

Türkiye’de HIV İnfeksiyonu: Hedefe Ne Kadar Yakınız?

HIV Infection in Turkey: How Close Are We to the Target?

Deniz Gökengin

Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Özet

The Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS) tarafından 2020 yılı için belirlenen “90-90-90” hedefi 2030 yılında yeni infekte olanların ve AIDS ile ilişkili ölümlerin sayısının 200 000’den aşağı çekilmesini kapsamaktadır. Bu makalenin amacı, ülkemizdeki HIV epidemisini ve epidemiye verilen yanıtı, UNAIDS’in hedefi bağlamında ele almak ve bu hedefe ulaşmaya ülke olarak ne kadar yakın olduğumuzu irdelemektir. Ülkemizde 2012-2016 arasında yeni olgu sayısının 2.5 kat artmış olduğu dikkati çekmekte; bu sayının, gerçek olgu sayısının çok altında olduğu tahmin edilmektedir. Yıllar içinde heteroseksüel geçişte dikkati çekecek düzeyde bir azalma ve erkekler arasında seksle bulaşmada önemli ölçüde artış görülmektedir. Diğer taraftan, resmi rakamlar, gerçek yaşamdan edinilen verilerle örtüşmemektedir. Yeni tanılarda en yüksek oran 25-34 yaş grubunda görülmekle birlikte, 35-44 yaş grubunun giderek azaldığı, buna karşılık 20-24 yaş grubunun arttığı dikkati çekmektedir. HIV-pozitif olguların %48-52.4’ü geç, %24-30.6’sı ileri evrede tanı almaktadır. Bunun başlıca nedeni, Türkiye’de kilit toplumlar için HIV tarama stratejilerinin bulunmaması ve hastaların önemli bir bölümünün (%35-48.8) hastalık ayırıcı tanısı sırasında tanı almalarıdır. Ülkemiz antiretroviral ilaçlara erişim açısından Orta ve Doğu Avrupa ülkelerine göre iyi konumdadır. HIV Tanı ve Tedavi Kılavuzu’nun yayımlandığı 2013’ten bu yana antiretroviral tedaviye başlamak için CD4 T lenfosit ölçütü aranmamaktadır. Tedavi başlanan olgularda virolojik başarı oranları (%76.6-90) yüksektir. Türkiye, HIV tedavisi ve izleminde komşu ülkelerin çoğundan daha iyi durumdadır. Kararlılık ve uzlaşıyla birlikte hareket edilirse, ülkemizde HIV enfeksiyonunun kontrol altına alınması mümkündür. *Klimik Dergisi 2018; 31(1): 4-10.*

Anahtar Sözcükler: HIV enfeksiyonları, Türkiye, UNAIDS 90-90-90 hedefi.

Abstract

The Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS) “90-90-90” target aims to decrease the annual number of new HIV infections and AIDS related deaths to <200 000 by 2030. The aim of this article was to define the HIV epidemic and the response to the epidemic in Turkey within the context of UNAIDS target and to discuss how close we are to achieve this target. The number of new HIV diagnoses has increased by 2.5-fold between 2012 and 2016, which is most likely an underestimation. While heterosexual transmission rates started to decline recently, transmissions between men who have sex with men increased significantly. However, real life data are not in accordance with reported numbers. The 25-34 years age group has the highest number of new diagnoses with a recent decrease among 35-44 years and increase among 20-24 years. In Turkey, 48-52.4% of people living with HIV are diagnosed late and 24-30.6% with advanced disease. This may be due to the lack of targeted testing strategies for key populations and the diagnosis being made during the differential diagnosis of symptomatic cases (35-48.8%). Access to antiretroviral drugs in Turkey is better than those of countries in Central and Eastern Europe, and antiretroviral treatment is initiated for all people living with HIV regardless of the CD4 T cell count after publication of an official guideline on HIV diagnosis and treatment in 2013. Virologic success rates are high (76.6-90%) among those who started using antiretroviral treatment. Turkey has good standards for and better access to HIV treatment and management compared to many neighboring countries. Collaborative work of all stakeholders is crucial to control the HIV infection in the country. *Klimik Dergisi 2018; 31(1): 4-10.*

Key Words: HIV infections, Turkey, UNAIDS 90-90-90 target.

Cite this article as: Gökengin D. [HIV infection in Turkey: How close are we to the target?]. *Klimik Derg.* 2018; 31(1): 4-10. Turkish.

Yazışma Adresi / Address for Correspondence:

Deniz Gökengin, Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Bornova, İzmir, Türkiye
E-posta/E-mail: gkengin61@gmail.com

(Geliş / Received: 12 Mart / March 2018; Kabul / Accepted: 25 Mart / March 2018)

DOI: 10.5152/kd.2018.04



Giriş

1980 yılında Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nde ortaya çıkan ilk beş olgunun ardından hızla dünyayı kasıp kavuran bir salgın haline dönüşen HIV enfeksiyonu ve edinsel immün yetmezlik sendromu (AIDS)’nun kontrol altına alınması için 38 yıl boyunca yapılan çalışmalar nihayet meyvelerini vermeye başlamış ve 2010’dan bu yana yeni HIV enfeksiyonlarının sayısında %16 ve 2005 yılında en yüksek düzeye ulaşmış olan AIDS ile ilişkili ölümlerin sayısında da %48 azalma sağlanmıştır (1).

İlk kez 1987 yılında kullanıma giren, hastaların hızla iyileşmesini sağlamakla birlikte virüsün kısa sürede direnç kazanması üzerine etkisini yitiren tek ilaçlı antiretroviral tedavi (ART)’nin ardından hız verilen ilaç araştırma ve geliştirme çalışmaları sayesinde çok kısa sürede hayli yol kat edilmiştir. 1996 yılında iki yeni ilaç grubunun kullanıma girmesi HIV enfeksiyonunun tedavisinde bir devrim yapmış ve bu tarihten itibaren HIV-pozitif bireylerin AIDS aşamasına geçmeden, hatta AIDS gelişmiş bireylerin dahi sağlıklı ve uzun yaşamaları mümkün hale gelmiştir. Bu sayede HIV enfeksiyonu artık kronik bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Ancak, bütün bu gelişmelere rağmen, dünyada halen artış eğilimi süregiden bölgeler bulunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’ne göre 2016 yılında, Avrupa bölgesinde bulunan 53 ülkenin 50’sinden toplam 160 453 yeni HIV tanısı bildirilmiştir (her 100 000 kişi için 18.2). Bildirilen yeni olguların %80’inden sorumlu olan Doğu Avrupa’yla kıyaslandığında Batı ve Orta Avrupa’nın bu sayıya olan katkısı hayli küçük (sırasıyla %4 ve %17) görülmektedir (2). Benzer şekilde insidans da Doğu Avrupa bölgesinde en yüksektir (her 100 000 kişi için 50.2); bunu Batı (her 100 000 kişi için 6.2) ve Orta Avrupa (her 100 000 kişi için 2.9) izlemektedir. Lineer düzlemde Orta Avrupa’nın epidemiyeye katkısı düşük gibi görünmekle birlikte, logaritmik düzlemde bakıldığında, 2004 ile 2016 yılları arasındaki dönemde artış eğiliminin sürdüğü görülmektedir (2,3). Türkiye’nin de içinde bulunduğu Orta Avrupa bölgesinde üç ülke –Polonya (%29), Türkiye (%22) ve Romanya (%20)– 2005 ile 2014 arasında bildirilen yeni olguların en az %70’inden sorumludur (3).

HIV enfeksiyonunun dünya üzerinden yok edilmesi için çalışmalar yapan Birleşmiş Milletler HIV/AIDS Ortak Programı (Joint United Nations Program on HIV/AIDS [UNAIDS]), 2020 yılı için zorlu bir hedef belirlemiştir (4). HIV ile enfekte olan bireylerin %90’ına tanı konmasını, tanı alanların %90’ına tedavi başlanmasını ve tedavi başlananların %90’ında virüsün tam olarak baskılanmasını amaçlayan ve “90-90-90” olarak anılan bu hedefe ulaşıldığı takdirde, 2030 yılında yeni enfekte olanların ve AIDS ile ilişkili ölümlerin sayısının 200 000’den az olacağı öngörülmektedir. Ancak kâğıt üzerinde mükemmel görünse de, mevcut koşullar devam ettiği takdirde, bu hedefe ulaşmak pek mümkün görünmemektedir.

Bu makalenin amacı, ülkemizdeki HIV epidemisini ve epidemiyeye verilen yanıtı, UNAIDS’in 90-90-90 hedefi bağlamında ele almak ve bu hedefe ulaşmaya ülke olarak ne kadar yakın olduğumuzu irdelemektir.

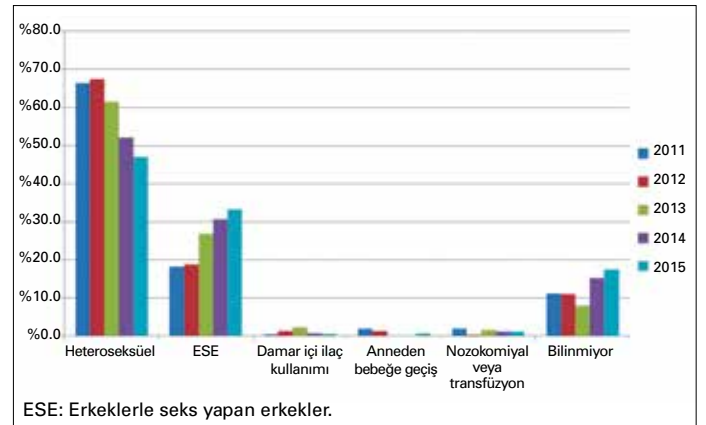
Türkiye’de HIV Epidemisinin Seyri

Ülkemizde ilk olgunun bildirildiği 1985 yılından bu yana resmi olarak rapor edilen olgu sayısı 31 Aralık 2016 itibari-

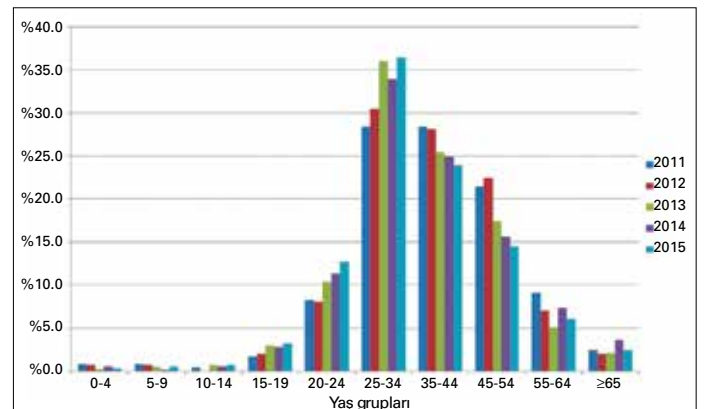
le 14 695 olarak belirtilmektedir. Bunların 13 158’i HIV enfeksiyonu ve 1537’si AIDS olarak bildirilmiştir. Erkeklerin sayısı kadınların sayısına göre 3.6 (%78.2/%21.8) kat daha fazladır ve olguların çoğunluğu (%84.9) Türk vatandaşlarıdır. Yeni olgu sayıları 2012 yılına dek yavaş bir hızla artış göstermiş, ancak bu yıldan sonra artış hızlanmaya başlamıştır. 2012 ile 2016 yılları arasındaki beş yıl içinde olgu sayısının 2.5 kat artmış olduğu dikkati çekmektedir (5). Ayrıca bildirilen olgu sayısının, gerçek olgu sayısının çok altında olduğu tahmin edilmektedir. Bu konuda geçtiğimiz yıl yapılmış olan bir modelleme çalışmasında gerçek sayının 75 255 olduğu tahmin edilmiştir (6).

Egemen bulaşma yolu salgının başlangıcından bu yana korunmasız cinsel ilişkidir (%49.3) ve 2016 yılı sonu itibarıyla heteroseksüel cinsel ilişkiyle bulaşma oranı %35.9, erkekler arasında seksle bulaşma oranı %13.4’tür. Olguların %47.7’sinde bulaşma yolunun bilinmediği bildirilmektedir. Ancak, yıllara göre olan dağılım incelendiğinde, heteroseksüel geçişte dikkati çekecek düzeyde bir azalma ve erkekler arasında seksle bulaşmada önemli ölçüde artış olduğu görülmektedir; ayrıca, bulaşma yolu bilinmeyenlerin oranında da son yıllarda ciddi bir artış olmuştur. Yalnız 2016 yılı dikkate alındığında heteroseksüel ve erkekler arasında seks yoluyla bulaşma oranları sırasıyla %27.2 ve %16.5, bulaşma yolu bilinmeyenlerin oranı %51.4 olarak belirtilmektedir (5).

Diğer taraftan, resmi rakamlar, gerçek yaşamdan edinilen verilerle örtüşmemektedir. Türkiye’de HIV izlemi yapan



Şekil 1. Türkiye’de HIV’in bulaşma yollarında yıllar içinde gözlenen değişim (7).



Şekil 2. 2011-2015 yılları arasında yeni tanı alan HIV-pozitif bireylerin yaş dağılımı (7).

33 merkezden 2530 olguyu kapsayan ve 2011 ile 2015 yılları arasındaki 5 yıllık dönemi inceleyen bir çalışmada, heteroseksüel ve erkekler arasında seks yoluyla bulaşma oranları %53.9 ve %27.5 bulunmuşken, aynı yıllara ait Sağlık Bakanlığı verilerinde bu oranlar sırasıyla %42 ve %11.4 olarak bildirilmiştir (7). Aynı çalışmada bulaşma yolu bilinmeyenlerin oranı %12.5, Sağlık Bakanlığı verilerindeyse aynı oran %42.7'dir. HIV-TR kohortunun Türkiye'deki 24 merkeze 2011-2012 yılları arasında başvurmuş HIV ile infekte 693 yeni olguyu kapsayan bir çalışmada da heteroseksüel bulaşma oranı %62.7, erkek erkeğe seksle bulaşma oranıysa %22.6 bulunmuştur (8). 2005 ile 2014 yılları arasında Orta Avrupa'da, erkekler seks yapan erkekler arasında yeni HIV enfeksiyonu tanılarının sayısının en fazla arttığı ülke, 10 kat artışla (2005'te 25 ve 2014'te 272) Türkiye olmuştur (3). Ülkemizde bu konuda bir çalışma bulunmamakla birlikte, benzer cinsiyetler arasında seksin damgalanma gerekçesi olduğunu gösteren yayınlar, ülkemizdeki bu rakamların halen gerçek rakamların çok altında olduğunu düşündürmektedir (9,10). Özellikle son yıllarda yeni tanı almış erkek olguların sayısının hızla artış gösteriyor olması ve Sağlık Bakanlığı verileriyle gerçek yaşam verilerinin örtüşmüyor olması, bu düşünceyi destekler niteliktedir. Şekil 1, 2011 ile 2015 yılları arasında Türkiye'de HIV'in bulaşma yollarında gözlenen dağılımı ortaya koymaktadır (7).

Türkiye'de HIV epidemisinde dikkati çeken bir başka önemli nokta da, yeni tanı alanların yaşlarının giderek düşmeye başlamış olmasıdır. Bu durum hem Sağlık Bakanlığı'nın resmi verilerinde hem de gerçek yaşam verilerinde açıkça görülmektedir (Şekil 2). Yeni tanılarda en yüksek oran halen 25-34 yaş grubunda görülmeyle birlikte, 35-44 yaş grubunun giderek azaldığı, buna karşılık 20-24 yaş grubunun arttığı dikkati çekmektedir (3,7). Öte yandan, 15-19 yaş grubunda da son yıllarda minimal düzeyde bir artış gözlenmesi dikkat çekicidir (7).

Türkiye'de HIV/AIDS sürveyansı pasif sürveyans temeline dayanmaktadır. HIV ile yaşayan bireylerin gerçek sayısı, erişkin ve çocukların prevalans oranları, HIV ile yaşayan kadın ve çocukların sayısı, AIDS'e bağlı ölümlerin sayısı ve antiretroviral kapsayıcılık oranı gibi DSÖ sürveyans göstergeleri konusunda herhangi bir veri bulunmamaktadır (11).

Küçük çaplı çalışmalarda elde edilen sınırlı veriler hariç, Türkiye'de kilit toplumlar tanımlanmamış, taranmamış ve tipik özellikleri açısından incelenmemiştir (12-16). Sağlık Bakanlığı tarafından 2008 yılında yayımlanmış olan bir raporda, seks işçiliği, epideminin temel tetikleyicisi ve seks işçileri de en önemli kilit toplum olarak tanımlanmış, ancak bunlar için herhangi bir bilimsel kanıt sunulmamıştır. Aynı raporda, yine bilimsel bir kanıt olmaksızın, damar içi madde kullananların, gelecekte epideminin tetikleyicisi olacağı ileri sürülmüştür. Türkiye'de HIV prevalansının düşük düzeyde olması, Türk toplumunun geleneksel yaşam tarzına bağlanmıştır (17). Bu iddiaların tamamı kanıttan yoksundur ve bilimsel temeli olmayan tahminlere dayanmaktadır.

Türkiye'de HIV Epidemisine Verilen Yanıt

Türkiye'de HIV ile infekte ilk olgu 1985 yılında bildirilmiştir ve HIV enfeksiyonu ve AIDS 1985 yılında bildiri zorunlu hastalık olarak kabul edilmiştir. Bildirimler, bireyin kimliğinin

gizli tutulmasını sağlamak açısından bir kodlama sistemi yoluyla yapılmaktadır (17).

Kan ve kan ürünlerinin HIV açısından taranması 1986 yılında, kan/doku/organ vericilerinin ve kayıtlı seks işçilerinin taranması 1987 yılında zorunluluk kapsamına alınmıştır. Ayrıca çeşitli genelgelerle evlilik öncesi taramalar ve büyük cerrahi operasyonlardan önce HIV taramaları teşvik edilmiştir (17).

1996 yılında HIV ile ilişkili resmi ve sivil örgütleri bir araya getiren Ulusal AIDS Komisyonu kurulmuştur (17). Bu komisyon uzun yıllar aktivitesini sürdürmekle birlikte, çalışması tavsiye niteliğindeki kararlarla sınırlı kalmıştır ve son 7-8 yıldır aktif olarak toplanmamaktadır.

2003 yılında Avrupa Komisyonu, HIV ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar (CYBH) Sürveyansının Güçlendirilmesi Projesi'ni desteklemiş ve bu bağlamda 2005 yılında HIV/CYBH Durum Analizi yapılmış ve Ulusal Uzlaşma Toplantısı düzenlenmiştir (17).

2007'de Türkiye'deki beş şehirde yüksek riskli gruplarda Türkiye'de Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar ve HIV ile İlgili Hizmet Araştırması yapılmış ve kayıtsız seks işçileri, erkeklerle seks yapan erkekler ve damar içi madde kullananlarda HIV prevalansı sırasıyla %0.8, %3.5 ve %1.2 bulunmuştur (13). Bu, kilit toplumlarda devlet eliyle yürütülen ilk ve tek araştırmadır.

2005 yılında Türkiye, Küresel Fon'un 5. turundan 3.8 milyon dolarlık bir bağış almış ve bu bağlamda 13 sivil toplum örgütü tarafından 16 proje yürütülmüştür. Yine aynı kapsamda, 2007 yılında ülke çapında 14 gönüllü test ve danışmanlık merkezi kurulmuştur. Ancak günümüzde bunların yalnız biri aktif olarak çalışmaya devam etmektedir (17).

Son yirmi yıl içinde Türkiye için her beş yılda bir HIV/AIDS Stratejik Planı hazırlanmaktadır. Ancak sayıları giderek artan yeni tanılar, bu planın eylem aşamasında yetersiz kaldığını düşündürmektedir.

Türkiye'de HIV Enfeksiyonunun Tanısı, Tedavisi ve Yönetiminin Bölgedeki Durumla Kıyaslanması

Türkiye'de yıllık HIV testi sayısının hayli yüksek (2014, 2015 ve 2016 yıllarında sırasıyla 6 663 547, 7 203 959 ve 6 263 020) olmasına karşın (18), test stratejisi kan ve organ bağışçıların, kayıtlı seks işçilerinin (çoğu kadın) zorunlu taranmasını ve evlilik öncesi ve büyük cerrahi operasyonlar öncesindeki testleri kapsamaktadır; bir başka deyişle, genel toplumun taranmasıyla sınırlıdır (17). Gebe kadınların taranması zorunlu değildir; ayrıca kilit toplum niteliği taşıyabilecek kadın, erkek ve trans seks işçileri ve damar içi madde kullanıcıları için de herhangi bir erişim veya tarama programı geliştirilmemiştir (19).

Ülkemizde HIV-pozitif olguların yaklaşık yarısı (%48-52.4) geç (CD4 T lenfosit sayısı <350 hücre/mm³), %24-30.6'sı ileri evrede (CD4 T lenfosit sayısı <200 hücre/mm³ ve/veya AIDS tanımlayan hastalık) tanı almaktadır. Bunun başlıca nedenlerinden biri, Türkiye'de kilit toplumları hedefleyen HIV tarama stratejilerinin bulunmaması ve hastaların önemli bir bölümünün (%35-48.8) hastalık ayırıcı tanısı sırasında tanı almalarıdır (7,8). Bu aslında sadece ülkemiz için değil, tüm Avrupa ve DSÖ Orta ve Doğu Avrupa bölgeleri için de geçerlidir.

Orta ve Doğu Avrupa'dan 24 ülkeyi kapsayan bir çalışmada, geç tanı oranı %40.3 (aralık %14-80) ve ileri evrede tanı

oranı %25.4 (aralık %9-50) olarak bildirilmiş, bölgeler ve ülkelerin gelir düzeyleri açısından geç ve ileri evrede tanı oranları herhangi bir farklılık sergilememiştir (19). HIV enfeksiyonunun geç ve ileri evresinde başvuran olgularda AIDS’e ilerleme ve ölüm olasılığı, özellikle tanının ilk yılı içinde çok yüksektir (20,21). Geç başvuran olgularda ART’yle vireminin saptanabilir düzeyin altına indirilmesi halinde CD4 T lenfosit sayısı kaç olursa olsun prognoz daha iyi olduğu gösterilmiştir (22). Bu da erken tanının ve tedaviye erken başlanmasının önemini bir kez daha vurgulamaktadır. 2010 ile 2013 yılları arasında Avrupa’da HIV ile yaşayan bireylerin neredeyse %50’sinin geç tanı aldığı gösterilmiştir (23). HIV enfeksiyonunun göstergesi niteliğinde olan bazı hastalıkların varlığında dahi HIV testi oranlarının beklenenin altında olduğu ve erken tanı için ele geçen fırsatların çoğunlukla kaçırıldığı bildirilmiştir (24) ve 2010 ile 2013 yılları arasında geç tanı oranlarında hiçbir değişiklik olmamıştır (23). Avrupa Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (ECDC), 2007 ile 2016 arasında bölgedeki HIV testi sayılarının %58 arttığını, fakat geç tanı (%51) ve ileri evrede tanı (%30) oranlarının 2016’da hâlâ yüksek olduğunu belirtmiştir (2). Bu veriler, test yaklaşımının, test sayısını artırmak değil, doğru kişi ve grupları doğru stratejilerle taramak olması gerektiği düşüncesini desteklemektedir.

Türkiye’de HIV/AIDS Tanı ve Tedavi Rehberi ilk kez 2013 yılında yayımlanmıştır (25). İlk kez 2012 yılında ABD Department of Health and Human Sciences (DHHS) Kılavuzu’nda (26) BIII kanıt düzeyiyle yer alan, European AIDS Clinical Society (EACS) kılavuzlarından 2011-2014 yılları arasında kullanımında olan 6.1 sürümünde (27) ise bulunmayan, CD4 T lenfosit sayısı ne olursa olsun ART başlama önerisi, 2013 Türkiye kılavuzuna dahil edilmiştir. O tarihten bu yana ülkemizde tanı alan HIV ile enfekte bireylere, CD4 T lenfosit sayısına bakılmaksızın ART başlanmaktadır. START (28) ve TEMPRANO-ANRS (29) çalışmalarının 2015 yılında yayımlanan bulguları, CD4 sayısına bakılmaksızın tedavi başlanmasının, AIDS ile

ilintili olayların ortaya çıkmasını anlamlı ölçüde azalttığını ortaya koymuştur. Bunun ardından, DHHS, EACS ve DSÖ kılavuzları tarihte ilk kez görüş birliğine vararak, tanı alan tüm HIV-pozitif bireylere CD4 T lenfosit sayısına bakılmaksızın ART başlanması önerisini benimsemişlerdir (30-32). Gökengin ve arkadaşları (19)’nın Orta ve Doğu Avrupa’dan 24 ülkeyi kapsayan araştırmalarında, 2015 yılında kılavuzların önerilerinde bu değişiklikler yapıldıktan sonra dahi, çalışmaya katılan ülkelerin yarısından fazlasının (14/24) ART başlamak için belirli bir CD4 T lenfosit seviyesini beklemek zorunda olduğu tespit edilmiştir (Tablo 1).

Son yıllarda bu durumun yavaş da olsa değişmeye başlamış olması sevindiricidir. ECDC verilerine göre, Avrupa’da 2014 yılında CD4 T hücresi sayısını dikkate almaksızın ART başlayan ülke sayısı 4 iken, 2016’da bu sayı 30’a yükselmiştir (33). Ancak, Gökengin ve arkadaşları (19)’nın çalışmasına dahil olan ülkeler arasında sadece Karadağ ve Sırbistan’ın kılavuzlardaki yeni öneriye göre ART başlama ölçütlerini değiştirdikleri, iki ülkenin de (Bulgaristan ve Özbekistan) CD4 T lenfosit sınırını <350/mm³’ten <500/mm³ seviyesine çektikleri öğrenilmiştir (Noori T. Kişisel iletişim).

ECDC, 2016 yılında, Avrupa Birliği ve Avrupa Ekonomik Alanı kapsamındaki ülkelerde dahi halen her altı kişiden birinin tedaviye erişiminin olmadığını bildirmektedir (34). Ülkemizde Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulamasının başladığı 2012 yılından itibaren sağlık hizmetine ve tedaviye erişimin önündeki engeller azalmıştır. Herhangi bir işyerinde sigortalı olarak çalışmayanlar dahi, gelir düzeylerine göre bir katkı payı ödeyerek GSS kapsamına dahil edilmekte ve sağlık hizmetlerinden eşit şekilde yararlanmaktadır. Halihazırda HIV enfeksiyonu tanısı almış bir bireyin önündeki en çetin engel damgalanmak ve ayrımcılığa maruz kalmaktır. Gökengin ve arkadaşları (35) tarafından 2011 yılında yapılan bir çalışmada, HIV ile ilgili damgalama/ayrımcılık ve insan hakları ihlali oranının sırasıyla %23.1 ve %30 olduğu bildirilmiştir. Katılım-

Tablo 1. Orta ve Doğu Avrupa Bölgesinde Yer Alan ve Gelir Düzeyine Göre Sınıflandırılmış 24 Ülkenin Antiretroviral Tedavi Başlama Ölçütleri (19)

Gelir Düzeyi	CD4 T hücresi <350/mm ³	CD4 T Hücresi <500/mm ³	CD4 T Hücresi Sayısına Bakmaksızın
Alt-orta	Kosova Özbekistan	Ermenistan Kırgızistan Moldova	Gürcistan
Üst-orta	Arnavutluk Azerbaycan Bulgaristan Makedonya Karadağ Sırbistan	Bosna Hersek Kazakistan	Türkiye Romanya
Yüksek	Rusya Federasyonu		Çekya Estonya Hırvatistan Macaristan Polonya Slovakya Slovenya
Toplam	9/24 (%37.5)	5/24 (%20.8)	10/24 (%41.7)

cıların %20'si HIV ile enfekte olmaları nedeniyle hak ettikleri sağlık hizmetini alamadıklarını belirtmiş, %43'ü de sağlık hizmeti sunanların, kendi rızası olmadan HIV durumunu açıkladığından yakınmışlardır. Tüm bu olumsuzluklara karşın, ülkemizde sağlık sistemine bir kez başvuran olguların sistem içinde kalma oranları hayli yüksektir (%87) (7).

Ülkemiz antiretroviral ilaçlara erişim açısından da Orta ve Doğu Avrupa ülkelerine göre iyi konumdadır. 2015 yılında Türkiye, entegraz inhibitörü grubundaki üç ilacın tamamının kullanımında olduğu üç ülkeden biri (diğerleri Çekya ve Polonya) ve üst-orta gelir düzeyindeki 11 ülke arasında elvitegravir içeren sabit dozlu kombinasyonun kullanımında olduğu tek ülke olarak öne çıkmıştır (19).

Türkiye'de sağlık sistemine dahil olan olgularda ART'ye başlanma oranlarına ilişkin veri sadece 2011 ve 2012 yılları için HIV-TR kohortundan elde edilmiştir. Bu zaman diliminde merkezlere başvuran olgularda ART başlama oranı %76.6 bulunmuştur (36). ART başlanan olgularda altı ay içinde virolojik baskılanmanın sağlanma oranları da yüksektir. İki ayrı çalışmada, altı aydan uzun süre ART alıp, virolojik baskılanma sağlanmış olguların oranının yıllara göre değişmek üzere %76.6-90 arasında olduğu bildirilmiştir (7,36).

Bu başarılı sonuçlara rağmen Türkiye, HIV ile yaşayan olguların gerçek sayısının kestirimi, geçerli gereçler kullanılarak yapılmamış olduğundan ve tanı almış olguların tamamını kapsayan ulusal bir veritabanı bulunmadığından, HIV tanı ve tedavi kaskadını oluşturamamış ülkeler arasındadır. Benzer bir durum bölgedeki diğer ülkeler için de geçerlidir. Gökengin ve arkadaşları (19) tarafından yapılan çalışmada, 24 ülkenin sadece 12'si kaskad verilerini temin edebilmiştir. Bu ülkelerde HIV kaskadının tüm elemanlarının hedefin çok uzağında olduğu dikkati çekmektedir. Kaskadın HIV ile yaşayan bireylerin tanı alması basamağında hedefe en yakın ülkeler Kazakistan, Estonya ve Romanya (sırasıyla %85, %85 ve %80), tanı alanlarda ART başlanması ve ART başlananlarda virolojik baskılanmanın elde edilmesi basamaklarındaysa hedefe en yakın olanlar Romanya, Hırvatistan ve Bosna Hersek (sırasıyla %90 ve %62, %62 ve %54, %53 ve %50) olmuştur; ancak bu oranların da hedeften hayli uzak oldukları görülmektedir.

Son yıllarda, HIV enfeksiyonunun önlenmesi konusunda geliştirilen bazı yenilikçi yaklaşımların salgını yavaşlatma konusunda son derece etkili oldukları gösterilmiştir. Bunlardan birincisi, HIV-pozitif olgulara olabildiğince erken tanı konması ve tanı alanlarda hemen tedaviye başlanmasıdır. Kanda ki virusun testlerle saptanamayacak kadar düşük düzeylere indirilmesi, hem hastalığın ilerlemesini engellemekte, hem de kişinin cinsel yolla bulaştırıcılığını ortadan kaldırmaktadır (28,37-39). Ayrıca, HIV edinme riski yüksek olan bireylerde antiretroviral ilaçların korunma amacıyla kullanılmasının, HIV bulaşmasını önemli ölçüde önlediği de kanıtlanmıştır (40,41). Temas öncesi korunma olarak adlandırılan bu yaklaşım, ABD'de 2012 yılından bu yana uygulanmakta, Fransa ve Norveç'te resmi olarak, diğer birçok Avrupa ülkesinde ve özellikle İngiltere'de de devlet onayı olmadan yaygın olarak kullanılmaktadır (42).

Yukarıda sayılan yenilikçi korunma önlemlerinin birlikte uygulanması sayesinde, Ekim 2015 ile Eylül 2016 tarihleri arasında Londra'daki belli başlı cinsel sağlık kliniklerine baş-

vuran erkeklerle seks yapan erkeklerde yeni HIV tanılarının sayısı, Ekim 2014 ile Eylül 2015 arasındaki tanı sayılarına kıyasla %32 azalmıştır (43).

Ancak bu başarılı ve ümit vaat eden sonuçlara karşın UNAIDS, 2016 yılındaki Genel Kurul oturumunda, HIV enfeksiyonlarındaki azalmanın, 2020 yılına dek yeni tanı sayılarının yılda 500 000 rakamının altına çekmek şeklinde belirlenen hedefe ulaşmak için yeterli olmadığı açıklamasını yapmıştır (1). Özellikle Türkiye'nin de içinde bulunduğu ve komşuluk yaptığı Orta ve Doğu Avrupa bölgesinde ART kapsayıcılığının ve viral baskılanma oranlarının beklenenin altında olması, bölgedeki ülkelerin önemli bir kısmının, özellikle de düşük gelirli olanların halen dış fonlara bağımlı olması (19), Doğu Avrupa ülkelerinde opioid yerine koyma ve şırınga değişim programlarının bulunmaması (44) ve HIV edinme riski yüksek toplumlar için hedefli test stratejilerinin bulunmaması, bu hedefe ulaşmaktan neden uzak olduğumuzu açıklayabilir.

Sonuç ve Öneriler

Ülkemiz, yeni tanı sayılarının hızla artmasına karşın, halen prevalansın düşük olduğu ülkeler arasında yer almaktadır; bu, HIV enfeksiyonu için belirlenen hedeflere ulaşmak açısından büyük bir şanstır. Türkiye, HIV tedavi ve izleminde, komşu ülkelerin çoğundan daha iyi durumdadır. Ancak erken tanı açısından hizmetlerin son derece yetersiz olduğu ortadadır. Son birkaç yıl içinde İstanbul'da Şişli ve Beşiktaş, Ankara'da da Çankaya Belediyeleri tarafından Sağlık Bakanlığı ile işbirliği içinde sunulan anonim ve ücretsiz HIV testi ve danışmanlık hizmeti, bu alandaki eksiği kapatmaya yönelik olumlu bir adım olmuştur (45).

Ancak HIV enfeksiyonunun eliminasyonu, birden çok unsuru kapsayan bütüncül bir yaklaşımla ele alınmalıdır. Bu bağlamda alınması gereken önlemler ve yapılması gereken çalışmalar konusunda önerilerimiz aşağıda sunulmuştur:

1. Anonim ve ücretsiz HIV testi hizmetinin yurt çapında hızla yaygınlaştırılması ve ses getirecek kampanyalarla duyurulması.
2. Ulusal AIDS komisyonunun yeniden aktifleştirilmesi ve karar alacak konuma getirilmesi.
3. HIV/AIDS'e ilişkin verilerin ulusal boyutta toplanması, analiz edilmesi ve analiz sonuçlarına göre yapılması gereken eylemlerin planlanması.
4. Veri toplama aşamasında HIV-pozitif bireylerin gizliliğini ihlal etmeyecek yöntemlerin paydaşlarla uzlaşısı içinde belirlenmesi.
5. Stratejik planın tüm paydaşları kapsayan bir platformda hazırlanması ve acil eylem planına dönüştürülmesi.
6. HIV/AIDS konusunda yapılacak tüm çalışmaların, tüm paydaşları kapsayacak bir platformda yürütülmesi ve şeffaflık ilkesi uyarınca tüm paydaşlarla paylaşılması.
7. HIV/AIDS konusunda yapılan çalışmaların, elde edilen verilerin toplumla paylaşılması ve HIV/AIDS'in eliminasyon planına toplumun katılımının sağlanması.
8. Okullarda HIV/AIDS, cinsellik, korunma konularında yaşam becerilerini de kapsayacak eğitimlerin müfredata dahil edilmesi.

Kararlılık ve uzlaşıyla birlikte hareket edildiği takdirde, ülkemizde HIV enfeksiyonunun kontrol altına alınması mümkün-

dür. Türkiye bu açıdan komşu ülkelere örnek olacak nitelikte ve yeterliliktedir.

Çıkar Çatışması

Yazar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

Kaynaklar

- UNAIDS Data 2017 [Internet]. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) [erişim 11 Mart 2018]. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20170720_Data_book_2017_en.pdf.
- European Centre for Disease Prevention and Control/ WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS Surveillance in Europe 2017-2016 Data [Internet]. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control [erişim 11 Mart 2018]. https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/20171127-Annual_HIV_Report_Cover%2BInner.pdf.
- Gökengin D, Oprea C, Uysal S, Begovac J. The growing HIV epidemic in Central Europe: a neglected issue? *J Virus Erad.* 2016; 2(3): 156-61.
- 90-90-90. An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic [Internet]. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) [erişim 11 Mart 2018]. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en_0.pdf.
- Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı İstatistiksel Verileri: HIV/AIDS [Internet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı [erişim 11 Mart 2018]. <http://www.thsk.gov.tr/component/k2/353-istatistiksel-veriler/bulasici-hastaliklar-daire-baskanligi-istatistiksel-veriler.html>.
- Sayan M, Hınçal E, Şanlıdağ E, Kaymakamzade B, Tijani F, Baba IA. Türkiye'de HIV/AIDS'in 1985-2016 yılları arasındaki dinamiği [Internet]. Ankara: İnfeksiyon Dünyası [erişim 11 Mart 2018]. <http://www.infeksiyondunyasi.org/pages/HIV-AIDS-2017>.
- Erdoğan FŞ, Dokuzoğuz B, Ünal S, et al. Changing trends in the epidemiology of Turkey. *In: 30th IUSTI Europe Conference (15-17 September 2016, Budapest, Hungary) Abstract Book.* UK: International Union Against Sexually Transmitted Infections, 2016: 115-6.
- Dokuzoğuz B, Korten V, Gökengin D, et al. Transmission route and reasons for HIV testing among recently diagnosed HIV patients in HIV-TR cohort, 2011-2012 [Abstract]. *J Int AIDS Soc.* 2014; 17(4 Suppl. 3): 19595. [\[CrossRef\]](#)
- Santos GM, Makofane K, Arreola S, Do T, Ayala G. Reductions in access to HIV prevention and care services are associated with arrest and convictions in a global survey of men who have sex with men. *Sex Transm Infect.* 2017; 93(1): 62-4. [\[CrossRef\]](#)
- Takács J, Kelly JA, Tóth T, Mocsonaki L, Amirkhanian YA. Effects of stigmatization on gay men living with HIV/AIDS in a Central Eastern European context: a qualitative analysis from Hungary. *Sex Res Social Policy.* 2013; 10(1): 24-34. [\[CrossRef\]](#)
- UNAIDS Data 2017: Turkey [Internet]. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) [erişim 12 Mart 2018]. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20170720_Data_book_2017_en.pdf
- Hayatsız Kadınlar Dosyası Raporu. Ankara: Ankara Ticaret Odası, 2004.
- Türkiye'de Cinsel Yolla Bulaşan Önemli Enfeksiyonlar ve HIV ile İlgili Hizmet Araştırması. Nisan 2007 Nihai Rapor [Internet]. İstanbul: Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Derneği [erişim 24 Aralık 2017]. <http://www.klimik.org.tr/wp-content/uploads/2015/12/Turkiyede-CYBE-onemli-enfeksiyonlar-ve-HIV-ile-ilgili-hizmet-arastirmasi.pdf>
- İstanbul'da Kayıt Dışı Seks İşçilerinde HIV/AIDS Korunma Bilincinin ve İsteğinin Yükseltilmesi Proje Raporu [Internet]. İstanbul: Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Derneği [erişim 24 Aralık 2017] <http://www.klimik.org.tr/wp-content/uploads/2015/06/HIV-AIDS-Önleme-ve-Destek.pdf>.
- Seks İşçilerinde HIV/AIDS Araştırması ve HIV Testi Projesi Değerlendirme Raporu. Ankara: Pembe Hayat LGBTT Dayanışma Derneği, 2009.
- İncinebilir Gruplara Yönelik HIV ile İlgili Biyo-Davranış Araştırması İstanbul 2010 [Internet]. İstanbul: İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı [erişim 24 Aralık 2017]. http://www.ikgv.org/pdf/HIV_Biyodavranis_Arastirmasi_Istanbul_2010_v1.pdf.
- UNGASS Indicators Country Report. Turkey Ministry of Health: Reporting Period January 2006-December 2007 [Internet]. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) [erişim 7 Mart 2018]. http://data.unaids.org/pub/report/2008/turkey_2008_country_progress_report_en.pdf
- HIV testing. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2017 progress report [Internet]. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control [erişim 7 Mart 2017]. <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/HIV%20testing.pdf>.
- Gökengin D, Oprea C, Begovac J, et al. HIV care in Central and Eastern Europe. *In: 16th European AIDS Conference (25-27 October 2017, Milan, Italy) Abstracts.* Brussels: European AIDS Clinical Society, 2017: PE26/15.
- Mocroft A, Lundgren JD, Sabin ML, et al. Risk factors and outcomes for late presentation for HIV-positive persons in Europe: results from the Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research Europe Study (COHERE). *PLoS Med.* 2013; 10(9): e1001510. [\[CrossRef\]](#)
- Chadborn TR, Delpech VC, Sabin CA, Sinka K, Evans BG. The late diagnosis and consequent short-term mortality of HIV-infected heterosexuals (England and Wales, 2000-2004). *AIDS.* 2006; 20(18): 2371-9. [\[CrossRef\]](#)
- Jevtović D, Salemović D, Ranin J, et al. The prognosis of late presenters in the era of highly active antiretroviral therapy in Serbia. *Open Virol J.* 2009; 3: 84-8. [\[CrossRef\]](#)
- Late presenters working group in COHERE in EuroCoord; Mocroft A, Lundgren J, Antinori A, Monforte Ad, et al. Late presentation for HIV care across Europe: update from the Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research Europe (COHERE) study, 2010 to 2013. *Euro Surveill.* 2015; 20(47): 30070.
- Raben D, Mocroft A, Rayment M, et al. Auditing HIV testing rates across Europe: Results from the HIDES 2 study. *PLoS One.* 2015; 10(11): e0140845. [\[CrossRef\]](#)
- Buzgan T, Torunoğlu MA, Gökengin D, eds. *HIV/AIDS Tanı Tedavi Rehberi.* Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013.
- Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Adults and Adolescents Living with HIV [Internet]. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services [erişim 11 Mart 2018]. <http://aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/AdultandAdolescentGL.pdf>.
- Guidelines. Version 6.1. November 2011 [Internet]. Brussels: European AIDS Clinical Society [erişim 11 Mart 2018]. http://www.eacsociety.org/files/2011_eacsguidelines-v6.1-english_nov.pdf.
- INSIGHT START Study Group; Lundgren JD, Babiker AG, Gordin F, et al. Initiation of antiretroviral therapy in early asymptomatic HIV infection. *N Engl J Med.* 2015; 373(9): 795-807. [\[CrossRef\]](#)
- TEMPRANO ANRS 12136 Study Group; Danel C, Moh R, Gabillard D, et al. A trial of early antiretrovirals and isoniazid preventive therapy in Africa. *N Engl J Med.* 2015; 373(9): 808-22. [\[CrossRef\]](#)
- Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents [Internet]. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services [erişim 11 Mart 2018]. <https://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/AdultandAdolescentGL003412.pdf>.

31. Guidelines. Version 9.0. October 2017. [Internet]. Brussels: European AIDS Clinical Society [erişim 11 Mart 2018]. http://www.eacsociety.org/files/guidelines_9.0-english.pdf.
32. Guideline on When to Start Antiretroviral Therapy and on Pre-Exposure Prophylaxis for HIV. September 2015 [Internet]. Geneva: World Health Organization [erişim 11 Mart 2018]. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186275/1/9789241509565_eng.pdf?ua=1.
33. Special Report. HIV Treatment and Care. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2017 progress report [Internet]. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control [erişim 11 Mart 2018] <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/HIV%20treatment%20and%20care.pdf>.
34. Special Report. The status of the HIV response in the European Union/European Economic Area, 2016. Dublin Declaration report [Internet]. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control [erişim 11 Mart 2018]. <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Status-of-HIV-response-in-EU-EEA-2016-30-jan-2017.pdf>.
35. Gökengin D, Çalık Ş, Öktem P. Türkiye’de HIV’le ilgili damgalama ve ayrımcılığın analizi: HIV’le yaşayan kişiler için damgalama göstergesi sonuçları. *Klimik Derg.* 2017; 30(1): 15-21.
36. Korten V, Gökengin D, Fincancı M, *et al.* Outcomes of initial antiretroviral treatment (ART) among recently diagnosed HIV patients in HIV-TR cohort, 2011-2012 [Abstract]. *J Int AIDS Soc.* 2014; 17(4 Suppl. 3): 19678. **[CrossRef]**
37. May M, Gompels, Delpech V, *et al.* Impact of late diagnosis and treatment on life expectancy in people with HIV-1: UK Collaborative HIV Cohort (UK CHIC) Study. *BMJ.* 2011; 343: d6016.
38. Kranzer K, Lawn SD, Johnson LF, Bekker LG, Wood R. Community viral load and CD4 count distribution among people living with HIV in a South African Township: implications for treatment as prevention. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2013; 63(4): 498-505. **[CrossRef]**
39. Rodger A, Cambiano V, Bruun, *et al.* Sexual activity without condoms and risk of HIV transmission in serodifferent couples when the HIV-positive partner is using suppressive antiretroviral therapy. *JAMA.* 2016; 316(2): 171-81. **[CrossRef]**
40. McCormack S, Dunn DT, Desai M, *et al.* Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial. *Lancet.* 2016; 387(10013): 53-60. **[CrossRef]**
41. Molina JM, Capitant C, Spire B, *et al.* On-demand preexposure prophylaxis in men at high risk for HIV-1 infection. *N Engl J Med.* 2015; 373(23): 2237-46. **[CrossRef]**
42. PrEP Access in Europe [Internet]. New York: AVAC [erişim 11 Mart 2018]. https://www.avac.org/sites/default/files/u3/PEI_Report_May2017.pdf.
43. Brown AE, Mohammed H, Ogaz D, *et al.* Fall in new HIV diagnoses among men who have sex with men (MSM) at selected London sexual health clinics since early 2015: testing or treatment or pre-exposure prophylaxis (PrEP)? *Euro Surveill.* 2017; 22(25): pii: 30553. **[CrossRef]**
44. Lazarus JV, Laut KG, Safreed-Harmon K, *et al.* Disparities in HIV clinic care across Europe: findings from the EuroSIDA clinic survey. *BMC Infect Dis.* 2016; 16: 335. **[CrossRef]**
45. Kimlik Bilgilerinizi Vermeden HIV Testi Yaptırabileceğiniz Merkezler Var [Internet]. İstanbul: Pozitif Yaşam Derneği [erişim 11 Mart 2018]. <http://www.pozitifyasam.org/kimlik-bilgilerinizi-vermeden-hiv-testi-yaptirabileceginiz-merkezler-var-m-45>.