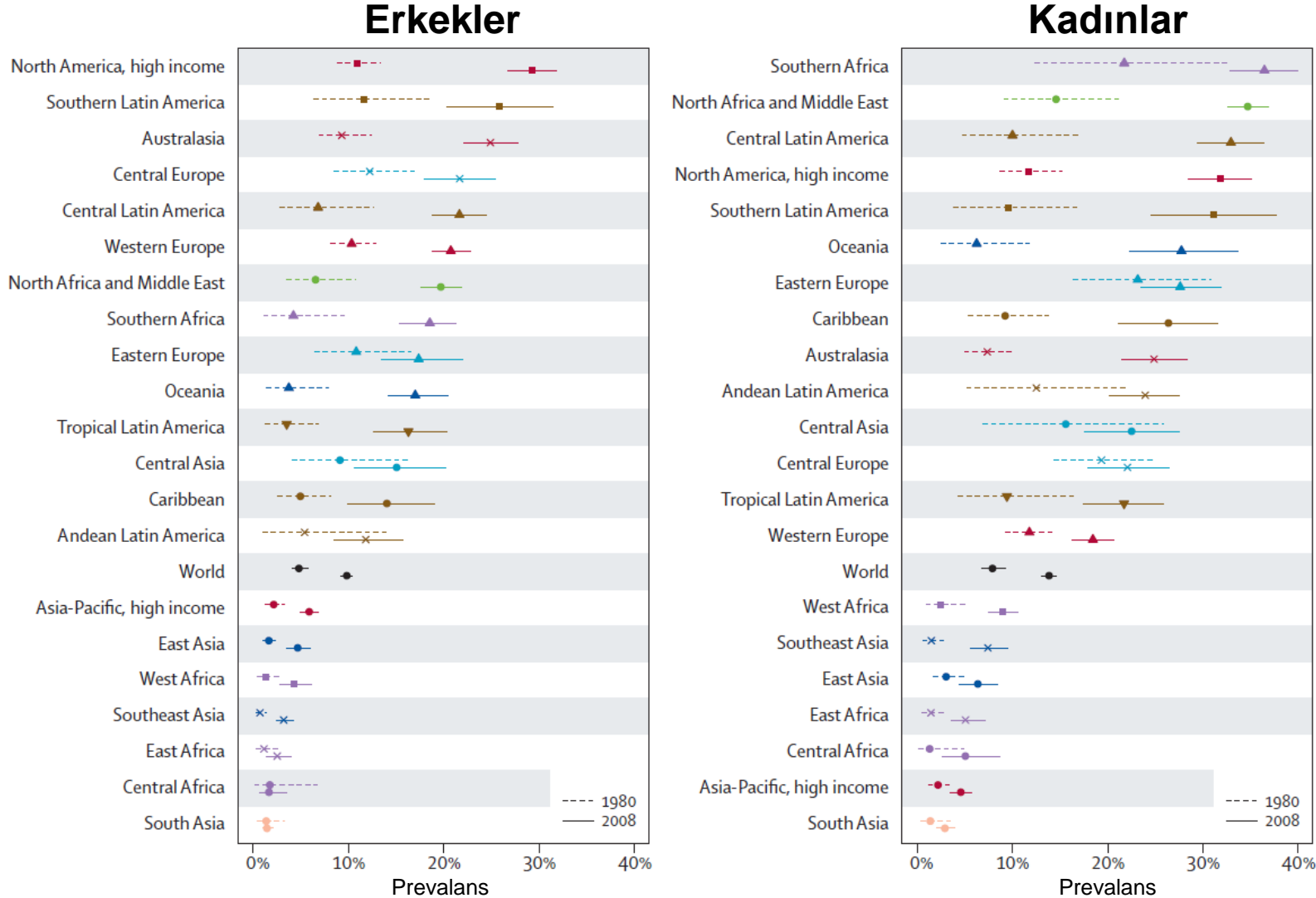


Kilo Değişimleri: Sağlığa Geri Dönüş mü?

Ahmet Çaękan İnkaya

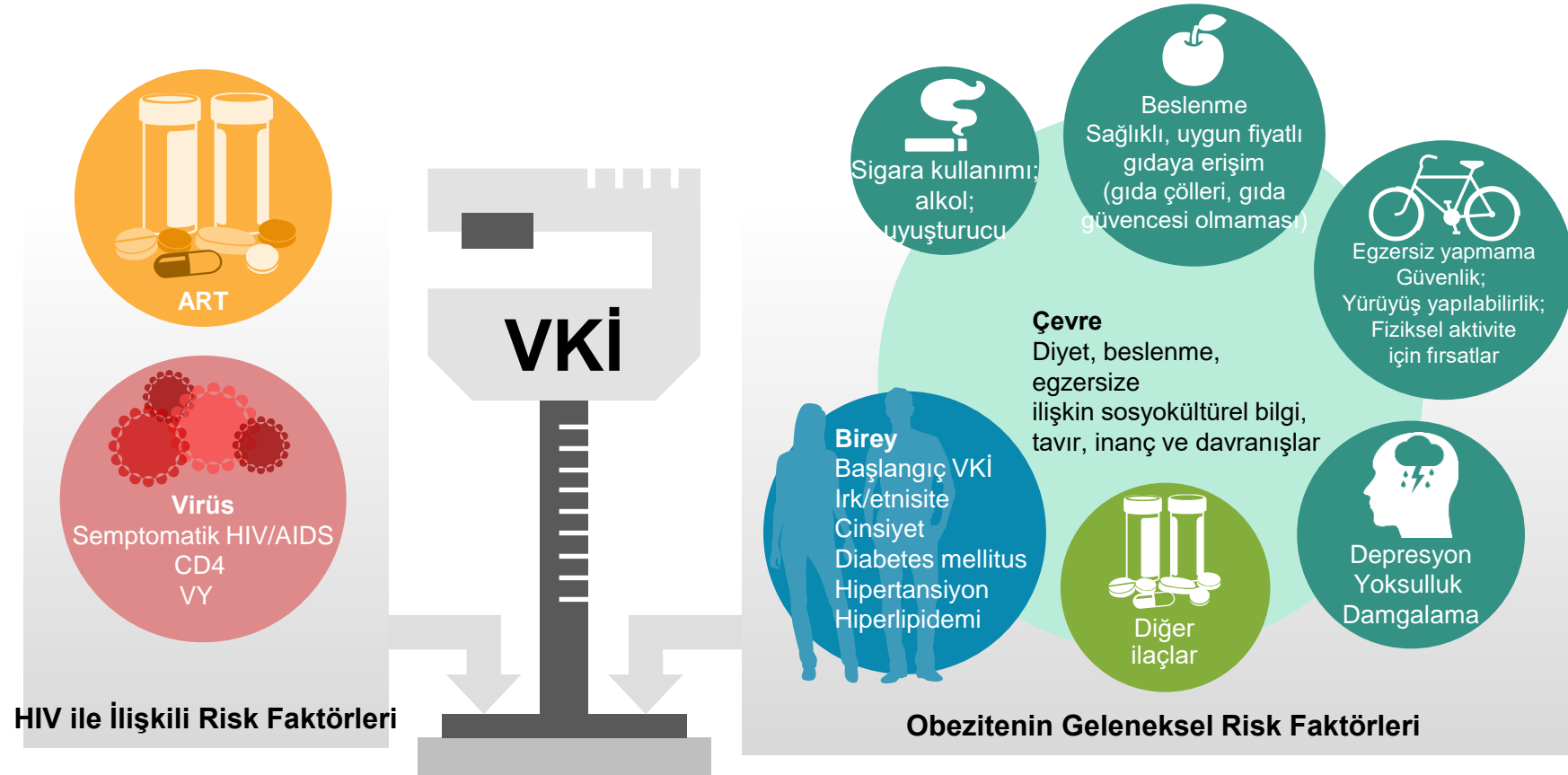
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı
inkaya@Hacettepe.edu.tr

Küresel Obezite Salgını: Coğrafi Lokasyona Göre Prevalans



- Hem yüksek hem düşük gelirli bölgelerde obezite prevalansında belirgin artış
- Kadınlar pek çok bölgede orantısız şekilde etkilenmiştir

HIV'le Yaşayan Bireylerde Kilo Alımı, Virüsün, ART'nin, Bireye ve Çevreye Özgü Risk Faktörlerinin İçinde Bulunduğu Çok Sayıda Etmene Bağlıdır



İnfoğrafik Gilead Sciences tarafından oluşturulmuştur, aşağıdaki kaynaklardan alınan verilerle desteklenmiştir:

1. Crum-Cianflone N, et al. PLoS ONE 2010;5:e10106
2. Keithly JK, Swanson B. J Assoc Nurses AIDS Care 2013;24(1 Suppl):S103-11
3. Lakey W, et al. AIDS Res Hum Retroviruses 2013;29:435-40

4. Taylor BS, et al. J Acquir Immune Defic Syndr 2014;65:e33-40

7. Norwood J, et al. J Acquir Immune Defic Syndr 2017;76:527-31

8. Menard A, et al. AIDS 2017;31:1499-1502

9. Taramasso L, et al. Open Forum Infect Dis 2017;4:239

10. Bakal DR, et al. J Antimicrob Chemother 2018;73:2177-85.

11. Pham P, et al. CROI 2017. Oral #225

13. Bourgi K, et al. CROI 2019. Seattle, WA. Poster 670

14. Lake J, et al. CROI 2019. Poster 669

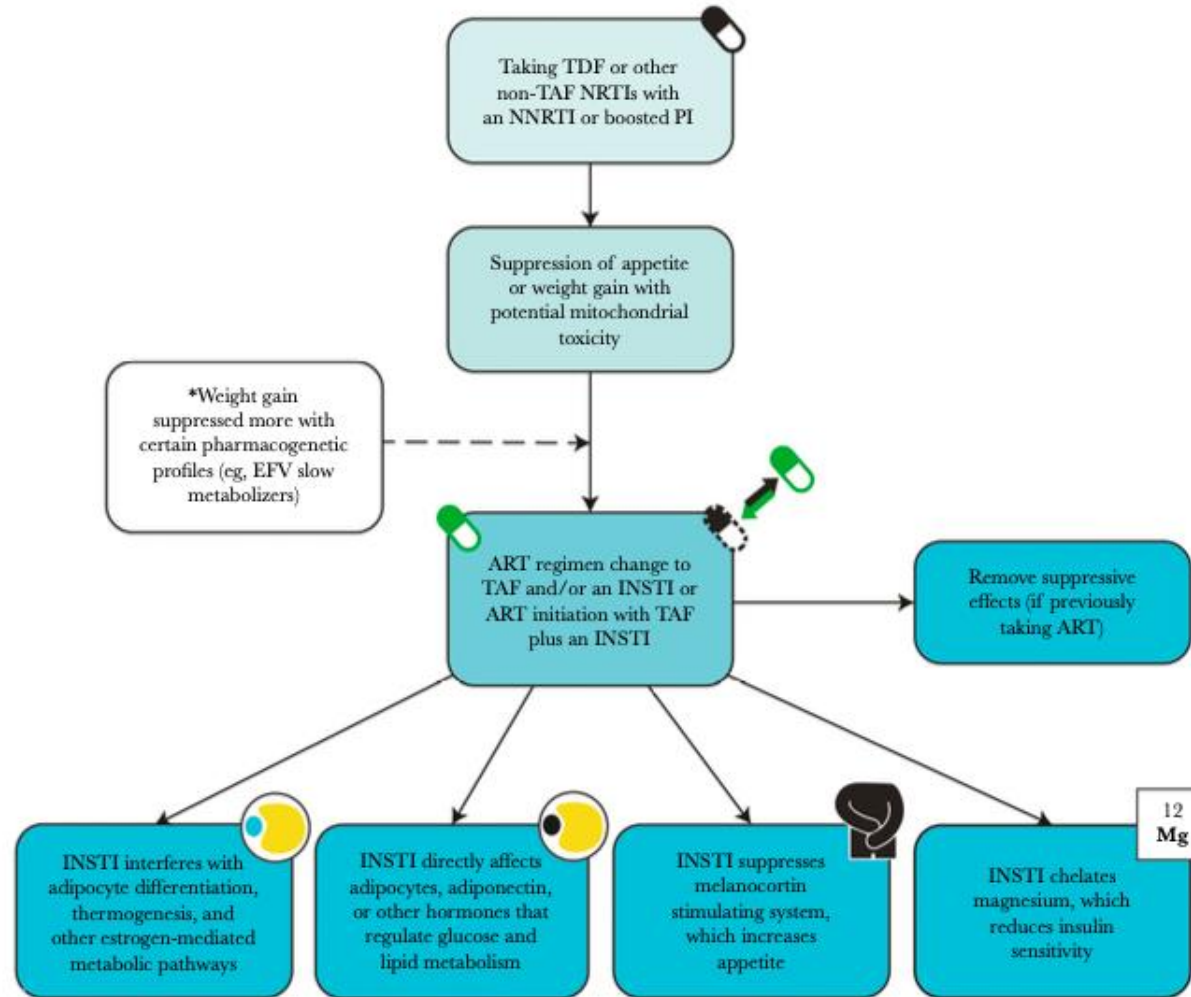
15. McComsey G, et al. CROI 2019. Seattle, WA. Poster 671

16. Pallela F, et al. CROI 2019. Seattle, WA. Poster 674

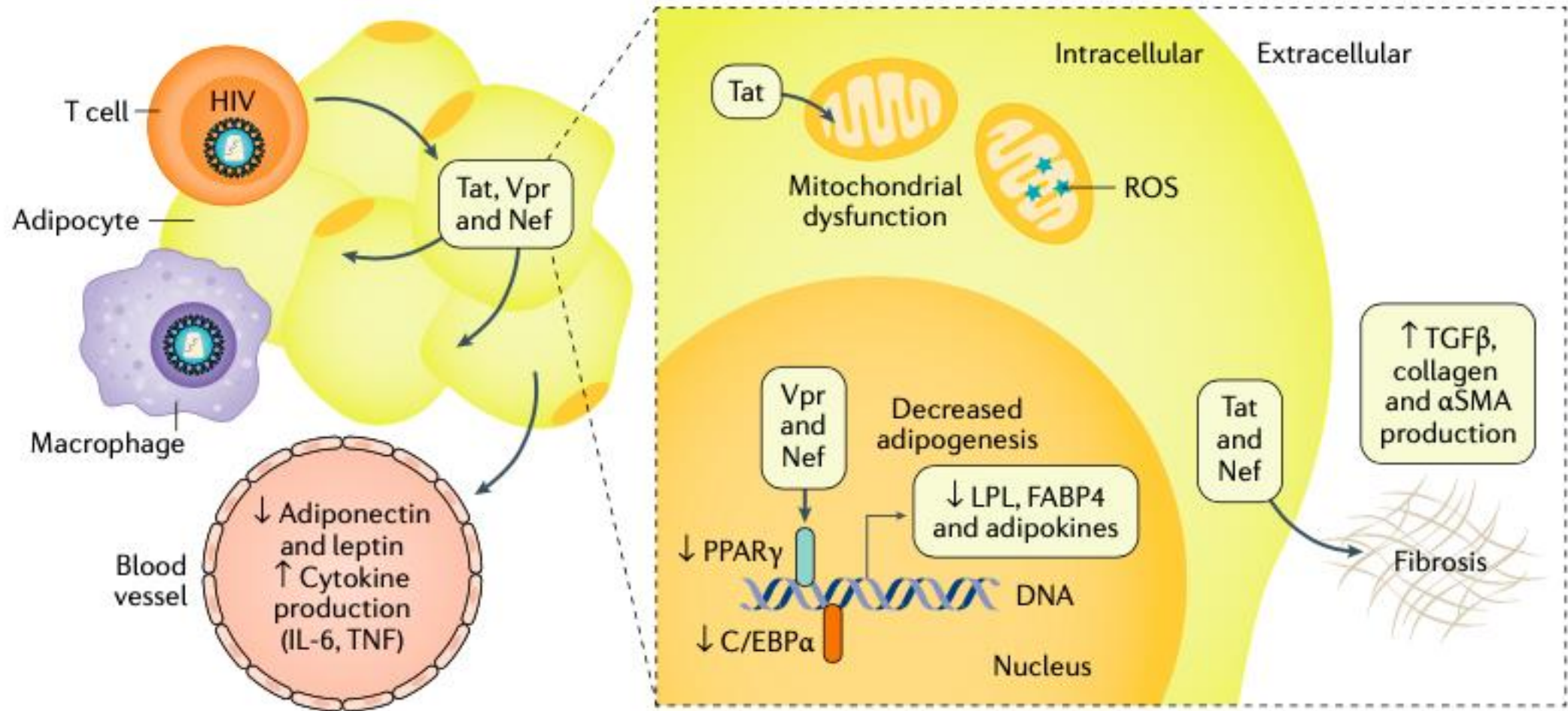
17. Kerchberger A, et al. CROI 2019. Seattle, WA. Poster 672

18. O'Halloran J. CROI 2019. Seattle, WA. Oral TD-08

HIV İle Yaşayan Kişilerde Kilo Alımı



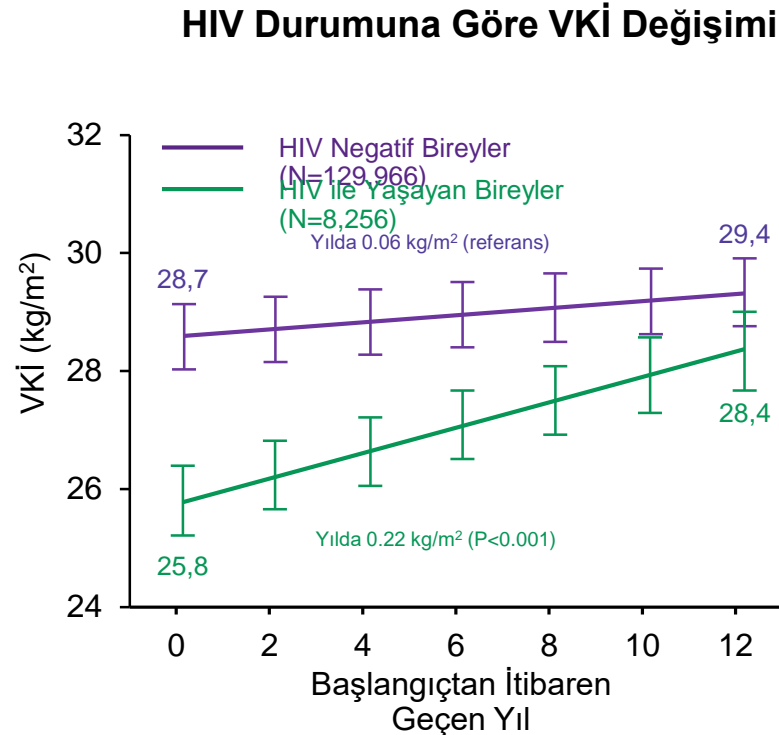
HIV Enfeksiyonu ve Adipoz Doku



HIV Durumu ve Başlangıç VKİ'ye Göre VKİ'deki Değişimler

ART başlanan 8,256 HIV pozitif bireyi ve 129,966 HIV negatif bireyi içeren retrospektif, eşleştirilmiş kohort çalışması (2006-2016)

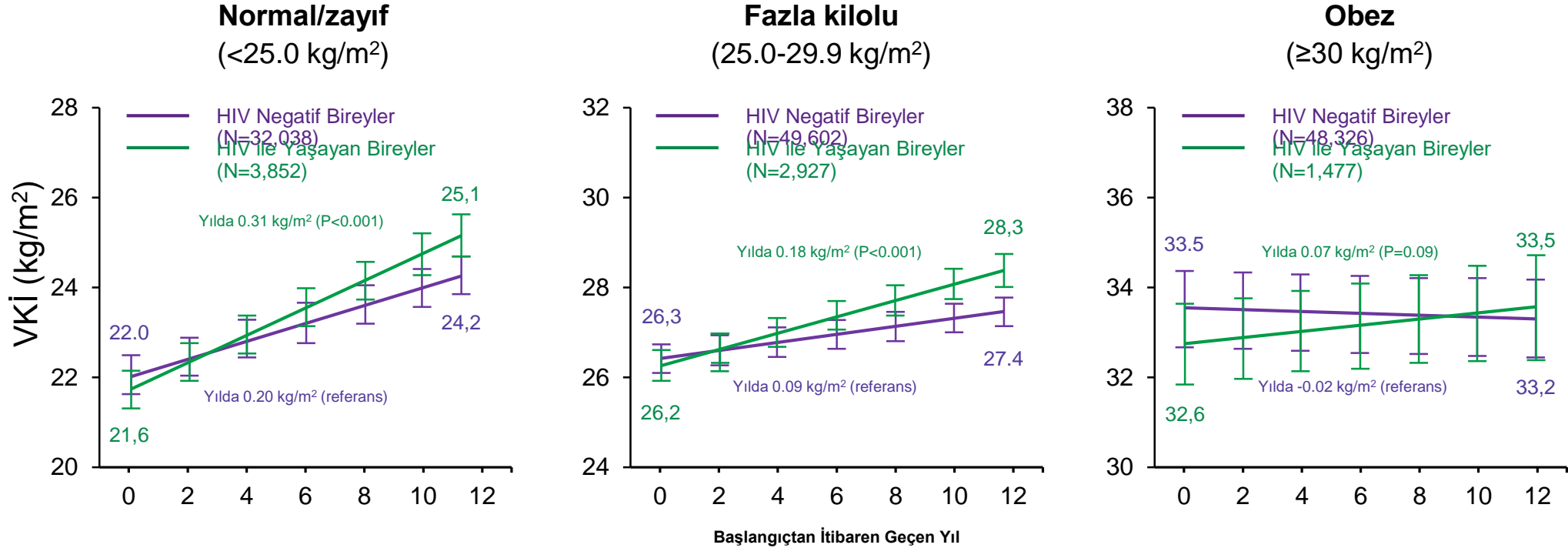
Başlangıç Özellikleri	HIV ile Yaşayan Bireyler (n=8,256)	HIV Negatif Bireyler (n=129,966)
Ortalama yaş, yıl	41	42
Erkek, %	88	87
Etnik Köken/Irk, %		
Beyaz	36	40
Siyahi	26	26
Alkol kullanım bozukluğu, %	11	7
Madde kullanım bozukluğu, %	16	6
Sigara içme öyküsü	47	37
Başlangıç VKİ (kg/m ²), %		
Zayıf (<18.5)	3	1
Normal (18.5-24.9)	44	24
Fazla kilolu (25-29.9)	35	38
Obez (>30)	18	37
Medyan VKİ ölçüm # (IQR)	8 (4-17)	5 (2-9)



- HIV ile yaşayan bireyler başlangıçta daha düşük VKİ'ye sahipti ve HIV negatif bireylerin üç katı hızda artış görüldü
- 12. Yıla gelindiğinde, HIV pozitif ve HIV negatif bireylerin VKİ düzeyleri benzerdi
- Kısıtlamalar: bazı hasta özellikleri başlangıçtan sonra değişebilir (örn. sigara kullanımı) Regresyon analizi başlangıç VKİ'ye göre ayarlanmamıştır- Başlangıçta 53 ve %75 fazla kilolu/obez

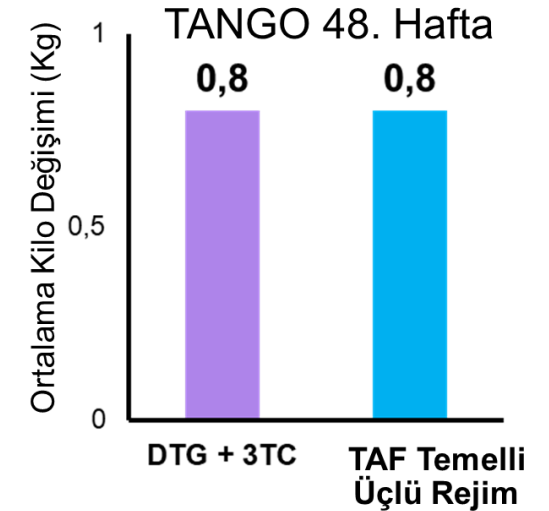
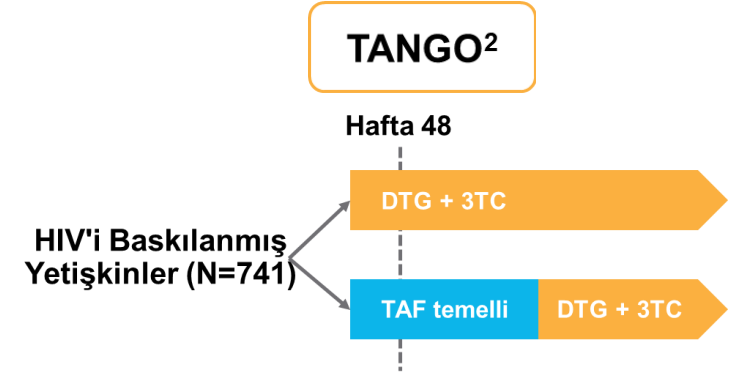
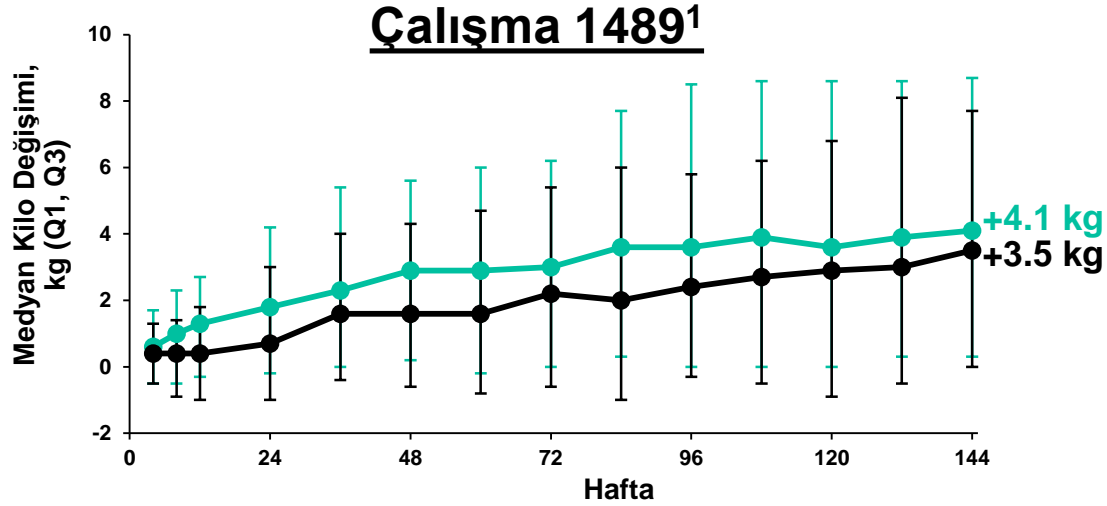
Çalışmanın sonunda, HIV durumundan bağımsız olarak VKİ benzer bulunmuş olsa da, artış hızı HIV ile yaşayan bireylerde anlamlı ölçüde daha yüksektir; bu durum uygun kilo yönetimi girişimlerinin gereğini vurgulamaktadır

Kilo Alımının HIV'e Özgü Risk Faktörlerini Netleştirmek İçin Daha Fazla Araştırma Gereklidir



- 12. yıla geldiğinde, HIV pozitif ve HIV negatif bireylerin BKİ düzeyleri benzerdi, ikisi de fazla kilolu kategorisinin üst sınırındaydı (ortalama 28.4 kg/m² ve 29.4 kg/m²)
- HIV ile yaşayan bireylerde, başlangıç VKİ analizi de dahil olmak üzere, VKİ artışı daha hızlıydı (0.22 kg/m²/yıl vs 0.06)
- HIV ile yaşayan bireylerde VKİ hızla artmaktadır ve demografik olarak benzer özelliklere sahip HIV negatif bireylerin düzeylerini kısa zamanda aşabilir.

HIV ile yaşayan bireylerde kilo değişimi multifaktöryeldir, Biktarvy ve TAF ile karşılaştırma kolları ile kıyaslanabilir kilo değişimleri gösterilmiştir



Katılımcılar, %	Çalışma 1489	
	B/F/TAF n=314	DTG/ABC/3TC n=315
Kilo kaybı ya da başlangıca göre değişim yok	24	26
≥%5 kilo kazanımı	52	48
≥%10 kilo kazanımı	29	25

**Kilo değişimi ile ilgili veriler, tedavi başlangıç önerilerini değiştirmek için yetersizdir.³
HIV ile yaşayan bireylere diyet, egzersiz ve yaşam tarzı değişikliği önerileri ile potansiyel kilo değişimi hakkında bilgi verilmelidir.³**

1. Orkin C, et al. EACS 2019. Basel, Switzerland. PE3/14

2. Van Wyk J, et al. IAS 2019. Mexico City, Mexico. Oral WEAB0403LB

3. Saag MS et al. JAMA 2020 Oct 14 doi: 10.1001/jama.2020.17025

HIV ile Yaşayan Bireylerde DTG/3TC vs. TAF Temelli Rejim: 144. Haftada Metabolik Sağlıkla İlgili Sonuçlar (1 / 2)

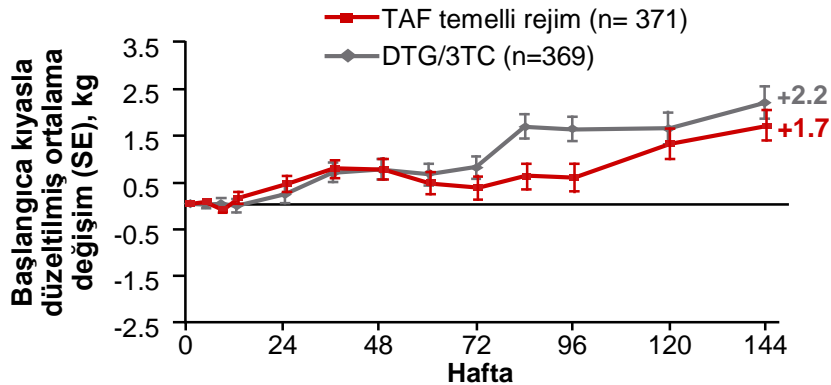


TAF temelli rejim kullanan virolojik olarak baskılanmış bireyler
N=741*

n=369 DTG/3TC

n=372 TAF temelli rejim

144 Hafta Boyunca Kilo Değişimi†



DTG/3TC vs. TAF temelli gruplarda $\geq 5\%$ ve $\geq 10\%$ kilo alımı:

$\geq 5\%$ kilo alımı: %39 (123/316) vs. %31 (94/303)

$\geq 10\%$ kilo alımı: %13 (42/316) vs. %12 (37/303)

Sonuçlar

- Klinik güvenlilik. Başlangıca kıyasla kilo, açlık lipidleri, glukoz değişimleri. İnsülin direnci (HOMA-IR ≥ 2) ve metabolik sendrom prevalansı

144 Hafta Boyunca Güvenlilik ve Metabolik AO'lar

n (%)	DTG/3TC (n=369)	TAF temelli rejim (n=371)
Herhangi bir AO	336 (91)	335 (90)
İlaç ilişkili AO'lar	55 (15)	18 (5)
İlaç ilişkili AO'lar, 48-144. Hafta arası‡	12 (4)	13 (4)
Çalışmadan çekilmeye yol açan AO'lar	23 (6)	7 (2)
Çalışmadan çekilmeye yol açan AO'lar, 48-144. Hafta arası‡	9 (3)	5 (1)
Ciddi AO'lar	57 (15)	44 (12)
Metabolizma ve beslenme bozuklukları		
Bozulmuş glukoz toleransı	1 (<1)	2 (<1)
Tip 1 diyabet	1 (<1)	0
Tip 2 diyabet	2 (<1)	1 (<1)

TAF temelli rejimden DTG/3TC'ye geçiş, 3 yıl sonra benzer kilo artışlarına yol açtı; bu hastalarda ilaç ilişkili AO'ların ve tedavinin bırakılmasına neden olan AO'ların oranı daha yüksekti

*TANGO çalışması yalnızca, çoğunluğu EVG/c/FTC/TAF veya RPV/FTC/TAF'tan oluşan TAF temelli rejimlerle tedavi edilen bireyleri dahil etmiştir; †Düzeltilmiş ortalama kilo değişimi, tedavi, vizit, başlangıçtaki üçüncü ajan sınıfı, CD4 sayısı, yaş, cinsiyet, ırk, başlangıçtaki kilo, önceden TAF kullanım süresi, bölge, vizite göre tedavi ve başlangıç değerine göre tedavi etkileşimleri için düzeltme yapan karma model tekrarlanan ölçümler kullanılarak hesaplandı; ‡ iki grupta da n = 342. AO, advers olay; SE, standart hata



Çeşitli popülasyonlarda ve koşullarda, TAF ve TDF arasında TC:HDL oranı değişimi açısından istatistiksel fark görülmedi

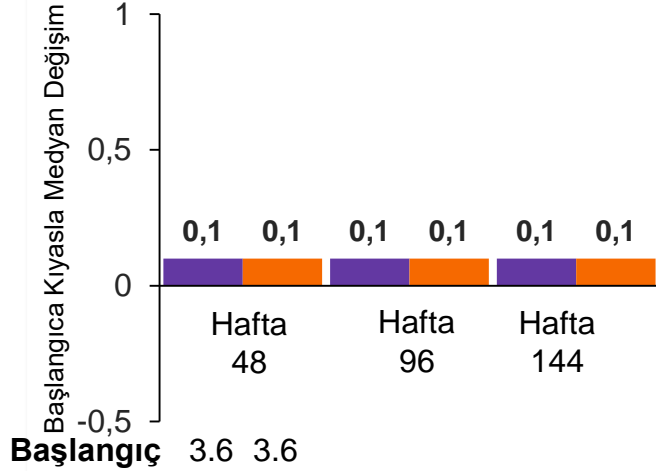


HIV

HIV ile yaşayan TN bireylerde 144 Haftada E/C/F/TAF vs E/C/F/TDF^{1,2}

E/C/F/TAF, n=866
E/C/F/TDF, n=867

TC:HDL Oranı

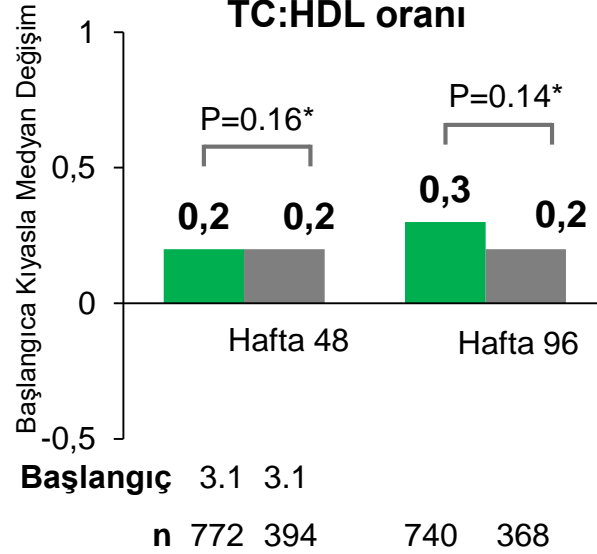


HBV

96 haftada HBV ile yaşayan bireylerde TAF vs TDF³

TAF
TDF

TC:HDL oranı

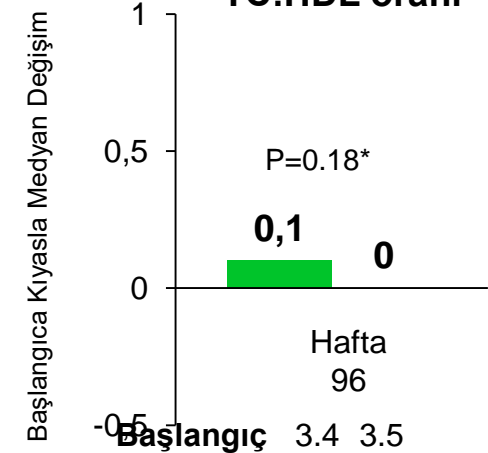


PrEP

HIV riski altındaki bireylerde 96 Haftada F/TAF vs F/TDF⁴

F/TAF, n=2,694
F/TDF, n=2,693

TC:HDL oranı



TN, Tedavi Naif

*P değerleri, 2 çalışma kolunu karşılaştırmak için 2 taraflı Wilcoxon rank sum testinden elde edilmiştir

Weight gain before and after switch from TDF to TAF in a U.S. cohort study

Patrick WG Mallon^{1,2} , Laurence Brunet^{3,5} , Ricky K Hsu^{4,5}, Jennifer S Fusco³ , Karam C Mounzer⁶, Girish Prajapati⁷, Andrew P Beyer⁷, Michael B Wohlfeiler⁸ and Gregory P Fusco³

⁵Corresponding author: Laurence Brunet, 4819 Emperor Blvd, Suite 400, Durham, North Carolina 27703, USA. Tel: +919-827-0010. (laurence.brunet@epividian.com)

Abstract

Introduction: Although weight gain has been reported with the use of integrase strand transfer inhibitors (InSTI), concurrent use of tenofovir alafenamide (TAF) has been implicated in recent studies. This study examined weight changes in people living with HIV (PLWH) who switched from tenofovir disoproxil fumarate (TDF) to TAF, to clarify the relative contribution to weight gain of core agents versus TDF to TAF switch.

Methods: Antiretroviral-experienced, virologically suppressed PLWH in the U.S. OPERA cohort were included if they switched from TDF to TAF (5NOV2015-28FEB2019) and either maintained all other antiretrovirals or switched from a non-InSTI to an InSTI. Linear mixed models were used to assess weight changes before/after the switch to TAF (restricted cubic splines on time) and rates of change over time (linear splines on time, based on the shape of the weight change curves). Changes in weight on TDF or TAF were assessed among those who maintained other antiretrovirals (overall, by core class), and those who maintained an InSTI or switched to an InSTI (by core agent). All models were adjusted for age, sex, race, (age-sex, race-sex interactions), BMI, CD4 cell count, endocrine disorders and concurrent medications that could affect weight.

Results: A total of 6908 PLWH were included, with 5479 maintaining all other antiretrovirals (boosted protease inhibitor: 746, non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor: 1452, InSTI: 3281) and 1429 switching from a non-InSTI to an InSTI (elvitegravir/cobicistat: 1120, dolutegravir: 174, bictegravir: 129). In adjusted models, modest weight gain was observed over time on TDF for most (0.24 to 0.71 kg/year); raltegravir was the exception with weight loss. **Switching to TAF was associated with early, pronounced weight gain for all (1.80 to 4.47 kg/year).** This effect with TAF switch was observed both in PLWH maintaining other antiretrovirals and those switching to an InSTI, regardless of which InSTI agent was used. **Weight gain tended to slow down or plateau approximately nine months after switch to TAF.**

Conclusions: In this large, diverse U.S. cohort of PLWH, switching from TDF to TAF was associated with pronounced weight gain immediately after switch, regardless of the core class or core agent, suggesting an independent effect of TAF on weight gain.

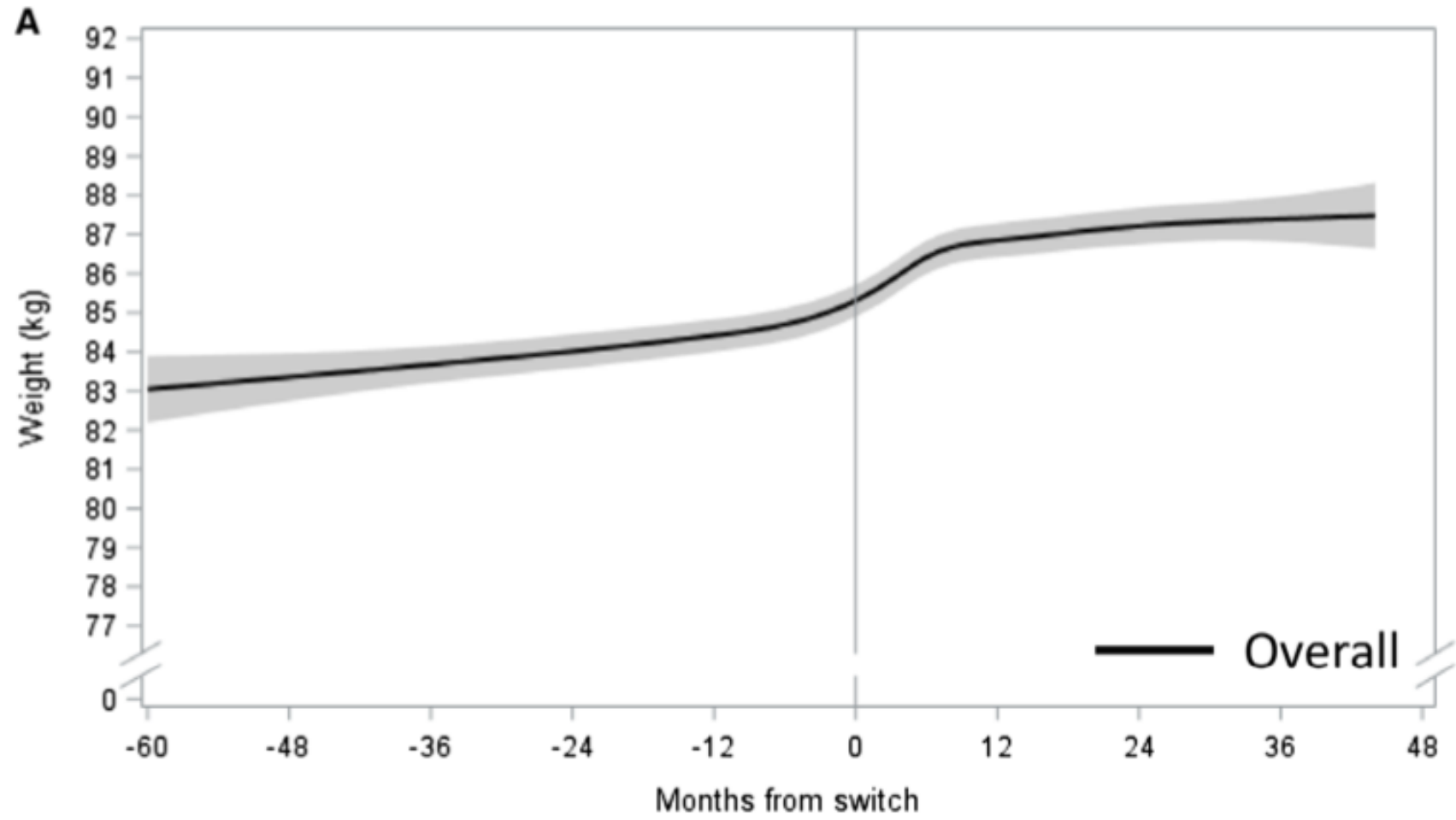
2021 yılında HIV (+) 6908 hastada verileri incelendiğinde TDF'ten TAF'a geçen hastalardaki lipid profili değişikliği araştırılmış.

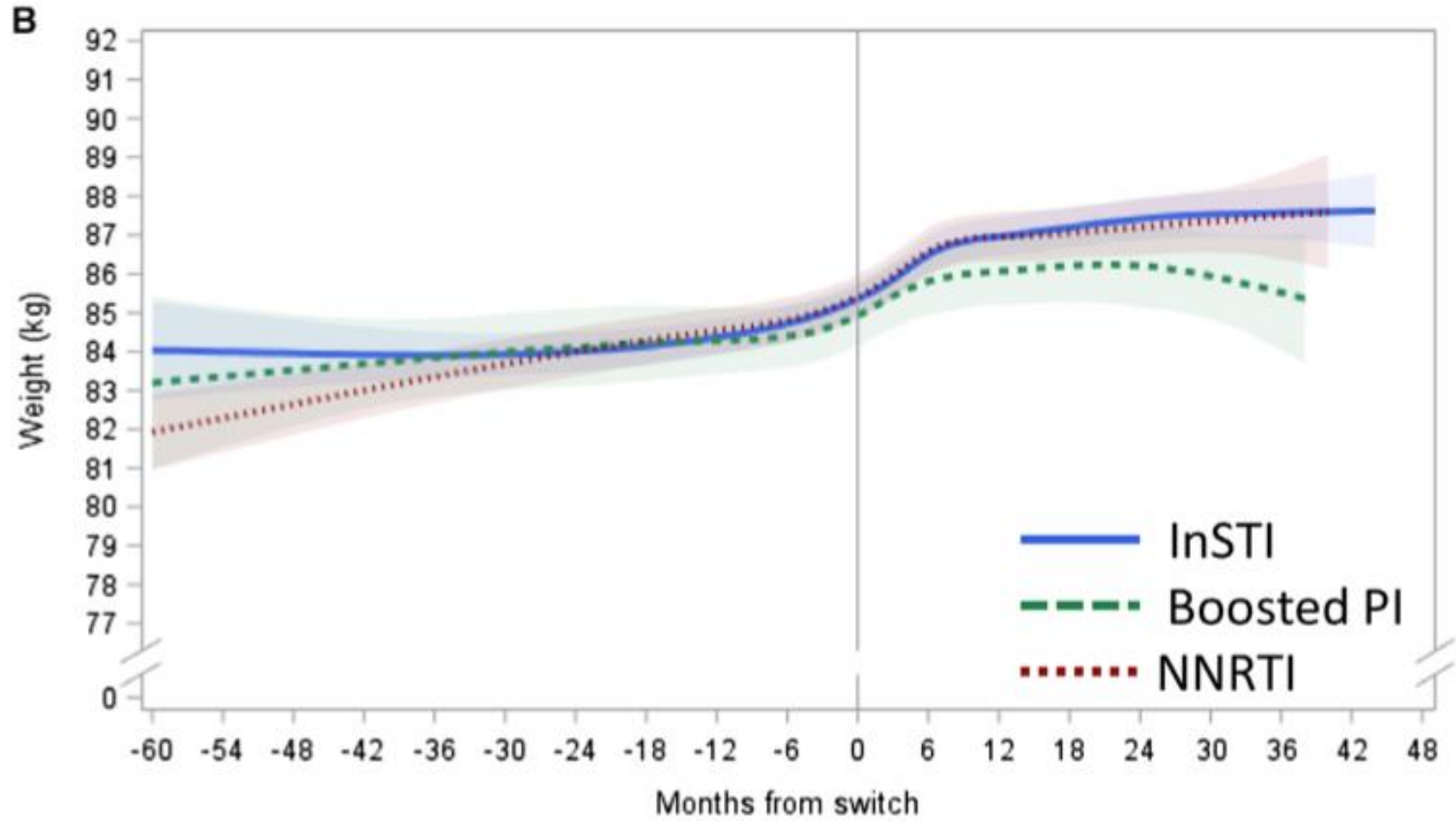
6908 hasta da kilo artışı oldu ancak

yaklaşık 9 ay sonra bu kilo artışı aşağı meyletmeye başlamıştır ya da plato çizmiştir

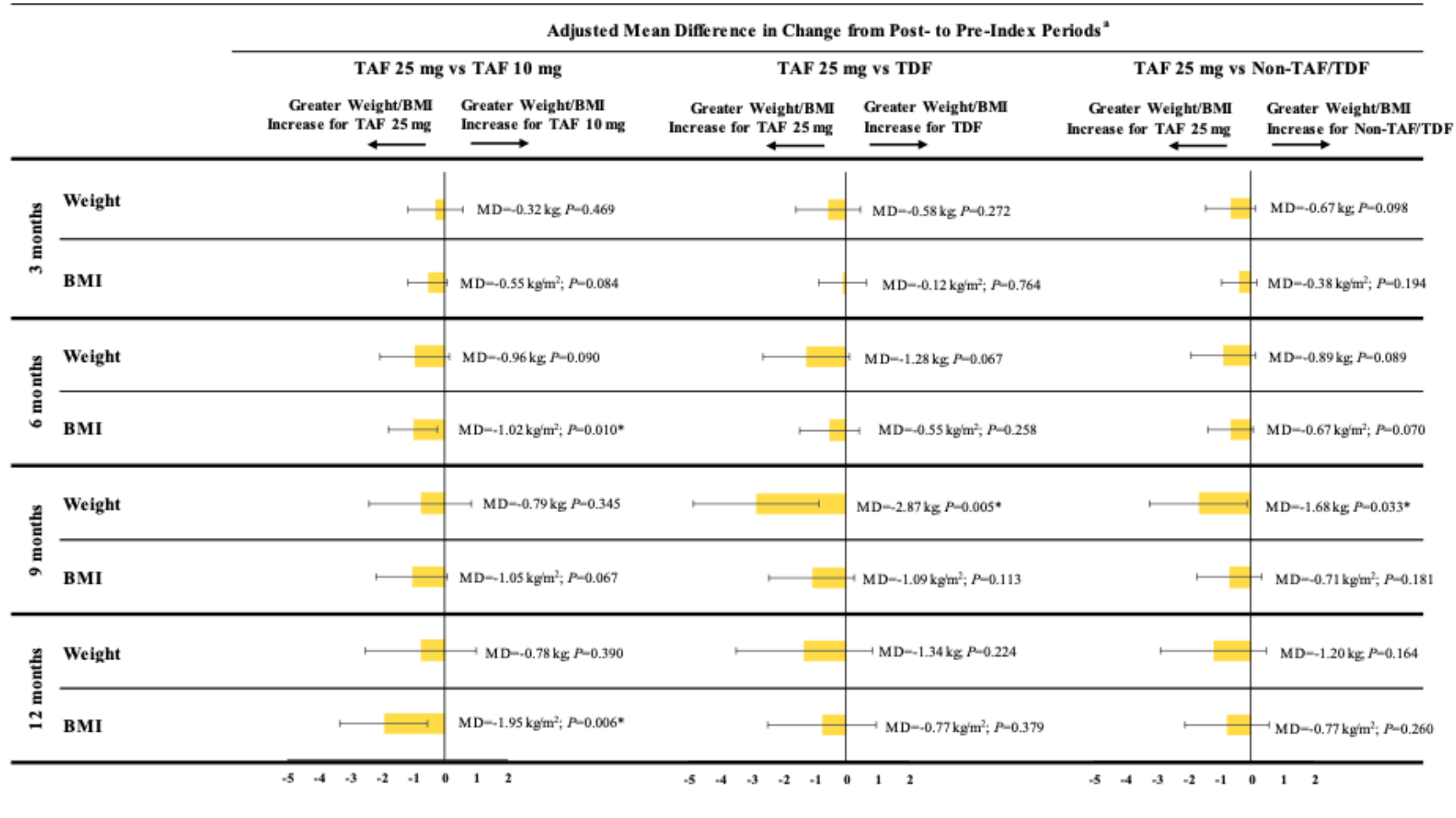
Table 1. Demographic and clinical characteristics at TDF-to-TAF switch

	Maintained NNRTI, n = 1452	Maintained boosted PI, n = 746	Maintained InSTI, n = 3281	Switched to InSTI, n = 1429
Age, median (IQR)	45 (34, 54)	51 (42, 57)	44 (33, 52)	49 (39, 56)
Female, n (%)	274 (19)	154 (21)	494 (15)	252 (18)
Black, n (%)	589 (41)	292 (39)	1200 (37)	542 (38)
CD4 cell count, median (IQR)	717 (542, 940)	608 (441, 826)	654 (475, 867)	668 (493, 875)
Endocrine disorders ^a	270 (19)	188 (25)	651 (20)	322 (23)
Medications associated with weight gain ^b	404 (28)	275 (37)	988 (30)	485 (34)
Medications associated with weight loss ^c	267 (18)	169 (23)	649 (20)	273 (19)
Weight (kg), median (IQR)	81.6 (71.7, 93.4)	81.6 (70.8, 92.7)	80.7 (70.8, 92.5)	80.3 (70.8, 91.7)
BMI (kg/m ²), median (IQR)	26.9 (24.0, 31.0)	27.1 (24.0, 30.7)	26.5 (23.8, 30.2)	26.6 (23.8, 30.1)
Underweight (BMI <18.5), n (%)	14 (1)	10 (1)	41 (1)	32 (2)
Normal weight (BMI ≥18.5 to <25), n (%)	463 (32)	239 (32)	1142 (35)	479 (34)
Overweight (BMI ≥25 to <30), n (%)	550 (38)	279 (37)	1240 (38)	554 (39)
Obese (BMI ≥30), n (%)	425 (29)	218 (29)	858 (26)	364 (26)





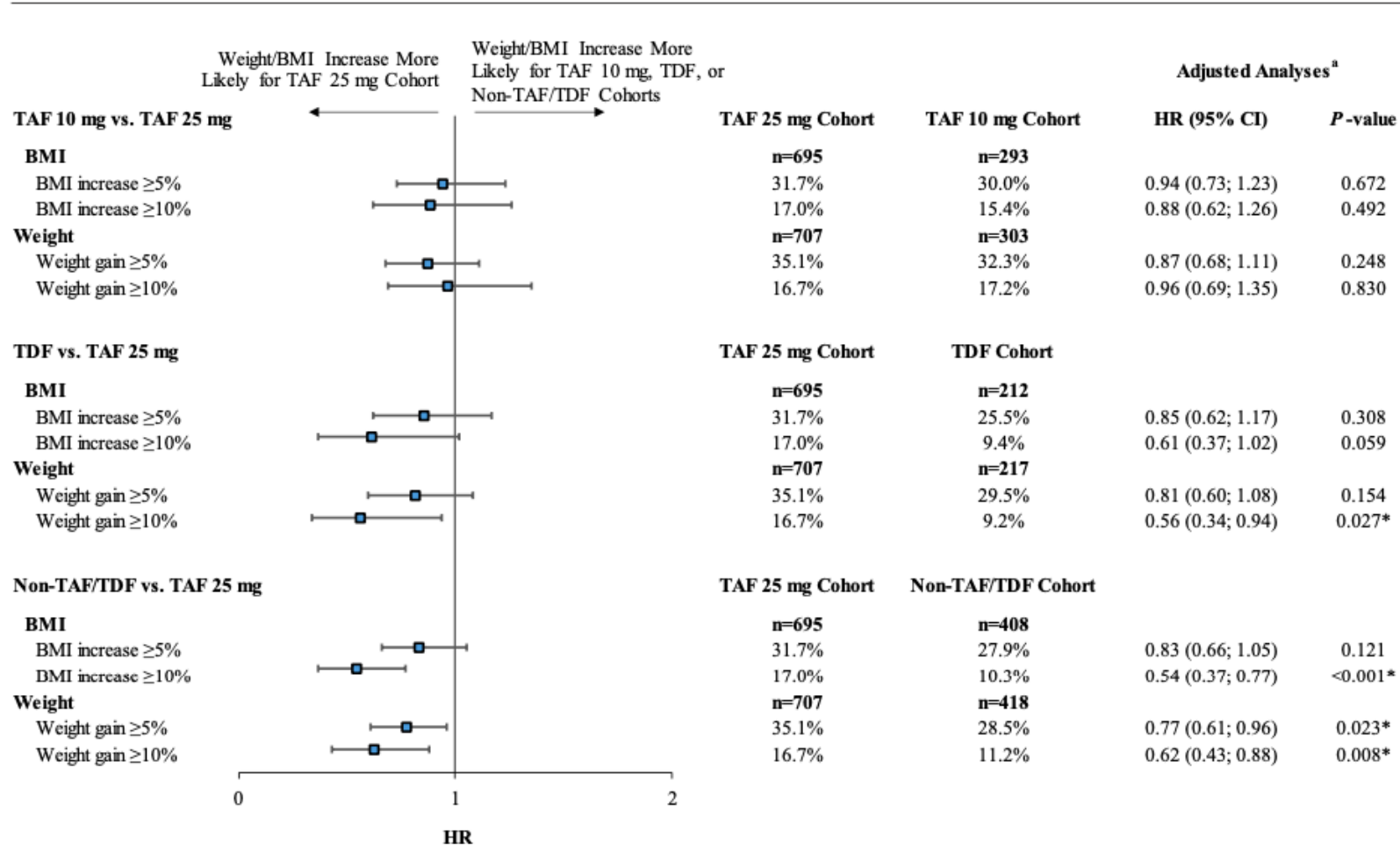
TAF Dozu Farkeder mi? 10 vs 25mg



n:1652
TAF25: 710
TAF10: 303
TDF:219
Non-TFV: 420

Emond B et al 2020 *Real-World Analysis of Weight Gain and Body Mass Index Increase Among Patients With HIV-1 Using Antiretroviral Regimen Containing Tenofovir Alafenamide, Tenofovir Disoproxil Fumarate, or Neither in the United States* J Health Econ Outcomes Res

TAF Dozu Farkeder mi? 10 vs 25mg

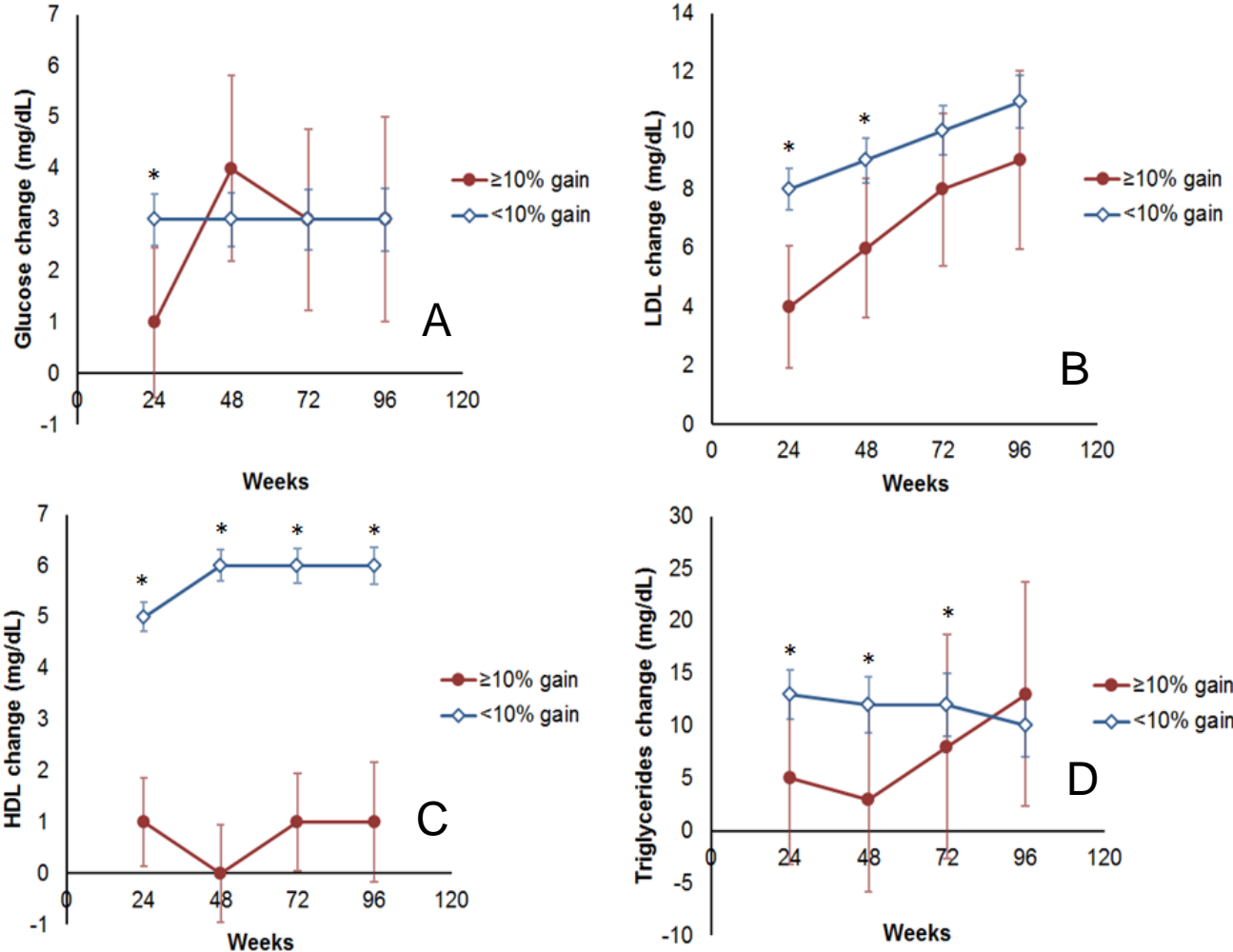


PrEP Çalışmaları

- DISCOVER
 - MSM + Transkadın
 - TDF/FTC vs TAF/FTC 48 hafta
 - 1.1 kg TAF/FTC vs sabit TDF/ FTC
- HPTN083
 - Cabotegravir vs TDF/FTC
 - Cabo > TDF/FTC
- iPREX
 - TDF/FTC vs plasebo
 - Plasebo kilo almış, vücut kompozisyon değişimi

Kilo Alımında Anlamlı Artışın Metabolik Etkisi

Glükoz (A), LDL (B), HDL (C) ve Trigliseritler (D)'yi de İçeren Açlık Metabolik Parametrelerinde Başlangıçtan İtibaren Ortalama Değişim



*p<0.05

Sax P, et al. CID 2019. 14 Oct epub

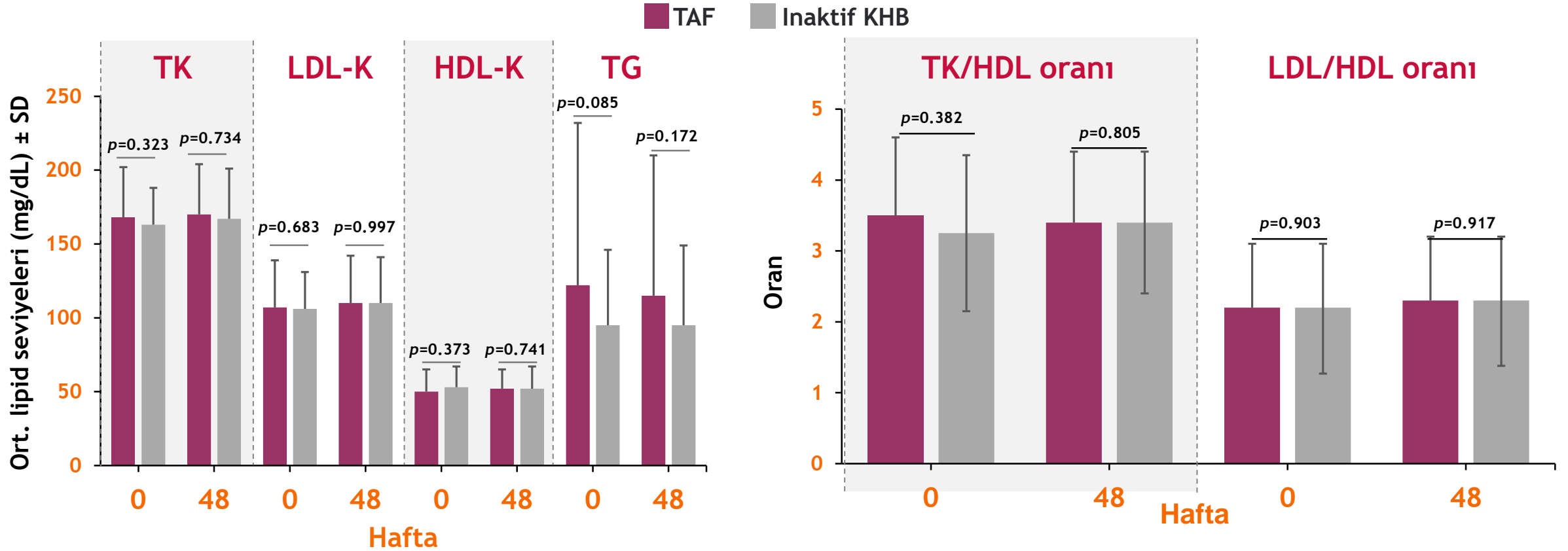
96. Haftada <10 vs ≥10 kilo alımı:

- Açlık glükoz değişimleri açısından anlamlı bir fark görülmemiştir (Şek. A)
 - İki grupta da ortalama değişim 3mg/dL olmuştur
 - LDL (Şekil B) ve trigliseritlerde (Şekil D) az ve benzer oranda artış meydana gelmiştir. <10 kilo alanlarda, HDL düzeylerinde (Şek. C) ≥10 alanlara kıyasla küçük ama anlamlı bir artış görülmüştür
 - Total Kolesterol:HDL oranı, ≥10 kilo alan grupta biraz daha yüksektir (medyan 3.7 vs. 3.5)
 - Gruplar arasında diyabet veya hiperglisemi ilişkili AO'lar açısından herhangi bir fark görülmemiştir
- Bu çalışmalarda, açlık glükozu ölçümleri ve araştırmacılar tarafından bildirilen AO'lar uyarınca kilo alımının klinik olarak anlamlı herhangi bir metabolik etkisi görülmemiştir**

TAF Tedavili Hastalar ve İnaktif KHB Hastalarının Lipid Profilinin Karşılaştırılması



TAF ile tedavi edilen 56 KHB hastasının lipid profilini 56 inaktif KHB kontrolü ile 1:1 eşilim skoru eşleştirmesi kullanılarak karşılaştırılması

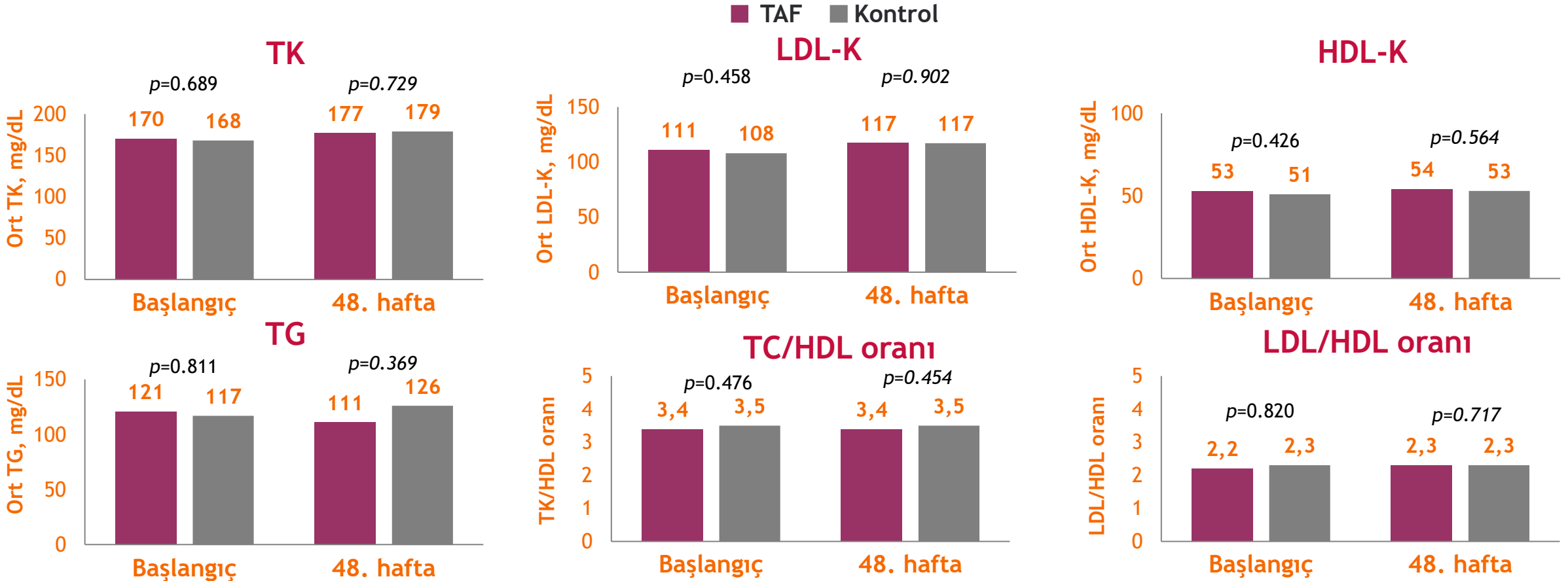


TAF, anti-viral tedavi ile tedavi edilmeyen aktif olmayan KHB hastaları ile karşılaştırıldığında, gerçek yaşamda KHB hastalarının tedavisinde lipid profillerini kötüleştirmedir

TAF Tedavili Hastalar ve İnaktif KHB Hastalarının Lipid Profilinin Karşılaştırılması

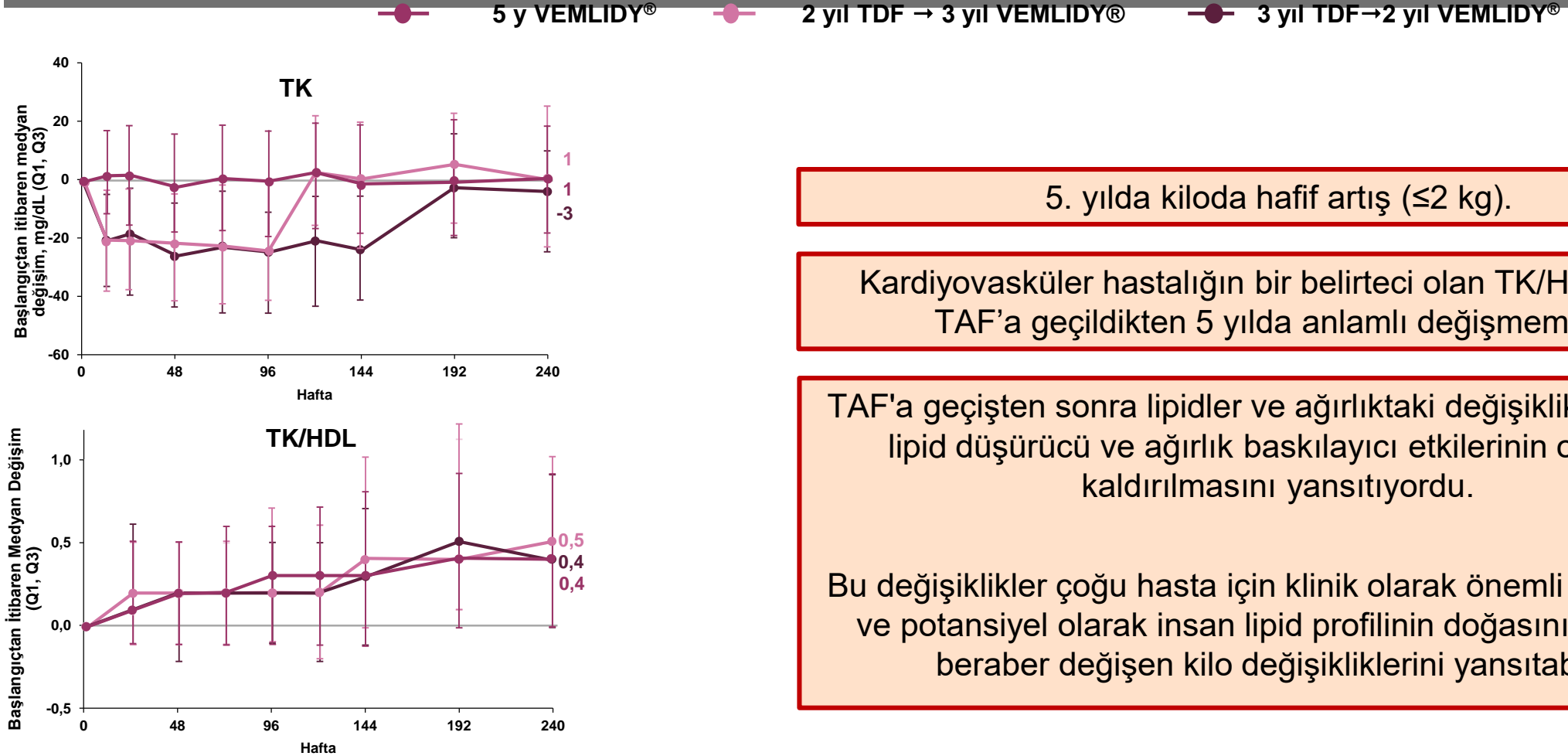


TAF ile tedavi edilen 45 KHB hastasının lipid profilini, HBV ile enfekte olmayan 180 kontrol ile 1:4 eğilim skoru eşleştirmesi kullanarak karşılaştırılması



TAF, HBV ile enfekte olmayan sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında, gerçek uygulamada lipid profillerini kötüleştirmedir

TAF ile lipid profillerinde uzun dönemde 5 Yıllık veriler



5. yılda kiloda hafif artış (≤ 2 kg).

Kardiyovasküler hastalığın bir belirteci olan TK/HDL oranı TAF'a geçildikten 5 yılda anlamlı değişmemiştir

TAF'a geçişten sonra lipidler ve ağırlıktaki değişiklikler TDF'nin lipid düşürücü ve ağırlık baskılayıcı etkilerinin ortadan kaldırılmasını yansıtıyordu.

Bu değişiklikler çoğu hasta için klinik olarak önemli olmayabilir ve potansiyel olarak insan lipid profilinin doğasını ve yaşla beraber değişen kilo değişikliklerini yansıtabilir.

Aterosklerotik Kardiyovasküler Hastalık Risk

TAF vs TDF



<https://www.acc.org/ASCVDApp>

KV ölüm, nonfatal MI, fatal ve nonfatal inme

Tahmini 10 yıllık ASCVD Risk:

- Düşük < % 5
- Borderline % 5-7.5
- Orta % 7.5-20
- Yüksek ≥ % 20

Parametreler:

Yaş
Cins
Irk
T Kol
HDL Kol
Sistolik TA
AntiHT if ilaç
DM
Aktif sigara

Kilo artışı
ateroskleroz
için bir risk
faktörü /
parametre
değildir

TAF vs TDF: Lipidler ve kardiyovasküler risk etkisi (ASCVD)

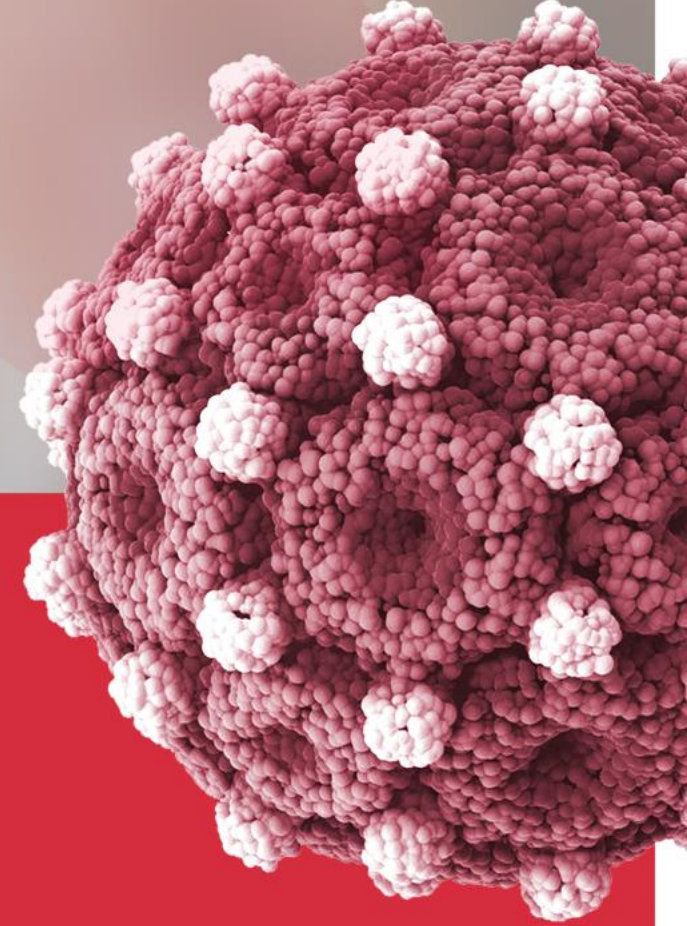
Faz 3 Çalışmalar: 108 ve 110

10 yıllık ASCVD Risk (%)- Bazal ve 96. hafta

Median	TAF n=412	TDF n=228	TAF vs TDF <i>p</i>
Bazal	2.1 (1.0, 4.4)	2.6 (1.1, 5.4)	0.07
96. Hafta	0.5 (0.2, 1.5)	0.5 (0.1, 1.4)	0.13

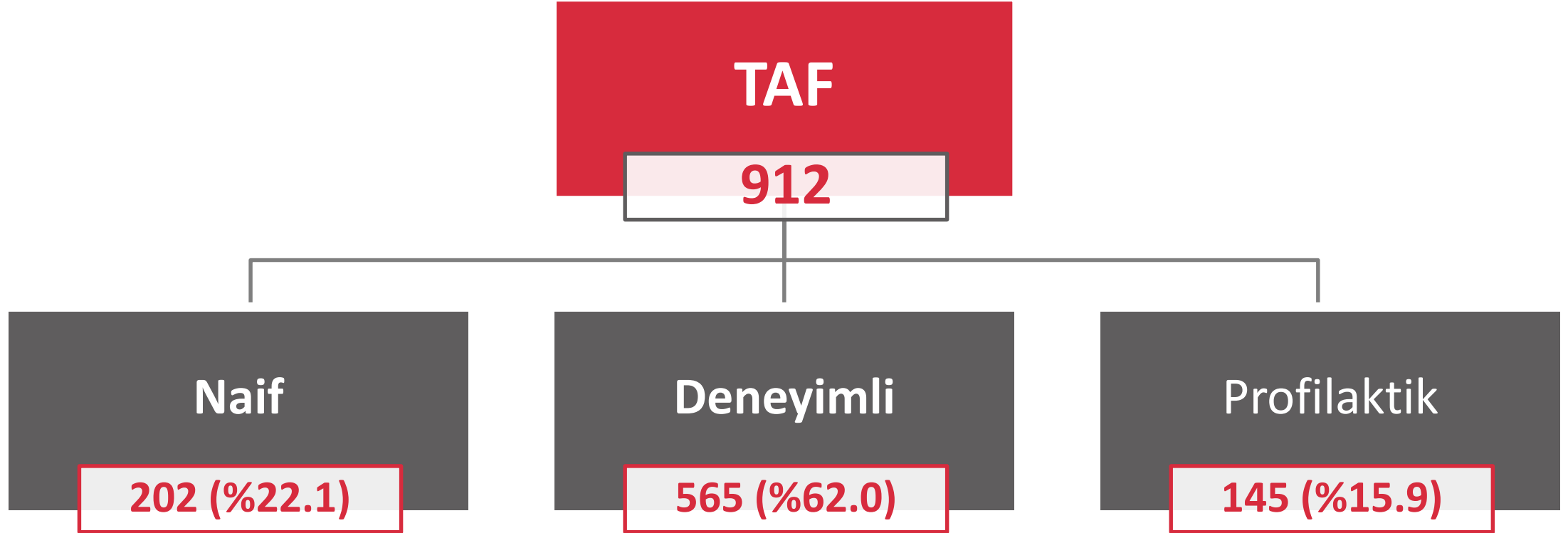
Kardiyovasküler risk bazal, 24. ve 96. haftada TAF vs TDF benzer Risk kategorilerindeki (orta → Yüksek) değişiklikler TAF vs TDF benzer

Hep B
TURKEY



Tenofovir Alafenamid Gerçek Yaşam Verisi

TAF – Gerçek Yaşam Verileri



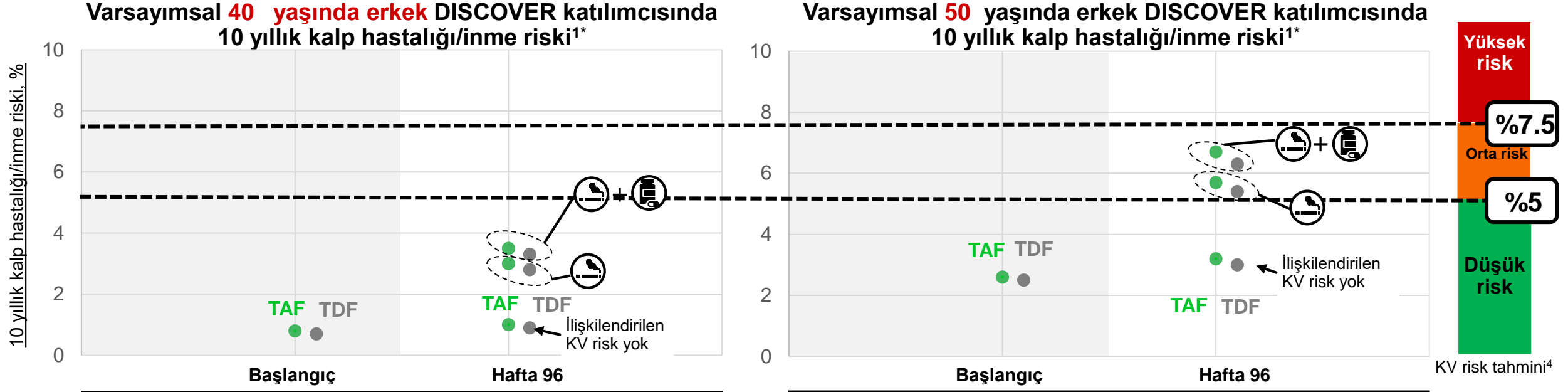
Naif Hastalar – Lipid Parametreleri

NAİF	Başlangıç	6. Ay	12. Ay	
HDL, medyan (SD)	53 (±27.3)	52 (±32.2)	56 (±34.6)	p>0.05
LDL, medyan (SD)	107 (±37.3)	100 (±37.3)	97 (±31.1)	p>0.05
Kolestrol, medyan (SD)	189 (±59.1)	208 (±41.7)	166 (±28.2)	p>0.05
Trigliserit, medyan (SD)	103 (±66.2)	142.5 (±75.3)	146 (±63.4)	p>0.05

Deneyimli Hastalarda Lipid Parametreleri

Deneyimli	Başlangıç	3.Ay	6. Ay	12. Ay	
HDL, medyan (SD)	45.0 (±18.3)	49 (±14.2)	47 (±16.6)	51 (±12.4)	p>0.05
LDL, medyan (SD)	116 (±43.3)	125 (±37.9)	129 (±46.9)	142 (±56.4)	p>0.05
Kolestrol, medyan (SD)	184.5 (±45.1)	200 (±46.8)	203 (±48.9)	205 (±53.7)	p>0.05
Trigliserit, medyan (SD)	102 (±59.5)	129 (±66.5)	113 (±77.8)	111 (77.4)	p>0.05

HIV Çalışmalarında 10 Yıllık Kardiyovasküler Risk Tahmini TAF TDF ilaç değişikliği risk artışı yaratmazken Sigara içimi ve Antihipertansif kullanımı ciddi risk artışı yaratmaktadır



KV risk artışı, TAF veya TDF'in 96 haftada yol açtığı lipid değişiklikleri ile değil, tütün kullanımı veya tedavi edilen hipertansiyon gibi geleneksel KV risk faktörlerinin varlığıyla ilişkiliydi

1. Risk calculator accessible on <http://www.cvriskcalculator.com/> and based on 2013 ACC/AHA Guideline on the Assessment of Cardiovascular Risk.
2. Goff DC et al. J Am Coll Cardiol. 2014 Jul 1; 63 (25 Pt B): 2935-2959
3. Ogbuagu O. et al, CROI 2020, Boston, MA. Oral 2940
4. <http://tools.acc.org/ASCVD-Risk-Estimator-Plus/#!/calculate/estimate/>

* Normal kan basıncı veya antihipertansif ile tedavi sonrası, diyabet olmayan ve Afrikalı-Amerikalı olmayan

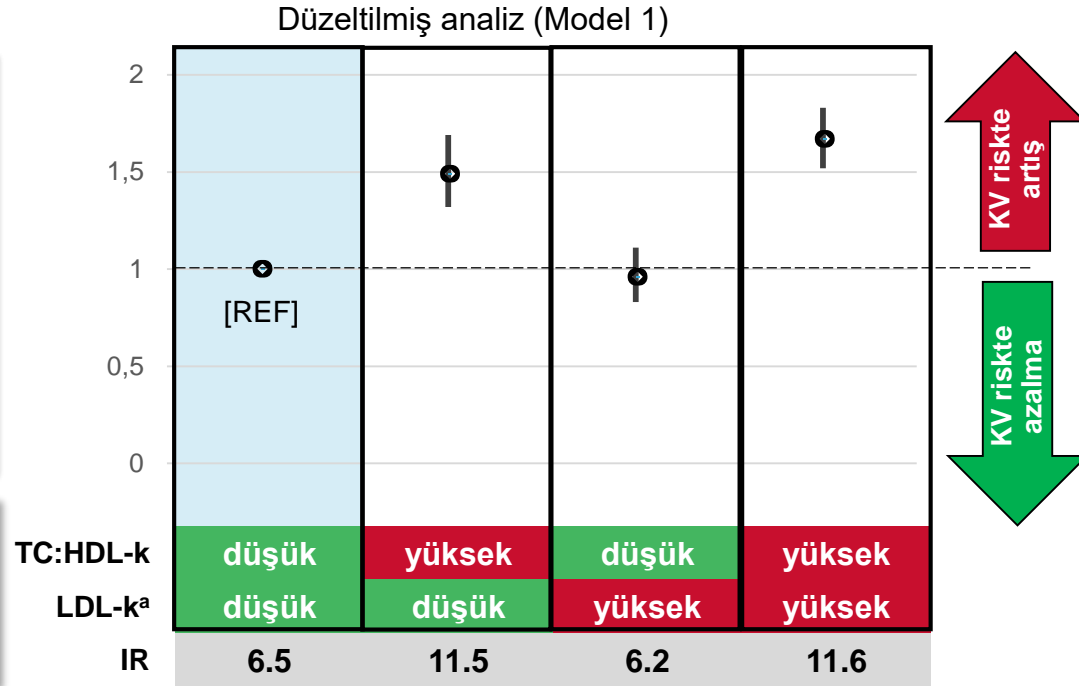
TK:HDL-k Oranı ve/veya LDL-k ile ASKVH Riskinin Tahmin Edilmesi

ARIC Çalışması (1987-2013)

- N= 14,403 katılımcı
- Başlangıçta KVH yok
- Düzenli lipid değerlendirmesi
- Medyan takip (IQR) : 24.2 (16.0-25.4) yıl

2634 aterosklerotik kardiyovasküler hastalık olayı

ASKVH HR 3 farklı model kullanılarak hesaplandı. Riski en iyi tahmin eden(ler)in belirlenmesi:
TK:HDL-k, LDL-k, veya ikisi birlikte



- **TK:HDL-k oranı, ASKVH riskini istatistiksel olarak LDL-k'den daha iyi tahmin eder**
- **TK: HDL-k'ye LDL-k eklemek, ASKVH risk tahmininde herhangi bir fayda göstermemiştir**

Aterosklerotik Kardiyovasküler Hastalık Risk açısından TAF vs TDF karşılaştırılması

640 hasta üzerinde elde edilen verileri kullanarak TAF ve TDF'nin lipidler ve kardiyovasküler risk üzerindeki etkisi

		Orta riskli hastalar				Yüksek riskli hastalar				
		Başlangıç				Başlangıç				
		TAF		TDF		TAF		TDF		
n (%)		<7.5% n=342	≥7.5% n=58	<7.5% n=184	≥7.5% n=36	<20% n=396	≥20% n=4	<20% n=217	≥20% n=3	
96. hafta	<7.5%	293 (94)	2 (4)	146 (94)	1 (3)	<20%	351 (98)	1 (33)	182 (99)	0
	≥7.5%	18 (6)	47 (96)	10 (6)	30 (97)	≥20%	6 (2)	2 (67)	2 (1)	3 (100)
	Missing, n	31	9	28	5	Missing, n	39	1	33	0
		p=0.75				p=0.88				

Orta Risk (%7,5) ve Yüksek Risk (%20) cut off değerlerine dayalı 10 Yıllık ASCVD Risk Kategorilerinde Değişiklikler araştırıldığında orta ve yüksek riskli hastalarda bir risk artışı saptanmamıştır

TAF ve TDF ile tedavi edilen kronik HBV'li hastalarda KV risk ve ASCVD değerlendirmeleri benzerdi

TAF kilo aldırır mı?

- TAF içeren rejimleri kullanan bireylerdeki kilo değişimleri, genel popülasyondakilere benzer düzeydedir.¹⁻⁴
- HIV'le yaşayan bireylerde TAF içeren rejimlerin kullanımının diğer NRTI temelli rejimlerle karşılaştırıldığı çalışmalarda, kilo alımı benzer (vs. DTG/3TC)⁵ veya biraz daha yüksek (vs. ABC, TDF veya ABC) bulunmuştur¹
 - Daha fazla kilo alımı, daha yeni ART'lerle görülmüştür, bu durum muhtemelen daha iyi tolere edilen, kullanımı daha kolay rejimler olmalarından kaynaklanmaktadır¹
- HIV'le yaşayan bireylerde kilo alımı, virüsün, ART'nin, bireye ve çevreye özgü risk faktörlerinin içinde bulunduğu çok sayıda etmene bağlıdır¹
- HIV'in hem tedavisi hem önlenmesiyle meydana gelen kilo değişimlerine ilişkin potansiyel mekanizmaları anlamak ve daha fazla klinik veriye ulaşabilmek adına ek çalışmalar devam etmektedir.

Kilo alımı özet

- TAF > ABC > TDF > ZDV
- TDF kilo baskılayıcı etki sebebi bilinmiyor
 - Mitokondrial enzim inhibisyonu TDF>ABC (Complex I & IV)
 - EFV ile kombinasyon Cyp2B6
- TDF yüksek kan düzeyi lipid azalmasıyla ilişkili
 - Sınırlı bilgi
- Sağlığa geri dönüş
- İNSTI bazlı adipojenisite mekanizması hakkında ipuçları var
 - TAF veya TDF hakkında bilgi sınırlı
- Uzun dönem kardiyolojik sonlanım
 - İNSTİ verisi çıkıyor
 - TDF ve TAF verisi yok. Modelleme çalışmaları KVS riski stabil