

hiv + tedavi bülteni

türkiye Nisan 2026 sayı:1

EDİTÖRDEN	03	ANTİRETROVİRALLER	17
KONFERANS RAPORLARI	04	+ Pediyatrik dolutegravir/lamivudin kombinasyonunun küçük çocuklarda kullanım onayını almak üzere EMA ve FDA'ya başvuru yapılmıştır	
Retrovirüsler ve Fırsatçı Enfeksiyonlar Konferansı 2026 22-25 Şubat 2026 (Denver, Amerika Birleşik Devletleri)	PN	HABERLER	17
<i>Korunma ve önleme</i>		+ ABD fon kesintilerinin, en yoksul ülkelerde, 2030 yılına kadar 23 milyon ek ölüme yol açacağı öngörülüyor	
+ Ayda bir kullanılan MK-8527 isimli ilacın 11 mg'lık dozu faz III temas öncesi profilaksi çalışmalarında kullanılmak üzere seçildi		TÜRKİYE'DEN SAYFALAR	19
<i>Koenfeksiyonlar ve komplikasyonlar</i>		+ Söyleşi	
+ Avustralya'da yürütülen bir çalışma, 4CMenB aşısının gey erkeklerde gonoreye karşı koruma sağlamadığını gösterdi		+ Pozitif Köşe	
+ Vücut ağırlığını azaltan GLP-1 temelli ilaçların bağırsak dokusunda bağışıklıkla ilgili fayda sağlayabileceği belirtildi		I-BASE YAYINLARI	25
KILAVUZLAR, KORUNMA VE ÖNLEME	10		
+ Kadınlarda cinsel eylem temelli temas öncesi profilaksi doz şeması: kılavuzları sorgulatan ve aktivizm açısından önem taşıyan bir konu			
KOENFEKSİYONLAR VE KOMPLİKASYONLAR	15		
+ Hem bağışçı hem alıcı HIV pozitif olduğunda böbrek naklinin emniyeti			
KANSER VE HIV	16		
+ D:A:D ve RESPOND çalışmalarının sonuçları, HIV ile yaşayan kadınlarda kanser taramalarının, rutin HIV izlemine dâhil edilmesi görüşünü destekliyor			

hiv +tedavi bülteni

türkiye Nisan 2026 sayı:1

ISSN 2757 - 9638

Editör

Deniz Gökengin

Yardımcı Editör

Arzu Nazlı

Türkiye'den Sayfalar Editörü

Çiğdem Şimşek

Sahibi ve Sorumlu Müdürü

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

EGEHAUM yayınıdır.

Yılda üç sayı yayınlanır.

Yayın Türü

Yaygın Süreli

İletişim Adresi

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

Yayıncı

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

Tasarım ve Dizgi

Can Dereli

Yayın Kurulu

Ateş Kara, Hacettepe Üniversitesi, Ankara

Arda Karapınar, Kırmızı Kurdele İstanbul, İstanbul

Arzu Nazlı, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir

Çiğdem Şimşek, Pozitif-İz Derneği, İstanbul

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

Firdevs Aktaş, Gazi Üniversitesi, Ankara

Serhat Ünal, Hacettepe Üniversitesi, Ankara

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

Volkan Korten, Marmara Üniversitesi, İstanbul

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

HIV Tedavi Bülteni-Türkiye, HIV i-Base
tarafından aylık olarak yayımlanan HIV
Treatment Bulletin'dan çevirileri ve
Türkiye'den HIV ile ilişkili haber, bilgi ve
yayımları kapsayan, yılda üç kez elektronik
formatta yayımlanan bir bültenidir. Amacı,
sağlık çalışanlarına ve HIV pozitif bireylere,
HIV tedavisi konusundaki en güncel bilgileri
zamanında aktarmaktır.

EGEHAUM 2009 yılında Ege Üniversitesi
tarafından, HIV/AIDS ile yaşayanların
kaliteli sağlık hizmetine ulaşmalarını
sağlamak, toplumu HIV/AIDS'ten koruyacak
çalışmalar yapmak, eğitim, araştırma,

iletişim ve takım oluşturma çalışmaları
yürütmek amacıyla kurulmuştur.

International HIV Partnerships
(<https://ihp.hiv>), HIV ve HIV ile ilişkili
durumlarda hızlı ve etkin yanıtlar
oluşturmak amacıyla, HIV konusundaki
paydaşlar ile stratejik ortaklıklar
kurar. IHIVP'nin danışmanları Benjamin
Collins ve Ben Cheng, proje geliştirme,
tedavi ve araştırma konusunda bilgi sağlama,
savunuculuk, hastalar, aktivistler, doktorlar,
hemşireler ve diğer sağlık çalışanları, bilim
insanları, araştırmacılar, akademisyenler,
uluslar arası kuruluşlar, resmi kurumlar ve
ilaç ve tıbbi tanı konusunda çalışan şirketler
gibi taraflarla iletişim ağları oluşturma ve
tarafları eğitime konusunda 25 yıllık bir
deneyime sahiptir.

EDİTÖRDEN

Değerli Okur,

Ege Üniversitesi HIV/AIDS Araştırma ve Uygulama Merkezi (EGEHAUM) ve International HIV Partnerships (IHP) ile ortak yürütülen bir proje kapsamında yayımlanan HIV Tedavi Bülteni—Türkiye'nin, 2026 yılının ilk sayısını değerli görüşlerinize sunuyorum.

Bu sayımızda çoğunluğu 22-25 Şubat 2026 tarihlerinde Amerika Birleşik Devletleri'nin Denver kentinde düzenlenen Retrovirüsler ve Fırsatçı Enfeksiyonlar Konferansı (Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections-CROI) 2026'da sunulmuş dikkat çekici çalışmalara yer verdik. Bunlar içinde özellikle MK-8527 isimli ilacın doz bulma çalışmasının, GLP-1 temelli ilaçların bağırsak dokusunda bağışıklıkla ilgili yararlarını ortaya koyan çalışmanın ve 4CMenB menengokok aşısının gey erkeklerde gonoreye karşı koruma sağlamadığını bildiren çalışmanın ilginizi çekeceğini düşünüyorum. Ayrıca, kadınlarda cinsel eylem temelli temas öncesi profilaksi doz şemasına ilişkin pek çok çalışmayı irdeleyen ve yorumlayan makaleyi de ilgiyle okuyacağımızdan eminim. Hem bağışıcı hem alıcının HIV pozitif olduğu böbrek nakillerinin emniyeti ve HIV ile yaşayan kadınlarda kanser taramalarının rutin izleme dahil edilmesi konularındaki kısa makaleler de bu sayımızın önemli başlıkları arasında yer alıyor.

Türkiye'den Sayfalar bölümünün Söyleşi köşesinde, İstanbul Okan Üniversitesi Hemşirelik Bölümü'nde çalışan Dr. Öğretim Üyesi Özlem Akgöl ile 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 Çiğdem Şimşek'e, makalelerin çevirisine destek veren Doç. Dr. Arzu Nazlı ve Dr. Gökhan Vatansever'e, dergiyi yayına hazırlayan Prodo Danışmanlık Eğitim İletişim ve Hadi Sağın'a, derginin tasarımını yapan Can Dereli'ye ve dergiye koşulsuz sponsorluk yapan GlaxoSmithKline İlaç şirketine yürekten teşekkürlerimi sunarım.

Saygılarımla

Prof. Dr. Deniz Gökengin

Editör

KONFERANS RAPORLARI

Retrovirüsler ve Fırsatçı Enfeksiyonlar Konferansı 2026
Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI) 2026
22-25 Şubat 2026 (Denver, Amerika Birleşik Devletleri)

Korunma ve önleme

Ayda bir kullanılan MK-8527 isimli ilacın 11 mg'lık dozu faz III temas öncesi profilaksi çalışmalarında kullanılmak üzere seçildi

Simon Collins, HIV i-Base

22-25 Şubat 2026 tarihlerinde Amerika Birleşik Devletleri'nin Denver kentinde düzenlenen Retrovirüsler ve Fırsatçı Enfeksiyonlar Konferansı (Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections-CROI) 2026'da, MK-8527'nin faz III çalışmalarda temas öncesi profilaksi (TÖP) için ayda bir ağızdan kullanılmak üzere 11 mg'lık dozunun seçilmesine temel oluşturan ikinci bir çalışma sunulmuştur. MK-8527, islatravirden geliştirilen bir bileşiktir. [1]

Bu karar, 6 mg ile 12 mg arasındaki dozların değerlendirildiği beş farklı faz I çalışma ile bir faz II çalışmadan elde edilen farmakokinetik bulgulara

dayanılarak verilmiştir.

Bu çalışmalar, 11 mg'lık dozun katılımcıların %95'inden fazlasında dört ayrı zaman noktasında etkililik eşiğinin üzerine çıkacağını öngörmüştür. Bu zaman noktaları ilk dozdan 30 dakika sonrası, ilk dozdan 31 gün sonrası, ilaç plazma düzeylerinin sabit durumunun 31. günü ve 38. günü olarak sıralanmıştır. Ayrıca ilaç düzeylerinin ilk bir saat içinde koruyucu düzeye ulaştığı bildirilmiştir.

Bu dozun, ilaç düzeylerinin %10 ila %30 daha düşük olmasının beklendiği gebelik gibi durumlarda yeterli koruma sağlayacağı öngörülmektedir. Hafif böbrek işlev bozukluğu olan kişilerde ve vücut ağırlığı fazla olan kişilerde de yeterli düzeylerin korunacağı tahmin edilmektedir. Aylık dozun gecikmesi durumunda ise koruyuculuğun, bir hafta daha süreceği öngörülmektedir. +

Yorum

CROI 2026'da islatravirin, M184V mutasyonunu taşıyan virüse karşı makak maymunlarında koruyuculuk sağlamadığını gösteren bir TÖP çalışması da sunulmuştur. Bu bulgu önem taşımaktadır, çünkü islatravir, MK-8527'ye önemli ölçüde benzeyen bir bileşiktir. [2]

Bu sonucun bildirilmesi önemli olmakla birlikte, bunun TÖP geliştirme yaklaşımında bir değişikliğe yol açması beklenmemektedir.

Kaynaklar

1. Kapoor Y ve ark. MK-8527 Phase III Dose Selection for Monthly Oral HIV-1 Preexposure Prophylaxis. CROI 2026, Denver. Sözlü sunum özeti 126.
2. Islatravir PrEP doesn't protect against M184V mutation in macaque study. HTB (23 Şubat 2025).

Koenfeksiyonlar ve komplikasyonlar

Avustralya'da yürütülen bir çalışma, 4CMenB aşısının gey erkeklerde gonoreye karşı koruma sağlamadığını gösterdi

Simon Collins, HIV i-Base

22-25 Şubat 2026 tarihlerinde Amerika Birleşik Devletleri'nin Denver kentinde düzenlenen Retrovirüsler ve Fırsatçı Enfeksiyonlar Konferansı (Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections-CROI) 2026'da sunulan tartışmalı çalışmalardan birinde, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE) açısından yüksek risk taşıyan gey erkeklerde 4CMenB menengokok B aşısının iki dozunun gonoreye karşı koruma sağlamadığını gösteren beklenmedik bulgular yer almıştır. [1]

Daha önceki gözlemsel çalışmalarda, 4CMenB aşısı ile gonore insidansında yaklaşık %30 ila %40 oranında azalma olduğu bildirilmiştir. [2, 3]

Bu bulguların ardından National Health Services (NHS), geçen Ağustos ayında, Birleşik Krallık Aşılama ve Bağışıklama Ortak Bilimsel Komitesinin [Joint Committee on Vaccination and Immunisation (JCVI)] Kasım 2023 tarihli kararı doğrultusunda, CYBE açısından yüksek risk taşıyan gey ve biseksüel erkekler ile seks işçileri için bu aşığı önermiştir. [4, 5]

Avustralya'nın Southport kentindeki Griffith Üniversitesinden Kate Seib, CROI 2026'da GoGoVax çalışmasını sunmuştur. Bu çift kör, plasebo kontrollü, çok merkezli çalışmada, 18 ila 50 yaş arasındaki 600'den fazla gey erkek, üç ay arayla uygulanan iki doz

4CMenB aşısı veya plasebo almak üzere randomize edilmiştir.

Çalışmaya alınma ölçütleri arasında HIV negatif erkeklerin TÖP kullanıyor olması, HIV pozitif erkeklerin ise etkili antiretroviral tedavi alıyor olması ve katılımcıların son 18 ay içinde gonore tanısı almış bulunması yer almıştır. İzlem kapsamında iki yıl boyunca her üç ayda bir ürogenital, anorektal ve orofaringiyal sürüntü örnekleri alınmıştır. Birincil sonlanım noktası, gonorenin ilk kez saptanmasına kadar geçen süre olarak belirlenmiştir.

Bu çalışmadaki katılımcıların büyük çoğunluğu (%90) HIV negatiftir; ortalama yaş 34 (±6) yıldır. Olguların %90'ında gonore ve %19'unda sifilis öyküsü olduğu bildirilmiştir. Katılımcıların %60'ı son 6 ay içinde 10'dan fazla partner bildirmiştir; bu oran 50'den fazla partner bildirenlerde %6'dır. Ayrıca katılımcıların üçte birinin geçici partnerleriyle düzenli olarak kondom kullanmadığı belirtilmiştir.

Yüz kişi yılı başına enfeksiyon insidansı, 4CMenB ve plasebo kollarında sırasıyla 48,1 (160/296) ve 47,8 (155/291) bulunmuştur [insidans hızı oranı (incidence rate ratio-IRR) 1,01; %95 güven aralığı (GA) 0,80 ila 1,25; p=0,97]. Buna göre aşının etkililiği -%0,5 (%95 GA: -%26 ila +%19) olarak hesaplanmıştır.

Alt grup analizlerinde de benzer bulgular elde edilmiş; semptomatik ve asemptomatik enfeksiyonlar ve üç anatomik bölge açısından aşının herhangi bir yarar sağlamadığı gösterilmiştir. +

Yorum

Bu çalışma, sunumun ardından yapılan açık soru-cevap oturumunda önemli tartışmalara yol açmıştır. Tartışılan konular arasında ek bir aşı dozunun yarar sağlayıp sağlayamayacağı ve davranış değişikliğinin etkili olup olamayacağı da yer almıştır. Ancak bunun etkili olmadığı belirtilmiştir.

Sunumu yapan araştırmacı, kadınlarda ve insidansın daha düşük olduğu topluluklarda yürütülenler de dâhil olmak üzere, halen sürmekte olan diğer çalışmaların sonuçlarının beklenmesinin önemine iyimser bir yaklaşımla dikkat çekmiştir. [5, 6, 7]

Buna karşılık Fransız ANRS 174 DOXYVAC çalışmasının yürütücüsü Jean-Michel Molina'nın da aralarında bulunduğu bazı araştırmacılar, bir aşının sistemik düzeyde oluşturacağı korumanın, farklı bölgelerdeki mukozal enfeksiyona karşı koruma sağlamasının olası görünmediğini ve bunun için daha iyi bir aşıya gereksinim olduğunu düşünmektedir. DOXYVAC çalışmasında da benzer özellikteki bir toplulukta 4CMenB aşısının yarar sağlamadığı bildirilmiştir. [8]

Birleşik Krallık Aşılama ve Bağışıklama Ortak Komitesi halen yürürlükte olan aşı programının sürdürülüp

sürdürülmeyeceği konusunda henüz bir açıklama yapmamıştır. Bununla birlikte komitenin bu yeni bulgulara bir yanıt vermesi gerekecektir.

Bu karar açıklanana kadar Birleşik Krallık'taki bazı hekimler, 4CMenB aşısını önermeden önce diğer çalışmaların sonuçlarını görmeyi beklemektedir. [9]

Her ne kadar aşı menengokok B enfeksiyonuna karşı koruma sağlayacak olsa da yan etkilerden bütünüyle arınmış değildir; kişisel deneyimlere göre bazen kola sert bir yumruk atılmış hissi yaratabilmekte ve bu durum bir hafta kadar sürebilmektedir.

Kaynaklar

1. Seib KL et al for the GoGoVax Study. Meningococcal B (4CMenB) Vaccination for the Prevention of Gonorrhoea in Men Who Have Sex With Men. CROI 2026, Denver. Sözlü sunum 197.
2. Taylor K. Gonorrhoea vaccine might halve infections and help combat drug resistance. HTB (1 Temmuz 2022).
<https://i-base.info/htb/43236>
3. Ladhani SN et al. Use of a meningococcal group B vaccine (4CMenB) in populations at high risk of gonorrhoea in the UK. Lancet Inf Dis 24(9):9E576-E583. DOI: 10.1016/S1473-3099(24)00031-8. (30 Mart 2024).
[https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(24\)00031-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(24)00031-8/fulltext)
4. UKHSA. A guide to the Meningococcal B vaccine for protection against Gonorrhoea. 28 Temmuz 2025 tarihinde güncellenmiştir.
<https://www.gov.uk/government/publications/meningococcal-b-menb-vaccination-against-gonorrhoea-guide/a-guide-to-the-meningococcal-b-vaccine-for-protection-against-gonorrhoea>
5. Safety and Efficacy Study of Meningococcal Group B Vaccine rMenB+OMV NZ (Bexsero) to Prevent Gonococcal Infection. NCT04350138.
<https://clinicaltrials.gov/study/NCT04350138>
6. BIYELA – Bexsero Immunisation in Young Women in Africa. NCT06446752.
<https://clinicaltrials.gov/study/NCT06446752>
7. Efficacy of Immunization With 4C-MenB in Preventing Experimental Urethral Infection With Neisseria Gonorrhoeae. NCT05294588.
<https://clinicaltrials.gov/study/NCT05294588>
8. Molina JM et al for the ANRS 174 DOXYVAC Study Group. Doxycycline prophylaxis and meningococcal group B vaccine to prevent bacterial sexually transmitted infections in France (ANRS 174 DOXYVAC): a multicentre open-label randomised trial with a 2 x 2 factorial design. Lancet Infect Dis. 2024 Oct 24(10):1093-1104. doi: 10.1016/S1473-3099(24)00236-6.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38797183>
9. BHIVA. Best of CROI 2026 Feedback webinar. 17 March 2026.
www.bhiva.org

Vücut ağırlığını azaltan GLP-1 temelli ilaçların bağırsak dokusunda bağışıklıkla ilgili fayda sağlayabileceği belirtildi

Simon Collins, HIV i-Base

22-25 Şubat 2026 tarihlerinde Amerika Birleşik Devletleri'nin Denver kentinde düzenlenen Retrovirüsler ve Fırsatçı Enfeksiyonlar Konferansı (Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections-CROI) 2026'da, HIV ile yaşayan kişilerde GLP-1 reseptörü agonistlerinin kullanımına ilişkin bir genel oturumun yanı sıra, bir sözlü sunum ve yedi poster yer almıştır.

Bu sunumlarda, GLP-1 reseptörü agonistlerinin gerçek yaşam ortamında kısa vadeli etkileri, sigara kullanımını, kardiyovasküler riski, depresyonu ve karaciğer fibrozunu azaltmadaki olası yararları ele alınmıştır. Ayrıca bir sözlü bildiride, HIV enfeksiyonunun çok erken aşamasında ortaya çıkan ve etkili antiretroviral tedaviye rağmen sebat eden bağırsak hasarının GLP-1 reseptör agonistleri ile geri döndürülebilme olasılığı değerlendirilmiştir.

Johns Hopkins Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden Todd Brown'ın yaptığı genel oturumdaki sunumun, bu ilaç sınıfının önemi ve sağlık hizmetleri üzerindeki giderek artan etkisi nedeniyle tüm hekimler tarafından izlenmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir. Sunumda, verilerin en güçlü olduğu alanlara odaklanılmış; ayrıca bu ilaçların hızlı benimsenmesi ve yaygın kullanımı sırasında gözden kaçmış ya da yeterince önemsenmemiş olabilecek önemli araştırma boşlukları vurgulanmıştır. Ayrıca, farklı yaş gruplarındaki kişilerde kullanımları da ele alınmıştır. [1]

Sunumda, GLP-1 reseptörü agonistlerinin diyabet, kardiyovasküler hastalık, vücut ağırlığının kontrolü ve obezite ile ilişkili durumlar ile madde kullanımı üzerindeki etkileri dâhil olmak üzere geniş bir endikasyon yelpazesi ele alınmıştır. Ayrıca, vücut ağırlığında azalma ortaya çıkmadan önce bile CRP düzeylerinde %50'ye varan düşüşlerle gösterilen yangı önleyici etkileri ve yaşlanma üzerindeki olası etkileri tartışılmıştır. Buna karşın, gebelikte kullanımlarına

ilişkin verilerin sınırlı olduğu, bu nedenle şu anda önerilmediği ve yaşlı bireylerde, özellikle 75 yaşın üzerindeki ve kırık riski artmış kişilerle ilgili verilerin kısıtlı olduğu vurgulanmıştır. Tüm bu potansiyel yararlar ise ilaca erişimle ilgili sorunlar nedeniyle sınırlanmaktadır.

George Washington Üniversitesi'nden Lauren O'Connor, gözlemsel "DC Cohort Longitudinal HIV Study" kapsamında yer alan ve GLP-1 veya GLP-1/GIP reseptör agonistleri içeren herhangi bir reçete almış 13.000 katılımcıda GLP-1 reseptörü agonistlerinin kullanımını değerlendiren bir poster sunmuştur. [2]

Çalışmadaki 578 katılımcının %82'sinde diyabet, %78'inde obezite bulunmaktadır; %50'si semaglutit kullanmıştır ve izlem süresinin ortanca değeri üç yıldır. Başlangıçtaki ortalama beden kitle endeksi (BKE) 36,3'tür (standart sapma-SS ±8,1).

Tüm grupta vücut ağırlığı ortalama %2,5 azalmıştır. Katılımcıların %31'i vücut ağırlığının >%5'ini, %11'i >%10'unu kaybetmiştir. Vücut ağırlığında %39 azalmadan %25 artışa kadar değişen bir aralık gözlenmiştir. İspanyol kökenli olmayan siyah bireylerde (p=0,02) ve diyabet öyküsü olanlarda (p<0,01) vücut ağırlığında %10'dan daha az kayıp görülme sıklığı diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Diyabeti olmayan kişilerde vücut ağırlığında %5 ve %10'un üzerinde azalma olma olasılığının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Katılımcıların %71'i tedaviye en az bir kez 3 aydan uzun süre ara vermiştir.

Daha yakın dönemde onaylanan çift etkili GLP-1/GIP reseptör agonisti tirzepatitin değerlendirildiği iki posterde, çalışmalarda 12 ay boyunca vücut ağırlığının ve HbA1c düzeylerinin azaldığı gösterilmiş, ancak bu ilaca erişimin sürdürülebilirliği konusunda uzun süreli izlem verisi sunulmamıştır.

Seattle'daki Washington Üniversitesi'nden Heidi Crane, "Centers for AIDS Research Network of Integrated Clinical Systems (CNICS)" kohortundaki 9 merkezde Haziran 2022-Şubat 2025 tarihleri arasında tirzepatit başlanan kişiler (n=743) ile semaglutit başlanan kişilerin sonuçlarını karşılaştırmıştır.

Çalışmanın demografik özelliklerine göre katılımcıların yaş ortalaması 53 yıldır ve %28'i kadındır. Beden kitle endeksinin ortalama değeri 35 kg/m² ve %84'ünde BKE >30 kg/m² saptanmıştır. Diyabet prevalansı ise %62 bulunmuştur.

On iki aylık izlemde ortalama vücut ağırlığı %5,9 (%95 GA: -6,9 ile -5,0), ortalama HbA1c düzeyi ise

%0,58 azalmıştır (%95 güven aralığı-GA -0,75 ile -0,41). Demografik özellikler açısından saptanan tek fark, HbA1c düşüşünün erkeklerde kadınlara kıyasla istatistiksel açıdan anlamlı ölçüde (p<0,01) daha fazla olmasıdır; bu değerler erkeklerde -%0,66 (%95 GA -0,87 ile -0,46), kadınlarda -%0,15 (%95 GA -0,23 ile -0,07) bulunmuştur. Düzeltilmiş analizlerde bu sonuçlar semaglutit ile elde edilen verilere [vücut ağırlığında %4,1 azalma (%95 GA -4,6 ile -3,5) ve HbA1c'de %0,47 düşüş (%95 GA -0,58 ile -0,36)] benzer bulunmuştur.

California San Diego Üniversitesi'nden Lucas Hill ve arkadaşları, diyabeti olan ve olmayan HIV ile yaşayan 61 kişide tirzepatidin kısa vadeli sonuçlarını bildirmiştir; izlem verilerinin sınırlı olmasına karşın beklenen etkinliğin elde edildiği gösterilmiştir. [4]

Çalışmadaki katılımcıların çoğu beyaz ırktan (%52), İspanyol olmayan (%55), erkek (%67) ve ağızdan entegrez ipçik inhibitörü (INSTI) grubu ilaçları temel alan bir antiretroviral tedavi rejimi kullanmakta olan kişilerden (%63) oluşmaktadır. Katılımcıların BKE ortalama değeri 33 kg/m² (Çeyrek değerler aralığı-ÇDA 31-39) bulunmuştur; eşlik eden hastalıklar arasında hipertansiyon (%60), hiperlipidemi (%50), diyabet (%36) ve metabolik işlev bozukluğu ile ilişkili steatotik karaciğer hastalığı (%27) yer almaktadır.

Vücut ağırlığındaki azalmanın 3., 6., 9. ve 12. aylarda sırasıyla -7 kg (s=52), -12 kg (s=45), -12 kg (s=36) ve -15 kg (s=34) olduğu saptanmıştır. Verisi olan diyabetli 12 kişide HbA1c düzeyi ortalaması %8'den %5,9'a düşmüştür. Altıncı ayda sistolik kan basıncı ortalaması 130,2 mmHg'den 120,5 mmHg'ye gerilemiştir (s=47; p<0,001). Başlangıçta antihipertansif tedavi kullananların %26'sında (8/30) ilaç dozunun azaltılması mümkün olmuştur.

Bununla birlikte, 15 hasta (%25) tirzepatit tedavisini 12 ay içinde bırakmıştır. Tedaviyi bırakma nedenleri yan etkiler (s=6), erişim sorunları (s=8) veya etkinliğin yetersiz olması (s=11) olarak bildirilmiştir.

Heidi Crane ayrıca, semaglutit başlanan 204 kişide sigara tüketiminin %26 azaldığını bildiren bir poster sunmuştur. Bu azalma, günde üç sigara daha az içmeye karşılık gelmektedir; günlük sigara sayısı 10,5'ten 7,8'e düşmüştür (fark -2,7; %95 GA -3,8 ile -1,6; p<0,001). Ayrıca izlem ziyaretinde katılımcıların %21'i sigarayı bırakmış olduğunu bildirmiştir. Düzeltilmiş analizlerde, cinsiyet veya BKE'den bağımsız olarak benzer sonuçlar elde edilmiştir. [5]

Güney Carolina Tıp Fakültesi'nden Allison Ross Eckard ve arkadaşları, BKE >25 kg/m² olan, diyabeti olmayan ve

antiretroviral tedavi kullanan 108 kişide kardiyovasküler sağlığa ilişkin bulguları sunmuştur. Katılımcılar 32 hafta süreyle semaglutit veya eşleşen plasebo almak üzere 1:1 oranında randomize edilmiştir. [6]

Çalışmada, genel kardiyometabolik sağlık ve kardiyovasküler hastalık riski açısından iyileşmeler olduğu bildirilmiştir. On yıllık arteriyosklerotik kalp damar hastalığı riski skorunda istatistiksel olarak anlamlı azalma olduğu saptanmıştır (ln β -0,39; GA -0,74 ile -0,05; p=0,026; yüzde değişim -%32,6). Bununla birlikte, arteriyel sertlik, endotel fonksiyonu ve kalsifiye koroner aterosklerotik hastalık açısından iki grup arasında anlamlı fark saptanmamış; araştırmacılar daha geniş ölçekli çalışmalara ihtiyaç olduğunu belirtmişlerdir.

CNICS çalışmasından iki poster daha sunulmuştur. Bunlardan biri, Winnipeg'deki Manitoba Üniversitesi'nden Lara Haidar tarafından sunulan, semaglutit kullanımından önce ve sonra depresif belirtilerdeki değişiklikleri değerlendiren çalışmadır. Bu çalışmaya 2018-2024 yılları arasında semaglutit başlanan 354 kişi dâhil edilmiş ve altı ayda bir uygulanan PHQ-9 anketi ile depresyon durumu değerlendirilmiştir. Semaglutit başlanmadan önce ortalama PHQ-9 puanı 16,5 idi, semaglutit başlandıktan sonra ise 15,5'e düşmüştür. Semaglutit başlanmadan önce ortalama PHQ-9 puanı 16,5 idi, semaglutit başlandıktan sonra ise 15,5'e düşmüştür.

Genel olarak anlamlı bir değişiklik bildirilmemiştir (p=0,8). Ancak başlangıç skorlarına göre analiz edildiğinde, en düşük PHQ-9 skoruna sahip olanlarda (0-4) semaglutit başlandıktan sonra küçük ancak anlamlı bir artış gözlenmiştir (+1,2; p<0,001). Başlangıçtaki PHQ-9 skoru giderek daha yüksek olan gruplarda ise anlamlı azalmalar bildirilmiştir [başlangıç skoru 5-9 olanlarda -1,5 (p=0,004), 10-14 olanlarda -2,8 (p=0,002) ve >15 olanlarda -4,7 (p<0,001)]. [7]

İkinci posterde ise semaglutit başlanmadan önce ve sonra FIB-4 skorları bulunan 1850 kişide karaciğer fibrozu ve metabolik disfonksiyonla ilişkili steatotik karaciğer hastalığındaki değişiklikler bildirilmiştir. [8]

Başlangıçta 1467 kişide (%79) fibroz yok ya da düşük düzeyde, 347 kişide (%19) orta düzeyde, 36 kişide (%2) ise ileri düzeyde saptanmıştır. Katılımcıların çoğunda ayrıca kardiyometabolik hastalıklar bulunurken, alkol tüketiminin düşük düzeyde (%57) olduğu bildirilmiştir. Katılımcıların %84'ünde HCV enfeksiyonu bulunmamaktadır.

Semaglutit kullanımı sırasında ortalama 30 haftalık izlemde kohortun genelinde anlamlı bir değişiklik saptanmamıştır. Ancak alt grup analizlerinde, orta-ileri düzeyde fibrozu olan katılımcılarda karaciğer fibrozu skorunda anlamlı azalma olduğu görülmüştür;

FIB-4 skorundaki değişim -0,13 olarak bildirilmiştir (p<0,01). En belirgin azalma ise başlangıçta ileri düzeyde fibrozu olanlarda saptanmıştır (-1,05; p<0,001).

Son olarak, Durban Africa Health Research Institute'dan Miguel Marin, LIROH çalışmasına dâhil edilen ve vücut ağırlığı fazla ya da obez, antiretroviral tedavi ile viral baskılanması sağlanmış, BKE ortalama değeri 43 kg/m² olan beş kişilik bir alt grupta liraglutidin bağırsak üzerindeki özgül etkilerini sunmuştur. [9, 10]

Bu küçük çaplı, kontrol grubu olmayan çalışmada, dört zaman noktasında [tedavi öncesinde (To), liraglutit tedavisinin 2-3. aylarında (T1) ve tedavi kesildikten sonraki 4. ve 8. aylarda, yani arınma döneminde (T2, T3)] eşleştirilmiş kan örnekleriyle birlikte kolon ve duodenum biyopsileri alınmıştır. Bulgular, obezitesi olmayan kontrol gruplarının bulgularıyla karşılaştırılmıştır. Kontrol grupları, BKE ortalama değeri 20 kg/m² olan ve HIV negatif kişiler (s=13), ART kullanan HIV pozitif kişiler (s=24) ve ART kullanmayan HIV pozitif kişilerden (s=17) oluşmuştur.


Beklendiği üzere, To'da yüksek olan BKE ve HbA1c değerleri liraglutit tedavisi sırasında T1'de anlamlı olarak azalmış, T2 ve T3'te ise başlangıç düzeylerine geri dönmüştür. Bazı katılımcılarda yangı göstergesi olan yüksek duyarlıklı CRP'de de T1'de anlamlı düşüşler görülmüş; ayrıca plazma ve dokudaki diğer yangı aracı maddelerinde de azalma olduğu saptanmıştır. Bunlar arasında eotaksin-3, IL-16, IL-12, IP-10 ve bağırsak hasarının bir göstergesi olan I-FABP [intestinal yağ asidi bağlayıcı protein] yer almaktadır.

Tedavi sırasında, duodenumdan alınan örneklerde CD4+ T hücreleri %12'den %24'e yükselmiş ve arınma döneminde tekrar eski düzeylerine dönmüştür. Ortalama CD69 ekspresyonu başlangıçta %74 iken tedavi sırasında %13'e düşmüş, eski düzeylerine dönmesi daha uzun sürmüştür (T2'de %25, T3'te %54). Bağırsaktaki T hücrelerinde PD-1 ekspresyonu artarken, CD8a reseptör ekspresyonu azalmıştır. Bu değişiklikler plazmada gözlenmemiştir.

Uzamsal transkriptomik analizde de liraglutit tedavisi sırasında epitelde yeniden yapılanma olduğu gösterilmiştir. Yüksek çözünürlüklü uzamsal analiz, GLP-1 emiliminin sonradan mikrovillüs mimarisinde yeniden yapılanma olduğunu ortaya koymuştur. Bu bulgular, araştırmacıların GLP-1 reseptörü agonistlerinin HIV enfeksiyonunun çok erken dönemlerinde ortaya çıkan ve yıllarca baskılayıcı antiretroviral tedavi kullanılmasına rağmen devam

eden bağırsak hasarının onarılmasına yardımcı olabileceği sonucuna varmalarına yol açmıştır.

Çalışma ayrıca, HIV ile yaşayan ve obezitesi olan kişilerde antiretroviral tedavi altında yangı düzeylerinin, obezitesi olmayan ve antiretroviral tedavi kullanmayan HIV pozitif kişilerdekine benzer olduğunu göstermiştir.

Bu küçük çaplı çalışmadan elde edilen ön bulgular, GLP-1 reseptörü agonistlerinin erken dönemde gelişen bağırsak hasarını geri döndürebilecek ve potansiyel olarak hafifletebilecek yeni bir etkisine işaret etmektedir. Bu bulgular, potansiyel olarak daha yeni GLP-1 reseptörü agonistlerinin değerlendirileceği ileri araştırmaları gerekli kılmaktadır. 

Yorum

GLP-1/GIP reseptör agonistleri artık Birleşik Krallık dâhil olmak üzere pek çok ülkede ve sıklıkla özel reçete yoluyla yaygın biçimde kullanılmasına rağmen, HIV ile yaşayan kişilerde bu tedavilere ilişkin veriler hâlâ sınırlıdır. CROI üç yıldır bu sınırlı verilere odaklanmaktadır.

HIV ile yaşayan kişilerde etkinliğin genel toplumdakine benzer olduğunu gösteren bu kısa vadeli çalışmanın sonuçları güven vericidir. HIV ile yaşayan kişilerin bu ilaçlara ilişkin faz 3 çalışmalarından dışlanmış olması, ayrıca semaglutidin neredeyse patent süresi dolana kadar beklenmesi nedeniyle daha uzun süreli izlem verileri hâlâ epeyce sınırlıdır.

Yakın zamanda ABD’de yapılan bir çalışmada, geniş çaplı Veterans Affairs veri tabanında bu ilaçlarla tedavi edilen her dört kişiden üçünün ilk 12 ay içinde tedaviyi bıraktığı bildirilmiştir. Sınırlı erişimin nasıl yönetileceğine ilişkin veri boşluğu, HIV ile yaşayan kişiler için de aynı derecede önemli olacaktır. Ne yazık ki tedavinin sağladığı yararlar, tedavi kesildiğinde genellikle hızla geri dönmektedir. [11]

HIV ile ilişkili bilinmeyenlerden biri de, özellikle yüz, bacaklar veya kalça bölgesinde lipoatrofi nedeniyle hâlihazırda lokal yağ dokusu azalmış olan kişilerde sistemik yağ kaybının etkisinin ne olacağıdır. Bir çalışma, bu etkinin kötü olabileceğini, ayrıca bu ilaçlar kesildiğinde yağsız kas kütlesi kaybının geri dönmeyeceğini bildirmiştir. Bu durum, kısa süreli veya aralık kullanımdan sonra daha da olumsuz bir metabolik fenotipin ortaya çıkmasına yol açabilir.

HIV ile yaşayan kişilere hizmet sunan hekimlerin, izledikleri kişilere GLP-1/GIP reseptör agonistlerini kullanıp kullanmadıklarını ve bu ilaçlara ilgileri olup olmadığını artık proaktif olarak sormaları önem taşıyabilir. Bu yaklaşım, vücut ağırlığı ve beden algısıyla ilgili kaygıların ele alınmasını sağlayabilir ve bu ilaçların başka merkezlerde reçete edilmesi durumunda HIV kayıtlarına işlenmesine yardımcı olabilir. Ayrıca, bu ilaçların diğer etkilerine ilişkin gözlemsel veri toplanmasına da olanak sağlayacaktır.

Aynı ABD çalışmasında nikotin, alkol, esrar, kokain ve diğer maddeler dâhil olmak üzere madde kullanımını azaltma potansiyeli de bildirilmiştir; bu etkinin HIV ile yaşayan kişilerde de aktif olarak araştırılması gerekmektedir.

Bağırsak çalışmasından elde edilen bulgular ilgi çekicidir ve daha geniş ölçekli çalışmalarla değerlendirilmelidir.

Kaynaklar

Aksi belirtilmedikçe tüm kaynaklar, 22-25 Şubat 2026 tarihlerinde Amerika Birleşik Devletleri’nin Denver kentinde düzenlenen Retrovirüsler ve Fırsatçı Enfeksiyonlar Konferansı (Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections-CROI) 2026 Özet Kitabı’ndan alınmıştır. www.retroconference.org

1. Brown T. GLP-1 receptor agonists: Are they a cure for everything? CROI 2026, Denver. Sözlü bildiri 24.

<https://watch.croiwebcasts.org/2026croi/n/s/PL-02> (webcast)

2. O’Connor L et al. Evaluation of GLP-1 medications in an observational cohort of people with HIV in Washington DC. CROI 2026, Denver. Poster bildiri695.

<https://www.croiconference.org/abstract/1293-2026> (özet)

3. Crane HM et al for the Centers for AIDS Research Network of Integrated Clinical Systems (CNICS) Cohort. Tirzepatide use in people with HIV shows effectiveness for weight loss and diabetes control. CROI 2026, Denver. Poster bildiri 697.

<https://www.croiconference.org/abstract/1266-2026> (özet)

4. Hill L et al. Real-world outcomes of tirzepatide use in people with HIV with and without diabetes. CROI 2026, Denver. Poster bildiri 696.

<https://www.croiconference.org/abstract/1091-2026> (özet)

5. Crane HM et al. Initiating semaglutide therapy reduces tobacco cigarette use among people with HIV. CROI 2026, Denver. Poster bildiri 698.

<https://www.croiconference.org/abstract/1308-2026> (özet)

6. Ekhard AR et al. Effects of semaglutide on subclinical cardiovascular health in people with HIV. CROI 2026, Denver. Poster bildiri 699.

<https://www.croiconference.org/abstract/1826-2026> (özet)

7. Haidar L et al. The impact of semaglutide on depressive symptoms among people with HIV. CROI 2026, Denver. Poster bildiri 447.

<https://www.croiconference.org/abstract/1428-2026> (özet)

8. Ma J et al. Longitudinal Associations of Semaglutide With Liver Fibrosis Score in People With HIV. CROI 2026, Denver. Poster bildiri 601. <https://www.croiconference.org/abstract/1785-2026> (özet)
9. Marin M et al. GLP-1 RA Induces Gut T-Cell and Epithelial Remodeling in PLWH From a Clinical Trial in South Africa. CROI 2026, Denver. Sözlü bildiri 115. <https://watch.croiwebcasts.org/2026croi/ap/55037> (özet)
10. ClinicalTrials.gov. LIROH – Liraglutide for Obesity in HIV (LIROH) <https://clinicaltrials.gov/study/NCT06438146>
11. GLP-1 receptor agonists reduce substance use disorder: a role for addiction to chemsex drugs? HTB (12 Mart 2-26). <https://i-base.info/htb/53421>

KILAVUZLAR, KORUNMA VE ÖNLEME

Kadınlarda cinsel eylem temelli temas öncesi profilaksi doz şeması: kılavuzları sorgulatan ve aktivizm açısından önem taşıyan bir konu

Simon Collins, HIV i-Base

Yakın zamanda, aralarında Journal of Infectious Diseases’da yayımlanan iki çalışmanın da bulunduğu yayınlarda, temas öncesi profilaksi (TÖP) etkililiğinin genital ve rektal mukoza dokusundaki ilaç düzeylerinden çok, periferik kan mononükleer hücreleri (PKMH) içindeki sistemik ilaç düzeyleriyle belirlenip belirlenmediği konusu ele alınmıştır. [1, 2, 6]

Bu farklılık yalnızca akademik açıdan değil, bağışıklık sistemine ait (PKMH de dahil olmak üzere) hücrelerdeki ilaç düzeylerinin cinsiyetten, toplumsal cinsiyetten veya etkene maruz kalma riskinden etkilenmemesi açısından da önemlidir.

Her iki çalışma da basitleştirilmiş cinsel eylem temelli doz şemasının herkes için bir seçenek olduğu görüşünü desteklemektedir. Bu yaklaşım, cis cinsiyetli kadınları, vajinal ilişkide alıcı konumda olan trans kadınları, trans erkekleri ve ikili cinsiyet dışında kalan kişileri de kapsamaktadır. Ayrıca riskin enjeksiyon yoluyla madde kullanımı ile ilişkili olduğu durumlar için de geçerlidir.

Cinsel eylem temelli doz şeması

Cinsel eylem temelli 2:1:1 doz şeması, Fransa ve Kanada’da yürütülen “IPERGAY” çalışmasının sonuçlarına dayanılarak, 10 yılı aşkın süredir gey ve biseksüel erkekler ile trans kadınlar için bir seçenek olarak kullanılmaktadır. Bu yaklaşım, cinsel ilişkiden 24 ila 2 saat önce ağızdan tenofovir disoproksil fumarat/emtiritabin (TDF/FTC) kombinasyonunun iki doz alınmasını, ardından cinsel ilişkiden 24 ve 48 saat

sonra tek doz kullanılmasını içermektedir. [3]

Her ne kadar cinsel eylem temelli doz şemasını diğer topluluklarda değerlendiren herhangi bir randomize kontrollü çalışma bulunmasa da, 2025 yılında hem Birleşik Krallık hem de Avrupa TÖP kılavuzları, 2:7 doz şemasıyla cinsel eylem temelli TÖP’nin daha geniş kullanımını önermiştir. Bu yaklaşım, cinsel ilişkiden 24 ila 2 saat önce ağızdan TÖP’nin çift doz kullanılmasını ve bunun ardından 7 gün boyunca günde tek doz TÖP alınmasını kapsamaktadır. Kılavuzlarda, cinsel ilişkiden sonraki dozların 7’den az sayıda olmasının da benzer etkililik sağlayabileceği belirtilmiştir. [4, 5]

Aşağıda özetlenen yeni modelleme çalışmaları, cinsel ilişkiden sonra TÖP’nin yalnızca 2 ya da 3 gün daha kullanılmasının yeterli olabileceği görüşünü desteklemektedir. Buna göre korunma için toplam tablet sayısının 9 yerine 4 ya da 5 olması yeterli olabilir.

Ne yazık ki Dünya Sağlık Örgütü, International AIDS Society-USA ve Kanada kılavuzları da dahil olmak üzere diğer bazı TÖP kılavuzları, 2025 yılında güncellenmiş olmalarına rağmen cinsel eylem temelli doz şemasını halen yalnızca gey ve biseksüel erkekler ile trans kadınlar için önermektedir. Bu durum, şemanın etkililiğini randomize çalışmaların daha sonra yapılan farmakokinetik/farmakodinamik (FK/FD) analizleriyle açıklamak mümkün olsa bile, Grade 1 ve 2 düzeyinde veri olmadığında kılavuzları değiştirmenin ne kadar güç olduğunu göstermektedir. [6, 7]

Hipotez 1: Vajinal ve rektal dokuda ilaç düzeyleri

Nathan Engel ve arkadaşlarının Journal of Infectious Diseases’da yayımlanan ilk makalesinde, cis cinsiyetli

kadınların yeni bir 2:1:1:1 doz şemasıyla (toplam beş tablet) cinsel eylem temelli TÖP'yi güvenle kullanabileceği öne sürülmektedir. [1]

Bu yaklaşım, Birleşik Krallık ve Avrupa kılavuzlarında önerilen ve cinsel ilişkiden sonra 7 gün boyunca günlük TÖP kullanımını içeren 2:7 şeması yerine, cinsel ilişkiden sonra yalnızca 3 gün süreyle günlük TÖP kullanılmasını [2:3] kapsamaktadır.

Engel ve arkadaşları, FK/FD verilerini kullanarak 3 ve 4 günlük çeşitli TÖP doz şemalarıyla sağlanan koruyuculuk oranlarını modellemiştir. Bu analizde 2:1:1:1 şeması da dahil olmak üzere çift ve tek dozların farklı kombinasyonları değerlendirilmiş ve etkililik, cinsel ilişkiden 5, 7 ve 10 gün sonra EC90 düzeylerinin sürdürülmesine göre hesaplanmıştır. Onuncu gündeki düzeyler rektal dokuda daha önceki çalışmalarla uyumlu bulunmakla birlikte, vajinal dokudaki bulaşın bölgesel lenf düğümlerine ulaşması için geçen 3 ila 6 günlük süre esas alınarak 7. gündeki ilaç düzeylerinin yeterli olduğu kabul edilmiştir.

Kuzey Carolina Üniversitesi'nden Mackenzie Cottrell liderliğindeki bu araştırma grubu daha önce, kadınlarda günlük TÖP kullanımında erkeklere kıyasla daha yüksek düzeyde uyum gerektiğini gösteren kapsamlı modelleme verileri sunmuştur. Bu sonuçlar büyük ölçüde, vajinal dokudaki tenofovir düzeylerinin rektal dokuya göre yaklaşık 10 kat daha düşük olmasına dayanmaktadır. Yeni 2:1:1:1 doz şemasını destekleyen veriler ise esas olarak kadın genital dokusundaki emtrisitabin düzeylerinin tenofovire göre daha yüksek olmasını esas almaktadır.

Buna karşılık bu hipotez, cis cinsiyetli kadınlarda tenofovir konsantrasyonlarının vajinal dokuda hiçbir zaman etkili düzeylere ulaşmamasına rağmen, tek başına TDF kullanımının plaseboya göre %70 etkililik sağladığını gösteren Partner PrEP çalışmasında elde edilen başarılı sonuçları açıklayamamaktadır. [17]

Yazarlar, PKMH'deki ilaç düzeylerinin "Partner PrEP" çalışmasının sonuçlarını açıklayabileceğini kabul etmese de, PMKH hipotezini bilimsel olarak çürütememiş ve değıllerdir.

Hipotez 2: PKMH'de ilaç düzeyleri

Temas öncesi profilaksi alanında deneyimli araştırmacılar olan Susan Buchbinder ve Peter Anderson'ın, Journal of Infectious Diseases'da yayımlanan ikinci makalesinde, kadınlar için daha kolay doz seçeneklerine duyulan acil gereksinim vurgulanmaktadır. Söz konusu makalede, TÖP'nin etkililiğine ilişkin farklı hipotezler gözden geçirilmiş

ve genel olarak PKMH'deki ilaç düzeylerinin önemini destekleyen bir yaklaşım benimsenmiştir. [2]

Yazarlar, "IPERGAY" çalışmasından bu yana geçen 10 yıl içinde cis cinsiyetli kadınlarda cinsel eylem temelli doz şemasını değerlendiren herhangi bir randomize kontrollü çalışmanın yapılmamış olmasının kabul edilemez olduğunu vurgulamaktadır. Ayrıca enjekte edilebilir TÖP yaygın biçimde erişilebilir hâle gelse bile birçok kadının bu yöntemi kullanmak istemeyebileceğine dikkat çekmektedirler. Cinsel eylem temelli doz şemasının, TÖP'nin daha az tıbbileştirilmiş bir yaklaşım hâline gelmesine katkı sağlaması bakımından günlük doz şemasından belirgin biçimde ayrıldığı ve bu nedenle kadınlarda ağızdan TÖP kullanımını artırma potansiyeli taşıdığı belirtilmektedir.

Makalede, Engel'in çalışmasındaki 2:1:1:1 doz şemasını destekleyen verilerin yanı sıra, Berlin'deki Robert Koch Enstitüsünden Max von Kleist ve arkadaşlarının yürüttüğü araştırmalar da gözden geçirilmektedir. Bu grup, iki karmaşık modelleme yaklaşımından elde edilen bulguları yayımlamış ve kadınlarda günlük ağızdan TÖP kullanımını değerlendiren geniş randomize kontrollü çalışmalarda bildirilen değışken klinik sonuçların, saptanamaz ilaç düzeylerinin yetersiz uyum yerine hiç uyum göstermeme olarak sınıflandırılmasıyla daha iyi açıklandığını göstermiştir. [8]

Bu analizler, randomize kontrollü çalışmalarda gözlenen TÖP etkililiğinin, genital dokudaki düşük ilaç düzeylerinden çok PKMH'deki ilaç düzeyleriyle daha iyi ve daha ikna edici bir biçimde açıklandığını göstermiştir. Daha da önemlisi, aynı grubun erkekler ve trans kadınlarda yürütülen geniş randomize kontrollü çalışmaların sonuçlarının incelendiği ve hakem değerlendirmesi öncesinde çevrim içi olarak yayımlanan bir makalesinde de benzer bulgular bildirilmiştir. [9]

Her ne kadar bu bulgular ikna edici olsa da bu yaklaşım, mukoza dokusundaki ilaç düzeylerinin de katkı sağlıyor olabileceği olasılığını dışlayamamaktadır. Bununla birlikte bu durum yalnızca kuramsal bir sınırlılık olabilir; çünkü PKMH'de hedeflenen düzeylere ulaşılması, ilacın doku bölgelerine de dağıldığını düşündürmektedir.

TÖP olarak TDF yerine tenofovir alafenamit (TAF) kullanımının karşılaştırılması

Buchbinder ve Anderson, TAF ile TDF arasındaki önemli farmakokinetik farklılıklara ilişkin verileri de gözden geçirmektedir.

TÖP ilk olarak günlük ağızdan kullanılan TDF/FTC

ile geliştirilmiştir. Ancak ABD Gıda ve İlaç Dairesi (Food and Drug Administration-FDA) 2019 yılında, tenofovirin farklı bir formülasyonunu içeren TAF/FTC'yi onaylamıştır. Başvuru geniş bir endikasyon için yapılmış olsa da, onay yalnızca gey ve biseksüel erkekler ile trans kadınlar için verilmiştir. "DISCOVER" çalışmasına cis cinsiyetli kadınlar dahil edilmediği için FDA paneli daha geniş bir genel endikasyon konusunda görüş birliğine varamamış ve oylamada 10'a karşı 8 oyla bu seçeneğe karşı çıkmıştır. [10, 11]

Her ne kadar Gilead, kadınlarda TAF/FTC ile ek çalışmalar yapmayı taahhüt etmiş olsa da vajinal dokuda TAF'nin daha elverişli bir farmakokinetik profile sahip olduğunu düşündüren verilere rağmen bu çalışmalar hiçbir zaman gerçekleştirilmemiştir.

Faz 3 "DISCOVER" randomize kontrollü çalışmasında, rektal dokuda tenofovir düzeylerinin 10 kat daha düşük ve PKMH'deki düzeylerin 7 kat daha yüksek olmasına rağmen TAF/FTC'nin, kontrol kolunda kullanılan TDF/FTC ile benzer etkililik sağladığı gösterilmiştir. Ayrıca haftada 2 ya da daha fazla doz TAF/FTC kullanan kişilerde HIV enfeksiyonu görülmemiştir.

Hayvan çalışmalarında da TAF/FTC'nin çift doz kullanımının, TDF/FTC'ye kıyasla vajinal dokuda daha yüksek koruyucu düzeylere ve PKMH'de daha yüksek ilaç düzeylerine ulaştığı gösterilmiştir.

Ek FK veriler, IAS kılavuzlarının Haziran 2025'te güncellenmesi ve cis cinsiyetli kadınlar için günlük TAF/FTC'nin endikasyon dışı olarak TÖP amacıyla kullanılabilmesi önerisinin kılavuza eklenmesi ile sonuçlanmıştır. Bu değişiklik, enjekte edilebilir lenakapavirin TÖP amacıyla değerlendirildiği ve ruhsat başvurusuna temel oluşturan faz 3 "PURPOSE 1" randomize kontrollü çalışmasında, TAF/FTC kontrol kolunda elde edilen bulguların analizine dayandırılmıştır. Buna karşılık IAS cinsel eylem temelli doz şemasının daha geniş kullanımını önermemektedir. [12]

Her ne kadar ağızdan TAF/FTC kullanılan koldaki kadınlarda HIV insidansı, TÖP kullanmayan genel topluluktakine benzer bulunmuş olsa da bu sonuç, uyumun yetersiz olması ile açıklanmıştır. Haftada iki ya da daha fazla doz ağızdan TAF/FTC kullanan kadınlarda HIV bulaşma riski, haftada bir ya da daha az doz kullanan kadınlara kıyasla %89 daha düşüktür. TAF/FTC kolunda görülen 39 yeni enfeksiyondan yalnızca 2'sinde ilaç düzeylerinin uygun olduğu saptanmış ve bunlardan birinde bulaşın büyük olasılıkla ilaca dirençli HIV ile gerçekleştiği düşünülmüştür. [13]

Penisin partnerin vücuduna girdiği cinsel ilişki için 2:1:1 doz şemasını değerlendiren, dikkat çekici ve ayrıntılı bir doz belirleme çalışmasında, TAF/FTC ile ex vivo sünnet derisi dokusunda ve PKMH'de tenofovir-difosfat düzeylerinin TDF/FTC'ye kıyasla daha yüksek olduğu ve daha uzun süre korunma elde edildiği bildirilmiştir. [14]

Bu ve bunun gibi çalışmalar, Birleşik Krallık kılavuzlarında TDF ve TAF'nin aynı doz seçenekleriyle ağızdan TÖP amacıyla kullanılabilmesi yönünde öneri yapılmasını desteklemiştir.

TAF ile TDF'ye kıyasla daha yüksek hücre içi ilaç düzeyleri elde edilmesinin, "IPERGAY" çalışmasını yürüten Jean-Michel Molina tarafından yeni bir çalışmanın tasarlanmasına yol açmış olması dikkate değerdir. Bu çalışmada yalnızca iki doz TAF/FTC kullanılmaktadır. "SimpPrEP" çalışmasında 1:1 doz şeması uygulanmakta, TAF/FTC'nin ilk dozu cinsel ilişkiden 24 ila 2 saat önce, ikinci dozu ise 24 saat sonra alınmaktadır. Fransa ve Tayland'da yürütülen bu randomize, açık etiketli çalışmada kontrol kolunda 2:1:1 doz şemasıyla TAF/FTC kullanılmaktadır. Ne yazık ki çalışmaya yalnızca cis cinsiyetli gey ve biseksüel erkekler dâhil edilmektedir ve sonuçların en az iki yıl boyunca elde edilmesi beklenmemektedir. [15]

Çelişkili kılavuzlar: modelleme verileri ve farmakokinetik veriler tüm kılavuz süreçlerinde tartışılmalıdır.

Güncel TÖP kılavuzları arasında, cinsel eylem temelli doz şemaları ve tedaviye çift dozla başlama gibi konular da dahil olmak üzere önemli farklılıklar bulunmaktadır. Her ne kadar kılavuzlar genellikle bağlayıcı kurallar koyduklarını değil, yalnızca yol gösterici olduklarını belirtse de uygulamada hizmetlerin planlanması ve sunulup sunulmayacağı konusundaki kararları belirlemek için kullanılmaktadır.

Her ne kadar farklı kılavuzlarda önerilerin derecelendirilmesi için çoğu zaman farklı yöntemler kullanılsa da bu önerilerin aynı araştırmaların bütünü temel alınarak hazırlanması beklenir. Ancak günümüzde durum böyle değildir. Bazı kılavuz panelleri FK/FD çalışmalarını değerlendirmeye almamaktadır.

Örneğin "GRADE" sistemi kullanılarak hazırlanan 2025 Birleşik Krallık kılavuzlarında, tüm topluluklar için cinsel eylem temelli doz şemasına ilişkin güçlü bir öneri yer almakta ancak bazı özel topluluk gruplarında verilerin sınırlı olduğu kabul edilmektedir. Bu nedenle kanıt düzeyi, bulaş riskinin anal ilişkide

alıcı konumda olmakla ilişkili olduğu durumlarda 1A, vajinal ilişkide alıcı konumda olmakla ilişkili olduğu durumlarda 1C ve cerrahi yeni vajina ile alıcı konumda olmakla ilişkili olduğu durumlarda 1D olarak derecelendirilmiştir. Anal ilişkide alıcı konumda olmanın, vajinal ilişkide alıcı konumda olmaya kıyasla anlamlı ölçüde daha yüksek risk taşıdığı kabul edilmesine rağmen bu, “GRADE” yönteminin farklı kanıt türlerini değerlendirme biçiminden kaynaklanan bir sınırlılıktır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kılavuzları da 2025 yılında “GRADE” yöntemi kullanılarak güncellenmiş olmakla birlikte, cis cinsiyetli kadınlar için yalnızca günlük doz şemasının kullanılması önerilmektedir. Bunun nedeni, haftada yalnızca dört ya da daha fazla dozla yüksek etkililik sağlandığını destekleyen geniş bir gözlemsel kohort derlemesinin sonuçlarına rağmen, koruma mekanizmasına ilişkin FK/FD araştırmaların yeterince dikkate alınmamasıdır. [16]

Daha basit bir örnek, DSÖ'nün herkesin TÖP'ye çift dozla başlayarak iki saat içinde korunma sağlayabileceğini rutin olarak önermemeye kararındır. Oysa bu öneri, hızlı korunma sağlaması nedeniyle TÖP'nin kabul edilebilirliğini ve bununla ilişkili yaşam kalitesini hemen artırabilir ve bulaşı azaltma potansiyeli taşıyabilir.

Başlangıçta çift doz kullanımını destekleyen veriler, bu yaklaşımın daha az toplam doz miktarı ile tüm vücut kısımlarında hedef ilaç düzeylerine hızla ulaşıldığını ve güvenlik açısından kaygı yaratacak bir işaret bulunmadığını göstermektedir. Not olarak, HIV için temas sonrası profilaksi (TSP) uygulamasının da çift dozla başlanarak daha etkin hale getirilebileceği ileri sürülebilir; çünkü TSP'ye olabildiğince erken başlanması kritik önem taşımakta ve erişim çoğu zaman kaçınılmaz olarak saatlerce gecikmektedir.

Diğer kılavuzlarda ise cis cinsiyetli kadınların, çift dozla ulaşılan aynı hedef ilaç düzeylerine erişebilmesi için cinsel ilişkiden önce 7 gün boyunca günlük TÖP kullanması önerilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi ise halen 21 gün önermektedir. Bu tarihsel veriler, kadınların TÖP'ye başlamadan ya da TÖP'yi denemeye karar vermeden önce yüksek uyum engellerini aşmak zorunda kalmasına yol açmaktadır.

Trans ve ikili cinsiyet dışında kalan kişiler ile enjeksiyonla ilişkili riskler

Her ne kadar birçok TÖP çalışmasına trans kadınlar dahil edilmiş olsa da trans erkekleri ve/veya ikili cinsiyet dışında kalan kişileri aktif olarak kapsayan

çalışma sayısı çok azdır. Lenakapavir ile yürütülen “PURPOSE 5” çalışması bunun tek istisnasıdır.

Bununla birlikte, doğrudan verilerin sınırlı olması, TÖP'nin tüm kişilerde aynı ölçüde etkili olmayacağı anlamına gelmez. Yukarıda tartışıldığı üzere, korumanın temelinde PKMH'deki ilaç düzeyleri bulunuyorsa bu durum özellikle geçerlidir.

Cis cinsiyetli heteroseksüel erkekler de ruhsat başvurusuna temel oluşturan hiçbir TÖP çalışmasına dâhil edilmemiştir. Buna karşın tüm kılavuzlarda bu kişilerin TÖP kullanabileceği önerilmektedir ve bu yerinde bir yaklaşımdır. Öte yandan, cis cinsiyetli heteroseksüel erkekler “Partner PrEP” çalışmasına dâhil edilmiştir. Bu çalışmada hem tek başına TDF hem de ikili TDF/FTC kullanımının plaseboya kıyasla TÖP olarak etkili olduğu gösterilmiştir. [17]

Trans kadınlarda yürütülen çalışmalarda, tedaviye uyum yeterli düzeyde olduğu sürece cis cinsiyetli gey ve biseksüel erkeklere kıyasla herhangi bir fark bildirilmemiştir; ancak bu çalışmaların olası farkları gösterecek istatistiksel güce sahip olmamış olması muhtemeldir. Bu durum, anal cinsel ilişki için günlük TÖP veya 2:1:1 doz şemasının kullanılabilmesi seçeneğini de kapsamaktadır. Her ne kadar bazı biyolojik değişiklikler bulaş açısından daha yüksek risk yaratabilecek olsa ve bu konuda araştırmaların sürdürülmesi önem taşısa da, TÖP'nin etkililiği büyük ölçüde periferik kan mononükleer hücreleri (PKMH) içindeki ilaç düzeyleriyle belirleniyorsa bu risklerin de aşılması beklenebilir. TÖP için kullanılan ilaçlar ile cinsiyet değişiminde kullanılan hormonlar arasında herhangi bir ilaç etkileşimi bulunmamaktadır.

Riskin cinsel yoldan değil, enjeksiyon yoluyla madde kullanımından kaynaklandığı durumlarda da TÖP kullanılması önerilmektedir. Ancak bu alanda koruyuculuğu kanıtlayan doğrudan veri sınırlıdır. TÖP'ye erişimi destekleyen birincil sonlanım noktası bulgularına sahip randomize kontrollü bir çalışma olmasına rağmen “Bangkok Tenofovir” çalışmasında da pek çok sorun bulunmaktadır. TÖP'nin etkililiği, PKMH'deki ilaç düzeylerine bağlı sistemik dağılımla belirleniyorsa, TÖP'nin, uyumun az olduğu durumlarda da etkili olması beklenir. [18]

Gelecekte yürütülecek araştırmalar

TÖP'nin yeni formülasyonlarına ilişkin gelecekte yürütülecek araştırmalar, daha da uzun etkili enjeksiyonları kapsayacaktır. Bunlar arasında yılda bir uygulanan lenakapavir ve dört ayda bir uygulanan kabotegravir yer almaktadır.

MK-8527'nin ayda bir ağızdan tek doz kullanımını için de çalışmalar halen sürmektedir. Bu bileşiğin hem TÖP hem de TSP amacıyla etkili olma potansiyeli bulunmaktadır.

Uluslararası finans dünyasındaki yeni durum çerçevesinde, bu bileşiklere yönelik yüksek düzeydeki ilgi, fiyatlandırma ve maliyet gibi ulaşılabirlik sorunlarını kapsayan somut gerçeklerle dengelenmelidir.

Bu noktada, gelecekte yürütülecek araştırmaların büyük olasılıkla yanıtlayamayacağı veri boşluklarına

dikkat çekmek de yerinde olacaktır. Kadınlarda ağızdan TÖP'nin cinsel eylem temelli doz uygulamasını değerlendiren bir randomize kontrollü çalışma, son 10 yıl içinde fonlanıp yürütülmemişse, TÖP araştırmalarındaki önceliğin büyük ölçüde ticari araştırmaları yönlendirecek uzun etkili formülasyonlara kaydığı günümüzde böyle bir çalışmanın desteklenmesi artık beklenmemelidir.

Küresel sağlık alanındaki uluslararası fonlama krizi de gelecekte bu konuda araştırma yürütülme olasılığını azaltmaktadır. +

Yorum

Cinsel eylem temelli doz şemasına erişimde daha fazla eşitlik sağlanması, 2026 yılında acil ele alınması gereken bir konu hâline gelmelidir. Bu gereksinim, kilit topluluklarda TÖP kullanımının hâlen istenenden çok daha düşük düzeyde olması nedeniyle özellikle önem taşımaktadır. Örneğin Avrupa genelinde TÖP kullanan kişilerin halen %5'inden azı kadındır. [19]

Bazı kılavuzların FK/FD çalışmalardan elde edilen kanıtların tartışılmasını sınırlama kararı, TÖP için daha kolay uygulanabilir seçeneklerin önünde bir engel oluşturmaktadır. Bu durum hem çift dozla başlanarak daha hızlı koruma sağlanmasını hem de cinsel eylem temelli doz şemasının daha geniş kullanımını sınırlandırmaktadır. Ayrıca TÖP'nin onayı geniş randomize kontrollü çalışmalardan elde edilen sonuçlara dayandırılmış olsa da, gerçek etkisinin anlaşılması her zaman ikincil FK/FD analizlerine bağlı olmuştur. Bu süreç, 2010 yılında yayımlanan ilk "i-PrEX" çalışmasıyla başlamıştır. Bu çalışmada birincil analizde %43 olarak bildirilen etkililiğin, ilaç düzeyi verileri de analize eklendikten sonra aslında %95'e daha yakın olduğu anlaşılmıştır. [20]

Tüm öneriler için yalnızca yeni randomize kontrollü çalışmalara gereksinim duyulduğunu belirtmek, bu yeni çalışmaların hiçbir zaman fonlanmayacağı ya da yürütülmeyeceği gerçeğini göz ardı etmektedir. Kanıt düzeyinin ideal olarak tüm topluluklar için aynı olması beklense de bu gerçekçi değildir; çünkü çalışmalar alt gruplarda etkililiği gösterecek istatistiksel güçle tasarlanmamaktadır. TÖP açısından "GRADE" sürecinin bu yorumlanma biçiminin acilen gözden geçirilmesi gerekmektedir.

Kılavuzlarda, TÖP'nin etkililiğini değerlendiren hiçbir çalışmaya dâhil edilmemiş olan cis cinsiyetli heteroseksüel erkeklerde günlük ve cinsel eylem temelli TÖP'nin yaygın biçimde önerildiği bilinmektedir. Benzer bir durum, büyük ölçüde trans erkekler için de geçerlidir. Ayrıca trans kadınlarda 2:1:1 doz şemasının öneriliyor olması kuşkusuz olumlu bir yaklaşımdır. Ancak bu öneri de büyük olasılıkla, etkililiği gösterecek istatistiksel güce sahip olmayan verilerle desteklenmektedir.

Tüm kılavuzlar, cinsel eylem temelli doz şeması ve tüm topluluklarda çift dozla başlama seçeneği de dahil olmak üzere, TÖP'nin etkililiğini destekleyen geniş veri yelpazesini tartışma sorumluluğu taşımaktadır.

İster enjeksiyon yoluyla isterse ağızdan kullanılsın, uzun etkili formülasyonlar son derece umut verici olsa da TDF ve TAF temelli ağızdan TÖP seçenekleri yüksek derecede etkilidir, ekonomiktir ve önümüzdeki yıllar boyunca milyonlarca kişi için erişilebilir tek seçenek olmayı sürdüreceği gibi görünmektedir.

Kılavuzlar ayrıca, erişimi mevcut tüm kanıtlar temelinde kolaylaştırma ve hiçbir zaman gerçekleştirilemeyecek ideal araştırmaları bekleyerek erişimi engellememe sorumluluğu taşımaktadır.

Kaynaklar

1. Engel N et al. Optimizing On-Demand Tenofovir Disoproxil Fumarate/Emtricitabine Dosing in Women for HIV Prevention. J Inf Dis, 2025 jiaf459. academic.oup.com/jid/advance-article-abstract/doi/10.1093/infdis/jiaf459/8251364
2. Buchbinder SP and Anderson PL. On-Demand Dosing of HIV Preexposure Prophylaxis for Women: Has Their Time Finally Come? J Inf Dis, 2025 jiaf507. oi.org/10.1093/infdis/jiaf507
3. IPERGAY PrEP study shows early efficacy in protecting gay men from HIV: all participants to switch to active drug. HTB (29 October 2014). i-base.info/ipergay-prep-study-shows-early-efficacy-in-protecting-gay-men-from-hiv
4. BASHH/BHIVA. Guideline on the Use of HIV Pre-exposure Prophylaxis (2025) www.bashh.org/resources/5/hiv_preexposure_prophylaxis_2018 (sic) www.bashh.org/_userfiles/pages/files/prep_2025.pdf (PDF)
5. HTB. EACS guidelines major update: ART OIs on-demand PrEP for women weight gain HIV-2 pregnancy infant feeding sleep disorders and more. HTN (21 October 2025). i-base.info/htb/52581Also: EACS guidelines. PrEP. October 1015. eacs.sanfordguide.com/en/eacs-hiv/art/eacs-pre-exposure-prophylaxis

6. WHO guidelines: major updates on injectables AHD breastfeeding infant prophylaxis and peer support. HTB (2 August 2025). i-base.info/htb/52185
7. Dan DHS et al. CMAJ . 2025 Nov 30;197(41):E1374-E1391. doi: 10.1503/cmaj.250511. Canadian guideline on HIV pre- and postexposure prophylaxis: 2025 update. 30 November 2025. pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12680393
8. Zhang L et al. Model-based predictions of protective HIV pre-exposure prophylaxis adherence in cisgender women. Nature Medicine. 2023;29 (11):2753-62.
9. von Kleist M et al. Pharmacological markers of HIV prevention for oral pre-exposure prophylaxis in MSM. Published ahead of peer review. doi.org/10.21203/rs.3.rs-7537396/v1 www.researchsquare.com/article/rs-7537396/v1
10. US approves F/TAF for PrEP (Descovy): indication excludes risk from receptive vaginal sex. HTB (18 October 2019) i-base.info/htb/36734
11. New option for PrEP – TAF/FTC is non-inferior to TDF/FTC: results of phase 3 DISCOVER study. HTB (12 March 2019). i-base.info/htb/35809
12. Landovitz RJ, Molina J-M, Buchbinder SP et al. Updated Recommendations From the 2024 International Antiviral Society–USA Panel. JAMA 334 (7):638-639. doi:10.1001/jama.2025.11410. (27 June 2025). jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2835835
13. Kiweewa FM et al. Adherence to F/TAF in cisgender women prevents HIV with low risk of resistance or diagnostic delay. CROI 2025, oral abstract 194. www.croiconference.org/abstract/1937-2025
14. Herrera C et al for the CHAPS study. Dose finding study for on-demand HIV pre-exposure prophylaxis for insertive sex in sub-Saharan Africa: results from the CHAPS open label randomised controlled trial. EBioMedicine. 2023 Jul;93:104648. doi: 10.1016/j.ebiom.2023.104648. Epub 2023 Jun 14. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37327677
15. ClinicalTrials.gov. Efficacy, Acceptability and Safety of Event-driven HIV PrEP Using TAF/FTC in MSM in Thailand and France. (SimpPrEP). clinicaltrials.gov/study/NCT05813964
16. Marrazzo J et al. HIV Preexposure Prophylaxis With Emtricitabine and Tenofovir Disoproxil Fumarate Among Cisgender Women. JAMA. doi:10.1001/jama.2024.0464. (1 March 2024). www.jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2816036
17. Baeten JM et al for the Partners PrEP Study Team. Antiretroviral Prophylaxis for HIV Prevention in Heterosexual Men and Women. N Engl J Med 37(5). 2012367:399-410. DOI: 10.1056/NEJMoa1108524. (2 August 2012). www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1108524
18. Bangkok Tenofovir Study: US CDC recommends oral PrEP for injecting drug users – based on 16 fewer infections over 5 years. HTB (25 July 2013). i-base.info/htb/22005
19. HTB. Europe is missing HIV targets but EACS now recommends event-based PrEP for all using 2:1:1 or 2:7 dosing (27 October 2025). i-base.info/htb/52635
20. Pre-exposure prophylaxis (PrEP) with tenofovir/FTC reduces sexual transmission of HIV between men at high risk: results from the iPrEx study. HTB (1 December 2010). i-base.info/htb/14191

KOENFEKSİYONLAR VE KOMPLİKASYONLAR

Hem bağışçı hem alıcı HIV pozitif olduğunda böbrek naklinin emniyeti

Simon Collins, HIV i-Base

US Hope in Action Çalışması'nın ikincil analizinde elde edilen bulgular, HIV+ (s=99) ve HIV- (s=99) bağışçılardan böbrek nakli yapıldığında, iki yıldan uzun bir izlem süresi boyunca iki grup arasında enfeksiyon sayısı, enfeksiyona bağlı mortalite, enfeksiyon bölgesi veya süresi açısından anlamlı bir fark olmadığını ortaya koymuştur. Ancak

bağışçı HIV+ olduğunda enfeksiyon gelişinceye kadar geçen zaman daha kısa ve enfeksiyon sayısı daha fazla bulunmuştur. [1]

Clinical Infectious Diseases dergisinde yakın tarihte yayımlanmış olan bir editör yazısı da HIV ile yaşayan kişilerin hayatını yeni kaybetmiş HIV pozitif kişilerden organ almalarının yani hem bağışçının hem de alıcının HIV pozitif olmasının

(B+A+) güvenli olduğunu doğrulamıştır. Hatta bu tür bir uygulamanın, ciddi böbrek hasarının hızla ilerleyebildiği HIV ile yaşayan kişileri olumsuz etkileyen nakil bekleme listelerinde geçirilen zamanı kısaltabileceği de belirtilmiştir.[2]

2016 yılından bu yana, US HIV Organ Policy Equity (HOPE) Act, bilimsel bir çalışma kapsamında B+A+ solid organ nakillerinin yapılmasına onay vermiştir.

Yorum

Bu çalışmanın erken dönemine ait bulgular 2024 yılında yayımlanmıştır. [3]

Başka ülkeler de canlı bağışçılar da dâhil olmak üzere +/- nakillere izin vermektedir. [4]

Bu bulgular, HIV negatif kişilerin de HIV pozitif bağışçılardan organ alması olasılığını gündeme getirmektedir. HIV enfeksiyonunun günümüzde tedavi ile kontrol altında tutulabilir olduğu dikkate alındığında bu yaklaşım, hayat kurtaran bir seçenek olarak kabul görebilir.

2018 yılında Güney Afrika'da HIV pozitif bir annenin karaciğerinden bir parçayı HIV negatif çocuğuna aktarılacak üzere bağışladığı bildirilmiştir. [4]

Kaynaklar

1. Arant EC et al. Infections After Kidney Transplantation From Donors With Human Immunodeficiency Virus (HIV) to Recipients With HIV, Clinical Infectious Diseases, 2026; ciaf656. (11 Ocak 2026). <https://doi.org/10.1093/cid/ciaf656>
2. Dhand A and Pouch SM. Infections After Kidney Transplantation from Donors with HIV to Recipients with HIV: Insights, Prevention, and the Path Forward, Clinical Infectious Diseases, 2026; ciaf657. (11 Ocak 2026). <https://doi.org/10.1093/cid/ciaf657>
3. Kidney transplants from HIV positive donors to HIV recipients. HTB (17 Ekim 2024) <https://i-base.info/htb/49149>
4. First successful liver transplant from living donor with HIV/HCV coinfection: surgical video online. HTB (1 Haziran 202). <https://i-base.info/htb/45603>

KANSER VE HIV

D:A:D ve RESPOND çalışmalarının sonuçları, HIV ile yaşayan kadınlarda kanser taramalarının, rutin HIV izlemine dâhil edilmesi görüşünü destekliyor

Simon Collins, HIV i-Base

D:A:D ve RESPOND çalışmalarının kohortlarının dâhil edildiği büyük ölçekli uluslararası gözlemsel bir çalışmanın sonuçları, HIV ile yaşayan kadınlarda farklı kanser türleri için erken tanı ve izlemin önceliklendirilmesini sağlayacak önemli veriler sunmaktadır.(1)

Çalışmaya, doğumda kadın cinsiyeti olan ve HIV ile yaşayan >17.500 kadın dâhil edilmiş ve >141.000 katılımcı yılı boyunca yapılan izlemin verileri değerlendirilmiştir.

Çalışmada katılımcıların ortalama yaşının 39 yıl (Çeyreklik Değerler Aralığı-ÇDA 32-46); %48'inin beyaz, %23'ünün siyah ve %5'inin diğer ırk/etnik

Organ reddi, greftin sağkalım süresi, ciddi istenmeyen olaylar, enfeksiyonlar, cerrahi komplikasyonlar ve kanser oranları, bağışçının HIV negatif olduğu durumdakine benzer bulunmuştur.

Haziran 2025 tarihinde, bu pilot çalışmada elde edilen başarılı sonuçlar, Amerika Birleşik Devletleri'nde B+A+ nakillerin araştırma kapsamı dışında da yapılabilmesi konusunda onay verilmesini sağlamıştır. +

kökenden olduğu ve yaklaşık %25'inde ise etnik kökenin bilinmediği bildirilmiştir. Katılımcılar Batı Avrupa (%43), Güney Avrupa (%26) ve Kuzey Avrupa'daki (%17) kohortlardan dâhil edilmiştir. Başlangıçtaki CD4+T lenfositleri ortalama sayısı 458 hücre/mm³ (ÇDA 306-654), ART başlanmadan önceki en düşük CD4+ T lenfositleri sayısı ise 223 hücre/mm³ (ÇDA 110-363) bulunmuştur. Kadınların yaklaşık %30'u aktif olarak sigara kullanmaktadır.


Ortalama 9,2 yıllık izlem süresi sonunda (5,5-10,1), 832 kadına herhangi bir kanser tanısı konmuştur. Genel kanser insidans hızı 1000 hasta yılı başına 5,9'dur (%95 güven aralığı-GA 5,5-6,4). En yüksek insidans hızları meme kanseri (1,1), akciğer kanseri (0,7) ve Hodgkin dışı lenfomada (0,5) saptanmıştır.

İleri yaş (≥ 45 yaş ve < 45 yaş karşılaştırıldığında), coğrafi bölge (Güney Avrupa ve Batı Avrupa karşılaştırıldığında) ve aktif sigara kullanımı genel kanser riski ile ilişkili bulunmuştur. ART başlanmadan önceki en düşük CD4+T lenfosit düzeyinin düşük olduğu ve AIDS tanısı öyküsü bulunan kişilerde akciğer kanseri ve HPV ile ilişkili kanser oranlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Kaynaklar

1. Han MW et al on behalf of the D:A:D and RESPOND collaborations. Cancer burden and risk factors among women with HIV: a multi-regional study from the D:A:D and RESPOND cohort collaborations. eClinical Medicine, Ocak 2026. DOI: 10.1016/j.eclinm.2025.103739.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2589537025006741>

Çalışmanın bu sonuçları, yoğunlaştırılmış taramanın özellikle bu gruplarda öncelik kazanması görüşünü destekler niteliktedir. Araştırmacılar, kadınlarda kanserden korunmanın rutin HIV izlemine dâhil edilmesi gerektiği sonucuna varmışlardır. Ayrıca verilerinin, kanser riskini azaltmada erken HIV tanısının, virolojik baskılanmanın sürdürülmesinin ve sigarayı bırakmaya yönelik girişimlerin önemini vurguladığını belirtmişlerdir. 


ANTİRETROVİRALLER

Pediyatrik dolutegravir/lamivudin kombinasyonunun küçük çocuklarda kullanım onayını almak üzere EMA ve FDA'ya başvuru yapılmıştır

Simon Collins, HIV i-Base

11 Mayıs 2026 tarihinde ViiV Healthcare, dolutegravir/lamivudin (DTG/3TC) preparatının endikasyonlarını küçük çocukları içerecek şekilde genişletmek üzere Avrupa İlaç Ajansı (European Medicines Agency-EMA) ve Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi (United States Food and Drug Administration-US FDA) başvurularını yaptıklarını bildirmiştir.

Bu başvurular, 3 aylık ve daha büyük ve 6-25 kg arasındaki çocuklarda kullanılacak yeni bir dağılıbilir tablet formülasyonunu kapsamaktadır. Bunun yanı sıra, film kaplı tabletin endikasyonunun en az 20 kg ağırlığındaki pediyatrik hastaları da kapsayacak şekilde genişletilmesi için de başvuru yapılmıştır.

Hâlihazırdaki endikasyonlar, en az 12 yaşında ve Avrupa Birliği ülkelerinde en az 40 kg, Amerika Birleşik Devletleri'nde en az 25 kg ağırlığındaki çocuklar içindir. 

Kaynaklar

1. ViiV press release. ViiV Healthcare aims to close treatment gaps for children living with HIV with paediatric Dovato marketing applications to the EMA and FDA. (11 Mayıs 2026).

<https://viihealthcare.com/hiv-news-and-media/news/press-releases/2026/may/aims-to-close-treatment-gaps-for-children-living-with-hiv/>

HABERLER

ABD fon kesintilerinin, en yoksul ülkelerde, 2030 yılına kadar 23 milyon ek ölüme yol açacağı öngörülüyor

Simon Collins, HIV i-Base

Geçen yıl uluslararası yardımlarda yapılan genel kesintilerin, özellikle de en büyük tek bağışçı olan Amerika Birleşik

Devletleri (ABD) tarafından yapılan kesintilerin etkisini değerlendiren yeni bir analizde, önümüzdeki dört yıl


içinde düşük ve orta gelirli ülkelerde fazladan 23 milyon ölüm görülebileceği öngörülmektedir.

Çalışmada, 93 düşük ve orta gelirli ülkeden elde edilen verilere dayanılarak 2002-2021 yılları arasında kalkınma fonlarının etkisi retrospektif olarak değerlendirilmiş; ayrıca gelecekteki mortaliteyi öngörmek için, ülkeye özgü doğrulanmış modeller kullanılmıştır. Brezilya ve İspanya'dan araştırmacıların işbirliğiyle yürütülen çalışma, kısa süre önce Lancet Global Health dergisinde açık erişimli makale olarak yayımlanmıştır. [1]

Yazarlar, 20 yıllık süreçte önceki kalkınma fonlarının küresel ölçekte tüm nedenlere bağlı mortalitede (%23), beş yaşın altındaki mortalitede (%39), HIV/AIDS'e bağlı mortalitede (%70), sıtmaya bağlı mortalitede (%56), beslenme yetersizliklerine bağlı mortalitede

(%56) ve ihmal edilmiş tropikal hastalıklara bağlı mortalitede (%54) belirgin düşüşler sağladığını bildirmiştir. Tüberküloz, ishal, alt solunum yolu enfeksiyonları ile maternal ve perinatal nedenlere bağlı mortalitede de anlamlı azalmalar saptanmıştır.

Geçen yıl ABD tarafından yapılan ciddi fon kesintilerine dayanan yeni modelleme, 2030 yılına kadar 22,6 milyon ek ölüm gerçekleşebileceğini öngörmektedir (%95 belirsizlik aralığı 16,3-29,3). Bu ölümlerin 5,4 milyondan fazlasının beş yaşın altındaki çocuklarda olacağı tahmin edilmektedir.

Tüm ülkelerde resmî kalkınma yardımlarındaki önceki azalma eğiliminin devam etmesi olarak tanımlanan hafif fon kesintisi modelinde bile, toplamda 9,4 milyon ek ölüm öngörülmektedir (%95 belirsizlik aralığı-BA 6,2-12,6). Bu ölümlerin 2,5 milyonunun beş yaşın altındaki çocuklarda gerçekleşeceği tahmin edilmektedir. 

Yorum

Makalede, yardımlara yönelik fon kesintilerinin etkisi “yıkıcı” olarak nitelendirilmekte ve bunun COVID-19 pandemisinin etkisini aşabileceği belirtilmektedir.

Bu araştırma, yalnızca ABD politikasındaki değişikliklerin etkisini öngörmek açısından değil, Birleşik Krallık, Fransa ve Almanya dâhil olmak üzere diğer büyük fon sağlayıcıların kesintilerinin etkisini göstermesi açısından da önemlidir.

Trump yönetimi, gelecekte sağlanacak yardımların yapısını da dramatik biçimde değiştirmiştir. ABD, uluslararası işbirliğini temel alan programlara katkı sunmaya devam etmek yerine, artık her ülkenin hükümetiyle ikili anlaşmalar yapılmasını şart koşturmaktadır.

Her bir anlaşmanın ayrıntıları açıklanmamış olmakla birlikte, bu anlaşmaların ABD'ye vatandaşların sağlık kayıtlarının ve diğer verilerinin sağlanmasına yönelik uzun vadeli taahhütleri ve ABD şirketleriyle öncelikli ticari sözleşmeler yapılmasının kabul edilmesini içerdiği bildirilmektedir.

Lancet dergisinin 31 Ocak sayısının kapağında şu alıntıya yer verilmiştir:

“ABD, DSÖ'den ayrılma bildirimini iletildiği yıl [2025] ya da ayrılığın yürürlüğe girmesinin planlandığı yıl [2026] için mali yükümlülüklerini yerine getirmemiştir ve... ayrıca önceki yıldan [2024] kalan ödenmemiş borçları da bulunmaktadır.”

Kaynaklar

1. da Silva AF et al. Impact of two decades of humanitarian and development assistance and the projected mortality consequences of current defunding to 2030: retrospective evaluation and forecasting analysis. The Lancet Global Health, DOI: 10.1016/S2214-109X(26)00008-2 (02 Şubat 2026).

[https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(26\)00008-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(26)00008-2/fulltext)

Söyleşi

Bu sayımızda, İstanbul Okan Üniversitesi Hemşirelik Bölümü'nde çalışan Dr. Öğretim Üyesi Özlem Akgöl ile söyleşi yaptık. Sorularımıza verdiği yanıtlar için kendisine teşekkür ederiz.

HTB: Bize kendiniz tanıtır mısınız?

ÖA: Dr. Öğretim Üyesi Özlem Akgöl, 1981 Balıkesir doğumluyum. 2002 yılında İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu'ndan mezun oldum. Ardından Marmara Üniversitesi'nde Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans, 2022'de İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi'nde Kadın Sağlığı Hemşireliği doktora programını tamamladım. 2002-2015 yılları arasında hastanelerde çeşitli görevlerde çalıştıktan sonra 2015 yılından bu yana İstanbul Okan Üniversitesi'nde önce İlk ve Acil Yardım Programı'nda çalışmaya başladım; ardından geçtiğim Hemşirelik Bölümü'nde halen öğretim üyesi olarak çalışmaktım. Kadın Sağlığı Hemşireliği Derneği'nde yönetim kurulu üyesi olarak görev yaptım ve Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı Hakları Platformu'nda bu derneği temsil etmekteyim. Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı (TAPV) iş birliği ile çeşitli HIV farkındalık etkinlikleri düzenledim. Özellikle HIV ile yaşayan bireylerin sağlık hizmetlerine erişimi, psikososyal destek süreçleri ve damgalama ile mücadele konularında çalışmalar yürütüyorum. Sahada hem danışmanlık hem eğitim hem de farkındalık projelerinde aktif olarak yer aldım.

HTB: HIV alanında çalışmaya nasıl başladınız? Sizi bu alana yönlendiren ne oldu?

ÖA: Kadın sağlığı hemşireliği alanında doktora yaptığım dönemde yürüttüğüm araştırmalarda, HIV ile yaşayan kadınların çocuk sahibi olma isteği taşıdıklarını fark ettim. Ancak bulaş riskiyle ilgili kaygılar, toplumsal baskılar, damgalanma ve sağlık hizmetlerine erişimde yaşadıkları güçlükler nedeniyle bu süreçte ciddi sorunlarla karşılaştıklarını gördüm. Literatürü daha derinlemesine incelediğimde, yalnızca toplum tarafından damgalanmadıklarını, zaman zaman kendilerini de damgaladıklarını; özellikle üreme sağlığı ve cinsel sağlık hizmetlerine erişimde önemli engeller yaşadıklarını fark ettim. Bu durum

beni HIV alanında çalışmaya yönlendirdi.

Doktora tez çalışmamda, HIV'in artık kronik bir sağlık durumu olarak yönetilebildiğini, uygun tedavi ve danışmanlıkla HIV ile yaşayan kadınların sağlıklı bir şekilde çocuk sahibi olabileceklerini anlatan bir üreme sağlığı eğitim programı geliştirdim. Program kapsamında; cinsel sağlık ve üreme sağlığı, güvenli gebelik, bulaşın önlenmesi, sosyal ilişkiler, genel sağlık davranışları ve düzenli tarama programları gibi konularda eğitimler verdim. Daha sonra bu eğitim programının etkinliğini değerlendirerek, kadınların bilgi düzeyi, farkındalığı ve sağlık davranışları üzerindeki etkilerini inceleme fırsatı buldum. Bu süreç, HIV ile yaşayan bireylerin yalnızca tıbbi değil, psikososyal, toplumsal ve üreme sağlığı açısından da desteklenmesi gerektiğini daha güçlü biçimde görmemi sağladı.

HTB: Bu alanda çalışmak sizi kişisel olarak nasıl etkiledi?

ÖA: HIV alanında çalışmak beni hem mesleki hem de kişisel olarak çok etkiledi. HIV ile yaşayan kadınlarla çalışırken, bireylerin yalnızca enfeksiyonla değil, toplumdaki damgalanma, önyargılar ve hatta bazen sağlık çalışanlarının bilgi eksikliği nedeniyle de mücadele etmek zorunda kaldıklarını fark ettim. Özellikle kadınların, toplumsal roller ve cinsiyet eşitsizlikleri nedeniyle daha fazla psikososyal yük yaşadığını görmek beni derinden etkiledi. Bu süreç, beni HIV konusunda daha fazla farkındalık çalışması yapmaya yönlendirdi. Halkı, öğrencileri ve sağlık profesyonellerini bilgilendirmenin ne kadar önemli olduğunu daha iyi anladım ve bu konuda kendimi geliştirmeye, bilgi paylaşmaya daha fazla önem vermeye başladım. Aynı zamanda HIV ile yaşayan bireylerle kurduğum ilişkiler benim için çok kıymetliydi. Bu süreçte HIV ile yaşayan arkadaşlarım oldu ve çok güzel dostluklar edindim. İnsanlar arasında ayırım yapmayan biri olmama rağmen, bu deneyimler empati becerimi

ve insan hakları konusundaki duyarlılığımı daha da güçlendirdi. Özellikle danışmanlık verdiğim kadınların ve gençlerin yaşamlarında olumlu bir fark yaratabildiğimi görmek, kendimi hem mesleki hem de insani anlamda faydalı hissetmemi sağladı.

HTB: İlk çalışmalarınızda karşılaştığınız en büyük zorluk neydi?

ÖA: İlk çalışmalarında karşılaştığım en büyük zorluk, HIV ile yaşayan kadınlara ulaşabilmektir. HIV ile yaşayan erkekler görece daha görünürken, kadınlar damgalanma ve dışlanma korkusu nedeniyle görünür olmak istemiyorlardı. Bu süreçte, Pozitifiz Derneği'nden Çiğdem Şimşek ve Önder Bora ile Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Fehmi Tabak hocamızın ve ekibinin desteği sayesinde kadınlara ulaşma fırsatı buldum.

Kadınların mahremiyetini korumak benim için en önemli konulardan biriydi. Bu nedenle eğitimlerimi birebir gerçekleştirdim. Aslında görüşmeleri ve eğitimleri yüz yüze yapmayı planlamıştım; ancak pandemi nedeniyle süreci çevrimiçi yürütmek zorunda kaldım. Görüşmelerde her kadının kendi yaşamına özgü sorunlarını ayrı ayrı ele aldım. Bazı kadınlar HIV statülerini aileleriyle paylaşmadıkları için, görüşmeleri evde yalnız oldukları gün ve saatlere göre planladık. Bir diğer önemli zorluk ise kadınların sağlık hizmetlerine erişim konusundaki kaygılarıydı. Düzenli kadın sağlığı taramalarını yaptırmaları gerekiyordu; ancak sağlık çalışanları veya doktorlar tarafından damgalanmaktan korktukları için sağlık kurumlarına başvurmak istemiyorlardı. Bunun yanında ruhsal olarak zorlanan, depresif ve mutsuz kadınlar da vardı. HIV'i onların yaşamında "yönetilebilir bir durum" olarak normalleştirebilmek ve umut duygusunu yeniden güçlendirmek kolay değildi. Ancak zamanla kurduğumuz güven ilişkisi sayesinde bu süreci birlikte aşmayı başardık.

HTB: HIV ile yaşayan bireyler için yürüttüğünüz en önemli projeler hangileri?

ÖA: HIV ile yaşayan bireylere yönelik yürüttüğüm çalışmalar arasında, HIV ile yaşayan kadınlara yönelik Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli doğrultusunda geliştirdiğim üreme sağlığı eğitim programı önemli bir yer tutuyor. Bu program kapsamında kadınlara üreme sağlığı, cinsel sağlık, güvenli gebelik, düzenli taramalar ve sağlıklı yaşam davranışları konusunda eğitimler vererek programın etkinliğini değerlendirdim. Ayrıca toplumdaki

önyargıları azaltmak ve doğru bilgiye erişimi artırmak amacıyla HIV farkındalık çalışmaları yürütmeye devam ediyorum.

Özellikle gençler, öğrenciler ve sağlık profesyonellerine yönelik eğitim ve bilgilendirme etkinlikleri düzenleyerek HIV ile yaşayan bireylerin damgalanmadan uzak, eşit sağlık hizmetine erişebilmesi için katkı sunmaya çalışıyorum. Bunun yanı sıra HIV alanında farklı boyutları ele alan iki tez çalışması daha yönettim. Bunlardan ilki, AIDS/HIV hastalarının yaşadığı içselleştirilmiş damgalanmanın yaşam kalitesi ve ilaç uyumu üzerindeki etkisini inceleyen çalışmaydı. Bu çalışmada damgalanmanın bireylerin psikososyal iyi oluşunu ve tedaviye uyum süreçlerini ne ölçüde etkilediğini değerlendirdik. Diğer çalışmam ise LGBTİ+ bireylerin HIV/AIDS ve HPV konusundaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesine yönelikti. Bu çalışmada özellikle korunma, bulaş yolları, tarama ve farkındalık konularındaki bilgi düzeylerini inceleyerek eğitim gereksinimlerini ortaya koymayı amaçladık. HIV alanında yürüttüğüm çalışmalar arasında, HIV ile yaşayan kadınların yaşadıkları psikososyal sorunları ele alan nitel araştırmalar da bulunmaktadır. Bu kapsamda gerçekleştirdiğim "HIV ile Yaşayan Kadınların Sosyal Hayatta Karşılaştığı Zorluklar: Nitel Bir Çalışma" araştırmasında, kadınların günlük yaşamda deneyimledikleri damgalanma, dışlanma, gizlilik ihtiyacı, sosyal ilişkilerde yaşanan güçlükler ve sağlık hizmetlerine erişimde karşılaştıkları sorunları derinlemesine inceleme fırsatı buldum. Bu çalışma sayesinde HIV ile yaşayan kadınların yalnızca tıbbi değil; sosyal, psikolojik ve toplumsal açıdan da çok yönlü desteklenmeye ihtiyaç duyduklarını daha net gördüm. Özellikle kadınların HIV statülerini açıklama konusundaki kaygıları, aile ve sosyal çevre ilişkilerindeki zorluklar ve sağlık çalışanları tarafından damgalanma korkusu araştırmanın en dikkat çekici bulguları arasındaydı. Bu çalışma, HIV alanındaki farkındalık ve danışmanlık çalışmalarımı daha da güçlendiren önemli araştırmalardan biri oldu.

HTB: Bu çalışmaların somut etkileri neler oldu?

ÖA: Yürüttüğüm çalışmaların somut etkilerini birkaç başlıkta değerlendirebilirim. Öncelikle HIV ile yaşayan kadınlara yönelik geliştirdiğim Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli temelli üreme sağlığı eğitim programı sayesinde kadınların bilgi düzeylerinde ve farkındalıklarında belirgin bir artış gözlemledik. Özellikle üreme sağlığı, güvenli gebelik, düzenli taramalar ve HIV'in yönetilebilir bir kronik durum

olduğu konularında yanlış inanışların azaldığını gördük. İkinci önemli etki, kadınların sağlık davranışlarında iyileşme olmasıydı.

Düzenli kontrol ve tarama hizmetlerine yönelimlerinde artış, sağlık hizmetlerine daha bilinçli başvuru ve tedavi süreçlerine daha aktif katılım sağlandığını gözlemledik. Ayrıca psikososyal açıdan da önemli değişimler oldu. Kadınların kendilerini daha güçlü hissettikleri, HIV ile yaşamı daha kabul edilebilir bir çerçevede değerlendirmeye başladıkları ve yalnızlık duygularında azalma olduğu geri bildirimlerini aldık. Yürüttüğüm HIV farkındalık çalışmaları sayesinde ise özellikle öğrenciler ve sağlık profesyonelleri arasında bilgi düzeyinin arttığını ve damgalayıcı tutumların kısmen azaldığını gözlemledim. Bunun yanında yaptığım tez ve araştırmalar, HIV alanında damgalanma, yaşam kalitesi ve bilgi düzeyi gibi konularda literatüre katkı sağlayarak hem akademik hem de uygulama alanında farkındalık oluşturdu. Genel olarak bu çalışmaların en somut çıktısı; HIV ile yaşayan bireylerin güçlenmesi, sağlık hizmetlerine erişimlerinin kolaylaşması ve HIV'e yönelik farkındalık ve duyarlılığın artması oldu.

HTB: Sahada en çok hangi ihtiyaçlarla karşılaşıyorsunuz?

ÖA: Sahada en sık karşılaştığım ihtiyaçların başında doğru bilgiye erişim geliyor. HIV konusunda toplumda hâlâ çok fazla yanlış bilgi ve önyargı bulunuyor. Birçok kişi HIV'in günümüzde tedaviyle kronik olarak yönetilebilir bir durum olduğunu, düzenli tedavi ile bireylerin sağlıklı bir yaşam sürdürebileceğini ve bulaşın önlenemediğini bilmiyor. Bu nedenle hem toplumun hem de sağlık profesyonellerinin HIV konusunda daha fazla bilinçlendirilmesine ihtiyaç olduğunu düşünüyorum. Bir diğer önemli ihtiyaç ise damgalanmanın azaltılması. HIV ile yaşayan bireyler yalnızca toplumda değil, zaman zaman sağlık hizmetlerine erişim sırasında da damgalanma korkusu duyabiliyor. Özellikle kadınlar ve LGBTİ+ bireyler bu konuda daha fazla zorluk yaşayabiliyor. Bu nedenle güvenli, kapsayıcı ve yargılamayan sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyuluyor.

Ayrıca psikososyal destek ihtiyacı da oldukça fazla. HIV tanısı alan birçok birey yalnızlık, korku, kaygı ve depresyon yaşayabiliyor. Özellikle yeni tanı alan bireylerin danışmanlık, ruhsal destek ve sosyal destek mekanizmalarına erişimi büyük önem taşıyor. Bunun yanında üreme sağlığı, cinsel sağlık, güvenli gebelik, düzenli taramalar ve tedaviye uyum konularında bireysel danışmanlık ihtiyacıyla da sık karşılaşıyorum.

Sahada gördüğüm önemli ihtiyaçlardan biri de gönüllü danışmanlık ve test merkezlerinin sayısının artırılmasıdır. İnsanların anonim, güvenli ve damgalanmadan uzak bir şekilde danışmanlık alabilecekleri ve test yaptırabilecekleri merkezlerin yaygınlaşması hem erken tanı hem de toplum sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır. Özellikle gençlerin ve risk altındaki grupların bu hizmetlere kolay erişebilmesi gerektiğini düşünüyorum. Genel olarak sahada en çok ihtiyaç duyulan şeyin; doğru bilgi, güvenli sağlık hizmeti, psikososyal destek ve damgalanmadan uzak bir yaklaşım olduğunu söyleyebilirim.

HTB: Türkiye'de HIV ile yaşayan bireylerin en temel sorunları sizce neler?

ÖA: Bence Türkiye'de HIV ile yaşayan bireylerin en temel sorunlarının başında damgalanma ve ayrımcılık geliyor. HIV konusunda toplumdaki yanlış bilgiler ve önyargılar nedeniyle bireyler çoğu zaman dışlanma, yargılanma ve gizlenme ihtiyacı hissediyor. Bu durum yalnızca sosyal yaşamlarını değil, ruh sağlıklarını ve sağlık hizmetlerine erişimlerini de olumsuz etkiliyor. Özellikle kadınlar ve LGBTİ+ bireyler toplumsal baskılar nedeniyle daha fazla zorluk yaşayabiliyor. Bir diğer önemli sorun ise sağlık hizmetlerine başvurma konusunda yaşanan kaygılar. Bazı bireyler sağlık çalışanları tarafından damgalanmaktan korktukları için düzenli kontrollerini, kadın sağlığı taramalarını ya da danışmanlık hizmetlerini erteleyebiliyor.

Oysa HIV'in düzenli tedaviyle yönetilebilir kronik bir durum olduğu ve erken tanının çok önemli olduğu unutulmamalıdır. Psikososyal destek eksikliği de önemli bir ihtiyaç alanı. Tanı sonrası bireyler yoğun kaygı, yalnızlık, suçluluk, depresyon ve gelecek korkusu yaşayabiliyor. Bu süreçte profesyonel psikolojik destek ve güvenli danışmanlık hizmetlerine erişim her birey için yeterli olmayabiliyor. Ayrıca toplumdaki bilgi eksikliği nedeniyle HIV hâlâ yalnızca belirli gruplarla ilişkilendirilebiliyor. Bu da hem test yaptırmayı azaltıyor hem de bireylerin kendilerini görünmez kılmalarına neden oluyor. Bu nedenle toplum temelli farkındalık çalışmalarının artırılması gerektiğini düşünüyorum. Bunun yanında gönüllü danışmanlık ve test merkezlerinin sayısının artırılması, anonim ve güvenli test hizmetlerinin yaygınlaştırılması da oldukça önemli. İnsanların damgalanma korkusu yaşamadan bilgi alabilecekleri, test yaptırabilecekleri ve destek görebilecekleri merkezlere erişimin kolaylaşması gerekiyor. Genel olarak değerlendirildiğinde, Türkiye'de HIV

ile yaşayan bireylerin en temel ihtiyaçlarının; damgalanmanın azaltılması, doğru bilgiye erişim, güvenli sağlık hizmeti, psikososyal destek ve kapsayıcı sosyal politikaların güçlendirilmesi olduğunu düşünüyorum.

HTB: Sağlık sisteminde veya sosyal hayatta en çok hangi engeller öne çıkıyor?

ÖA: Sağlık sisteminde ve sosyal hayatta en çok öne çıkan engelin damgalanma olduğunu düşünüyorum.

HTB: Son yıllarda olumlu yönde gördüğünüz gelişmeler var mı?

ÖA: Evet, son yıllarda HIV alanında olumlu yönde bazı önemli gelişmeler olduğunu gözlemliyorum. Öncelikle en önemli gelişmelerden biri, toplumda HIV'e ilişkin farkındalığın kısmen artması ve HIV'in artık "ölümcül bir hastalık" değil, düzenli tedaviyle kontrol altına alınabilen kronik bir durum olduğuna dair bilginin daha fazla yaygınlaşmasıdır. Bu, özellikle genç kuşaklarda daha belirgin şekilde görülüyor. Sağlık sistemi açısından bakıldığında, tanı ve tedavi hizmetlerine erişimin geçmiş yıllara göre daha sistematik hale geldiğini söyleyebiliriz. Antiretroviral tedavilere erişimin artması ve tedavi başarısının yükselmesi, B=B kavramının Dünya Sağlık Örgütü ve CDC tarafından kabul görmesi bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde artırmıştır. Ayrıca HIV ile yaşayan kadınların normal doğum yapabilme, emzirebilme imkânına sahip olmaları da önemli bir gelişmedir. Bir diğer olumlu gelişme ise sivil toplum kuruluşlarının ve akademik çalışmaların artmasıdır. HIV alanında çalışan dernekler, destek grupları ve farkındalık projeleri sayesinde hem HIV ile yaşayan bireylere yönelik destek mekanizmaları güçlenmiş hem de toplumda görünürlük artmıştır. Bunun yanında gönüllü danışmanlık ve test merkezlerinin sayısında artış olması ve test hizmetlerinin daha ulaşılabilir hale gelmesi de önemli bir gelişmedir. Bu durum erken tanı açısından büyük bir katkı sağlamaktadır.

HTB: HIV ile ilgili damgalama sizce en çok hangi alanlarda kendini gösteriyor?

ÖA: HIV ile ilgili damgalama en çok sosyal yaşam, sağlık hizmetleri ve iş/istihdam alanlarında kendini gösteriyor. Sosyal yaşamda bireyler en fazla dışlanma, etiketlenme ve ilişkilerinin bozulması konusunda korku yaşıyor. Bu nedenle birçok kişi HIV statüsünü gizlemek zorunda kalıyor ve sosyal çevresinden uzaklaşabiliyor. Özellikle aile ilişkilerinde ve yakın

arkadaşlık ilişkilerinde yanlış bilgi ve önyargılar damgalamayı daha görünür hale getiriyor. Sağlık hizmetleri alanında ise damgalama, bazen sağlık çalışanlarının bilgi eksikliği veya tutumları üzerinden ortaya çıkabiliyor. Bu durum bireylerin sağlık kurumlarına olan güvenini zedeleyebiliyor ve özellikle rutin kontroller, kadın sağlığı taramaları ve danışmanlık hizmetlerine erişimlerini olumsuz etkileyebiliyor. İstihdam alanında da HIV ile yaşayan bireyler iş başvurularında ayrımcılık korkusu yaşayabiliyor ya da çalışma yaşamında ifşa edilme kaygısıyla karşı karşıya kalabiliyor. Bu da ekonomik ve sosyal bağımsızlıklarını olumsuz etkileyebiliyor. Bunlara ek olarak, üreme sağlığı ve cinsel sağlık alanında da damgalama önemli bir sorun olarak karşımıza çıkıyor. HIV ile yaşayan bireylerin çocuk sahibi olamayacakları ya da sağlıksız ilişkiler kuracakları yönündeki yanlış inanışlar, bu alandaki damgalamayı daha da derinleştiriyor.

HTB: Toplumda HIV farkındalığını artırmak için en etkili yöntemler sizce neler?

ÖA: Toplumda HIV farkındalığını artırmak için en etkili yöntemlerin başında doğru ve bilimsel bilgiye dayalı eğitim çalışmaları geliyor. Özellikle okullar, üniversiteler ve sağlık profesyonellerine yönelik düzenli eğitim programları, yanlış bilgilerin düzeltilmesinde çok önemli bir rol oynuyor. Bir diğer etkili yöntem, HIV ile yaşayan bireylerin deneyimlerinin damgalamayı azaltacak şekilde, etik ve mahremiyete saygılı biçimde paylaşılmasıdır. Bu tür çalışmalar, HIV'in "gizli ve korkulan bir durum" olmaktan çıkarılıp, yönetilebilir bir sağlık durumu olarak algılanmasına katkı sağlar. Medya ve sosyal medya kampanyaları da farkındalık artırmada epeyce etkilidir. Ancak bu içeriklerin bilimsel açıdan doğru ve damgalayıcı söylemlerden uzak olması çok önemlidir. Doğru hazırlanmış kampanyalar toplum algısını ciddi şekilde değiştirebilir.

HTB: HIV alanında çalışan genç profesyonellere ne önerirsiniz?

ÖA: HIV alanında çalışan genç profesyonellere en önemli önerim, bu alanı sadece biyomedikal bir konu olarak değil, aynı zamanda psikososyal ve insan hakları boyutları olan çok yönlü bir alan olarak görmeleridir. HIV ile yaşamak, yalnızca tıbbi tedaviyle değil, damgalanma, sosyal destek, ruh sağlığı ve yaşam kalitesi gibi birçok faktörle birlikte ele alınmalıdır. Bu nedenle genç profesyonellerin özellikle damgalanma konusunda duyarlı olmaları ve HIV ile yaşayan bireylerle çalışırken yargılayıcı olmayan,

gizliliğe saygılı ve empati temelli bir yaklaşım benimsemeleri çok önemlidir.

Ayrıca sürekli güncel bilimsel bilgiyi takip etmeleri gerekir. HIV tedavisi ve yönetimi sürekli gelişen bir alan olduğu için, doğru ve güncel bilgi hem klinik uygulamada hem de danışmanlık süreçlerinde büyük fark yaratır. Sahada çalışırken multidisipliner yaklaşımı benimsemelerini de öneririm. Hekimler,

hemşireler, psikologlar, sosyal hizmet uzmanları ve sivil toplum kuruluşlarıyla iş birliği içinde çalışmak, bireylerin daha bütüncül destek almasını sağlar. Bir diğer önemli nokta ise iletişim becerileridir. HIV ile yaşayan bireylerle güven ilişkisi kurmak, onların ihtiyaçlarını doğru anlamak ve uygun yönlendirme yapmak tedavi sürecinin başarısını doğrudan etkiler.

HTB: Teşekkür ederiz. 

Pozitif Köşe

Tanıdan Anneliğe: HIV ile Yaşarken Korkularıma Rağmen Bir Hayat Kurdum ve İki Oğlum Kucığıma Aldım

2011'de HIV tanısı aldım. Sağlık ocağında yaptırdığım genel kontrol sonrasında beni tekrar çağırdılar. Ama ben önemsemedim. Sonra üç klinik gezdim. Yine arandım ve tekrar kan vermem söylendi. Bu sefer kliniğe gittim. Bir sorun vardı; hemşirelerin kanı yanlış alması mümkün olamazdı. Açıklama yapılmazsa kan vermeyeceğimi söyledim. Baştan konuştum, bunun yasal olmadığını ama sonuca göre bana dürüst olacaklarını söylediler. O gün sonucun pozitif olduğunu öğrendim.

Doğrulama sonucu gelene kadar hâlâ inkâr ediyordum. Ama üç klinik ve bir Western Blot sonucundan sonra artık HIV pozitif olduğuma inandım.

Kafamdaki ilk sorular şunlardı:

Nasıl evlenecektim?

Nasıl çocuk sahibi olacaktım?

Erken ölecek miydim?

Sonra psikiyatrik tedavi görmeye başladım. Ve Pozitif-iz Derneği vasıtasıyla ulaştığım psikiyatri doktorum Özlem Mestçioğlu'nun gönülden desteğiyle hayatım yeniden şekillenmeye başladı. Ona ve enfeksiyon doktoruma bu vesileyle çok teşekkür ediyorum.

Bir süre sonra kafamda "Nasıl evleneceğim?" sorusu dışında başka soru kalmamıştı.

Evet, birkaç görüşmede kahve içtikten sonra HIV ile yaşadığımı söyledim ve baştan reddedildim. Sanırım dürüst olmak için çok acele ediyordum :)

Sonra eşimle tanıştım. Yaklaşık 15–20 gün içim içimi yedi; HIV ile yaşadığımı ne zaman söyleyeceğim stresiyle yaşadım. Eşime söyledikten sonra ağladı. Hiç

konuşmuyordu. O an kendi kendime düşündüm: "Ne oldu şimdi? Bu adam neden ağlıyor? Bana mı acıyor, yoksa kendi şansına mı ağlıyor?"

Meğer çocuk sahibi olamayacağımızı düşündüğü için ağlıyormuş; HIV ile ilgili çok bilgisi yokmuş.

Ona, çocuk sahibi olabileceğimi ama sadece emziremeyeceğimi söyledim. O zaman bunu büyük bir eksiklik gibi görmüyordum; çünkü anne olabilmek bile bana mucize gibi geliyordu.

Eşim hiç endişeli değildi. O an omuzlarımdan büyük bir yük indi. Artık bulaştıracığım korkusu da daha azdı. Zaten bulaştıramazdım, çünkü tedavi alıyordum. Eşimin sakinliğiyle birlikte ben de hafifledim. HIV, ilaçlarımı aldığım bir dakika ve üç ayda bir gittiğim hastane dışında hayatımın merkezinden çıkmış gibiydi.

Ta ki 2023'te oğluma hamile olduğumu öğrenene kadar.

Heyecanla beklemeye başladık. Artık 6–7 aylık hamileydim. Doktorum bana emzirebileceğimi söyledi.

Emzirebilir miyim? Nasıl yani?

Yıllarca tedavimi aksatmadan sürdürmüş, kontrollerimi gününde yaptırmıştım. HIV ile yaşıyordum ama çoğu zaman bu yokmuş gibi hissediyordum. O an yeniden hatırladım: Ben HIV pozitifim. Ve şimdi bana emzirebileceğim söyleniyordu.

Gözlerim doldu. Doktoruma baktım, o bana baktı.

Eve döndüm ve bu haberi eşimle kutladık.

Doktorum vajinal doğum istersem bunun da mümkün olduğunu söyledi. "HIV'i düşünme," dedi. "Normal doğum istiyorsan, emzirmek istiyorsan, karar senin."

Suyumun gelmesiyle hastaneye gittik. Altı saat sonra normal doğum yaptım ve ilk oğlumuzu kucığıma aldık.

Onu hemen emzirmeye başladım. Ama artık endişeliydim. Bu kez korkularım sadece bana ait değildi. Anne olmuştum.

Eşim ilaç alarmımı duyduğunda ilacımı ve suyumunu getiriyordu. Bir ekip olmuştuk.

Dört ay boyunca oğlumu emzirdim. Bu süreçte enfeksiyon doktorum, Çiğdem Hanım ve yıllar önce dernekte tanıdığım Sevgi abla bana büyük destek oldu. Bir yanım emzirmenin bitmesini bekliyordum çünkü bebeğime zarar vermekten korkuyordum. Ama diğer yanım biliyordu ki o dönemde sütüm onun için dünyadaki en değerli şeylerden biriydi.

Dört ay sonunda göğsümde bir kanama oldu. Bu noktada daha fazla endişeli olmak istemedik ve emzirmeyi sonlandırdık. HIV RNA sonucunun negatif olduğunu öğrendiğimizde oğlumuz için elimizden gelenin en iyisini yaptığımızı emin olduk.

Sonra ikinci gebeliğimi öğrendik.

Aynı doktorum takip etti ama bu kez daha tecrübeliydim. Endişeliydim, ama daha az. İkinci doğumumu da normal yaptım. İkinci oğlumu da emzirdim. Altı aya kadar devam ettim. Daha uzun sürebilirdi, çünkü HIV ile ilgili tüm sonuçlarım yine çok iyiydi. Ancak doğum sonrası ağır bir depresyon yaşadım ve iki çocuğuma iyi bakabilmek için tedavi almam gerekiyordu.

Doktorum bana en başta şunu söylemişti: “Bir ay da emzirebilirsin, bir yıl da emzirebilirsin...”

Bu cümleyi hep aklımda tuttum.

Her iki emzirme döneminde de bitmesini bekledim. Ama bittiğinde içim burkuldu. Yas tuttum. Hatta zaman geçince keşke biraz daha emzirseydim diye düşündüm.

Beni 15 yılda duygusal olarak en çok zorlayan dönem emzirme oldu. Çünkü artık mesele sadece ben değildim; çocuklarım için en iyisini yapmak istememdi.

Enfeksiyon doktoruma korkularımı anlattığımda bana şöyle dedi:

“Artık annesin.”

Gerçekten de zor olan HIV değil bazen; anne olmaktı. Endişeli olmak, yetersiz hissetmek, bazen az bazen çok korkmaktı.

Ama bugün geriye baktığımda şunu görüyorum:

Korkularıma rağmen bir hayat kurdum. HIV pozitif olmama rağmen değil, HIV ile birlikte yaşarken de sevebildim, evlendim, doğurdum, emzirdim ve iki oğlumu kucağıma aldım.

Yaşadıklarımı kişisel almamaya karar verdim. Hayattaki her sorun, HIV pozitif olmasam da karşıma çıkabilirdi. Sütüm az olabilirdi. Normal doğuma uygun olmayabilirdim. Tanıştığım biriyle anlaşamayabilirdim. Yani hayatımdaki tek kriter ve tek sorun HIV değildi.

Bugün iki oğlum var. Eşim, kardeşlerim ve ailem bana büyük destek oldu. Bunun için kendimi şanslı hissediyorum.

Bu yıllar boyunca ağır kişisel kayıplar da yaşadım. Üç kız kardeşimi kaybettim. Yas, annelik ve hayatta kalma mücadelesi zaman zaman iç içe geçti. Bu kayıplar bana hayatın tek bir acıdan ibaret olmadığını; insanın aynı anda birçok yük taşıyabildiğini öğretti. Hayatın bana getirdiklerinde kendi mutluluğumu buldum.

Ama destek görmeseymiş bile kendinizi suçlamayın. Her şey geçiyor. Daha güzel günler gerçekten geliyor.

Benim deneyimim, düzenli tedavi, baskılanmış viral yük ve yakın uzman takibi altında şekillendi. HIV ile yaşayan her kadının koşulları farklıdır. Gebelik, doğum ve emzirme kararları mutlaka uzman hekimlerle birlikte değerlendirilmelidir.

Saygılarımla

Ömür 

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>