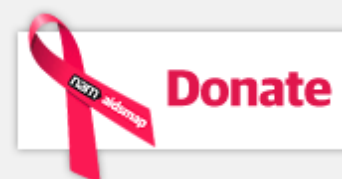




Mercoledì 7 marzo 2018

Contenuti

- | Stati Uniti: PrEP sempre più diffusa, ma ne avrebbero bisogno in molti di più
- | L'espansione di programmi per trattamento e circoncisione dimezza le nuove infezioni
- | Regime combinato con bicitegravir in grado di mantenere la soppressione virale dopo lo switch terapeutico
- | Lesotho, successo della sperimentazione dell'inizio terapie lo stesso giorno della diagnosi
- | Dolutegravir a doppia assunzione giornaliera e terapia antitubercolare
- | Nuovi materiali informativi su HIV e invecchiamento
- | Sostieni NAM



Stati Uniti: PrEP sempre più diffusa, ma ne avrebbero bisogno in molti di più

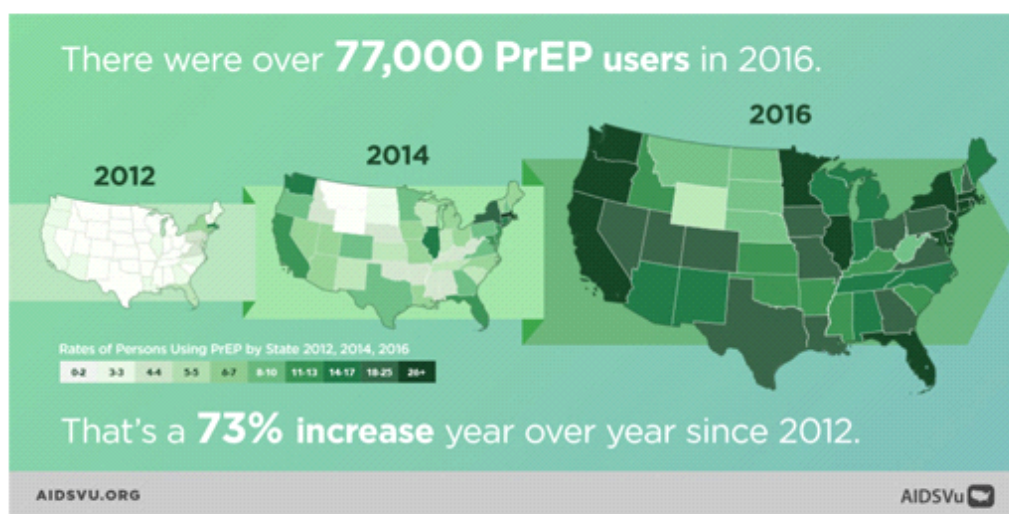


Grafico tratto dal sito di AIDSVu: <https://aidsvu.org/resources/mapping-prep>

Negli Stati Uniti è in costante aumento la diffusione della profilassi pre-esposizione (PrEP) come terapia preventiva contro l'infezione da HIV, ma a farvi ricorso è ancora solo una piccola percentuale di coloro che potrebbero trarne giovamento: è quanto si è appreso alla 25° Conferenza su Retrovirus e Infezioni Opportunistiche (CROI 2018) in corso questa settimana a Boston. Afro-americani e ispanici, che pure rappresentano i due terzi delle persone che più

beneficerebbero di questi farmaci, li assumono invece molto meno dei bianchi.

Da svariati anni Gilead Sciences, la casa farmaceutica che produce il *Truvada*, pubblica stime sul ricorso alla PrEP basate su indagini condotte nelle farmacie (attraverso cui si ritiene venga acquistato l'85% dei farmaci per la PrEP). In collaborazione con Patrick Sullivan della Emory University e [AIDSVu](#), Gilead ha adesso presentato i dati raccolti, che potrebbero aiutare le autorità sanitarie, il personale medico e i rappresentanti delle associazioni attive sul territorio a comprendere meglio le ragioni della disparità di accesso alla PrEP e a intervenire per attenuarla.

I dati presentati provengono da 54.000 farmacie e una quantità di altri presidi medici, e prendono in considerazione anche farmaci pagati da programmi di assistenza sanitaria pubblica come Medicaid e altri, mentre non tengono conto di quelli distribuiti nell'ambito di studi dimostrativi, dai programmi di assistenza ai veterani e da altre organizzazioni sanitarie che possiedono un proprio circuito di farmacie, come Kaiser Permanente.

Nel corso del 2016 a fare ricorso alla PrEP sono state 77.120 persone, in netto aumento dalle 8768 del 2012. Ma questo numero complessivo cela notevoli disparità a livello demografico e geografico.

Per esempio, le donne rappresentano circa il 19% di tutte le nuove diagnosi di HIV, eppure sono solo il 7% del totale delle persone che assumono i farmaci preventivi; allo stesso modo, i giovani sotto i 25 anni sono il 21% delle nuove diagnosi e solo l'11% di coloro che fanno uso della PrEP.

E ancora, oltre la metà di tutte le nuove diagnosi si registra negli Stati del sud, dove risiede però soltanto il 30% delle persone che ricorrono alla PrEP. Rapportando i dati alle dimensioni della popolazione, risulta che a registrare i tassi più elevati di ricorso alla PrEP sono gli stati di New York, Massachusetts, Rhode Island, Washington e Illinois.

Tassi inferiori si rilevano invece negli Stati con una maggiore percentuale di persone al di sotto della soglia di povertà, con più cittadini privi di assicurazione sanitaria, e in quelli che hanno deciso di non espandere il programma Medicaid all'epoca della riforma sanitaria promossa dal presidente Obama.

I dati ricavabili dalle prescrizioni spesso non contengono informazioni sul profilo etnico di chi acquista i farmaci, ma secondo le stime dei Centri per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie (CDC) soltanto l'1% degli afro-americani che sarebbero eleggibili per la PrEP vi fa effettivamente ricorso; ed è bassa anche la percentuale degli ispanici, 3%.

La differenza con la percentuale dei bianchi, 14%, non è abissale ma è comunque considerevole.

Link collegati

[Resoconto completo su \[aidsmap.com\]\(#\)](#)

[Webcast dell'intervento sul sito ufficiale della Conferenza](#)

[Pagine di \[aidsmap.com\]\(#\) dedicate a CROI 2018](#)

L'espansione di programmi per trattamento e circoncisione dimezza le nuove infezioni

[Si è dimezzato rispetto al 2011 il tasso di nuove infezioni da HIV in una comunità di pescatori](#)

dell'Uganda dove l'HIV era iperendemico a seguito dell'aumentato ricorso alla circoncisione maschile e alle terapie antiretrovirali, con il conseguente aumento della soppressione virale: sono i risultati di uno studio presentato martedì scorso alla Conferenza.

Gli autori hanno effettuato delle indagini ripetute nel tempo all'interno di una piccola comunità di pescatori dove incidenza e prevalenza di HIV erano altissime. Si tratta di una comunità che vive sulle sponde del lago Victoria, e che fa parte della coorte di Rakai. Sono state coinvolte in totale 5005 persone tra i 15 e i 49 anni, e l'arco di tempo considerato è compreso tra il 2011 e il 2017.

In questo periodo:

- ▮ la percentuale di persone con HIV che assumeva una terapia antiretrovirale è salita dal 19% all'81%;
- ▮ la percentuale di persone con HIV (comprese quelle con infezione non diagnosticata) in soppressione virale è salita dal 33% al 78%;
- ▮ la percentuale dei maschi circoncisi è salita dal 39% al 63%.
- ▮ non si sono osservati cambiamenti nel comportamento sessuale.

A seguito di questo, l'incidenza HIV complessiva si è più che dimezzata, passando dalle 3,97 per 100 persone-anni del 2011 alle 1,61 per 100 persone-anni del 2017: in percentuale, si tratta di una diminuzione del 58%. Non si sono osservate grandi differenze tra uomini e donne, e anche rispetto all'età la riduzione è stata considerevole in ogni fascia, ma soprattutto in quella compresa tra i 15 e i 24 anni.

La prevalenza HIV è invece calata dal 41 al 36%.

Il dott. Joseph Kagaayi del Rakai Health Sciences Program ha detto che il suo studio è tra i primi a dimostrare che la combinazione di varie misure preventive possa efficacemente ridurre l'incidenza HIV in una comunità iperendemica. "Questi risultati fanno pensare che un'espansione in tempi rapidi dei programmi di prevenzione dell'HIV e di offerta del trattamento possa avere un impatto notevole, a livello di popolazione, sull'incidenza HIV nei contesti ad alta prevalenza", ha commentato lo studioso.

Link collegati

[Resoconto completo su aidsmmap.com](#)

[Webcast dell'intervento sul sito ufficiale della Conferenza](#)

Regime combinato con bictegravir in grado di mantener la soppressione virale dopo lo switch terapeutico



Jean-Michel Molina durante il suo intervento a CROI 2018. Foto di Liz Highleyman.

Da uno studio presentato a CROI 2018 è risultato che [effettuando lo switch terapeutico a un regime monocompressa contenente l'inibitore dell'integrasi bictegravir](#) le probabilità di mantenere irrilevabile la carica virale rimanevano le stesse che assumendo un regime farmacologico soppressivo a base di dolutegravir.

Il bictegravir è un inibitore dell'attività di strand transfer dell'integrasi, un farmaco di nuova generazione prodotto da Gilead Science. A febbraio, le autorità statunitensi [hanno approvato Biktarvy](#), una nuova monocompressa da assumersi in una sola somministrazione giornaliera contenente bictegravir, emtricitabina e tenofovir alafenamide (TAF), la nuova formulazione del tenofovir con meno effetti collaterali a carico di reni e ossa. In Europa, il farmaco è attualmente al vaglio degli enti regolatori.

Precedenti studi condotti su pazienti che iniziavano per la prima volta le terapie antiretrovirali avevano dimostrato la non-inferiorità del bictegravir rispetto a regimi contenenti l'inibitore dell'integrasi dolutegravir, prodotto da ViiV Healthcare.

Lo studio presentato questa settimana alla Conferenza ne ha valutato invece l'efficacia in pazienti che effettuavano uno switch terapeutico. Eleggibili per il reclutamento erano individui che avevano ottenuto l'abbattimento della carica virale con un regime a base di dolutegravir, lamivudina e abacavir (i principi attivi contenuti nella monocompressa *Triumeq*).

In totale lo studio ha coinvolto 563 partecipanti provenienti da Europa, Nord America e Australia, in prevalenza maschi bianchi con una conta dei CD4 attorno alle 700 cellule/mm³. Sono stati reclutati solo individui con funzionalità renale buona o moderatamente buona (velocità di filtrazione glomerulare stimata – eGFR – superiore a 50 ml/min).

A 48 settimane si sono osservati alti tassi di soppressione virale in entrambi i bracci dello studio: 98,6% in quello del bictegravir e 95,0% in quello del dolutegravir. In nessuno dei partecipanti è stata osservata l'insorgenza di resistenze correlate all'assunzione del trattamento, per nessun farmaco.

Entrambi i regimi di trattamento si sono dimostrati generalmente sicuri e ben tollerati. Nel braccio del bictegravir hanno lamentato effetti collaterali causati dai farmaci (prevalentemente mal di testa) solo la metà dei partecipanti rispetto all'altro braccio, ma in quel gruppo l'eGFR è risultata lievemente aumentata, mentre è calata – sempre lievemente – nel braccio del dolutegravir.

Gli autori dello studio hanno dunque concluso che passare a un regime a base di bictegravir è efficace e sicuro quanto continuare la terapia con dolutegravir.

Quando è stato loro chiesto perché un paziente che si trova bene con il dolutegravir dovrebbe passare a *Biktarvy*, i ricercatori hanno spiegato che un regime contenente il tenofovir è preferibile per chi ha una coinfezione con epatite B, dato che questo principio attivo è efficace sia contro l'HIV che contro l'epatite B.

Lesotho, successo della sperimentazione dell'inizio terapie lo stesso giorno della diagnosi



Immagine tratta dalla presentazione del dott. Niklaus Labhardt a CROI 2018

Da uno studio condotto nel Lesotho rurale è risultato che i pazienti erano ben disposti a iniziare ad assumere il trattamento antiretrovirale a casa lo stesso giorno della diagnosi; in questo modo, inoltre, sia l'aggancio alle cure che i tassi di soppressione virale erano migliori rispetto quelli ottenuti con la prassi tradizionale dell'invio alle strutture sanitarie.

L'aggancio alle cure dopo la diagnosi è un tasto dolente nei paesi dell'Africa sub-sahariana, come attesta una quantità di studi. Nell'ambito di programmi in cui veniva offerto il test HIV a domicilio era stato riscontrato che soltanto una persona su tre che risultava positiva al test si rivolgeva poi effettivamente ai centri sanitari per la presa in carico a seguito dell'invio: serviva un approccio più attivo.

Lo studio CASCADE è stato condotto in un distretto situato in una zona montuosa del Lesotho, dove circa metà della popolazione deve raggiungere le strutture sanitarie a piedi. Lo studio ha coinvolto individui che avevano ricevuto una diagnosi di HIV nell'ambito di una campagna di offerta di test e counselling a domicilio: i partecipanti sono stati randomizzati per ricevere una fornitura di antiretrovirali per 30 giorni lo stesso giorno della diagnosi oppure essere invitati a seguire la procedura standard, che consiste appunto nell'invio a un centro medico per ricevere la terapia antiretrovirale (ART).

Dei 441 adulti che sono risultati positivi al test HIV durante la campagna, 278 eleggibili per lo studio hanno accettato di prendervi parte. I partecipanti dovevano dichiarare di aver compreso cosa comporta iniziare una terapia che avrebbero dovuto proseguire a vita, come spiegato in un incontro di counselling a domicilio.

Quando la terapia veniva iniziata lo stesso giorno della diagnosi si è osservata una percentuale

molto più elevata di pazienti presi in carico nell'arco dei tre mesi successivi (68,6% nel braccio di intervento contro 43,1% in quello di controllo). Non solo: è stata anche notevolmente più elevata la percentuale che raggiungeva la soppressione virale a 12 mesi dall'inizio delle terapie (50,4% nel braccio di intervento e 34,3% in quello di controllo).

Circa il 30% dei partecipanti di ambo i bracci dello studio non si sono mai rivolti ai centri sanitari perché "avevano troppo da fare"; il 25% del braccio di intervento e il 30% di quello di controllo sono stati persi al follow-up; e il 10%, quando sono stati rintracciati da un operatore sanitario, hanno dichiarato di non avere capito che dovevano presentarsi.

Secondo il dott. Niklaus Labhardt dello Swiss Public Health Institute, questi risultati probabilmente possono valere, in generale, anche per altri contesti rurali dell'Africa subsahariana dove vengono attuati programmi per l'offerta a domicilio di test e interventi di counselling.

Link collegati

[Resoconto completo su aidsmap.com](#)

[Webcast dell'intervento sul sito ufficiale della Conferenza](#)

Dolutegravir a doppia assunzione giornaliera e terapia antitubercolare



Kelly Dooley durante il suo intervento a CROI 2018. Foto di Liz Highleyman

[Un'analisi ad interim dello studio INSPIRING a 24 settimane ha mostrato che assumere dolutegravir due volte al giorno in combinazione con l'antitubercolare rifampicina è sia sicuro che efficace.](#) Un risultato da cui sembra di poter affermare che il dolutegravir possa essere impiegato insieme alle terapie antitubercolari nel trattamento di prima linea.

Il dolutegravir è un farmaco raccomandato in alternativa all'efavirenz per il trattamento di prima linea nei paesi a basso e medio reddito; una compressa combinata contenente dolutegravir, tenofovir e lamivudina è stata immessa sul mercato nel 2017 al prezzo di 75 dollari. Sebbene il dolutegravir non abbia molte interazioni farmacologiche con altri principi attivi, da uno studio farmacocinetico è emerso che i suoi livelli ematici diminuiscono se assunto insieme alla rifampicina.

Quando il dolutegravir è stato autorizzato per l'immissione sul mercato, gli enti regolatori hanno raccomandato una doppia assunzione giornaliera quando assunto in combinazione con rifampicina, proprio per evitare questa interazione. Lo studio INSPIRING è stato appunto disegnato per appurare che questo dosaggio sia sicuro ed efficace.

Per questo studio randomizzato di fase 3a condotto in aperto sono stati reclutati 113 partecipanti, tutti che assumevano una terapia antitubercolare a base di rifampicina da almeno otto settimane e avevano una conta dei CD4 superiore alle 50 cellule/mm³.

I partecipanti sono stati randomizzati per ricevere un regime antiretrovirale con assunzione di dolutegravir due volte al giorno oppure di efavirenz una sola volta al giorno. Dopo un minimo di due settimane dopo aver terminato il ciclo di trattamento antitubercolare, i membri del braccio del dolutegravir sarebbero potuti passare a un dosaggio monogiornaliero.

La conta mediana dei CD4 al basale era in entrambi i bracci di poco superiore alle 200 cellule/mm³, mentre la carica virale si attestava attorno a 5 log₁₀ copie/ml.

Dopo 24 settimane aveva ottenuto l'abbattimento della carica virale l'81% dei partecipanti del braccio del dolutegravir e l'89% di quello dell'efavirenz: una differenza che sembra però per lo più imputabile a interruzioni dell'assunzione dei farmaci da parte dei partecipanti del braccio del dolutegravir per motivi non attribuibili alla terapia in sé.

Gli aumenti nella conta dei CD4 sono risultati paragonabile tra i due bracci (146 cellule/mm³ nel braccio del dolutegravir contro 93 cellule/mm³ in quello dell'efavirenz).

Hanno interrotto il trattamento a causa dell'insorgenza di effetti collaterali soltanto due partecipanti, entrambi appartenenti al braccio dell'efavirenz. Non si è invece registrata alcuna interruzione dovuta a effetti collaterali a carico del fegato. Anche il tasso di sindrome infiammatoria da immunoricostruzione (IRIS) è risultato basso (6% con il dolutegravir contro 9% con l'efavirenz).

Lo studio è ancora in corso, ma i ricercatori sono convinti che questi risultati intermedi vadano a sostegno dell'impiego di regimi a base di dolutegravir nei pazienti con coinfezione HIV/TB.

Link collegati

[Resoconto completo su aidsmap.com](#)

[Webcast dell'intervento sul sito ufficiale della Conferenza](#)

Nuovi materiali informativi su HIV e invecchiamento



È disponibile su aidsmap.com tutta una serie di materiali informativi riguardanti le patologie, le co-morbidità e più in generale le difficoltà a cui può andare incontro una persona con HIV con l'avanzare dell'età.

Oltre alle schede informative e a un opuscolo specifico sugli effetti collaterali (intitolato '*Side effects*'), il sito offre *Side-effects checker*, un questionario orientativo dedicato anch'esso agli effetti collaterali, e ancora una serie di materiali tradotti in spagnolo, portoghese e greco.

Link collegati

Living with HIV as you get older, la pagina di aidsmap.com dedicata a HIV e invecchiamento

Sostieni NAM



Un messaggio di un nostro sostenitore che ci ha fatto sorridere! NAM è un'organizzazione senza scopo di lucro che, per portare avanti la propria opera, fa affidamento sulla generosità dei sostenitori, ed è grata per qualsiasi donazione ricevuta, grande o piccola che sia.

NAM crede fermamente che l'accesso a informazioni chiare, scientificamente accurate e fornite in piena autonomia sia il primo, fondamentale passo per poter prendere decisioni sulla propria salute e vivere più a lungo, più sani e più felici.

Scopri come il tuo contributo può fare la differenza; se vuoi sostenere NAM, puoi fare una donazione online alla pagina www.aidsmap.com/donate.

Grazie.

Link collegati

www.aidsmap.com/donate

- ☒ **Collegati a NAM su Facebook:** Tieniti aggiornato con entusiasmanti progetti, le più recenti scoperte ed i nuovi sviluppi dal mondo di NAM.
- ☒ Segui NAM su Twitter per collegamenti e notizie fresche di stampa dai nostri inviati, che seguono in tempo reale i più importanti sviluppi e conferenze. Trovi il nostro news feed all'indirizzo www.twitter.com/aidsmap_news, ed i nostri tweet sono pubblicati anche su www.twitter.com/aidsmap.
- ☒ Segui le nostre news sulla conferenza [iscrivendoti ai nostri feed RSS](#).

NAM's news coverage of the 2018 Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections has been supported by a grant from Gilead Sciences Europe Ltd.

nam **aidsmap**

NAM è un'organizzazione community-based, vincitrice di numerosi premi, attiva nel Regno Unito, che fornisce in tutto il mondo informazioni accurate ed affidabili sull'HIV, a persone HIV-positive ed ai professionisti che forniscono loro cure, supporto e trattamenti.

Fai la differenza! Fai una donazione su www.aidsmap.com/donate

Per maggiori dettagli, contatta NAM:

tel: +44 (0)20 7837 6988

fax: +44 (0)20 7923 5949

email: info@nam.org.uk

web: www.aidsmap.com

NAM Publications

Registered office: Acorn House, 314-320 Gray's Inn Road, London, WC1X 8DP

Company limited by guarantee. Registered in England & Wales, number: 2707596

Registered charity, number: 1011220

Per annullare la sottoscrizione: <http://www.aidsmap.com/page/1492854/>

Privacy Policy

Read it here: <http://www.aidsmap.com/page/1439297/>