Não consegue ler este e-mail? Visualize-o através do seu navegador de i

Quarta feira, 28 de outubro de 2015

Conteúdos

- Novas orientações da EACS recomendam tratamento antirretroviral para todos
- Nova formulação do tenofovir demonstra melhoria ao nível da segurança
- Risco de ataque cardíaco aumenta com duração da infeção pelo VIH independentemente da idade
- Sub estudos START
- Coinfeção pela hepatite C e mortalidade: o tratamento cura tudo?
- Inibidor de maturação da BMS
- EACS 2017
- Próximas conferências: subscreva os boletins
- Apoie o nosso trabalho

Donate

Novas orientações da EACS recomendam tratamento antirretroviral para todos

Apresentação das linhas orientadoras para tratamento na EACS 2015. Fotografia de Liz Highleyman, hivandhepatitis.com

As novas orientações clínicas para o VIH da European AIDS Clinical Society (EACS), divulgadas na passada semana na 15ª Conferência Europeia sobre SIDA, colocam a Europa em sintonia com o resto do mundo ao recomendarem o tratamento antirretroviral no momento do diagnóstico a todas as pessoas que vivam com a infeção.

As orientações recomendam o tenofovir e emtricitabina (*Truvada*®) ou abacavir/lamivudina (*Kivexa*®) como base do tratamento antirretroviral de primeira linha.

Recomendam seis regimes de primeira linha. Quatro deles usam inibidores da integrase como terceiro medicamento (*Truvada*® mais dolutegravir, *Truvada*® mais raltegravir) e os comprimidos de combinação *Triumeq*® (que é o *Truvada*® com dolutegravir) e *Stribild*® (que é o *Truvada*® com elvitegravir potenciado). Recomendam também o INNTR *Complera*®/*Eviplera*®, que é o *Truvada*® com rilpivirina e o regime baseado em inibidores da protease *Truvada*® com daranuvir potenciado com ritonavir.

Entre as mudanças às orientações inclui-se também a recomendação da profilaxia pré-exposição (PrEP), ficando assim em sintonia com as orientações dos E.U.A., Organização Mundial de Saúde (OMS) e a British HIV Association (BHIVA). A PrEP é “recomendada” para

“homens que têm sexo com homens e pessoas transgénero que tenham um uso inconsistente de preservativo com parceiros ocasionais ou com parceiros seropositivos para o VIH que não estejam em tratamento” e “pode ser considerada” para “homens e mulheres heterossexuais com uso inconsistente de preservativo e quando é provável que tenham parceiros seropositivos para o VIH que não estejam em tratamento”.

As orientações salientam que a PrEP é uma intervenção médica que pode ter efeitos secundários, que não oferece proteção contra outras infeções sexualmente transmissíveis, que “pode não oferecer uma total proteção contra a infeção pelo VIH” e que deve ser prescrita e supervisionada por um médico com experiência em saúde sexual.

As orientações recomendam que a PrEP pode ser prescrita como regime diário ou intermitente, sendo que neste último caso deve ser tomada tal como no estudo Ipergay (uma dose dupla nas 24 horas antes do ato sexual e depois uma dose em cada um dos dois dias após o ato sexual).

A EACS também alterou as suas recomendações para a profilaxia *pós* exposição (PPE). As orientações já não recomendam a PPE se se tiver um parceiro seropositivo para o VIH com carga viral indetetável, uma mudança que põe finalmente estas recomendações em sintonia com as da BHIVA, tendo recomendado também os regimes *Truvada*® mais darunavir/ritonavir ou raltegravir.

Links relacionados

Leia a notícia na íntegra no aidsmap.com

Faça o download das orientações europeias no site da EACS

Nova formulação do tenofovir demonstra melhoria ao nível da segurança

Bart Rijnders numa apresentação da EACS 2015. Fotografia de Liz Highleyman, hivandhepatitis.com

Uma investigação apresentada na 15ª Conferência Europeia sobre SIDA na passada semana demonstrou uma melhoria em termos de segurança com uma combinação que contem uma nova formulação do tenovir que recebeu recentemente a aprovação científica para venda na União Europeia.

O tenofovir alafenamide (TAF) da Gilead Sciences é uma nova formulação pró droga que leva o agente ativo às células infetadas com VIH de forma mais eficaz que a atual formulação do tenofovir disoproxil (*Viread*®, também no *Truvada*®, *Atripla*®, *Eviplera*® e *Stribild*®). O tenofovir é geralmente seguro e bem tolerado, mas pode causar uma pequena perda da densidade mineral óssea logo após o início da terapêutica e pode levar a problemas renais em pessoas mais suscetíveis.

Um relatório sobre dois ensaios randomizados de fase III com tenofovir alafenamide em combinação com o elvitegravir, cobicistat e emtricitabina demonstrou que, após 96 semanas e se comparadas com as pessoas que recebiam a formulação anterior do tenofovir com a mesma combinação, as pessoas que estavam a receber TAF sofriam de pequenas reduções na densidade mineral óssea e menos casos de toxicidade renal grave. Não houve diferença nas taxas de supressão viral.

Um outro estudo apresentado na conferência concluiu que as pessoas que mudavam de atazanavir/ritonavir e tenofovir/emtricitabina para tenofovir alafenamide em combinação com

elvitegravir, cobicistat e emtricitabina sofriam melhorias significativas na densidade mineral óssea e existiam algumas evidências para a possibilidade de terem também melhorias na função renal.

Com base nas conclusões favoráveis existentes até à data, a Gilead solicitou a aprovação regulatória nos E.U.A. e Europa do regime de comprimido único elvitegravir/cobicistat/emtricitabina/TAF, que será comercializado como *Genvoya*®. O comité científico da Agência Europeia de Medicamentos aprovou o *Genvoya*® em setembro e espera-se que a aprovação para comercialização surja nos próximos meses. Espera-se que a US Food and Drug Administration tome uma decisão em novembro.

Links relacionados

Leia a notícia na íntegra no aidsmap.com

Risco de ataque cardíaco aumenta com duração da infeção pelo VIH independentemente da idade

Uma análise feita a 18 468 pessoas a viver com VIH demonstrou que após dez anos com a infeção, uma pessoa seropositiva tem aproximadamente duas vezes maior probabilidade de ter um ataque cardíaco, se comparada com alguém que acabou de contrair a infeção, independentemente da idade em que se seroconverteu e após se ter em conta os efeitos do envelhecimento.

O estudo foi realizado pela colaboração CASCADE no EuroCoord e analisou oito coortes na Europa e América do Norte. Foi desenhado para analisar o papel da infeção pelo VIH e da imunossupressão no risco de ataque cardíaco entre pessoas que vivem com VIH, diferentes do tratamento antirretroviral e de fatores de risco conhecidos. A infeção de longo prazo pelo VIH pode aumentar o risco de ataque cardíaco ao causar inflamação, mas estudos anteriores não analisaram a possibilidade de a duração da infeção pelo VIH (há quanto tempo se vive com a infeção) ter algum efeito no risco de ataque cardíaco. O que os estudos anteriores demonstraram foi que a exposição a medicamentos específicos (indinavir, lopinavir/ritonavir e o atual abacavir) está associada a um aumento do risco de ataque cardíaco.

Após controlo etário e do tipo de tratamento antirretroviral, o estudo demonstrou que a duração da infeção pelo VIH é um dos maiores preditores de ataque cardíaco, não sendo a carga viral indetetável ou muito elevada fatores relevantes. No entanto, uma elevada supressão imune

aumentava o risco. Ter-se uma contagem CD4 inferior a 100 estava associado a um aumento de risco de aproximadamente quatro pontos, em comparação com contagens CD4 superiores.

Na apresentação dos resultados, Alexandra Lyons, da University College London, concluiu que as orientações para a gestão do risco cardiovascular entre pessoas que vivem com VIH pode ter de considerar a duração da infeção pelo VIH como fator de risco independente e que deve ser colocado um enfase particular na abordagem a fatores de risco como a dieta, tabagismo e exercício em pessoas que vivem há muito tempo com a infeção pelo VIH, independentemente da sua idade.

Links relacionados

Leia a notícia na íntegra no aidsmap.com

Sub estudos START

Jennifer Hoy numa apresentação na EACS 2015. Fotografia de Liz Highleyman, hivandhepatitis.com

O ensaio START (Strategic Timing of Antiretroviral Treatment) foi desenvolvido para analisar a questão sobre o melhor momento para iniciar a terapêutica antirretroviral, sobretudo em pessoas que ainda têm elevadas contagens CD4. Dividiu as pessoas com contagens CD4 superiores a 500 de forma aleatória em grupos de tratamento imediato ou adiado.

Numa sessão conjunta da 15ª Conferência Europeia sobre SIDA e 17º *Workshop* Internacional sobre Comorbilidades e Reações Adversas a Medicamentos para o VIH, os investigadores relataram que os participantes que iniciaram a terapêutica antirretroviral (TAR) pouco após o diagnóstico de infeção pelo VIH no estudo START apresentaram uma maior perda da densidade mineral óssea nas regiões das ancas e coluna se comparados com os participantes que adiaram o tratamento. Contudo, não existiram diferenças significativas na probabilidade de fraturas e dois outros sub estudos START não encontraram diferenças na função pulmonar e desempenho neuropsicológico entre as pessoas randomizadas nos grupos de TAR imediata ou adiada.

Iniciar o tratamento antirretroviral antes de se desenvolverem danos graves no sistema imunitário reduz drasticamente o risco de progressão de doenças relacionadas com a infeção pelo VIH e de morte, mas o tratamento precoce pode ter desvantagens, incluindo uma maior exposição a medicamentos tóxicos. Uma vez que o tenofovir e inibidores da protease estão associados a uma redução da densidade mineral óssea, os investigadores do START avaliaram se o tratamento precoce aumentava o risco de redução da densidade mineral óssea num sub estudo com 193 pessoas selecionadas aleatoriamente para o tratamento precoce e 204 pessoas no grupo da TAR adiada.

Houve uma redução da densidade mineral óssea na coluna após o primeiro ano de tratamento do grupo de tratamento precoce, tendo esta depois estabilizado. A densidade mineral óssea total da anca continuou a diminuir nos três anos após o início do estudo e em ambos os braços, mas a percentagem de perda foi maior no grupo de tratamento imediato se comparado com o outro grupo. Estas diferenças foram estatisticamente significativas.

Não existiram diferenças no desenvolvimento de osteoporose ou fraturas.

O único fator de tratamento associado à perda de densidade mineral óssea foi o tratamento com inibidores da protease.

Ter uma baixa contagem CD4 estava associado a uma maior redução da densidade mineral óssea na coluna, enquanto um maior período de tempo após o diagnóstico da infeção pelo VIH era o principal fator que afetada a diminuição nas ancas.

Ken Kunisaki numa apresentação da EACS 2015. Fotografia de Liz Highleyman, hivandhepatitis.com

Os sub estudos relacionados com o ensaio START analisaram as alterações às funções pulmonares e neurocognitivas. O estudo sobre a função pulmonar pretendeu compreender se o risco de doença pulmonar obstrutiva crónica (COPD) aumentava com um tratamento precoce. Estudos de observação demonstraram que as pessoas que vivem com VIH estão mais vulneráveis à COPD, mas existem dados contraditórios em relação a uma possível associação da TAR ao aumento dessa vulnerabilidade.

O estudo não encontrou diferenças no declínio da função pulmonar entre os grupos de tratamento precoce e adiado ou entre fumadores e não fumadores.

O sub estudo neurocognitivo analisou a questão de se saber se o tratamento pode afetar o desempenho neurocognitivo – tal como a memória, concentração ou capacidade de processar e agir sobre a informação. Existem alguns dados de estudos de coorte de pequenas diminuições no desempenho neurocognitivo que ficam aquém da demência associada à SIDA entre pessoas com infeção pelo VIH mais avançada, e foi sugerido que um tratamento precoce pode prevenir estas alterações.

Os investigadores afirmaram que o sub estudo neurocognitivo concluiu que não existe "nenhuma vantagem (ou desvantagem) neurocognitiva em relação à iniciação imediata da TAR no tratamento assintomático de pessoas *naive* com elevadas contagens CD4". Estas conclusões sugerem que existe uma "baixa incidência de danos cognitivos preveníveis com a TAR" nesta população e uma baixa incidência de diminuição da capacidade neurocognitiva quando não se está sob tratamento, bem como "nenhuma evidência clara de neurotoxicidade".

Links relacionados

Leia mais sobre o sub estudo sobre densidade mineral óssea no aidsmap.com

Leia mais sobre os sub estudos sobre as funções pulmonares e neurocognitivas no aidsmap.com

Coinfeção pela hepatite C e mortalidade: o tratamento cura tudo?

Lars Peters numa apresentação na EACS 2015. Fotografia de Liz Highleyman, hivandhepatitis.com

De acordo com uma apresentação feita na conferência, o tratamento para a hepatite C que conduz a uma resposta virológica sustentada (RVS), geralmente considerada cura, foi associado a uma diminuição do risco de morte relacionada com problemas hepáticos e uma melhoria da sobrevivência numa análise feita a 3 500 pessoas coinfetadas pelo VIH e vírus da hepatite C (VHC). Um estudo relacionado concluiu que embora alguns eventos relacionados com o fígado diminuam com o tempo, o cancro hepático continua a ser um risco para as pessoas coinfetadas.

Uma investigação anterior tinha demonstrado que a resposta sustentada ao tratamento para a hepatite C está associada a uma redução da mortalidade entre pessoas seronegativas para o

VIH que vivem com VHC. O benefício do tratamento em termos de redução da mortalidade entre pessoas coinfetadas poderia ser maior devido à progressão acelerada da fibrose ou inferior por ser mais provável que faleçam devido a causas “concorrentes”.

Uma análise a 18 coortes europeias de pessoas coinfetadas com VIH e VHC feita pelo COHERE (Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research in Europe), que analisou todas as pessoas que alguma vez iniciaram a terapêutica para a hepatite C com interferão e que foram acompanhadas ao longo de 96 semanas, concluiu que as pessoas que responderam ao tratamento tinham uma probabilidade inferior de falecer com causas associadas ao fígado ou outras.

Um outro estudo, com quatro coortes de pessoas coinfetadas já tratadas e por tratar, conclui que embora os episódios não relacionados com cancro hepático tenham diminuído desde 2003 e 2004, a incidência deste cancro tem continuado a aumentar em 11% ao ano. A cirrose prevê fortemente o risco de desenvolvimento de cancro hepático, aumentando a probabilidade em 13 pontos.

Links relacionados

Leia a notícia na íntegra no aidsmap.com

Inibidor de maturação da BMS

Carey Hwang, oradora da EACS 2015. Fotografia de Liz Highleyman, hivandhepatitis.com

O inibidor de maturação de próxima geração da Bristol-Myers Squibb, o BMS-955176, demonstrou ter boa atividade viral contra o subtipo B e C do VIH num curto estudo de prova de conceito e parece ser seguro e bem tolerado, de acordo com as conclusões apresentadas durante a conferência.

A terapêutica antirretroviral (TAR) eficaz combina agentes que têm como alvo diferentes passos do ciclo de vida do VIH, mas nenhum dos atuais medicamentos aprovados interfere com a montagem viral, maturação e libertação de células hospedeiras. Tais medicamentos poderiam oferecer uma importante opção de tratamento para as pessoas que vivem com VIH com resistência extensiva às classes de medicamentos existentes.

O estudo de fase 2a apresentado durante a conferência demonstrou que o inibidor experimental de maturação combinado com atazanavir (com ou sem ritonavir potenciado) reduziu a carga viral de forma semelhante à combinação de tenofovir/emtricitabina e atazanavir (com ou sem ritonavir potenciado). Num estudo de monoterapia também apresentado, o tratamento de curta duração com o BMS-955176 foi, na generalidade,seguro e bem tolerado, sem nenhum caso de morte associado, efeitos secundários ou descontinuação da medicação devido a efeitos secundários. Os efeitos secundários mais comuns foram dores de cabeça e sonhos vívidos. A hiperbilirrubinemia associada ao atazanavir foi o efeito secundário mais frequente na fase de terapêutica de combinação do estudo.

Links relacionados

Consulte a notícia na íntegra no aidsmap.com

EACS 2017

A Conferência Europeia sobre SIDA 2017 decorrerá em Milão, na Itália, de 25 a 28 de outubro. Para ficar a par das últimas novidades, consulte o site oficial da 16ª Conferência Europeia sobre SIDA.

Próximas conferências: subscreva os boletins

Subscreva a receção dos próximos boletins sobre as conferências:

- CROI 2016 (fevereiro)
- AIDS 2016 (julho)

Subscreva a receção de notícias mensais sobre hepatites virais do Infohep.org, também produzidas pela equipa do aidsmap.com, incluindo a cobertura da próxima reunião da American Liver Meeting (novembro de 2015) e do International Liver Congress (EASL) (abril de 2016).

Links relacionados

Subscreva os nossos boletins regulares

Subscreva o boletim mensal do infohep.org

Faça o download da aplicação de notícias do aidsmap (para Android ou iPhone)

Apoie o nosso trabalho

Esta mensagem, enviada por um apoiante, fez-nos sorrir! Como organização de solidariedade, necessitamos de donativos e agradecemos todos os que recebemos, sejam pequenos ou grandes.

Acreditamos veementemente que uma informação independente, clara e baseada em evidência científica está no centro do fortalecimento da capacidade das pessoas para tomarem decisões sobre a sua saúde e viver durante mais tempo, vidas felizes e com mais saúde.

Se quiser apoiar o nosso trabalho através de um donativo, poderá fazê-lo *online* através da página www.aidsmap.com/donate.

Muito obrigado.

Links relacionados

www.aidsmap.com/donate

Tradução disponibilizada por:

- Grupo Português de Activistas sobre Tratamentos VIH/SIDA

- Acompanhe a NAM pelo Facebook: esteja actualizado com todos os projectos, recentes resultados e novos desenvolvimentos que estão a acontecer no mundo da NAM.
- Siga a NAM pelo Twitter para aceder às notícias dos nossos editores, que irão

acompanhar os principais temas da conferência à medida que vão sendo divulgados. As nossas notícias têm ligação em www.twitter.com/aidsmap_news e, também, através de mensagens pelo www.twitter.com/aidsmap.

Siga todas as notícias da conferência ao subscrever o nosso formato RSS.

NAM's coverage of the 15th European AIDS Conference has been made possible thanks to support from the European AIDS Clinical Society (EACS), Bristol-Myers Squibb, Gilead, Merck & Co., Inc., and ViiV Healthcare.

nam aidsmap

A NAM é uma reconhecida organização de base comunitária, com sede no Reino Unido. Proporciona informações co mundo para pessoas que vivem com a infecção pelo VIH e profissionais desta área.

Faça um donativo, marque a diferença em www.aidsmap.com/donate

Para mais informações, por favor entre em contacto com a NAM:
Telefone: +44 (0)20 7837 6988
Fax: +44 (0) 20 7923 5949
E-mail: info@nam.org.uk
Site: 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

Para cancelar a subscrição, por favor visite a nossa página: http://www.aidsmap.com/page/1492854/