3 months	No	No	No	No

Note: MMD = multimonth dispensing; ARV = antiretroviral medications.

Data from UNAIDS and PAHO/WHO (Status of HIV/STI services in the Context of COVID-19 survey)

UNAIDS Global AIDS Güncellemesi

Anı yakalamak
Salgınları sona erdirmek için yerleşmiş
eşitsizliklerle mücadele

COVID-19 eşitsizlikleri artırır

COVID-19 salgını her yerde insanları etkiliyor

Özellikle geçim kaynakları

Bu etkiyi daha şiddetli yaşayanlar

- Sosyoekonomik düzeyi düşük kişiler
- Altta yatan hastalığı olan kişiler
- Ötekileştirilmiş kişiler

SEIZING THE MOMENT

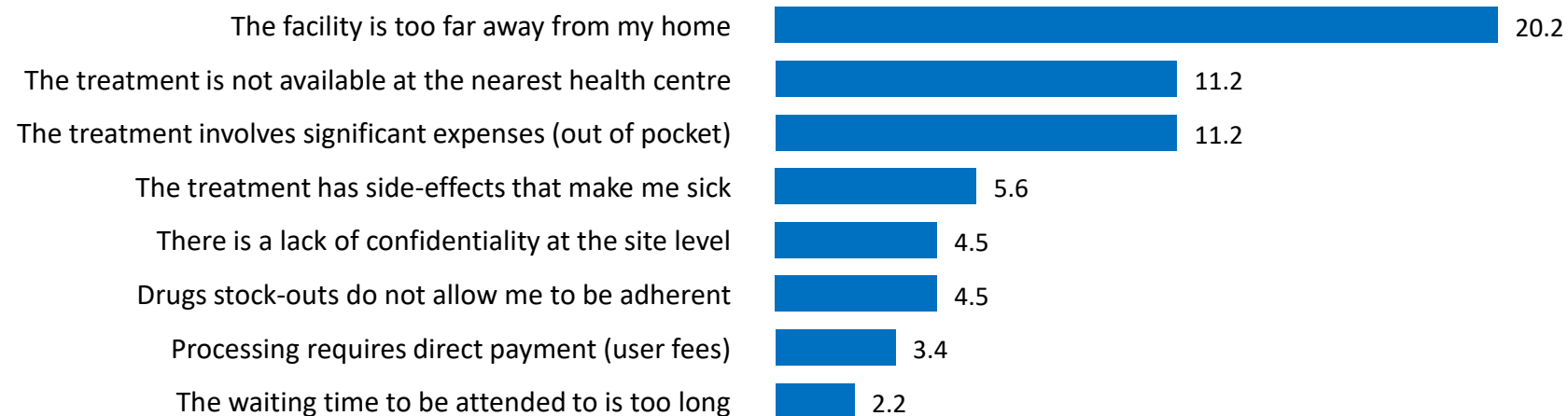
Tackling entrenched inequalities to end epidemics



En önemli engel sağlık hizmeti ve tedaviye ulaşım

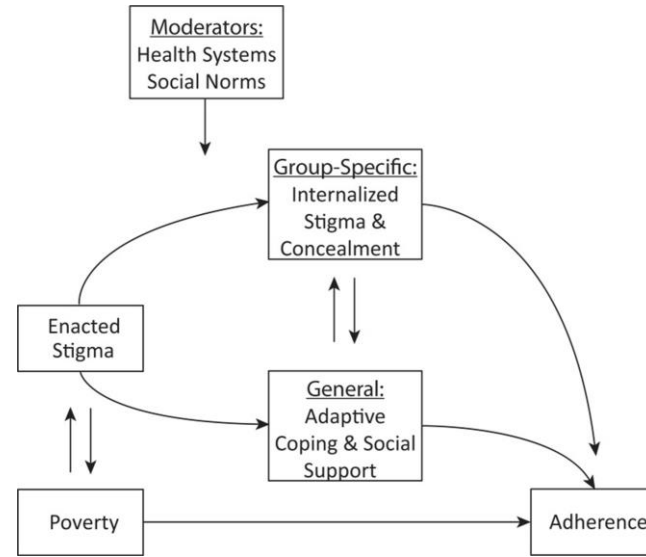
Barriers to HIV treatment services, selected states in Nigeria, September–December 2020

Percentage of respondents reporting barrier to HIV treatment services (%)



Note: Number of respondents to survey = 89.

HIV ile ilgili damgalanma, katılımcıların ART uyumunu tehlikeye atmaktadır.



Katz IT et al. *Journal of the International AIDS Society* 2013, **16**(Suppl 2):18640
<http://www.jiasociety.org/index.php/jias/article/view/18640> | <http://dx.doi.org/10.7448/JIAS.16.3.18640>



Research article

Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis

Ingrid T Katz^{1,2,3}, Annemarie E Ryu⁴, Afachukwu G Onuegbu⁵, Christina Psaros^{3,6}, Sheri D Weiser⁷, David R Bangsberg^{2,3,5,8} and Alexander C Tsai^{3,2,3,6}

¹ Corresponding author: Alexander C Tsai, Center for Global Health, Room 1529-E3, Massachusetts General Hospital, 100 Cambridge Street, 15th Floor, Boston, MA 02114, USA. Tel: +1-617-726-1120 Fax: +1-617-726-1637 (actsa@partners.org)

Abstract

Introduction: Adherence to HIV antiretroviral therapy (ART) is a critical determinant of HIV-1 RNA viral suppression and health outcomes. It is generally accepted that HIV-related stigma is correlated with factors that may undermine ART adherence, but its relationship with ART adherence itself is not well established. We therefore undertook this review to systematically assess the relationship between HIV-related stigma and ART adherence.

Methods: We searched nine electronic databases for published and unpublished literature, with no language restrictions. First we screened the titles and abstracts for studies that potentially contained data on ART adherence. Then we reviewed the full text of these studies to identify articles that reported data on the relationship between ART adherence and either HIV-related stigma or serostatus disclosure. We used the method of meta-synthesis to summarize the findings from the qualitative studies.

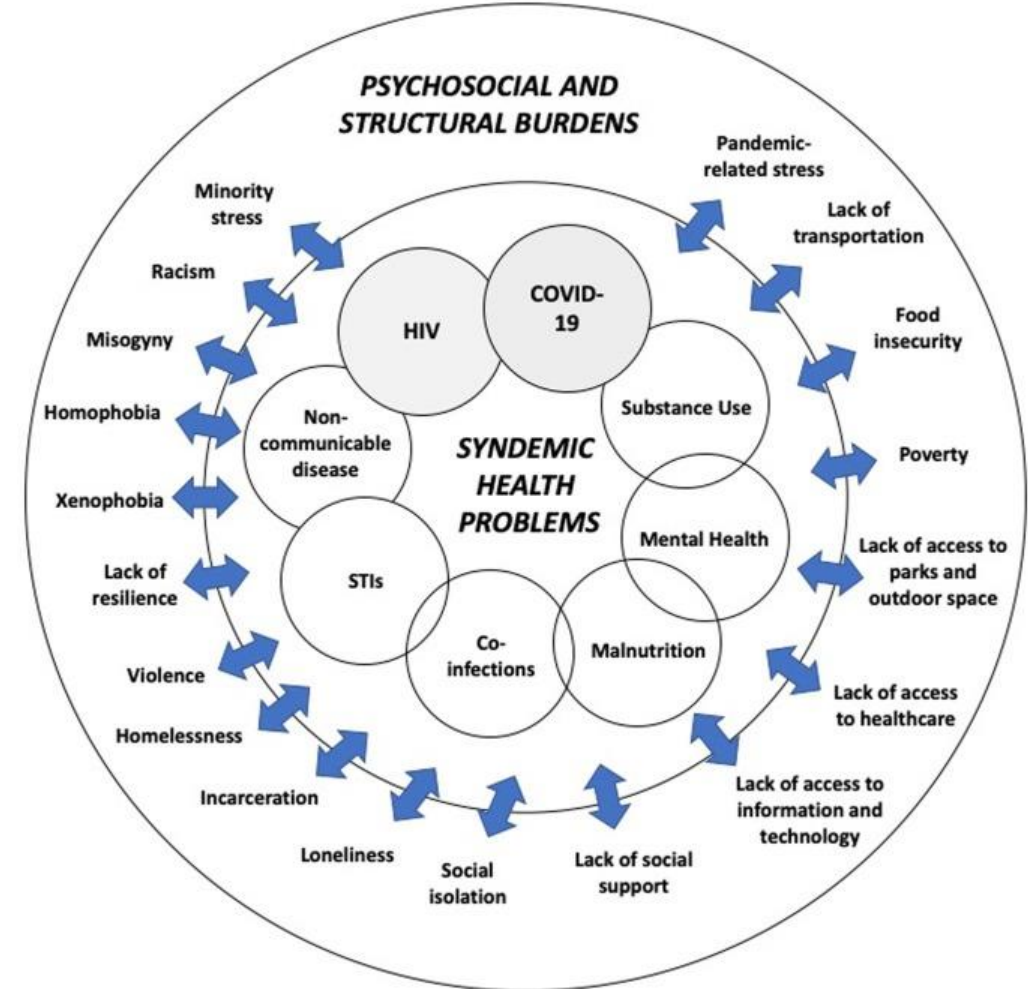
Results: Our search protocol yielded 14,854 initial records. After eliminating duplicates and screening the titles and abstracts, we retrieved the full text of 960 journal articles, dissertations and unpublished conference abstracts for review. We included 75 studies conducted among 26,715 HIV-positive persons living in 32 countries worldwide, with less representation of work from Eastern Europe and Central Asia. Among the 34 qualitative studies, our meta-synthesis identified five distinct third-order labels through an inductive process that we categorized as themes and organized in a conceptual model spanning intrapersonal, interpersonal and structural levels. HIV-related stigma undermined ART adherence by compromising general psychological processes, such as adaptive coping and social support. We also identified psychological processes specific to HIV-positive persons driven by predominant stigmatizing attitudes and which undermined adherence, such as internalized stigma and concealment. Adaptive coping and social support were critical determinants of participants' ability to overcome the structural and economic barriers associated with poverty in order to successfully adhere to ART. Among the 41 quantitative studies, 24 of 33 cross-sectional studies (71%) reported a positive finding between HIV stigma and ART non-adherence, while 6 of 7 longitudinal studies (86%) reported a null finding (Pearson's $\chi^2 = 7.7$; $p = 0.005$).

Conclusions: We found that HIV-related stigma compromised participants' abilities to successfully adhere to ART. Interventions to reduce stigma should target multiple levels of influence (intrapersonal, interpersonal and structural) in order to have maximum effectiveness on improving ART adherence.

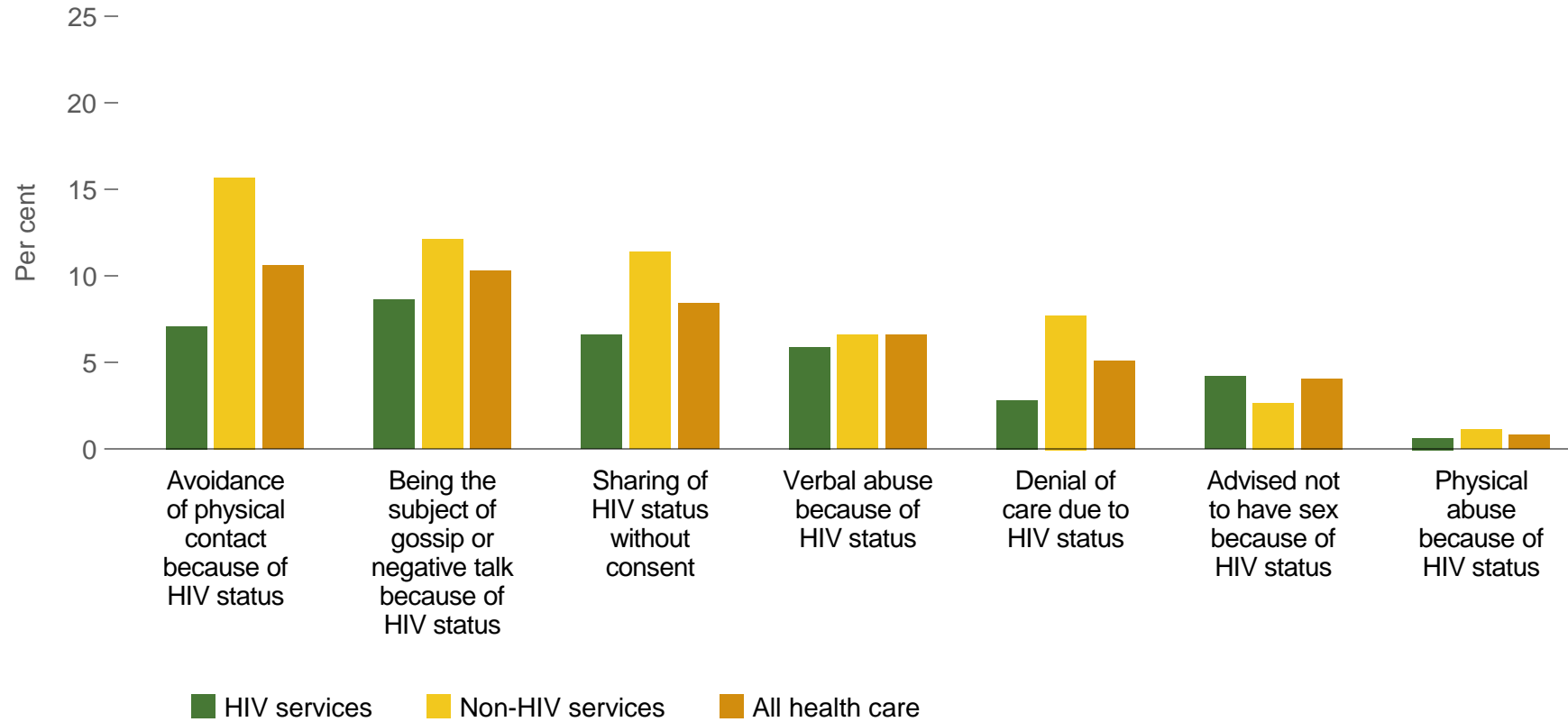
ART uyumunu iyileştirmede maksimum etkinlik için damgalamayı azaltmaya yönelik müdahaleler, birden fazla etki düzeyini hedeflemelidir.

COVID-19 ve HIV ile Yaşayan Kişilerde Psikososyal Koşullar

- Akıl sağlığı
- Madde kullanımı
- Yoksulluk
- Yalnızlık
- Tıbbi güvensizlik
- Gıda güvensizliği
- Konut güvensizliği
- Irkçılık, homofobi
- COVID-19'un halk sağlığı tepkisine göre, HIV ile yaşayan kişileri orantısız olarak etkilemesi muhtemel

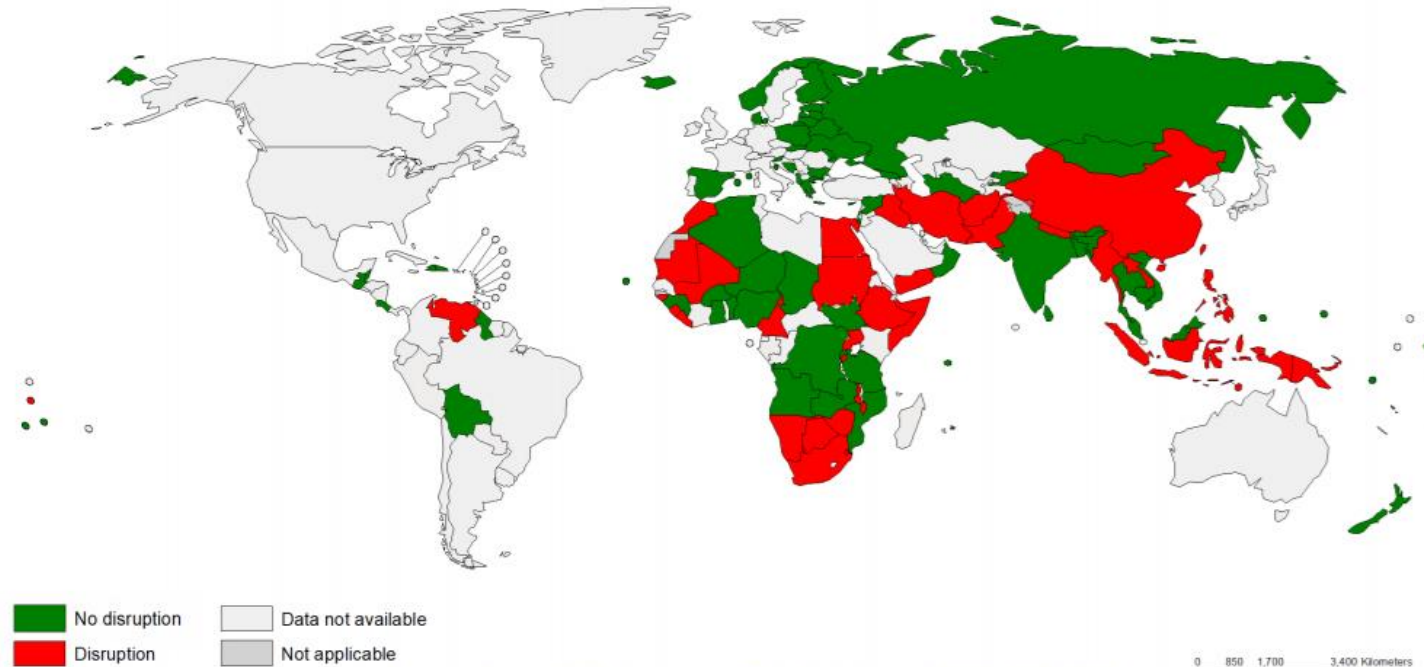


Sağlık hizmeti ortamlarında damgalanma ve ayrımcılık yaşadıklarını bildiren HIV ile yaşayan kişilerin yüzdesi



COVID-19 nedeni ile ART kesilmesi bildiren ülkeler, 2020

Preliminary results compiled from a survey conducted by WHO between April and June 2020 (n=127)



Source: Global HIV, Hepatitis and STIs Programmes (HSS), WHO, 2020

Disclaimer: The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.



World Health Organization

Dünya Sağlık Örgütü

- 36 ülke ARV hizmetlerinin sunumunda aksamalar olduğunu bildirmiş
- Bu ülkelerde 11,5 milyon kişi ART (HIV pozitif kişilerin % 45'i) alıyor
- ARV aksaklıklarından etkilenen HIV ile yaşayan kişilerin tahmini yüzdesi ülkeye göre değişmekte: % 1 - 40
- 73 ülke ART bozulma riski yaşıyor
- Bu ülkelerde 17.7 milyon kişi ART (HIV pozitif kişilerin % 70'i) alıyor
- 24 ülkede kritik derecede düşük ARV stoğu! 8.3 milyon kişi ART alıyor (% 33)
- HIV testi, önleme, Hepatit ve CYBE hizmetleri, aile planlamasında aksamalar

- COVID-19 pandemisi Avrupa bölgesini orantısız vurdu
- Bir çok HIV kliniği çalışan ve imkanlarını paylaşmak zorunda
- 19 Mart 2020, 23 soruluk anket
- Hiçbir ülke HIV kliniğini kapatmamış
- Altı ülkede (% 31.6)HIV klinikleri çalışıyor
- 11 ülkede (% 57,9) klinisyenler HIV + COVID-19 takibi
- 2 hafta içinde ART kesintisi beklenmiyor
- Kaynak kıtlığı
- ART sürekliliği için hazırlık yapılmalı



Short Communication

HIV care in times of the COVID-19 crisis – Where are we now in Central and Eastern Europe?



J.D. Kowalska^{a,*}, A. Skrzat-Klapaczyńska^a, D. Bursa^a, T. Balayan^b, J. Begovac^c, N. Chkhartishvili^d, D. Gokengin^e, A. Harxhi^f, D. Jilich^g, D. Jevtovic^h, K. Kaseⁱ, B. Lakatos^j, R. Matulionyte^k, V. Mulabdic^l, A. Nagit^m, A. Papadopoulosⁿ, M. Stefanovic^o, A. Vassilenko^p, M. Vasylyev^q, N. Yancheva^r, O. Yurin^s, A. Horban^a, for the ECEE Network Group

^a Department of Adults' Infectious Diseases, Hospital for Infectious Diseases, Medical University of Warsaw, Poland

^b National Center for Disease Control and Prevention, Armenia

^c University Hospital for Infectious Diseases, University of Zagreb, School of Medicine, Croatia

^d Infectious Diseases, AIDS and Clinical Immunology Research Center, Tbilisi, Georgia

^e Ege University Faculty of Medicine Department of Infectious Diseases and Clinical Microbiology, Turkey

^f University Hospital Center of Tirana, Infectious Disease Service, Albania

^g Department of Infectious Diseases, Charles University in Prague and Na Bulovce Hospital, Czech Republic

^h Belgrade University School of Medicine, Infectious Disease Hospital, Serbia

ⁱ West Tallinn Central Hospital, Estonia

^j National Institute of Hematology and Infectious Diseases, South-Pest Central Hospital, National Center of HIV, Hungary

^k Vilnius University, Faculty of Medicine, Vilnius University Hospital Santaros Klinikos, Lithuania

^l Clinic for Infectious Diseases, Clinical Center, University of Sarajevo, Bosnia and Herzegovina

Teletıp tedavisine geçişten sonra viral baskılama ve bakımda kalma

Ocak/Şubat 2020 - Nisan 2020

COVID-19 öncesi ile karşılaştırıldığında viral baskılanmama olasılığı %32 daha yüksek
(aOR: 1.32; %95 GA: 1.08-1.53)

Nisan 2020'de evsiz bireylerde , diğer gruplara kıyasla 3 kat daha yüksek

Siyahi hastalarda, COVID-19'un başlangıcından önce ve sonra viral baskılanma olasılığı daha düşük

Table 1 - Factors associated with unsuppressed viral load and no-show visits before and after shelter-in-place/COVID-19a.

Factor	Unsuppressed viral load adjusted odds ratio; 95% Confidence Interval	No-show visit Adjusted odds ratio; 95% confidence interval
Post-COVID-19 vs. pre-COVID-19	1.31; 1.08-1.53	0.91; 0.77-1.09
Age under 35 ^a	1.29; 1.11-1.51	1.57; 1.28-1.93 (Pre-COVID-19) 1.11; 0.82-1.51 (Post-COVID-19)
Female vs. male birth sex	0.94; 0.77-1.15	0.99; 0.80-1.21
Race/ethnicity vs. white		
Black	1.60; 1.33-1.91	1.14; 0.94-1.38
Latin	1.04; 0.63-1.34	1.06; 0.88-1.27
Asian	0.92; 0.63-1.34	1.16; 0.82-1.64
Other	0.96; 0.78-1.19	0.97; 0.77-1.24
Homeless housing status ^a	2.27; 1.91-2.71 (Pre-COVID-19) 3.36; 2.74-4.12 (Post-COVID-19)	1.15; 0.95-1.32 (Pre-COVID-19) 0.64; 0.48-0.85 (Post-COVID-19)
Telephone vs. in-person visits (post-COVID-19 only)	-	0.56; 0.36-0.86

aEach factor was tested for an interaction with the pre/post COVID-19 time interval indicator. Adjusted odds ratios and 95% confidence intervals are presented separately for before and during COVID-19 time intervals if the test of interaction P-value was <0.1 [6].

AIDS

Spinelli, et al. Factors associated with unsuppressed viral load and no-show visits before and after shelter-in-place/COVID-19. AIDS34(15):2328-2331

Türkiye'de

1985-15 Kasım 2021 tarihine kadar

Doğrulaması testi pozitif ve bildirimi yapılan

HIV(+) kişi sayısı: 29.284

AIDS vakası: 2052

% 81,2'si erkek, % 18,8'i kadın

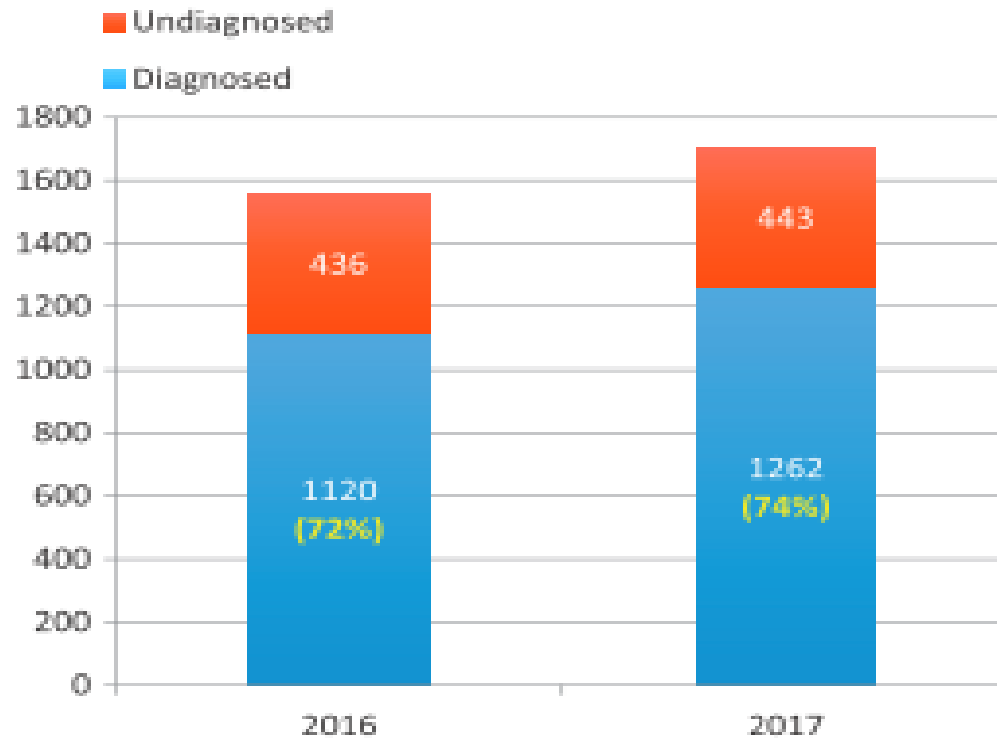
% 16'sı yabancı uyruklu

HIV / AIDS TOPLAM VAKA VE ÖLÜM SAYILARININ SON 5 YIL DAĞILIMI				
YILLAR	HIV	AIDS	TOPLAM	ÖLÜM
2017	3146	126	3272	32
2018	3825	130	3955	31
2019	4015	134	4149	39
2020	2797	68	2865	37
2021	2021	53	2074	25

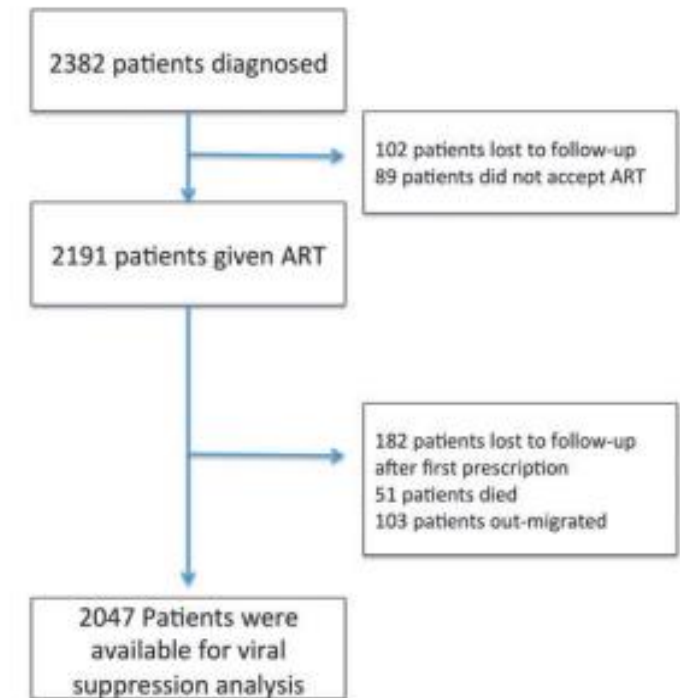
* 15 Kasım 2021 tarihi itibari ile doğrulama testi pozitif tespit edilerek bildirim yapılan vakalar

HIV care in Istanbul, Turkey: How far is it from the UNAIDS 90–90–90 targets?

Bilgul Mete¹ , Alper Gunduz², Sibel Bolukcu³, Hayat K Karaosmanoglu⁴ , Dilek Yildiz², Meliha M Koç³, Ozlem A Aydın⁴, Ilyas Dokmetas² and Fehmi Tabak¹ 



2382 hasta
2082 erkek
%72-74 tanı
%92 ART alan
%70.2 viral supresyon



Türkiye
HIV/AIDS
Kontrol Programı

2019 - 2024



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

Ankara, 2019



- Amaç 1. HIV/AIDS Yeni Vaka Sayısı ve Hastalığa Bağlı Ölümleri Azaltmak
- Amaç 2. HIV/AIDS'e Yönelik Sağlık Hizmetlerinin Kapasitesini Geliştirmek
- Amaç 3. HIV ile Yaşayan Bireylere Yönelik Ayrımcılığı ve Mahremiyet İhlallerini Önlemek

Amaç 1. HIV/AIDS yeni vaka sayısı ve enfeksiyona bağlı ölümleri azaltmak	
Hedef 1.1. Yeni vaka sayısını azaltmak için toplumun %60'ının HIV/AIDS enfeksiyonu hakkında bilgi düzeylerinin ve farkındalığının artırılması	
Faaliyetler	1. Yaygın ve örgün eğitim kurumlarında enfeksiyon, bulaşma ve korunma konularında farkındalık eğitimlerinin düzenlenmesi
	a. Milli Eğitim Bakanlığı çalışanlarının (Öğretmenler, rehber öğretmenler, diğer personel) bilgi düzeyinin artırılması
	b. Öğretmen yetiştiren fakülte ve bölümlerin eğitim müfredatlarına 2017 yılında YÖK tarafından eklenen sağlık dersi kapsamında CYBE'ler bilgisinin tüm eğitim fakültelerinde yaygınlaştırılması ve desteklenmesi
	c. Milli Eğitim Bakanlığı'nun örgün ve yaygın eğitim müfredatlarında HIV/AIDS enfeksiyonu bilgisinin yer almasının sağlanması
	2. Topluma yönelik faaliyetler düzenlenmesi
	a. Ceza ve infaz kurumlarında bulunan hükümlü/tutuklulara ve çalışanlara yönelik farkındalık çalışmalarının yürütülmesi
	b. Kadın sığınma evleri, bakım evleri, engelli evleri gibi toplu yaşam alanlarında yaşayanlara ve çalışanlara yönelik bilgilendirme çalışmalarının yapılması
	c. Özel eğitim alan zihinsel engelli kişilere yönelik eğitim materyallerinin hazırlanması
	d. Özellikle riskli davranışta bulunan gruplarla karşılaşan başta asayiş ve narkotik ekipleri olmak üzere ilgili kolluk kuvvetleri çalışanlarının bilgilendirilmesi
	e. HIV/AIDS enfeksiyonu ve korunma yolları hakkında gençlere yönelik akran eğitimi dâhil farkındalık artırma programlarının geliştirilmesi/düzenlenmesi/desteklenmesine yönelik çalışmalar yürütülmesi
	f. Riskli gruplara yönelik bilgilendirme ve eğitim programlarının yürütülmesi
	g. Medya çalışanlarının farkındalığını artırarak halkın bilgilendirilmesinin desteklenmesi
	h. Turizm çalışanlarının HIV/AIDS hakkında farkındalıklarının artırılması
	i. İş yeri hekimleri tarafından çalışanlara yönelik HIV/AIDS konusunda eğitimlerin verilmesi
	j. 1 Aralık Dünya AIDS günü kapsamında farkındalık faaliyetlerinin düzenlenmesi
	k. Askerlik süresince gerçekleştirilen eğitimlere CYBE ve HIV/AIDS hakkında bilginin entegre edilmesi
	3. Sağlık çalışanlarına yönelik faaliyetler düzenlenmesi
	a. Mezuniyet öncesi eğitim programlarının gözden geçirilerek HIV/AIDS ile ilgili konuların güncellenmesi, standardizasyonunun sağlanması
	b. Sağlık kurumlarında görevli tüm personele HIV/AIDS konusunda standart hizmet içi eğitimlerin (ortak kullanılabilir eğitim materyalleri üretilerek) düzenlenmesi
	c. Sağlık ilişkili kongrelerde HIV/AIDS oturumlarının yer alması (HIV/AIDS kontrol programının ve yürütülen hizmetlerin paylaşımı, HIV/AIDS ile ilgili damgalama ve ayrımcılık konularında seminerler düzenlenmesi)
d. HIV/AIDS hakkında Aile Hekimlerine ve Aile Sağlığı Merkezi çalışanlarına eğitim verilmesi	

Hedef 2.5. Sürveyans sistemini güçlendirmek	
Faaliyetler	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mevcut sürveyans sisteminin kontrol programına girdi sağlayacak şekilde; geri bildirim, raporlama, veri toplama ve analiz süreçlerinin düzenlenerek elektronik HIV/AIDS Bilgi Sisteminin yenilenmesi 2. Sağlık çalışanlarının HIV/AIDS bildirimleri ve mahremiyet ilkeleri hakkında bilgilendirilmesi 3. Küresel Hedeflerle uyumlu olacak şekilde ülkemizde HIV ile yaşayan kişi sayılarının tahmini ve özelliklerinin belirlenmesi 4. Biyodavranış araştırmaları ve sekonder sürveyans çalışmalarının desteklenmesi ve yürütülmesi 5. Geçici barınma kampları ve insani yardım alanlarında görevli sağlık çalışanlarının HIV/AIDS bildirimleri ve mahremiyet ilkeleri hakkında bilgilendirilmesi
Hedef 2.6. Tanı konan vakalarda ko-enfeksiyon durumlarını saptamak, kontrol altına almak ve bunlara bağlı mortaliteyi azaltmak	
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ko-enfeksiyonların tespit ve takip edilmesine yönelik programların geliştirilmesi ve sürveyans programına entegre edilmesi 2. Tanı konan endikatör hastalıklarda HIV enfeksiyonu taranması için gerekli düzenlemelerin yapılması 3. İmmünizasyon dâhil olmak üzere profilaksi algoritmasının hazırlanması 4. HIV ko-enfeksiyonlarından korunmaya yönelik immunizasyon hizmetlerine erişimin güçlendirilmesi
Hedef 2.7. Enfeksiyonun anneden bebeğe geçişini tamamen önlemek (HIV ile doğan bebek sayısını sıfıra indirmek)	
Faaliyetler	<ol style="list-style-type: none"> 1. Doğum öncesi HIV enfeksiyonu yönünden tüm gebelerin taranması için program geliştirilmesi, gebelerin periyodik muayeneleri sırasında HIV enfeksiyonu yönünden değerlendirilmesi ve gebelik sonrası kişisel korunma yöntemleri hakkında danışmanlık verilmesi 2. HIV pozitif gebelerin gebelikleri sürecince tedaviye devamlılığı konusunda farkındalıklarının artırılmasına yönelik program geliştirilmesi 3. Sosyal güvencesi olmayan HIV pozitif gebelerin gebelik süresince kesintisiz tedaviye ulaşımını sağlayacak mekanizmaların geliştirilmesi 4. GSS kapsamında olmayan yabancı uyruklu gebelerin tedaviye erişimlerinin sağlanması için mekanizmalar geliştirilmesi 5. HIV enfeksiyonu pozitif olan veya doğum eyleminden hemen önce, şüpheli HIV testi pozitifliği tespit edilen gebelerde doğum öncesi ve doğum sırasında profilaksi uygulamasının sağlanması 6. Doğum eyleminden hemen önce, şüpheli HIV testi pozitifliği tespit edilen gebeliklerde anneye doğumdan önce bebeğe doğumdan sonra gereksiz profilaksi uygulamalarının önlenmesi için hızlı test temininin ve erişilebilirliğinin sağlanması 7. Her ilde doğum sırasında anne ve bebek için profilaksinin ulaşılabilirliğinin sürdürülmesi 8. HIV pozitif annelerden doğan bebeklerin enfeksiyon profilaksisinin ve tedavilerinin sağlanması, emzirmemeleri konularında farkındalık artırıcı tedbirlerin geliştirilmesi

HIV ile enfekte hastalarda görülen AIDS tanımlayıcı koşullar (test kesinlikle önerilir)

Neoplazmlar	Servikal kanser Non-Hodgkin lenfoma Kaposi sarkomu
Bakteriyel enfeksiyonlar	<i>Mycobacterium tuberculosis</i> , pulmoner veya ekstrapulmoner <i>Mycobacterium avium</i> kompleksi (MAC) veya <i>Mycobacterium kansasii</i> , dissemine veya ekstrapulmoner <i>Mycobacterium</i> , diğer veya tanımlanmamış türleri, dissemine veya ekstrapulmoner Pnömoni, yineleyen (12 ayda 2 veya daha fazla atak) <i>Salmonella septisemisi</i> , yineleyen
Viral enfeksiyonlar	Sitomegalovirüs retiniti Sitomegalovirüs, diğer (karaciğer, dalak, lenf düğümleri hariç) Herpes simpleks, >1 aydır süren ülser(ler)/ bronşit/ pnömoni Progresif multifokal lökoensefalopati
Paraziter enfeksiyonlar	Serebral toksoplazmoz Kriptosporidiyoz diyaresi, >1 ay İzosporiyoz, >1 ay Atipik dissemine layşmanyaz Amerikan tripanozomiyazının reaktivasyonu (meningoensefalit veya miyokardit)
Fungal enfeksiyonlar	<i>Pneumocystis jirovecii</i> pnömonisi Kandidiyaz, özofageal Kandidiyaz, bronşiyal/ trakeal/ akciğerler Kriptokokkoz, ekstrapulmoner Histoplazmoz, dissemine/ ekstrapulmoner Koksidiyoidomikoz, dissemine/ ekstrapulmoner Penisilliyoz, dissemine

Tablo 2.9a. Tanısı konulmamış HIV prevalansı \geq%0,1 olan koşullar (test kesinlikle önerilir).
Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar
Malin lenfoma
Anal kanser/displazi
Servikal displazi
Herpes zoster
Hepatit B veya C (akut veya kronik)
Mononükleoz benzeri hastalık
>4 haftadır süren nedeni belirsiz lökopeni/ trombositopeni
Seboreik dermatit/ekzantem
İnvaziv pnömokok hastalığı
Kaynağı belirsiz ateş
Kandidemi
Viseral layşmanyaz
Hamilelik (yenidoğan için doğuracağı sonuçlar düşünülerek)

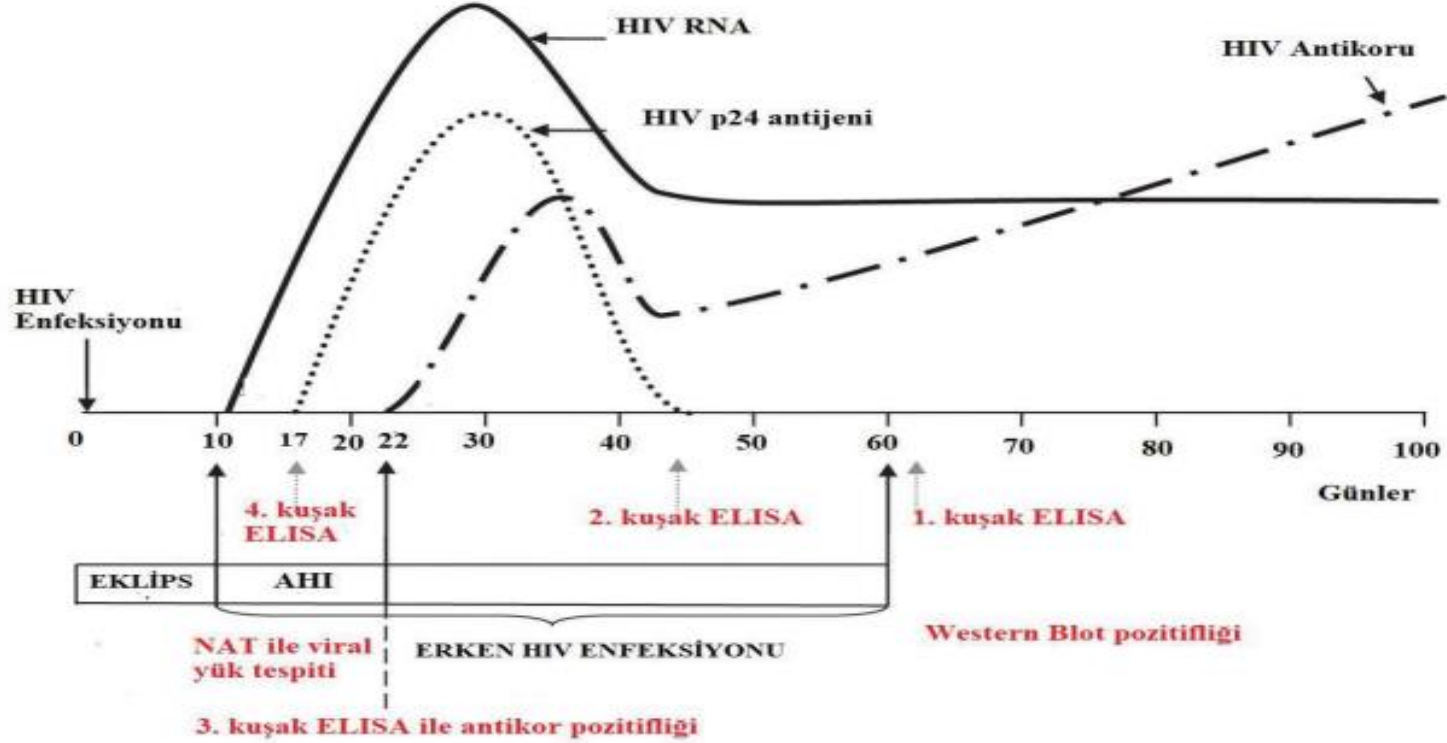
Tablo 2.9b. Tanısı konulmamış HIV prevalansının olasılıkla \geq%0,1 olarak öngörüldüğü diğer koşullar (test önerilir).
Primer akciğer kanseri
Lenfositik menenjit
Oral tüylü lökoplaki
Şiddetli veya atipik psoriyazis
Guillain-Barré sendromu
Mononörit
Subkortikal demans
Multipl skleroz benzeri hastalık
Periferik nöropati
Nedeni belirsiz kilo kaybı
Nedeni belirsiz lenfadenopati
Nedeni belirsiz oral kandidiyaz
Nedeni belirsiz kronik ishal
Nedeni belirsiz kronik böbrek yetmezliği
Hepatit A
Toplum kaynaklı pnömoni
Kandidiyaz

Tablo 2.10. HIV tanısının konulmamasının bireyin klinik yönetimini ciddi oranda zorlaştıracığı öngörülen koşullar (test önerilir).	
Agresif immünoşüpresif tedavi gereken koşullar	Kanser Transplantasyon İmmünoşüpresif tedavi uygulanan otoimmün hastalık
Beyinde yer kaplayan primer lezyon	
İdiyopatik/ trombotik trombositopenik purpura	

Reddetmedikçe test edilmesi önerilen kişiler:

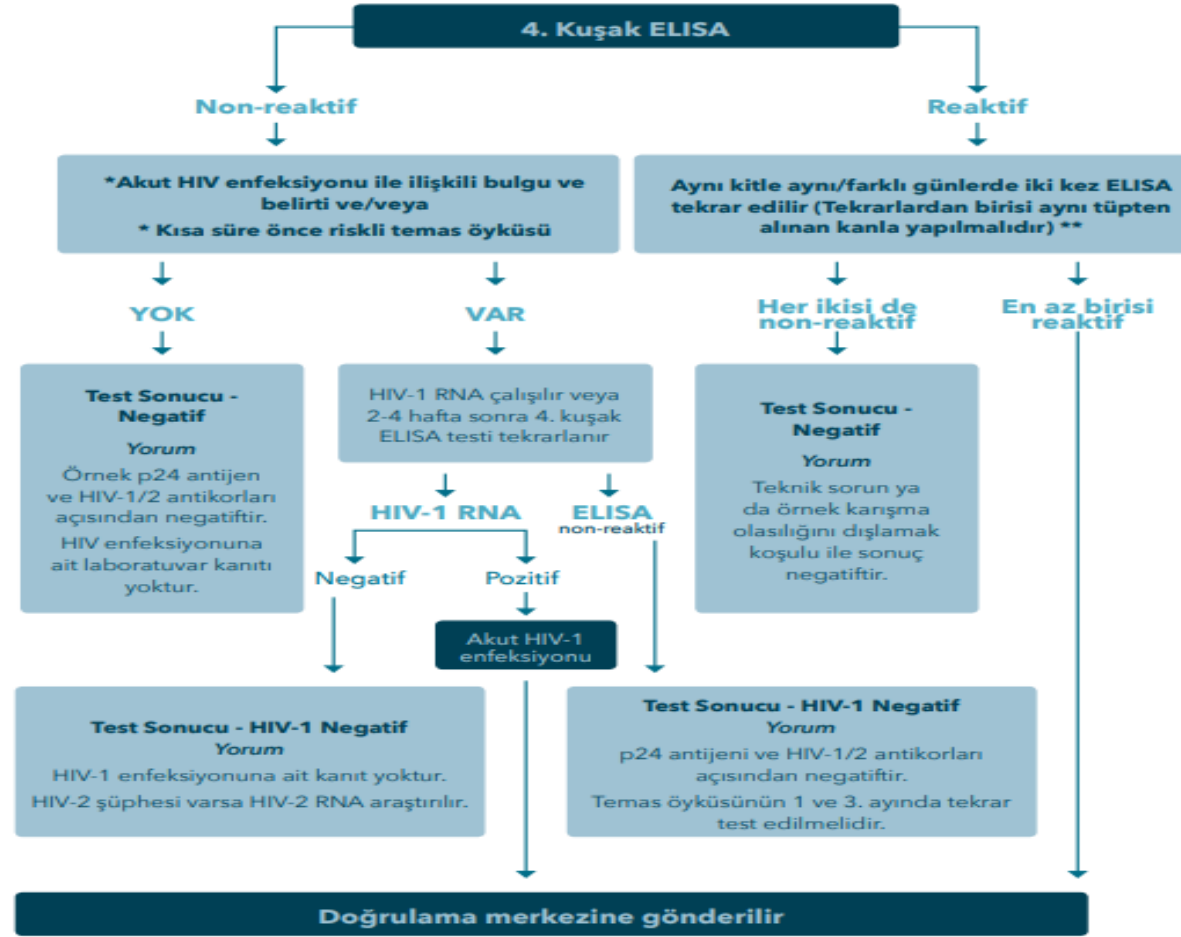
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyon, genitoüriner veya dermatoveneroloji kliniklerine başvuran tüm bireyler
- Akut retroviral sendrom ile ilişkili belirtisi olanlar
- Geçirilmiş veya güncel CYBE öyküsü olanlar
- Cinsel istismara uğramış olanlar
- HIV ile enfekte olan bireyin cinsel eşleri
- Erkeklerle cinsel ilişkiye giren erkekler
- Rastgele ilişkiye giren heteroseksüel erkek, kadın veya transeksüel kadınlar ve erkekler
- Damar içi ilaç kullananlarda iğne paylaşımı öyküsü olanlar
- Uyuşturucu etkisi altındayken cinsel ilişkiye girenler
- Yeni cinsel eşi olanlar
- Cinsel yolla bulaşan hastalığı olanların cinsel eşleri
- HIV enfeksiyonu taşıyan bireylerin cinsel eşleri
- Birden fazla cinsel eşi olanlar
- Seks işçiliği öyküsü olanlar
- Para veya madde karşılığı cinsel ilişkiye girenler
- HIV prevalansının yüksek olduğu ülkede bulunmuş bireyler ve bu bireyle cinsel ilişki öyküsü olanlar
- Rutin HIV taraması başlamadan önce kan veya kan ürünü alma öyküsü olanlar (çoğu Avrupa ülkesinde 1985 yılından önce)
- HIV enfeksiyonu ile ilişkili gösterge koşullarından birine sahip olanlar (“HIV Indicator Diseases Across Europe Study” (HIDES) çalışması ile “HIV enfeksiyonu ile ilişkili gösterge koşullar” belirlenmiştir.)
- Risk faktörüne bakılmaksızın tüm gebeler
- İğne batması veya perkütan yaralanmaya maruz kalanlar (HIV pozitifliği bilinen veya HIV ile enfekte olma olasılığı yüksek olan kaynaktan)
- Cinsel ilişkiden önce veya sonra profilaksi alan bireyler
- Kendileri test olmak isteyen bireyler

Tanı Metotlarının Kullanımı

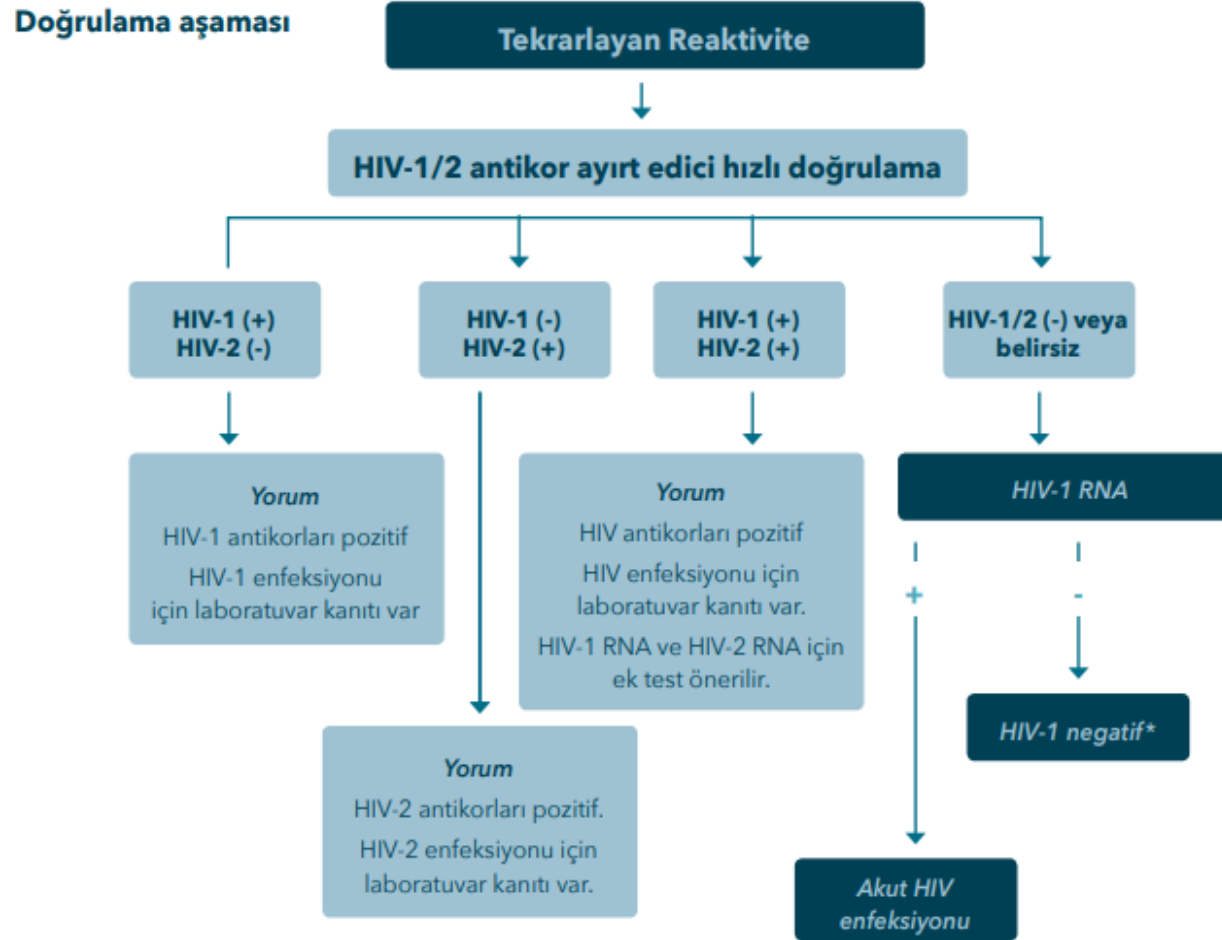


* AHI: Akut HIV enfeksiyonu, NAT: Nükleik asit amplifikasyon testi. (CDC, Laboratory Testing for the Diagnosis of HIV infection, Updated Recommendations, CDC, 2014. <http://stacks.cdc.gov/view/cdc/23447>)

HIV Enfeksiyonu Taramasına Yönelik Ulusal Algoritma (2018)



HIV Enfeksiyonu Doğrulamasına Yönelik Ulusal Algoritma (2018)



*HIV-2 enfeksiyonu varlığı yönünden araştırılmalıdır. Genellikle hatalı pozitif ELISA test sonucunu göstermektedir.



KLİMUD

III. HIV/AIDS Çalıştayı 12-13 Haziran 2021

- HIV enfeksiyonunun kontrol altına almak için: Hızlı doğru laboratuvar tanısı şart
- Son rehberde tanımlanan algoritmanın eksiksiz ve standart bir şekilde mümkün olduğunca yaygınlaştırılarak uygulanması sağlanmalı
- Doğrulama testlerinin 24 saat erişilebilir hizmet: Desantralizasyon
- Akut HIV enfeksiyonu çok dikkatle takip edilmelidir
- Sınırdaki tekrarlayan reaktiviteler: Akut enfeksiyon ?
- Sonuçların bildirilmesinde mahremiyetin sağlanması
- Anonim test olanaklarının yaratılması
- Kendin yap testlerin kullanımı ?
- Hedefe yönelik tarama gruplarının belirlenmesi
- Riskli davranış gruplarına erişim, gönüllü test ve danışmanlık merkezlerinin oluşturulması
- Erken yaşta edinilen enfeksiyonlarla mücadelede akran eğitimi



Hızlı Tanı Testleri

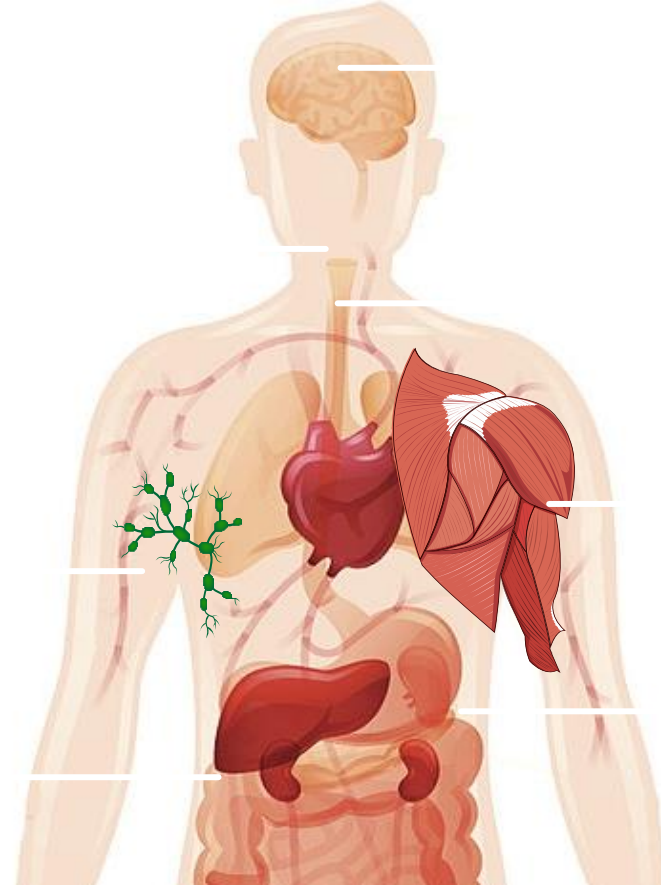
- Aynı gün tanı
- Kullanım ve yorumlama kolay
- Serum, plazma, tam kan, oral sıvı
- Ekipman ve teknik gereksinim minimal
- Reaktif sonuçlar ELISA ile çalışılmalı
- Performans ürüne göre değişebilir
- Erken HIV enfeksiyonunda negatif olabilir
- İleri evre HIV/AIDS duyarlılık azalmaktadır



Akut Retroviral Sendrom: İyi Taklitçi !

- Mononukleoz benzeri sendrom
- Spesifik olmayan belirti ve bulgu
 - % 50- 90 hasta semptomatik
- Maruziyetten 1-4 hafta sonra
- Tanı için farkında olmak ve şüphe etmek önemli

Lenfadenopati



HIV Teşhisi İçin Kaçırılan Fırsatlar

HIV ilişkili farkındalık eksikliği

Yetersiz eğitim veya kişisel önyargılara dayalı yanlış algılamalar

“HIV belirli bir grubun hastalığı”

“Benim hastalarım da HIV yok”

Yeni tanıdan sonraki adımlar hakkında belirsizlik

Pozitif sonuç elde etme isteksizliği

Zaman kısıtlılıkları

Sadece 1/3'ü HIV/AIDS hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünüyor Yaklaşık yarısı HIV pozitif sonuç saptandığında nasıl bir yol izleneceğini bilmiyor

Original Article

Eur Arch Med Res 2018; 34 (4): 267-72

Assessment of Knowledge Levels of Family Medicine Residents About HIV/AIDS

Memet Taşkın Egici¹, Güzin Zerenöztürk², Seçil Günher Arıca³, Güven Bektemur⁴

¹Department of Family Medicine, Health Sciences University, Haydarpaşa Numune Training and Research Hospital, İstanbul, Turkey

²Department of Family Medicine, Health Sciences University, Şişli Hamidiye Etfal Training and Research Hospital, İstanbul, Turkey

³Department of Family Medicine, Health Sciences University, Okmeydanı Training and Research Hospital, İstanbul, Turkey

⁴Department of Health Administration, Health Sciences University School of Health Sciences, İstanbul, Turkey

Abstract

Objective: The incidence of human immunodeficiency virus (HIV)/Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) is increasing in Turkey. As the first admission point, the level of knowledge of family physicians is important in screening, diagnosis, and early treatment of this disease. We aimed to determine the areas that need to be improved by evaluating the knowledge level of family medicine residents about this topic.

Methods: This cross-sectional study carried out on family medicine residents who were trained in Training and Education Hospital of Health Sciences University, in İstanbul, Turkey. A 23-item questionnaire included questions about HIV/AIDS and demographics, and 12 questions were 3-point Likert-type questions. Points were collected, and the median value was taken; above-median values were evaluated as knowledge sufficiency (Cronbach's alpha, 0.72). The statistical significance level of alpha was accepted as p<0.05.

Results: In the study including a total of 253 participants, 65.6% were female, and the average age was 31.5%. When the HIV/AIDS risk groups were examined, they considered the unprotected sexual intercourse as the riskiest groups (91.6%), and the least known were 33.6% of patients with tuberculosis. The most common known route of transmission was through blood and blood products (100%) and sexual transmission route was known also in high rates (98%). There were no participants who thought that infection could be transmitted by the handshaking. A total of 2% of participants believe that transmission was possible via eating utensils (forks, knives); 3.9% via personal items; 3.7% via commonly used items, while 0.8% thought it was possible via toilet. There were no participants who thought that infection could be transmitted by the handshaking. In the total score, 2 points were taken as a minimum, 12 points were taken as the maximum and 8 points were taken as the mean. The percentage of those who scored 8 or more and had sufficient knowledge was 65.2%.

Conclusion: Family medicine residents have some training needs in the context of prevention, diagnosis, and treatment of HIV/AIDS. Studies on the elimination of an inadequate level of knowledge about it during specialty training and in-service training practices will not only increase the quality of service but also positively affect their approach to individuals with HIV/AIDS and help solving stigma problem.

ORCID IDs of the authors:
M.T.E. 0000-0003-2219-5739;
G.Z. 0000-0001-7720-2929;
S.G.A. 0000-0003-0135-6909;
G.B. 0000-0001-5899-566X

Cite this article as:
Egici MT, Zerenöztürk G,
Günher Arıca S, Bektemur G.
Assessment of Knowledge
Levels of Family Medicine
Residents About HIV/AIDS.
Eur Arch Med Res 2018; 34
(4): 267-72.

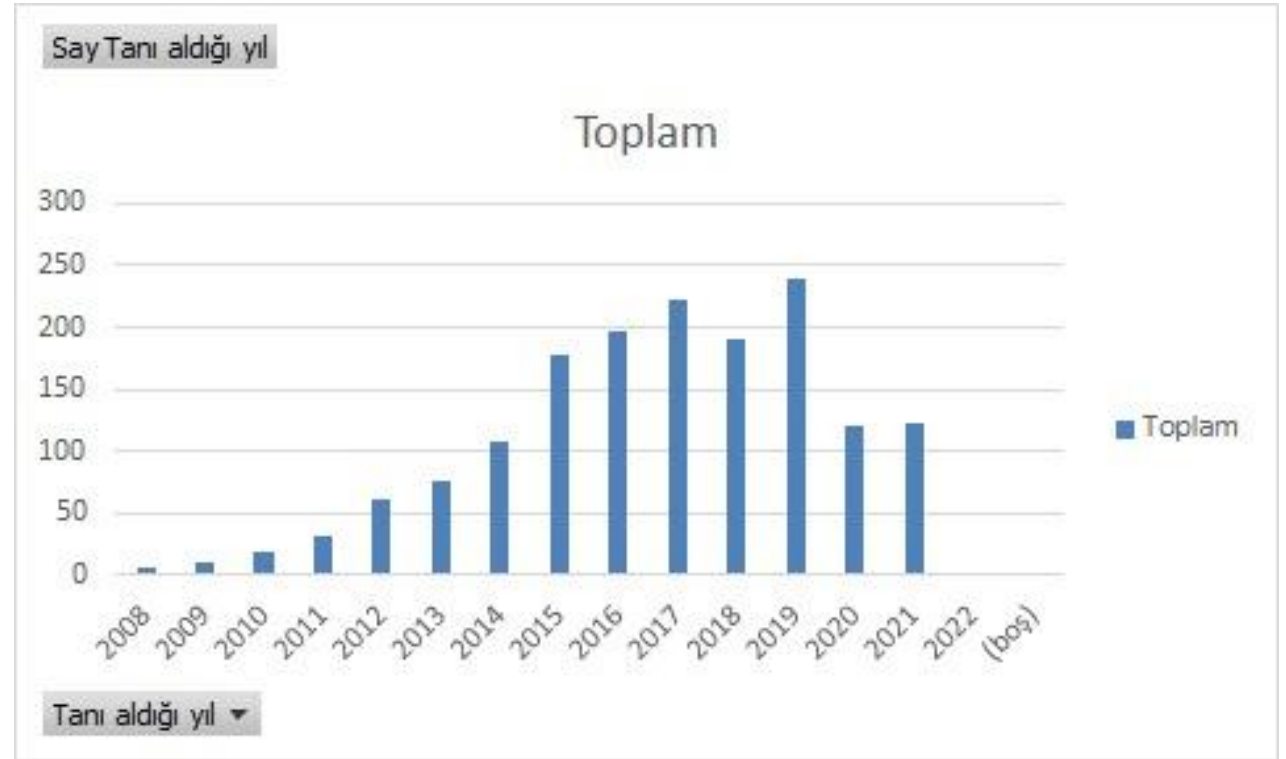
Corresponding Author:
Memet Taşkın Egici
E-mail:
mtegici@gmail.com
Received: 10.08.2018
Accepted: 10.09.2018

	I agree	I have no idea	I do not agree
HIV/AIDS is decreasing in our country	4.70%	11.90%	83.40%
All HIV/AIDS patients should be isolated	2.00%	4.30%	93.7%
I think I have sufficient knowledge about HIV/AIDS	31.20%	34.8%	34%
AIDS can be completely cured	10.70%	21.70%	71.10%
AIDS does not interfere with marriage	21.70%	10.70%	67.60%
I know how to approach the patient I've identified as HIV positive (+)	50.60%	28.5%	20.90%
There is no problem in breastfeeding of HIV (+) mothers	22.10%	17%	60.90%
The baby of an HIV (+) mother is definitely HIV +	15.00%	16.20%	68.80%
If the examination is negative in the individuals who have sexual intercourse with HIV (+) people in the first week, it means there is no infection	2.80%	7.10%	90.10%
The laboratory results of an HIV (+) individual can be declared to the spouse / family	15.40%	18.20%	66.40%
There is a prophylactic method after contact with an HIV (+) person	25.30%	49.40%	25.30%
HIV (+) individuals should be screened also for other infectious diseases	94.10%	1.20%	4.70%

Aile hekimlerine 23 soruluk anket çalışması
253 katılımcı

Şişli Etfal Deneyimi

- Yıllara göre takibe alınan yeni tanı HIV ile enfekte kişiler



(Yayınlanmamış veri)

Tedavide Yaşanan Sorunlar

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE İLAÇ VE TIBBİ CHAZ KURUMU

ANASAYFA KURUMSAL MEVZUAT BASIN FAALİYET ALANLARI İLETİŞİM

ECZACILARA VE TÜM İLGİLİLERE DUYURULUR!

Haberler
Duyurular

16.03.2020 - İlaç ve Eczacılık Başkan Yardımcılığı

Bilindiği üzere yeni bir alt türüne bağlı Koronavirüs hastalığı (COVID-19) sebebiyle Bakanlığımız tarafından gerekli tedbirler alınmaktadır. Bu bağlamda hastaların kronik olarak kullandıkları ilaçlarına erişimlerini kolaylaştırmak amacıyla; kırmızı, yeşil ve normal reçete ile verilmesi gereken izlemeye tâbi ilaçlar ile mor ve turuncu reçeteli ilaçlar da dâhil olmak üzere aşağıdaki geçici tedbirler alınmıştır:

1. 1 Mart 2020 - 30 Haziran 2020 arası dönemde süresi biten ya da bitecek olan ilaç kullanım raporları 30 Haziran 2020 tarihine kadar geçerli sayılacaktır.
2. Son altı ay içerisinde hekim tarafından kronik hastalığı için reçete edilmiş ilaçları kullanan hastalar, her seferinde 30 günlük tedaviyi içeren miktarda ve bir önceki reçetede yazan doz miktarı kadar ilaç, sağlık kuruluşlarına gitmeden ve reçeteye ihtiyaç duyulmaksızın sadece raporlu ilaçları için olmak üzere doğrudan eczaneye giderek temin edebileceklerdir.
3. Eczacıların yukarıdaki koşulları sağlayan ilaçları hastalara verebilmesi için kırmızı, yeşil ve normal reçete ile verilmesi gereken izlemeye tâbi ilaçlar ile mor ve turuncu reçeteye tâbi ilaçları "Reçetem Uygulaması" (Renkli Reçete Sistemi, recetem.enabiz.gov.tr), reçete giriş menüsünde hastanın T.C.'sini kaydetmeden önce "Kronik Hastalıklarda Reçetesiz İlaç Temini" sekmesini işaretleyerek giriş yapması gerekmektedir.
4. "Kronik Hastalıklarda Reçetesiz İlaç Temini" uygulaması kapsamında Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) Medula Sistemi tarafından hak sahibi hastalara verilecek ilaçların kutu sayısı ve kullanım dozları ile veriliş tarihlerinin "Reçetem" ve "SGK Medula Uygulamaları" ile uyumlu olmasına dikkat edilmelidir.

Eczacıların yukarıdaki tedbirlere göre hareket etmesi gerekmektedir.

- Hastaların virolojik supresyon oranı yüksek
- Yeni tanı , henüz ART başlanmamış olan kişiler
- ART başlanmamış henüz tedaviye alışmamış olan kişiler
- İlk dönemde LPV/r kullanan kişiler
- İlaçları bulamama endişesi
- Sağlık sigortası sorunu olan kişiler
- Mülteci olan kişilerde sorun yok
- ART dışındaki tedavi ihtiyaçları önemli bir sorun
- İlacı eczanede alabildiği için takiplere gelmeme
- Göç, İstanbul dışına taşınma isteği
- HIV takibi yapan merkezlerde değişiklik



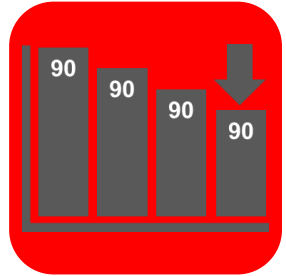
Antiretroviral Tedavi

- Günümüzde HIV enfeksiyonu
kronik ve yönetilebilir
- Tedavi mr boyu

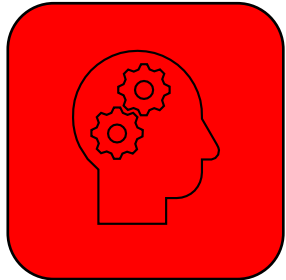
Tedavi Amacı: İyi Bir Yaşam Sağlamak



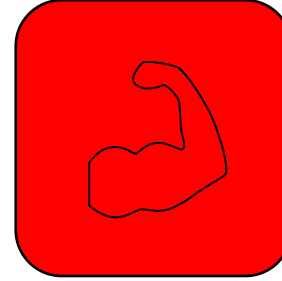
**HIV RNA'nın
hızlı ve kalıcı baskılanması**



**Komorbiditelerin yönetimi
ilaç ilaç etkileşimi**



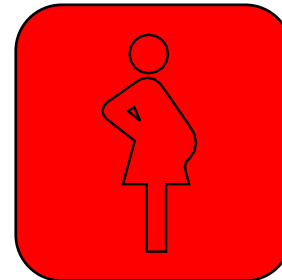
**Ruh sağlığının değerlendirilmesi,
desteklenmesi
Alkol ve madde bağımlılığının
değerlendirilmesi**



**Koinfeksiyonlar
Cinsel yolla bulaşan hastalıklar
Fırsatçı infeksiyonlar
Aşılar**



**HIV bulaşını önlemek
Damgalamayı azaltmak**



Yaşamı kolaylaştırmak

Antiretroviral Tedavi

ART maruziyetinde azalma:

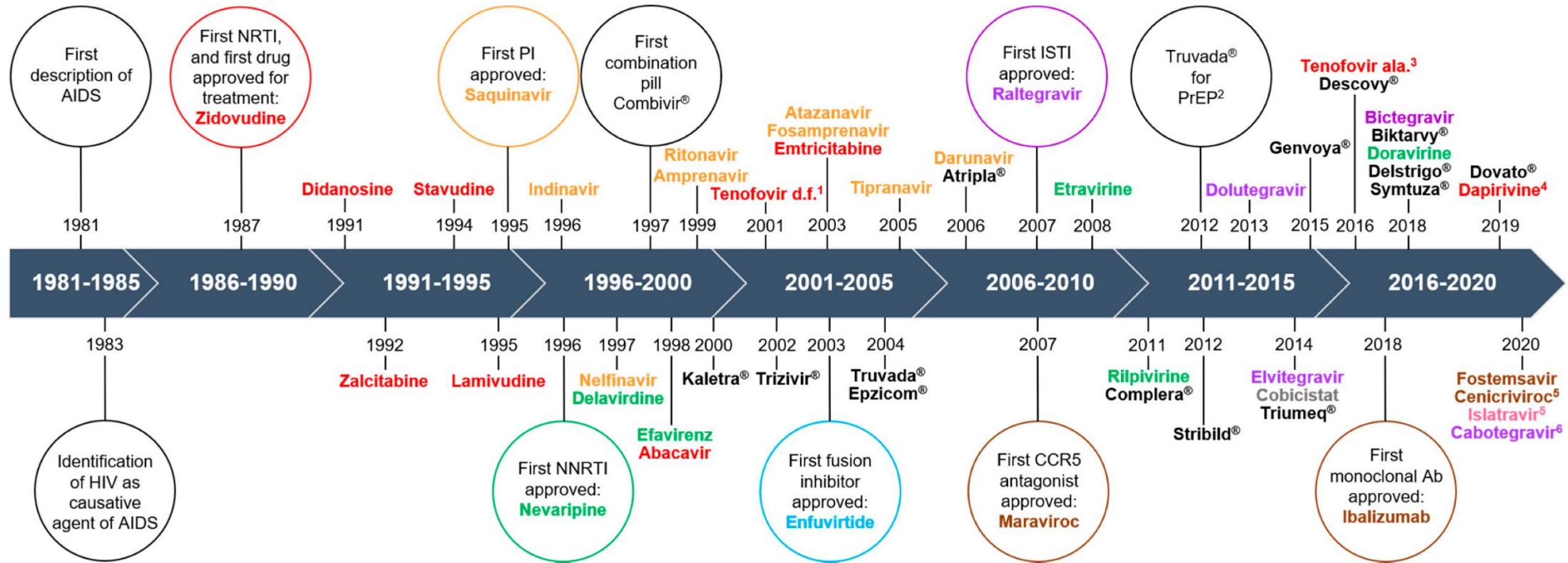
- Doz
- Doz sıklığı
- İlaç sayısı

ART için yeni formülasyon

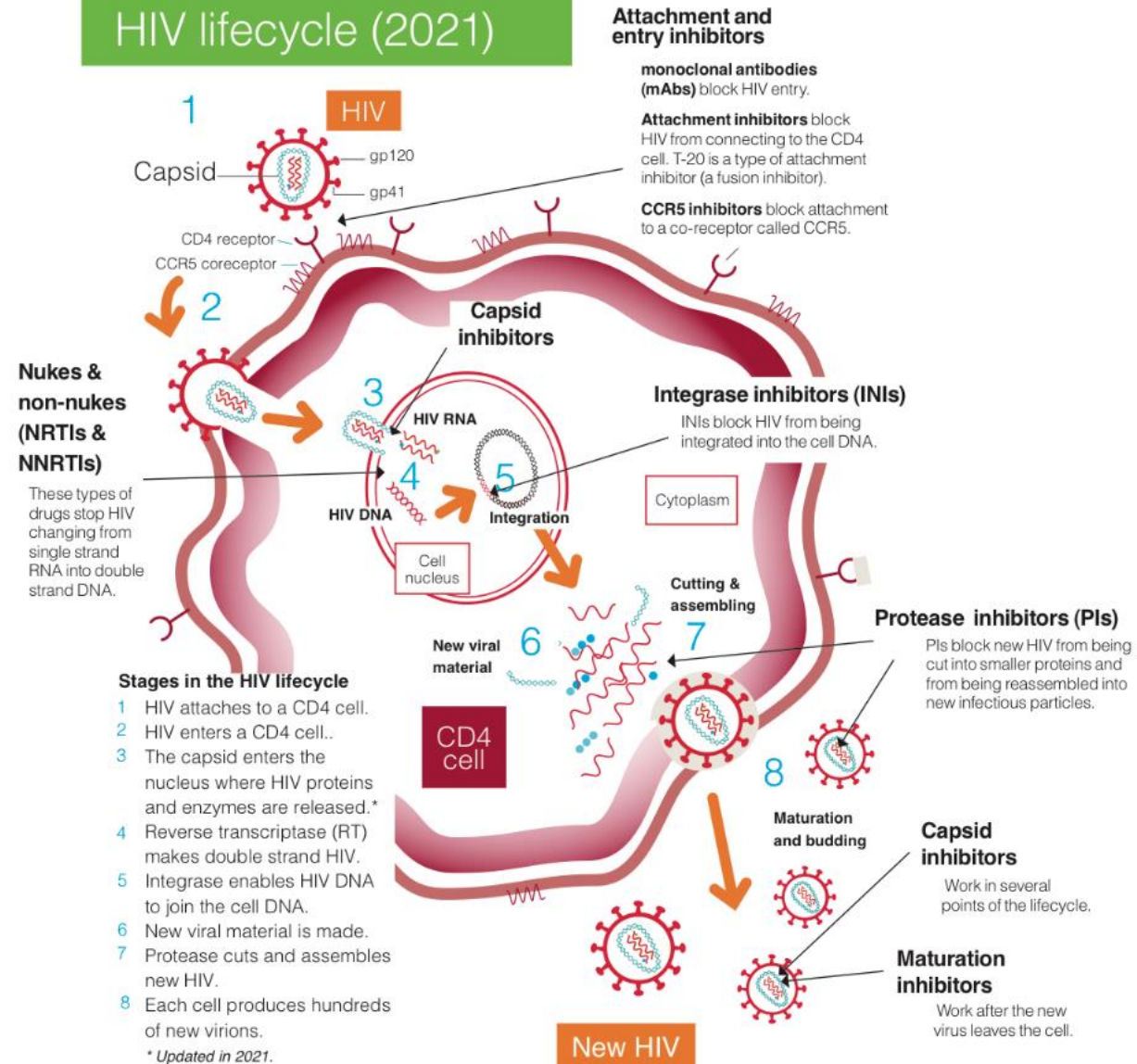
- Uzun etkili oral
- Uzun etkili enjeksiyon
- İmplant

Yeni ajanlar

- Geniş nötralize eden ajanlar
- Terapotik HIV aşıları



HIV lifecycle (2021)



FDA onaylı ARV ajanlar

NRTI (Nükleoz(t)id revers transkriptaz inhibitörleri)	NNRTI (Nonnükleozid revers transkriptaz inhibitörleri)	PIs (Proteaz inhibitörleri)	Füzyon İnhibitörü	CCR5 Ko-reseptör Antagonisti	INI (İntegrasyon inhibitörleri)	Bağlanma inhibitör
Abakavir (ABC)	Delavirdine (DLV)	Sakinavir (SQV)	Enfurvirtide (ENF)	Maraviroc (MRV)	Raltegravir (RAL)	Fostemsavir (FTR)
Didanozin (DDI)	Efavirenz (EFV)	Indinavir (IDV)			Elvitegravir (EVG)	İbalizumab-uiyk (IBA)
Stavudine (D4T)	Nevirapin (NVP)	Ritonavir (RTV)			Dolutegravir (DTG)	
Zalsitabin (DDC)	Rilpivirin (RPV)	Nelfinavir (NFV)			Biktegravir (BIC)	
Tenofovir (TDF ve TAF)	Etravirin (ETV)	Lopinavir (LPV/r)			Cabotegravir (CAB)	
Emtrisitabin (FTC)	Doravirin (DOR)	Atazanavir (ATV)				
Lamivudin (3TC)		Darunavir (DRV)				
Zidovudin (ZDV)		Fosamprenavir (f-APV)				
		Tipranavir (TPV)				

ART: Rehberler

HIV enfeksiyonu tanısı alan herkese
CD4 sayısına bakılmaksızın
Mümkün olan en kısa sürede ART

Tanıdan Sonra Tedavi İçin Beklemeyin !

- ART zamanı
 - “Test et ve tedavi et”: Hemen değerlendirme ve ART teklifi¹
 - Hızlı ART başlanması: Tanıdan sonra 7 gün içinde²
 - Geleneksel başlangıç: Eğitim ve yönlendirmenin ardından
 - Bakıma bağlanma süresinin azaldığını ve viral yükün bastırılması için gereken sürenin azaldığını gösteren sınırlı çalışmalar
 - Kişinin sağlığında daha erken fayda sağlayabilir
 - HIV bulaşma riski daha erken azalır
 - Akut enfeksiyonda HIV viral rezervuarını sınırlayabilir

ART: Ne Zaman ?

Rehber	Hızlı ART için Öneri	Fırsatçı İnfeksiyonu olan Hastalar için ART Önerisi
EACS ¹	Yeni tanı konan kişilere hızlı, muhtemelen aynı gün ART'nin önerilmesi veya tamamlayıcı değerlendirmelere kadar ertelenmesi: Duruma ve tıbbi koşullara, acil başlamak için endikasyonlara ve bakımdan kayıp riskine bağlıdır	ART'nin başlanmasının ertelenmesi gerekebilir ART'yi mümkün olan en kısa sürede ve fırsatçı infeksiyon tedavisine başladıktan sonraki 2 hafta içinde başlayın
US DHHS ²	HIV ile infekte kişilerde ART alımını ve bakımla bağlantıyı artırmak, viral baskılama süresini azaltmak ve virolojik baskılama oranını iyileştirmek için HIV tanısından hemen sonra (veya mümkün olan en kısa sürede) ART'yi başlatın	Fırsatçı infeksiyon için etkili bir tedavi olmadığında, gecikmeden ART'yi başlatın ² Pneumocystis jirovecii: Mümkünse Pneumocystis jirovecii tanısının ardından 2 hafta içinde ART başlatılmalıdır ³
IAS-USA ⁴	Hasta hazırsa, tanıdan hemen sonra da dahil olmak üzere mümkün olan en kısa sürede ART'ye başlayın	Fırsatçı infeksiyonların çoğu için tedavinin başlamasından sonraki 2 hafta içinde ART'nin başlatılması önerilir

1. EACS Guidelines. v11 October 2021. 2. DHHS ART Guidelines. August 2021.

3. DHHS OI Guidelines. March 2019. 4. Saag. JAMA. 2020;324:1651.

ART: İlk Seçenek

	EACS	US DHHS	IAS-USA	WHO
2 NRTI + INSTI	ABC/3TC + DTG† ABC/3TC/DTG† TAF/FTC/BIC TAF/FTC veya TDF/XTC + DTG TAF/FTC veya TDF/XTC + RAL	TAF/FTC/BIC ABC/3TC/DTG† DTG+ (TAF veya TDF) + (FTC veya 3TC)	TAF/FTC/BIC TAF/FTC veya TDF/FTC veya TDF/3TC + DTG	2NRTI + DTG
1 NRTI + INSTI	3TC/ DTG*	3TC/ DTG*	3TC/ DTG*	
2 NRTI + NNRTI	TAF/FTC veya TDF/XTC + DOR TDF/3TC/DOR			

*DTG/3TC: HBV ve HIV-1 RNA >500.000 kopya/mL olan hastalarda kaçının

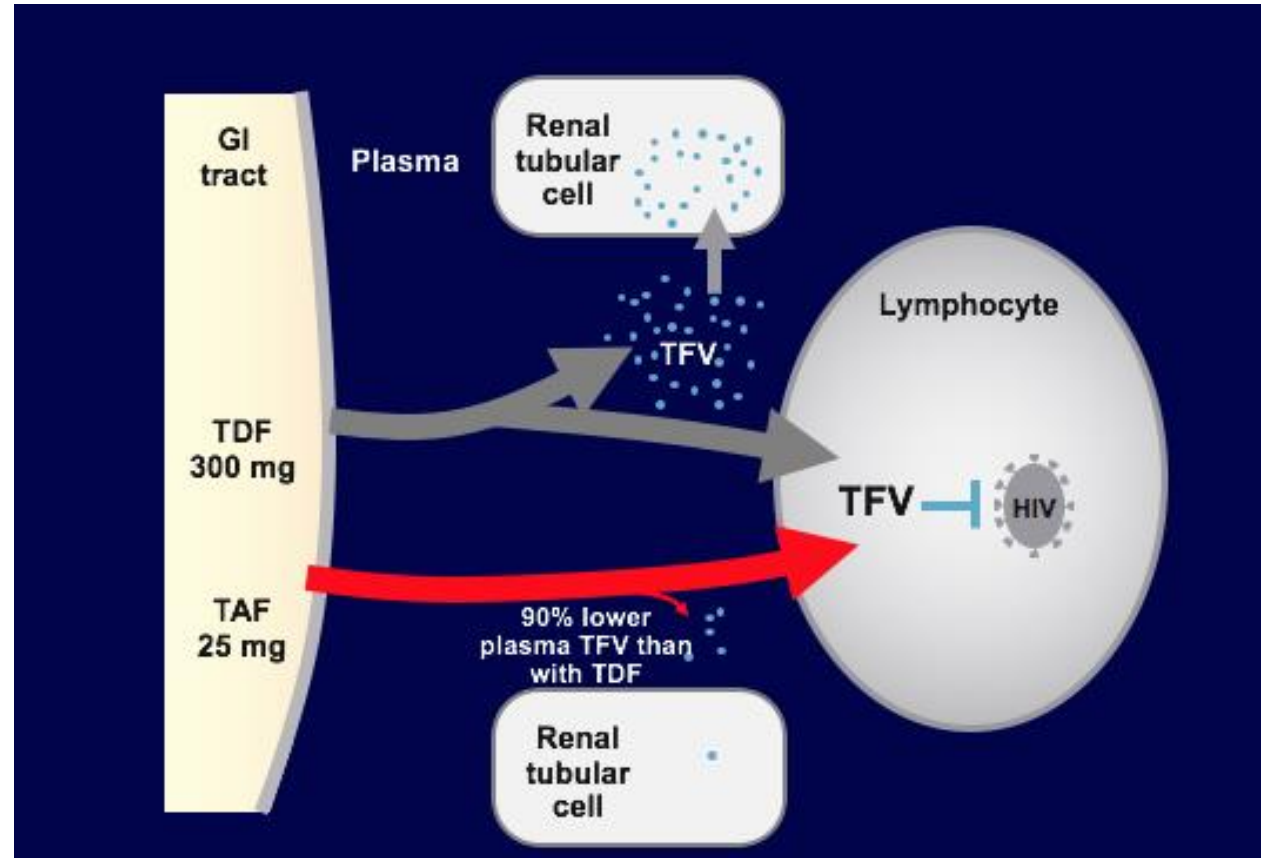
Bazı kılavuzlarda, GT direnç testi sonuçları olmayan veya CD4+ hücre sayısı <200/μL olan kişilerde kaçının

†Hasta HLA-B*5701 negatif ise

ART: Alternatif

EACS	US DHHS ²	IAS-USA ³	WHO ⁴
2 NRTI + INSTI	EVG/c/TAF veya TDF /FTC RAL + (TAF veya TDF) + (FTC veya 3TC)	DTG/ABC/3TC RAL + (TAF veya TDF) + (FTC veya 3TC)	
2 NRTI + PI/r veya PI/c	DRV/c veya DRV/r + TAF/FTC veya TDF/XTC TAF/FTC/DRV/c DRV/c veya DRV/r +(TAF veya TDF) + (FTC veya 3TC) ATV/c veya ATV/r +(TAF veya TDF) + (FTC veya 3TC) DRV/c veya DRV/r + ABC/3TC	DRV/c +TAF + FTC DRV/c +TDF + 3TC	
2 NRTI + NNRTI	TAF/FTC veya TDF/XTC + EFV veya TDF/FTC/EFV RPV/TAF/FTC veya RPV/TAF veya TDF/FTC	TDF/3TC/DOR veya TAF/FTC + DOR EFV + (TAF veya TDF) + (FTC veya 3TC) RPV/TAF veya TDF/FTC	2NRTI + EFV TDF + 3TC/DOR EFV + TDF + FTC veya 3TC RPV/TAF/FTC RPV + TDF/FTC
ABC, TAF ve TDF kullanılmıyor ise	3TC/ DTG* DRV/r + RAL (2x1) DRV/r + 3TC		

TAF / TDF





Original research

Undetectable equals untransmittable (U = U): awareness and associations with health outcomes among people living with HIV in 25 countries

Chinyere Okoli,¹ Nicolas Van de Velde,² Erika Castellanos,⁴ Benjamin Young,⁵ Giulio Maria Corbelli,⁸ Marta Mc Britton

Additional material is available online only. To view the full article, please visit the journal online at <https://doi.org/10.1136/2020-054551>.

Related affiliations see article.

Correspondence to: Chinyere Okoli, Chinyere.x.okoli@hivcare.com

17 April 2020
4 June 2020
14 June 2020
Online First 2020



ABSTRACT

Objectives ‘Undetectable equals Untransmittable (U=U) is an empowering message that may enable people living with HIV (PLHIV) to reach and maintain undetectability. We estimated the percentage of PLHIV who ever discussed U=U with their main HIV care provider, and measured associations with health-related outcomes. Secondly, we evaluated whether the impact of the U=U message varied between those who heard from their healthcare provider (HCP) vs from elsewhere.

Methods Data were from the 25-country 2019 Perspectives Survey of PLHIV on treatment (n=2389). PLHIV were classified as having discussed U=U with their HCP if they indicated that their HCP had ever told them about U=U. Those who had not discussed U=U with their HCP but were nonetheless aware that ‘My HIV medication prevents me from passing on HIV to others’ were classified as being made aware of U=U from non-HCP sources. Multivariable logistic regression was used to measure associations between exposure to U=U messages and health outcomes.

Results Overall, 66.5% reported ever discussing U=U with their HCP, from 38.0% (South Korea) to 87.3% (Switzerland). Prevalence was lowest among heterosexual men (57.6%) and PLHIV in Asia (51.3%). Compared with those unaware of U=U, those reporting U=U discussions with their HCP had lower odds of suboptimal adherence (AOR=0.59, 95% CI 0.44 to 0.78) and higher odds of self-reported viral suppression (AOR=2.34, 95% CI 1.72 to 3.20), optimal sexual health (AOR=1.48, 95% CI 1.14 to 1.92) and reporting they ‘always shared’ their HIV status (AOR=2.99, 95% CI 1.42 to 6.28). While exposure to U=U information from non-HCP sources was beneficial too, the observed associations were attenuated relative to those seen with reported discussions with HCPs.

Conclusion HCP discussion of U=U with PLHIV was

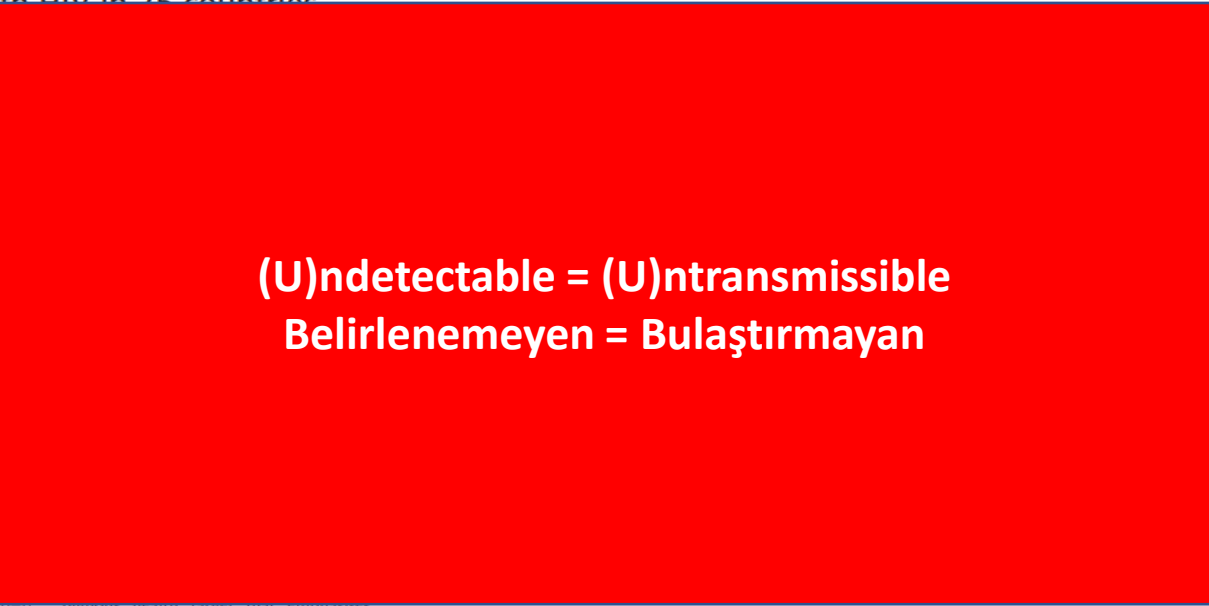
associated with improved health outcomes. ‘Undetectable equals untransmittable’ (U=U) messages target and emphasise individual responsibility.^{3,4} ‘Untransmissibility’, the core message of U=U, may be particularly appealing to serodiscordant couples in a relationship or those planning to start a family. Besides encouraging antiretroviral therapy (ART) initiation and adherence, U=U could also recalibrate social norms among non-HIV populations, given that HIV transmission risk is a major source of fear/stigma.^{5,6} The U=U message has been incorporated into numerous public health campaigns and clinical guidelines.^{3,4,13} Discussing U=U in clinical settings is important because patients perceive information directly from their healthcare providers (HCPs) to be more believable.¹⁴ The impact of HCP-led U=U messaging has been well demonstrated in other areas of public health such as smoking cessation. Healthcare clinicians are likely the first professionals to

FULL TEXT ARTICLE

Providers should discuss U=U with all patients living with HIV

Sarah K Calabrese and Kenneth H Mayer

Lancet HIV, The, 2019-04-01, Volume 6, Issue 4, Pages e211-e213, Copyright © 2019 Elsevier Ltd



...pression and transmission risk evolves, the results of the multisite, observational study by Rodger reported that no HIV transmission occurred in 10,000 condomless sex acts between partners whose HIV viral load is stably undetectable. This finding reinforces existing consensus that U=U is a powerful tool for supporting undetectable=untransmittable (U=U) messaging. Routinely communicating the message to

There is widespread unawareness and disbelief regarding the evidence-based conclusion that people who have a sustained undetectable HIV viral load cannot sexually transmit HIV—ie, undetectable=untransmittable (U=U). Long-standing, misguided fear about HIV transmission persists; consequently, so does the policing of sexual expression and the penalisation of pleasure faced by people with HIV. Many people with HIV with an undetectable viral load have unnecessarily abstained from condomless sex, avoided serodifferent partnering, and had anxiety about onward sexual transmission due to perceived HIV risk that is now known to be non-existent. Some health professionals have refrained from correcting this misinformation because of concerns that people with HIV will engage in more condomless sex or have more sexual partners upon learning of U=U. Withholding information about U=U is thus rooted in behavioural assumptions and is scientifically unfounded. Moreover, withholding such information violates medical ethics, perpetuates health inequities, and infringes on the sexual health and human rights of people with HIV. Health professionals and the broader public health community have an ethical responsibility to actively address misinformation about HIV transmission and disseminate the U=U message to all people.

Introduction

...transmission risk during patient interactions.^{9–11} We

Information in the



Lancet HIV 2021; 8: e175–80
Department of Psychological and Brain Sciences, and Department of Prevention and Community Health, George Washington University, Washington, DC, USA (S K Calabrese PhD); Beth Israel Deaconess Medical Center (Prof K H Mayer MD), and Department of Population Medicine (J L Marcus PhD), Harvard Medical School, Boston, MA, USA; The Fenway Institute, Fenway Health, Boston, MA, USA (Prof K H Mayer, J L Marcus)

Uzun Etkili: Kabotegravir + Rilpivirin

- Aylık enjeksiyonlar Ocak 2021'de onaylandı
- Şubat 2022 her iki ayda bir enjeksiyon
- Tedavi başarısızlığı öyküsü olmayan
- CAB veya RPV direnç mutasyonu olmayan
- HBV enfeksiyonu olmayan
- Gebelik planlamayan
- En az 3-6 aylık virolojik baskılama olan hastalarda
- Dezavantajı: Klinikte enjeksiyon yapılm

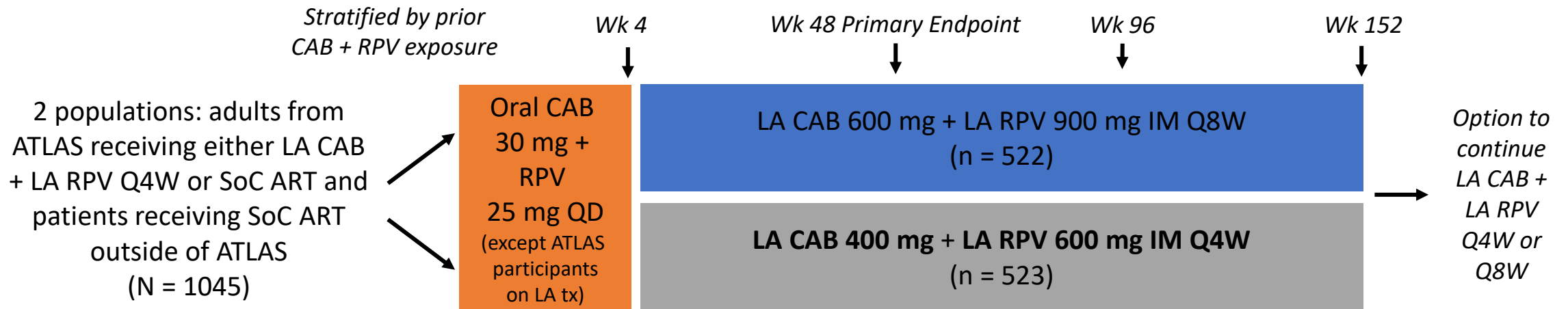


Kabotegravir + Rilpivirin

AtlasIM	Flair	Atlas 2M	Solar	Mocha
N= 618	n= 566	n= 1049	n= 654	N=150
IM Q1M vs Oral CAR WK 48 %2 vs %1 PVL ≥ 50 C/ml	IM Q1M vs DTG/ABC/3TC WK 48 %2 vs %2 WK 96 %3 vs %3 PVL ≥ 50 C/ml	IM Q2M vs Q1M WK 48 %2 vs %1 WK 96 %2 vs %1 PVL ≥ 50 C/ml	IM Q2M vs BIC/FTC/TAF Po QD	CAB LA + RPV LA Adolesan 12-18 yaş
Noninferior			Devam ediyor	

ATLAS-2M: Cabotegravir + Rilpivirine IM Q8W vs Q4W

Multicenter, randomized, open-label phase IIIb noninferiority trial

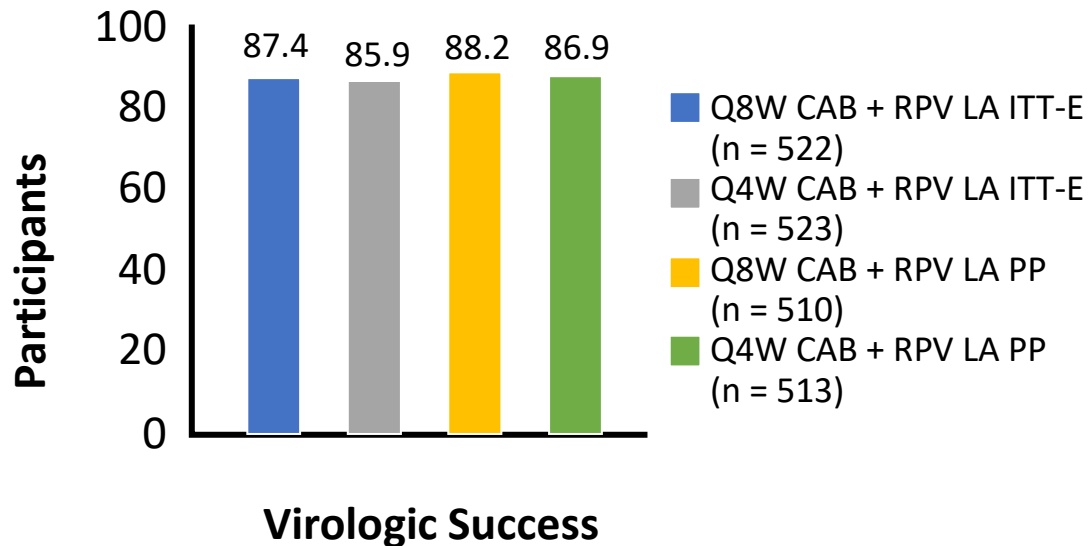


Primary endpoint: HIV-1 RNA ≥ 50 c/mL at Wk 48 by FDA snapshot in ITT-E

Q8W found to be noninferior to Q4W at Wk 48

Secondary/other Wk 152 endpoints: plasma HIV-1 RNA ≥ 50 or < 50 copies/mL at Wk 152 by FDA snapshot in ITT-E, CVF incidence, viral resistance in patients with CVF, safety and tolerability, treatment satisfaction

ATLAS-2M: 152. Hafta Sonuçları



LA CAB + RPV well tolerated

99% of ISRs were grade 1/2;
median duration was 3 days

8 (2%) Q8W and 13 (3%) Q4W
withdrew due to ISRs

Patient satisfaction scores
significantly favored Q8W vs
Q4W dosing at
Wk 24, 48, and 152

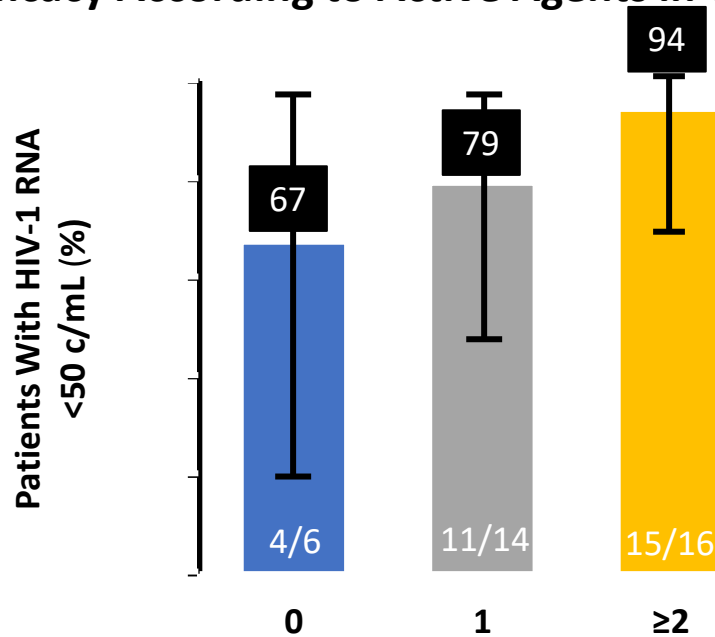
Outcome	Q8W (n = 522)	Q4W (n = 523)
CVF, n (%)	11 (2)	2 (<1)
RPV RAMs, n/N	9/11	1/2
INSTI RAMs, n/N	8/11	2/2

Uzun Etkili HIV Kapsid İnhibitörü: Lenacapavir

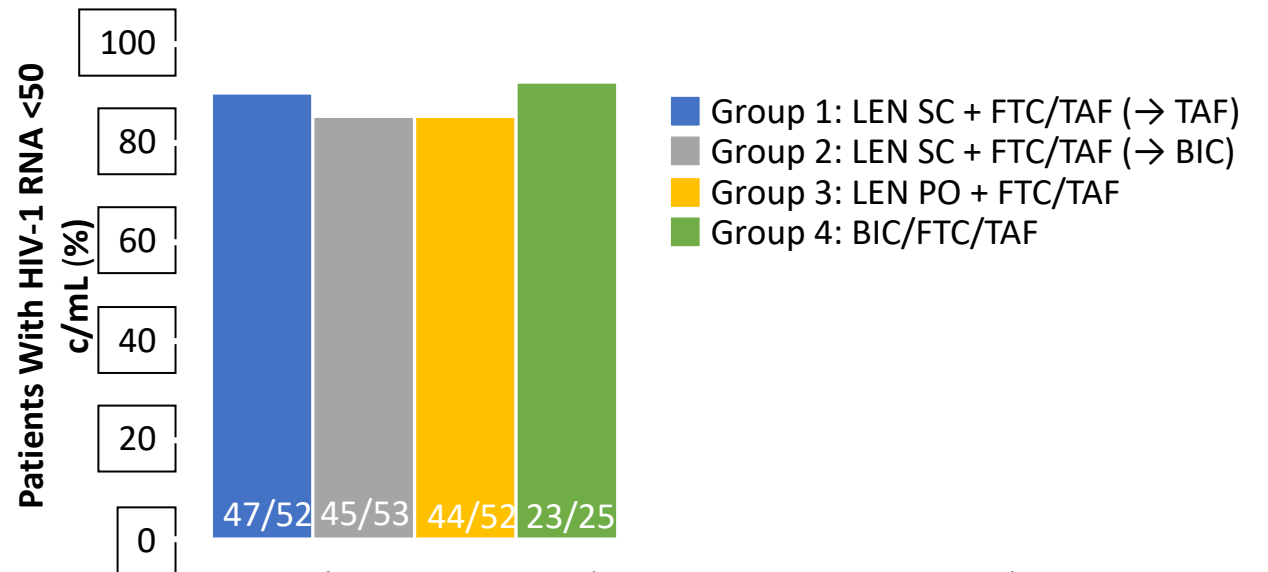
- **CAPELLA¹**: Lenacapavir in heavily ART-experienced PWH
 - 83% (30/36) achieved HIV-1 RNA <50 c/mL by 52 wk overall

- **CALIBRATE²**: Lenacapavir in treatment-naive PWH with HIV-1 RNA >200 c/mL, CD4+ >200 cells/mm³, no active HCV/HBV coinfection
 - Randomization: LEN + FTC/TAF for 28 wk, then LEN + TAF or BIC if HIV-1 RNA <50 c/mL

Efficacy According to Active Agents in OBR (n = 36)



Virologic Outcomes by FDA Snapshot (ITT) at Wk 54



1. Ogbuagu. CROI 2022. Abstr 491. 2. Gupta. CROI 2022. Abstr 138.

A scenic landscape featuring a dirt road that curves through a valley. The hills are covered in lush green grass. There are several trees, including a large, leafy tree in the foreground on the left and a bare, skeletal tree in the middle ground. The sky is bright and clear.

Kür
Aşı

Herkes için tedavi
Sağlık hizmeti

Antiretroviral
tedavi