

# CROI 2017

## Conferência sobre Retrovírus e Infecções Oportunistas

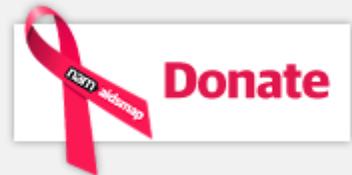
Seattle, E.U.A., 13 a 16 de fevereiro de 2017



**Sexta feira, 17 de fevereiro de 2017**

### Conteúdos

- | Ensaio com vacina espanhola induz controlo virológico sem TAR em quase 40% dos doentes
- | Caso único de falência da PrEP sem resistência ao medicamento
- | “Tratamento como prevenção” na hepatite C reduz novas infeções em metade
- | Tabagismo, cancro e ataques cardíacos
- | Bons resultados com medicação tripla para a tuberculose extremamente resistente à terapêutica
- | Como devem ser disponibilizados os serviços de autoteste para o VIH?
- | Tabela de medicamentos antirretrovirais
- | Apoie o nosso trabalho



## Ensaio com vacina espanhola induz controlo virológico sem TAR em quase 40% dos doentes



A chamada vacina “HIV Conserv” produziu pela primeira vez um controlo virológico significativamente prolongado numa minoria considerável de doentes, quando estes abandonaram a terapêutica antirretroviral (TAR). Soube-se ontem na Conferência sobre Retrovírus e Infecções Oportunistas (CROI 2017) que, até ao momento, um participante interrompeu a TAR durante sete meses sem ter de voltar a tomá-la.

Embora vários estudos com vacinas em símios tenham conduzido a supressões virais de longo prazo, este é o primeiro estudo com humanos que produziu o mesmo efeito.

As vacinas do HIV Conserv contêm antigénios selecionados (sequências imuno-estimuladoras de proteínas ou genes) do VIH altamente conservadas, daí o nome. “Altamente conservado” significa que são as partes do VIH que o próprio menos pode alterar e que variam pouco de um vírus para o outro.

Assim, a vacina consiste em secções de proteínas de várias estirpes do VIH unidas e que geram uma resposta imune à qual o vírus tem dificuldade em “escapar”. O vírus não consegue gerar mutações que contornem a resposta imune do organismo, uma vez que fazê-lo o iria enfraquecer.

Isto significa que a vacina “estimula” a resposta das células T CD8 contra o VIH de uma forma mais potente e menos ingloria, uma vez que não são geradas respostas que o vírus consiga evitar facilmente.

No estudo BCN02, também apresentado na conferência, a vacina foi administrada a 15 pessoas nas semanas 0 e 9. Também receberam três doses de romidepsin, um medicamento que estimula as células latentes infetadas à produção de VIH. Esperava-se que este aumento de produção do vírus fortalecesse as respostas imunes produzidas pela vacina.

A TAR foi interrompida à semana 17 na chamada Monitored Antiretroviral Pause (MAP). A toma da TAR era novamente iniciada se ocorresse um relapso viral. Até ao momento, 13 pessoas interromperam o tratamento.

Oito pessoas tiveram um relapso da carga viral, mas cinco controlaram o VIH em níveis muito baixos durante períodos de tempo entre 6 e 28 semanas.

“Este estudo é entusiasmante por ser o primeiro a demonstrar o controlo viral pós tratamento – ou seja, o vírus está presente, mas não ressurgiu após a interrupção da terapêutica antirretroviral”, afirmou Sharon Lewin, diretor do Pether Doherty Institute for Infection and Immunity, da Universidade de Melbourne, na Austrália. “Porém, também temos de ter alguma precaução – não houve grupo de controlo e não sabemos que parte da intervenção é que foi importante”.

### Links relacionados

[Leia a notícia na íntegra em \[aidsmap.com\]\(#\)](#)

[Veja o webcast no site da conferência](#)

[Visite a nossa página da conferência em \[aidsmap.com\]\(#\)](#)

## Caso único de falência da PrEP sem resistência ao medicamento



Elske Hoornenborg e Godelieve de Bree no CROI 2017. Fotografia de Gus Cairns, [aidsmap.com](#)

[Um homem que participou num projeto de demonstração sobre profilaxia pré-exposição \(PrEP\) em Amesterdão, infetou-se com VIH apesar de boa adesão à PrEP e aos elevados níveis do medicamento no organismo.](#) A contrastar com os poucos casos reportados de falência da PrEP, este caso não pode ser explicado pelo início da PrEP durante o período de infeção aguda ou pela resistência a antirretrovirais.

Entre as dezenas de milhares de casos de prevenção do VIH com PrEP, foram poucos os relatos de pessoas que se infetaram com VIH. O caso mais documentado foi [relatado na conferência CROI no ano passado](#).

Este novo caso refere-se a um homem que teve um resultado negativo para o teste do VIH no primeiro, terceiro e sexto mês após ter iniciado PrEP. As análises de doseamento de fármacos em gota de sangue seco em papel (um bom guia para medir a adesão no mês anterior) sugeriram uma excelente adesão.

Aproximadamente oito meses após o início da PrEP, o participante do ensaio queixou-se de febre, dificuldade em urinar e inflamação na uretra. Teve um resultado positivo no teste do VIH no dia seguinte. Os testes de resistência não evidenciaram mutações de resistência aos medicamentos, nem mesmo de tipo minoritário.

Os médicos envolvidos afirmam que este é o primeiro caso de infecção pelo VIH-1 com um vírus "selvagem" numa pessoa com níveis intercelulares documentados de tenofovir disfosfato, considerados protetores.

Alguns aspetos neste caso são intrigantes. O homem teve um padrão de seroconversão atípico, potencialmente devido a uma reposta imune anormal sob PrEP. Quando teve o primeiro resultado positivo de anticorpos do VIH, os testes não conseguiram detetar o antígeno p24, ARN celular ou ADN integrado nas células sanguíneas ou tecidos retais.

O homem teve várias relações sexuais sem usar preservativo, o que poderá significar repetidas exposições à infecção pelo VIH e danos na mucosa. Em média, teve relações sexuais sem o uso do preservativo 16 dias por mês com 3,7 parceiros em cada um desses dias.

Os investigadores têm várias hipóteses sobre os potenciais mecanismos deste caso extremamente raro de infecção apesar da toma da PrEP, mas salientam que qualquer explicação nesta fase será meramente especulativa.

### Links relacionados

[Leia a notícia na íntegra em \*\*aidsmap.com\*\*](#)

[Faça o download do poster a partir do site da conferência](#)

## “Tratamento como prevenção” na hepatite C reduz novas infeções em metade



Victor Virlogeux e Bart Rijnders no CROI 2017. Fotografia de by Liz Highleyman, [hivandhepatitis.com](#)

Um ano depois de a Holanda instituir uma política que permitiu o acesso sem restrições aos novos antivirais de ação direta (AAD) para o tratamento da hepatite C (VHC), [há já uma redução drástica no número de infeções agudas pelo VHC no grupo dos homens seropositivos para o VIH que têm sexo com homens.](#)

Os novos AAD tornam o tratamento para o vírus da hepatite C mais rápido, mais fácil e mais eficaz. Tratar de imediato todas as pessoas com infeção pelo vírus da hepatite C, sobretudo as pessoas em maior risco de transmitirem a infeção a outros, poderá travar a transmissão da infeção. Mas em muitos países o acesso a estes novos medicamentos tem sido limitado devido ao seu elevado custo.

Desde novembro de 2015, na Holanda, que todas as pessoas que vivem com VIH co infetadas pelo VHC podem fazer o tratamento com os novos AAD, independentemente do grau de fibrose. A adesão foi rápida, em especial nas pessoas sem doença hepática grave que, anteriormente, não tinham critérios para conseguir fazer o tratamento.

A coorte Dutch ATHENA observou 2 422 pessoas que vivem com VIH que tinham co infeção pelo vírus da hepatite C.

Em janeiro de 2017, 82% tinha iniciado tratamento e 70% estava ou curada ou sob tratamento. Entre as pessoas tratadas com os AAD, a taxa de resposta virológica sustentada era muito elevada: 98%.

Cerca de três quartos (76%) dos homens gay tinha curado ou estava ainda sob tratamento, em comparação com 45% nos outros grupos, incluindo mulheres e pessoas que anteriormente

tenham consumido drogas por via injetada. Os homens gay tinham sido selecionados para tratamento, como estratégia de interromper a corrente de transmissão da infecção e, devido a isso, estavam ansiosos por iniciá-lo o mais cedo possível.

Numa outra coorte constituída por homens seropositivos para o VIH que têm sexo com homens, foram identificados 93 homens com infecção aguda pelo vírus da hepatite C em 2014, mas apenas 49 em 2016. A taxa da incidência anual foi de 1,1% em 2014 e 0,5% em 2016, uma redução significativa de 51%.

Esta descida na incidência da hepatite C ocorreu no mesmo período em que se observou um aumento de infeções por sífilis e a evidência do uso de drogas em contextos sexuais, o que sugere que a descida no número de infeções pelo VHC não é atribuível a alterações nos comportamentos sexuais de risco.

A França é outro país que oferece o tratamento para a hepatite C com AAD a todas as pessoas, embora a adesão seja menor. Um modelo matemático apresentado na conferência observou o potencial impacto nos diferentes níveis de cobertura do tratamento naquele país.

Até janeiro de 2016, contabilizaram-se cerca de 7 200 pessoas que vivem com VIH com co-infecção pelo vírus da hepatite C que estavam a ser seguidas nos cuidados de saúde. Assumindo que a cobertura do tratamento para a hepatite C é mantida como está, com um nível de 30% por ano, o modelo prediz que no geral, a prevalência da hepatite C desceria de 5,1% para 1,1% em 2016, o equivalente a cerca de 2 000 pessoas. Aumentar a cobertura para 70% diminuiria para um número inferior a 1 000.

As reduções seriam observadas na maioria dos subgrupos, incluindo os homens que têm sexo com homens em menor risco. Contudo, dadas as elevadas taxas de infecção aguda e reinfeção, a cobertura teria de aumentar para os homens que têm sexo com homens em maior risco de se infetarem. Intervenções comportamentais, rastreio regular, incluindo as pessoas já tratadas e alcançar as pessoas que ainda não estão diagnosticadas de forma a integrá-las nos cuidados de saúde seria também necessário para erradicar a hepatite C nesta população.

Os investigadores norte-americanos chamaram a atenção para a diferença entre a descida da incidência nestes exemplos europeus e outros países, onde o acesso ao tratamento tem ainda fortes restrições e a incidência continua a subir.

### Links relacionados

[Leia a notícia na íntegra no aidsmap.com](#)

[Veja o webcast no site da conferência](#)

## Tabagismo, cancro e ataques cardíacos



Leah Shepherd no CROI 2017. Fotografia de Liz Highleyman, hivandhepatitis.com

De acordo com o que se ouviu na conferência, **parar de fumar representa um enorme benefício para as pessoas que vivem com VIH**. A incidência de uma série de cancros associados ao tabagismo diminui significativamente apenas um ano depois de se deixar de fumar – embora o risco de cancro do pulmão persista. Para além disso, entre pessoas que vivem com VIH é provável que o tabagismo contribua muito mais para o risco de doença cardiovascular que a carga viral, a escolha de tratamento antirretroviral ou qualquer outro fator associado ao VIH.

O tabagismo é mais comum entre pessoas que vivem com VIH do que entre a população geral.

Cerca de 17% da população geral dos Estados Unidos da América fuma, sendo que esse valor é de 40% entre as pessoas que vivem com VIH. Os valores no Reino Unido são respetivamente de 19% e 29%, tendo as pessoas que vivem com VIH uma maior probabilidade de terem um maior consumo de tabaco.

Uma análise do coorte de grandes dimensões D:A:D incluiu dados sobre as alterações aos comportamentos relacionados com o tabagismo, tendo os participantes sido acompanhados durante uma média de nove anos. Durante este período, foram diagnosticados 1 980 cancros entre os 25 424 participantes, incluindo 242 cancros do pulmão e 487 cancros associados ao tabagismo (tal como cancro na cabeça e pescoço, esófago, estômago, pâncreas, rins e bexiga, ovários e fígado).

A incidência de cancros relacionados com o tabagismo – excluindo o cancro de pulmão – diminui substancialmente um ano após a cessação do consumo, sendo posteriormente comparável à incidência entre pessoas que nunca fumaram.

Por outro lado, se comparados com as pessoas que nunca fumaram, a incidência de cancro do pulmão manteve-se pelo menos oito vezes mais elevada entre ex fumadores nos cinco anos após a cessação tabágica. Esta conclusão vem contrastar com estudos feitos entre pessoas seronegativas para o VIH, onde a diminuição do risco de cancro de pulmão se torna evidente cinco anos após a paragem do consumo.

Um segundo estudo analisou a contribuição de vários fatores de risco para doença cardíaca entre pessoas na rede de coortes norte-americanas NA-ACCORD. Durante uma média de três anos e meio, ocorreram 347 enfarte do miocárdio em 29 515 pessoas.

- | Se todos parassem de fumar, seriam evitados 38% de todos os enfartes;
- | Se todos tivessem níveis de colesterol normais, seriam evitados 43%;
- | Se todos tivessem níveis normais de pressão arterial, seriam evitados 41%.

Em comparação, mudar os fatores de risco associados ao VIH – baixa contagem CD4, carga viral detetável, diagnóstico de SIDA ou coinfeção pela hepatite C – teria um efeito muito menor no número total de episódios de enfarte.

Os estudos sugerem a necessidade de se dar maior ênfase à cessação tabágica entre pessoas que vivem com VIH, bem como uma maior ênfase na gestão do colesterol e da pressão arterial. Para tal será necessário um maior contributo dos médicos de cuidados de saúde primários e dos serviços de saúde não associados ao VIH.

### Links relacionados

[Leia a notícia na íntegra em aidsmap.com](#)

[Veja o webcast no site da conferência](#)

## Bons resultados com medicação tripla para a tuberculose extremamente resistente à terapêutica



Doente do Nix-TB na sala de espera do Hospital Brooklyn Chest na Cidade do Cabo. Fotografia de John-Michael Mass para a TB Alliance.

Uma combinação de três medicamentos de toma oral ao longo de seis meses foi suficiente para eliminar a tuberculose extremamente resistente à terapêutica em 29 das 31 pessoas que

**terminaram o tratamento**, de acordo com o que se ouviu esta semana no CROI. Se os resultados forem reproduzidos num estudo de maiores dimensões, as conclusões poderiam revolucionar a perspectiva de tratar a tuberculose extremamente resistente à terapêutica e os casos mais graves de tuberculose multiresistente (TB-MR).

A tuberculose extremamente resistente à terapêutica é um problema cada vez maior em países com uma elevada taxa de TB-MR, como é o caso da África do Sul. O atual tratamento para a tuberculose extremamente resistente à terapêutica envolve um regime de seis medicamentos, incluindo uma fase de seis meses com medicação injetáveis e outros 12 a 18 meses de tratamento com cinco medicamentos. Alguns dos medicamentos têm efeitos secundários graves e a taxa de cura é extremamente baixa: apenas 11% dos sul africanos estão curados cinco anos após terem iniciado o tratamento, sendo que 73% vêm a falecer.

O estudo NIX-TB está a testar um regime de três medicamentos que consiste em bedaquilina (*Sirturo*®, o primeiro medicamento para a TB a ser aprovado nos últimos 40 anos), linezolida (um antibiótico barato) e em pretomanid (PA-824), um medicamento experimental para a tuberculose que está a ser desenvolvido pela **TB Alliance**.

Os resultados iniciais dos primeiros participantes foram aprovados no CROI. Trinta e uma pessoas na África do Sul terminaram o tratamento e o acompanhamento de seis meses após o tratamento. Nesta fase, o principal objetivo do estudo é a incidência de falência bacteriológica, relapso ou falência clínica. Tal só foi alcançado por dois indivíduos – uma pessoa foi reinfectada com TB suscetível aos medicamentos e uma pessoa que parece ter sofrido uma recaída de TB extremamente resistente à terapêutica.

Um estudo separado usou uma análise genética para comprovar que a migração e as viagens desempenham um papel importante na transmissão da TB extremamente resistente à terapêutica na província da África do Sul mais afetada: KwaZulu-Natal. Pensava-se inicialmente que a transmissão de TB extremamente resistente à terapêutica estava concentrada nas habitações, mas esta análise concluiu que a distância geográfica média entre pares relacionados de infeções por TB extremamente resistente à terapêutica geneticamente era de 111 quilómetros. Quatro em cada cinco pessoas com pares de infeção geneticamente relacionada viviam em diferentes distritos da província.

### Links relacionados

[Leia a notícia na íntegra em \*\*aidsmap.com\*\*](#)

[Veja o webcast no site da conferência](#)

## Como devem ser disponibilizados os serviços de autoteste para o VIH?



Pitchaya Indravudh no CROI 2017. Fotografia de Robb Cohen Photography & Video.

Qual a melhor forma de implementar o autoteste para o VIH, qual o tipo mais adequado de serviço de autoteste e quais as melhores formas de garantir a ligação ao tratamento continuam a ser perguntas sem resposta, [mas foram apresentados na conferência projetos de investigação do Malawi e Estados Unidos da América que abordam estas questões](#).

De forma a contribuir para a criação dos serviços no Malawi, foram feitas pequenas experiências relacionadas com as diferentes opções, de forma a determinar o nível das preferências dos utilizadores por vários aspetos do serviço. Foi preferida a disponibilização de

kits de autoteste por voluntários na casa das pessoas a serem rastreadas. Mesmo um preço tão baixo quanto 0,10 US dólares iria afastar as pessoas do rastreio. Os participantes esperavam que o apoio após o rastreio fosse composto por mais do que um folheto e gostariam que o processo de ligação aos cuidados de saúde fosse feito a partir de casa.

Existiram problemas com a compreensão das instruções dadas através de ilustrações que vinham com o kit de autoteste, mas os investigadores concluíram que uma exemplificação feita ao vivo, antes do rastreio era aceite e permitia que as pessoas fizessem o rastreio de forma correta.

Na cidade de Nova Iorque, a distribuição gratuita de kits de autoteste a homens gay através de aplicações e sites de socialização era exequível e uma forma aceitável de alcançar um leque diversificado de participantes, incluindo homens que não tinham feito o teste anteriormente. Contudo, foi identificado um número relativamente baixo de casos de novas infeções pelo VIH.

Um estudo piloto nos Estados Unidos da América está a fazer um ensaio com um kit de teste que possui sensores que detetam o momento em que este é aberto. Posteriormente, um técnico telefona à pessoa e oferece-lhe apoio e referência aos cuidados de saúde.

### Links relacionados

[Leia a notícia na íntegra em aidsmap.com](#)

[Veja o webcast no site da conferência](#)

## Tabela de medicamentos antirretrovirais

The image shows a detailed 'Antiretroviral drug chart' from the National AIDS Memorial Quilt (NAM). The chart is organized into columns for different classes of antiretroviral drugs, including Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTIs), Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTIs), Protease Inhibitors (PIs), and Integrase Inhibitors (INSTIs). Each entry includes the drug name, its formulation (e.g., tablet, capsule, injection), and a small image of the drug's packaging. The chart is presented in a grid format with a teal background on the left and right sides.

A *Tabela de Medicamentos Antirretrovirais* da NAM é um guia de referência de uma página para todos os antirretrovirais para a infeção pelo VIH com licença de comercialização na União Europeia. Inclui informação sobre a formulação, dosagem, principais efeitos secundários e restrições alimentares.

A tabela de medicamentos foi atualizada em setembro de 2016 e está disponível para visualização ou download em [aidsmap.com](#). A anterior edição da tabela de medicamentos está disponível para download em [francês](#), [espanhol](#), [português](#) e [russo](#).

## Links relacionados

[Veja ou faça download \(em formato PDF\) da tabela de medicamentos em \[aidsmap.com\]\(http://aidsmap.com\)](#)

## *Apoie o nosso trabalho*

A NAM continua a ser  
uma grande fonte de  
informação científica  
correta e credível.  
Isto é algo raro.

**Devemos apoiá-la.**



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](http://www.aidsmap.com/donate).

Muito obrigado.

## Links relacionados

[www.aidsmap.com/donate](http://www.aidsmap.com/donate)

Tradução disponibilizada por:



- 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](http://www.twitter.com/aidsmap_news) e, também, através de mensagens pelo [www.twitter.com/aidsmap](http://www.twitter.com/aidsmap).
- Siga todas as notícias da conferência ao [subscrever o nosso formato RSS](#).

NAM's coverage of CROI 2017 has been made possible thanks to support from Janssen and ViiV Healthcare.



A NAM é uma reconhecida organização de base comunitária, com sede no Reino Unido. Proporciona informações correctas e actualizadas sobre VIH para todo o 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](http://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](mailto:info@nam.org.uk)

Site: [www.aidsmap.com](http://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/>