

Laporan Simposium Bangkok HIVNAT ke-10

Simposium Bangkok HIV HIV-NAT dilakukan setiap tahun pada bulan Januari. Pada 2008 Simposium ke-10 dilakukan, dan untuk ketiga kali, Babe untung dapat mengikutinya. Ini ada laporan Babe mengenai kesan utama, yang sebelumnya dilaporkan setiap hari ke milis Indonesia.

Hari pertama

Pada **sambutan utama**, Prof. Gita Ramli mengutarakan 'ABC' harus diluaskan menjadi A-I. 'C' harus diluaskan dari 'Condom' dan 'Counseling & Testing' untuk menambah 'Circumcision (sunat)'. 'D' = 'Diaphragm' (diafragma) untuk melindungi leher rahim atas dari HIV. 'E' menunjukkan kebutuhan akan 'Exposure prophylaxis (profilaksis pra- dan pascapajanan)'. 'F' adalah 'Female-controlled microbicides (mikrobisida dikendalikan perempuan)'. 'G' adalah 'Genital tract infection control (pencegahan infeksi pada saluran kelamin)'. 'H' = 'HSV-2 suppressive treatment (pengobatan penekan HSV-2)', dan 'I' adalah 'Immunization (imunisasi)' atau vaksin. Pencegahan versi ini tidak teknologi tinggi, dan tentu tidak 100 persen efektif, tetapi penggunaan sinergistik, membutuhkan keterlibatan komunitas dan masing-masing tidak dapat berjalan sendiri.

Dr. Andrew Hill dari Universitas Liverpool, Inggris, membahas **kombinasi NRTI/NNRTI lini pertama**. Pendapat dia adalah, dengan menyesuaikan dosis obat lini pertama saat ini, biaya rejimen d4T+3TC+NVP (baku di banyak negara saat ini) dapat dikurangi dari 121 dolar AS/per tahun menjadi 394, dengan manfaat lagi karena efek samping dapat dikurangi, dan efektivitas tidak dikurangi. Biaya rejimen yang cukup baku di Indonesia (AZT+3TC+EFV) dapat dikurangi dari 371 menjadi 175 dolar! Walau pPenyesuaian dosis d4T - 20mg 2x dan AZT - 200mg 2x sudah dibahas sebelumnya, yang paling menarik adalah usulannya untuk mengurangi dosis EFV menjadi 200mg 1x sehari.

Prof. Robert Murphy menyampaikan dua presentasi mengenai **mulai ART**, dalam penyakit lanjut dan perkembangan yang akan berdampak di rangkaian terbatas sumber daya. "Kita tahu harus mulai sebelum menjadi terlalu sakit, tetapi kita tidak tahu kapan terlambat." Ada beberapa sub-elompok yang sulit: perempuan hamil, daerah endemis TB, koinfeksi dengan HBV/HCV, HIV pada pekerja seks, dan bila pasangan tidak terinfeksi. Dia menekankan pentingnya kita menangani koinfeksi hepatitis B secara baik, karena "bila kita hanya mengobati salah satunya, kita kemungkinan akan mendapat masalah dengan yang lain." Tidak mungkin ada yang tahan d4T lebih dari lima tahun, tetapi d4T murah dan mudah dibuat dengan hanya dua langkah: "semua orang dalam ruang ini dapat membuat d4T."

Prof. Murphy sangat optimis mengenai penyediaan obat baru di rangkaian terbatas sumber daya. "Produsen berjanji akan menyediakan obat baru secara luas di seluruh dunia secepat mungkin", dengan harga terjangkau, terutama Merck untuk MK0518 integrase inhibitor dan Tibotec TMC125 NNRTI yang kemungkinan akan keluar tahun ini. Dua-duanya sangat manjur dan akan memudahkan ART. Juga MK0518 dapat dipakai bersamaan dengan rifampisin.

Prof. Diana Gibb membahas **pengobatan untuk anak**. Pertama dia menekankan pentingnya profilaksis kotrimoksazol untuk semua anak terlahir dari ibu HIV-positif - alasan kematian separuh anak yang meninggal pada usia di bawah 6 bulan adalah PCP. Semakin banyak ARV tersedia versi pediatrik padat (pil); tablet Kaletra kemungkinan akan segera tersedia dengan dosis 100/25mg. Rejimen empat obat mungkin lebih baik untuk anak, mungkin dengan cara 'induction', dengan 'maintenance' (rumatan) dengan rejimen 3 NRTI? Efek samping mungkin masalah lebih kecil pada anak; lipodistrofi jarang dialami. Namun mungkin masalah lebih besar pada remaja, yang harus dibedakan dari anak kecil dan dari orang dewasa. Kesimpulan: "bila diobati, anak berpotensi hidup lebih lama dengan obat dibandingkan orang dewasa."

Prof. Jintanat membahas **terapi berdenyut (structured treatment interruption/STI)** pasca-SMART (penelitian besar yang dianggap 'gagal'). Setelah menganalisis hasil penelitian Staccato, Trivacan dan SMART, dia mengaku bahwa ada risiko berhenti ART sementara, tetapi risiko lebih besar pada SMART karena CD4 dibiarkan turun sampai 250 dan waktu tidak memakai ART sampai 17 bulan. Sebetulnya pada empat bulan pertama setelah berhenti, kemungkinan ada peristiwa serupa, dan risiko lebih tinggi kalau CD4 rendah atau viral load tinggi. Sebetulnya, perbedaan antara kelompok yang berhenti dan yang tidak berhenti hanya dua peristiwa per 100 pasien-tahun. Kesimpulannya: mempertimbangkan angka

peristiwa pada yang berhenti sementara di SMART hanya 3,3/100 pasien-tahun, dan angka yang jauh lebih rendah pada Staccato, beberapa pasien kemungkinan lebih nyaman risiko 1:50 atau 1:100 ada masalah dibandingkan penggunaan obat terus-menerus. Lagi pula, biaya dibuktikan lebih rendah kalau berhenti dibandingkan memakai obat terus-menerus, dan biaya menghadapi masalah akibat pemberhentian masih lebih rendah daripada biaya ART yang dihemat. Tetapi sebaiknya tidak menunggu sampai CD4 turun menjadi 250; sebaiknya berhenti dengan CD4 di atas 500, dan mulai lagi dengan CD4 350-400, dengan membatasi waktu berhenti jangan lebih dari enam bulan.

Dr. Victor Valcour dari Universitas Hawaii membahas **masalah neurologis terkait HIV dan ART**. Dia menunjukkan bahwa masalah kerusakan kognitif lebih sering terjadi pada usia muda (0-14 tahun) dan tua (di atas 60). Tanda utama yang menunjukkan akan terjadi masalah demensia dalam era pasca-ART: viral load yang tinggi di cairan tulang belakang; IDU; jumlah CD4 pernah sangat rendah; diabetes +/- resistansi insulin; dan amiloid yang rendah di cairan tulang belakang. Dia menyimpulkan bahwa, walaupun saat ini masalah neurologis cenderung menurun pasca-ART, ada kemungkinan kita akan melihat semakin banyak efek samping neurologis setelah orang sudah memakai ART belasan atau puluhan tahun.

Setelah makan siang, saya ikut pilihan lokakarya '**Neuro AIDS**'. Antara lain, ada presentasi mengenai demensia AIDS dan neuropati. Sepertinya demensia lebih sering terjadi di AS - saya agak jarang ketemu kasus di Indonesia - dan mungkin ada kaitan dengan bedanya tipe dan sub-tipe virus di AS dan di Asia. Hal ini harus diteliti. Demensia berat biasanya cepat mengarah ke kematian, dan pengobatannya agak sulit kalau sudah sampai ke tingkat berat, jadi sebaiknya tanda awal lebih diperhatikan (lihat di atas).

Neuropati perifer dapat disebabkan oleh HIV sendiri atau oleh obat, terutama (terkait ART) dengan obat 'd' (d4T, ddI). Kurang lebih separuh kasus tidak dilaporkan dan tidak menimbulkan gejala, tetapi dapat didiagnosis dengan biopsi kulit yang cukup sederhana (tetapi masih dalam percobaan). Alasan dasar masih belum jelas. Pengobatan sulit: berhenti obat penyebab; mengobati nyeri (jenjang analgesik WHO), amitriptilin, gabapentin; tempelan capsaicin (200 kali lebih majur dari tempelan biasa, harus pakai bus lokal); dan acetyl-L-carnitine (dalam penelitian).

Secara umum, lokakarya ini, yang juga membahas stroke terkait HIV, masalah psikiatrik, dan tes penilaian neuropsikologis, agak kurang relevansi, terutama karena pada hampir setiap kasus 'harus' dilakukan MRI dan CT scan (termasuk enhanced contrast) serta tes-tes lain yang tidak terjangkau oleh kebanyakan Odha di Indonesia. Sayangnya tidak dibahas alternatif untuk yang tidak mampu membiayai tes, atau tes yang minimal dibutuhkan agar dapat (seumpamanya) mendukung pengobatan empiris.

Hari kedua

Prof. Sharon Lewin dari Universitas Monash di Australia mempresentasi topik '**Determinants of CD4 T-cell loss and recovery in HIV infection**.' Topik ini agak bersifat ilmiah, dan tidak mudah dipahami oleh saya. Mungkin yang menarik adalah bahwa, walau setelah ART dimulai, viral load turun cepat dengan pola yang serupa untuk semua orang, ada perbedaan yang cukup besar dalam peningkatan pada jumlah CD4 setelah mulai ART. Ada yang cepat naik, sementara ada yang sangat pelan; masalah ini dapat sangat membingungkan orang dengan peningkat yang pelan pada CD4-nya. Hal ini karena masalah induk ('host') dan faktor virus (ada tipe virus yang lebih ganas, dan koinfeksi virus, terutama dengan CMV) yang tidak dapat diubah, tetapi juga ada faktor yang dapat diubah, seperti pilihan rejimen ART dan (potensi) terapi imunomodulator. Terapi tersebut termasuk obat meningkatkan fungsi timus, obat merangsang pembuatan sel-T (IL-2 dsb.) dan obat mengurangi aktivasi imun (kortikosteroid, siklosporin). Semua ini sedang diteliti.

Presentasi 'Constructing a regimen in patients with failure of first line therapy (**membentuk rejimen untuk pasien yang gagal terapi lini pertama**)' oleh Prof. Kiat menyampaikan banyak informasi penting, tetapi sulit ditangkap. Dia membahas semua mutasi yang dapat terjadi dan dampaknya pada pilihan terapi lanjutan. Dua hal yang menarik: pendapat bahwa mungkin monoterapi dengan PI yang di-boost (Kaletra, saquinavir/r atau indinavir/r) mungkin akan menjadi alternatif yang efektif untuk mereka dengan virus yang resistan terhadap banyak NRTI dan semua NNRTI. Dan juga ada informasi bahwa resistansi terhadap tenofovir (TDF) dapat diakibatkan oleh ABC, d4T atau ddI, bukan hanya oleh TDF sendiri.

'The goals of salvage therapy in highly treatment experienced patients (**Tujuan terapi penyelamatan pada pasien yang sudah memakai kebanyakan ARV**)' oleh Prof. Jonathon Shapiro dari National Hemophilia Center di Israel membahas bagaimana membentuk rejimen untuk orang yang sudah gagal terapi dengan 2-3 rejimen termasuk NRTI, NNRTI dan PI. Walaupun 'berpengalaman' dengan hampir semua jenis obat yang tersedia, kebanyakan pasien akan tetap mendapatkan manfaat secara klinis dari ART dan sebaiknya ART tidak dihentikan total. Hal ini terutama benar untuk pasien dengan penyakit lanjut atau jumlah CD4 yang sangat rendah. Pasien yang sebaiknya berhenti ART jarang ditemukan, terutama mereka yang mulai ART dengan CD4 yang sangat tinggi, mereka yang mengalami toksisitas gawat, dan penghentian sementara yang singkat yang diamati secara ketat. Resistansi terhadap kebanyakan golongan (selain NNRTI) tidak mutlak. Prof. Shapiro mengusulkan algoritme untuk menentukan pendekatan pada pasien yang gagal pada beberapa rejimen - lihat laporan lengkap nanti.

Prof. Greg Dore dari Universitas New South Wales membahas '**Hepatitis virus kronis: Bila ada obat, apakah dapat disembuhkan?**'. Tujuan utama presentasi ini adalah perkembangan baru untuk terapi HCV dan HBV. Ada banyak jenis obat baru dari dua golongan yang sedang diteliti untuk mengobati HCV: "dengan HCV, kita sekarang dalam keadaan serupa dengan HIV pada pertengahan 1990-an." Obat baru akan bekerja lebih cepat ("mengobati HCV genotipe 1 dalam paling 24 minggu?") dengan efek samping jauh lebih ringan, dan harga lebih murah. HBV akan diobati dengan terapi kombinasi, juga dengan beberapa jenis obat baru, juga dengan harga lebih murah. Kesan utama saya adalah bahwa mungkin ada baik untuk menunda terapi hepatitis kalau bisa, dan menunggu terapi baru. Tetapi dibutuhkan advokasi seperti yang dulu dilakukan untuk ARV agar obat hepatitis dapat lebih terjangkau.

Beberapa bulan yang lalu, diumumkan bahwa **vaksin terhadap HPV** sudah disetujui di AS. Graham Leggatt, salah satu pencipta vaksin tersebut dari Universitas Queensland, menggambarkan cara kerja vaksin tersebut. Ada ratusan jenis virus human papiloma (HPV), tetapi ada dua penyebab utama kanker leher rahim: HPV16 and HPV18. Ada dua macam vaksin: satu hanya efektif terhadap HPV 16 dan 18, yang lain juga efektif terhadap HPV 6 dan 11 yang menyebabkan kutil kelamin. Vaksinasi membutuhkan tiga suntikan dalam jangka waktu enam bulan. Vaksinasi sebaiknya dilakukan pada perempuan sebelum terpajan melalui hubungan seks, jadi pada usia cukup muda (9 tahun?). Efektivitasnya hebat: 100 persen! Efek samping ringan saja. Vaksin tidak terapeutik. Belum ada data mengenai penggunaannya oleh laki-laki. Harga di Australia: 460 dolar Australia untuk tiga suntikan. Namun karena ada HPV macam lain yang dapat menyebabkan kanker leher rahim, walaupun lebih jarang, tes Pap smear tetap dibutuhkan.

Prof. Thanyawee menyampaikan presentasi yang menarik berjudul '**Pencegahan penularan HIV dari ibu-ke-bayi: Berat, ringan atau menengah,**' yang membahas penggunaan ARV untuk PMTCT. Dia menilai AZT jangka pendek dan nevirapine dosis tunggal (sdNVP) sebagai 'ringan'; AZT jangka pendek + sdNVP, AZT + 3TC, dan AZT + 3TC + sdNVP sebagai 'menengah'; dan AZT + 3TC + sdNVP, serta AZT + 3TC + PI sebagai 'berat'. Versi ringan sangat efektif untuk mencegah penularan, dengan kombinasi dengan AZT lebih baik daripada sdNVP. Namun ada tantangan dengan penggunaan sdNVP, terutama resistansi terhadap NVP oleh ibu dan/atau anak. Yang terbaik adalah ART biasanya untuk ibu, tetapi EFV tidak boleh dipakai, dan ruam/hepatotoksitas NVP dapat menjadi masalah bila CD4-nya di atas 250, jadi alternatif adalah ART dengan PI. Bila Kaletra dipakai sebagai PI-nya, takaran harus ditingkatkan selama triwulan ketiga sampai dua minggu setelah melahirkan. Sebagai jawaban pada pertanyaan, Prof. Thanyawee menjelaskan bahwa pedoman PMTCT di AS hanya mengusulkan bedah sesar bila viral load ibu terbukti di atas 1000 saat persalinan.

Selama makan siang, ada simposium khusus oleh Janssen-Cilag yang promosikan PI-nya yang baru: **darunavir**, dengan membandingkannya dengan tipranavir. Menurut dua presentasi, darunavir sangat efektif terhadap virus yang resistan terhadap semua ARV lain, walau efektivitas dikurangi bila ada lebih dari sembilan mutasi terkait PI. Darunavir hanya membutuhkan 100mg ritonavir boost, dibandingkan dengan 200mg untuk tipranavir; efek samping lebih ringan dan interaksi obat juga lebih sedikit dibandingkan tipranavir. Kapan tersedia di negara berkembang? tidak dibahas!

Setelah makan siang, saya ikut **lokakarya pediatrik**. Ada beberapa studi kasus yang dibahas, termasuk lipodistrofi dan masalah lipid pada anak usia 8 tahun yang sudah memakai ART dengan d4T+3TC+EFV selama empat tahun. kesimpulan dalam kasus ini terutama adalah untuk memperbaiki gizinya, serta mendorong lebih banyak olahraga. Studi kasus kedua membahas rejimen lini kedua untuk anak yang

gagal pada lini pertama: masalah yang jauh lebih rumit dibandingkan orang dewasa! Kasus ketiga adalah perempuan berusia 11 tahun yang sudah memakai ART secara berhasil selama sembilan tahun tetapi 'bosan' dan ingin berhenti (sementara). Walaupun pemberhentian tidak diusulkan, kemungkinan remaja seperti ini tidak dapat dipaksa, dan lebih baik dihentikan secara terencana daripada dia tiba-tiba berhenti semua obat. Kalau mau berhenti ART dengan NVP, sebaiknya NVP dihentikan satu minggu sebelum NRTI, dan EFV dua minggu lebih dulu, agar menghindari resistansi terhadap NNRTI. Kasus terakhir membahas masalah dukungan yang dibutuhkan oleh seorang remaja laki-laki usia 15 tahun, yang sudah memakai ART tiga tahun. Ada diskusi yang sangat menarik mengenai kelompok dukungannya sebagai untuk remaja macam ini di Bangkok dan London.

Satu hal yang menarik: waktu membahas alternatif lini kedua untuk anak, kami diberi tahu bahwa GPO akan menyediakan indinavir (IDV) generik, bersama dengan ritonavir. Jadi sedikitnya di Thailand akan tersedia alternatif IDV sebagai PI di-boost. Pikiran saya zaman IDV sudah lewat; mungkin kita harus mempertimbangkan lagi!

Hari terakhir

Presentasi buka hari berjudul 'Global Epidemiology of HIV-1 (**Epidemiologi Global HIV-1**)' disampaikan oleh Dr. Francine McCutchan. Saya takut presentasi ini akan sangat ilmiah, tetapi ternyata menarik dan juga sangat relevan. Dr. McCutchan membahas sub-tipe HIV yang paling umum, dan di mana di dunia sub-tipe tersebut ditemukan, serta bagaimana bentuk rekombinasi dibangun dan disebarluaskan. "HIV-1 adalah patogen manusia yang paling bervariasi secara genetik, karena replikasi sangat cepat, bermutasi cepat, dan dapat rekombinasi." Dia juga membahas cara untuk menentukan apakah seseorang terinfeksi dengan dua virus yang berbeda (infeksi ganda). Ternyata 5 persen IDU di beberapa daerah di Thailand terinfeksi ganda. Jelas semua hal ini berimplikasi untuk perkembangan vaksin, tetapi pada kesimpulan, Dr. McCutchan membahas implikasi pada terapi dan pencegahan, antara lain: infeksi ganda dapat mengakibatkan viral load yang lebih tinggi, penyakit berkembang lebih cepat, dan kegagalan terapi karena tertular dengan virus yang resistan; dan mungkin pencegahan infeksi ulang untuk mereka yang sudah terinfeksi HIV harus menjadi unsur penting dari strategi keseluruhan untuk mengendalikan epidemi global.

Prof. David Burger menyampaikan presentasi tentang **farmakokinetik nevirapine dalam praktek klinis**. Dia menjawab lima pertanyaan. 1) Apakah pasien dapat memakai NVP bersamaan dengan rifampisin (RIF)? Kesimpulan: NVP takaran baku tetap pilihan untuk pasien yang menerima RIF. Namun yang menarik, kalau RIF dipakai sebelum NVP, NVP tidak harus dimulai dengan dosis separuh, atau mungkin hanya untuk satu minggu, karena tingkat NVP dalam darah pada awal dikurangi oleh metabolisme RIF. 2) Kalau pasien ganti EFV dengan NVP, apakah NVP harus dimulai dengan takaran separuh? Jawaban: tidak. 3) Apakah takaran optimal untuk anak? Jawaban: jangan dibawah 300mg/m²/hari; WHO sedang membentuk tabel yang menunjukkan takaran yang diusulkan untuk setiap berat badan, akan segera diterbitkan. 4) Bagaimana berhenti penggunaan rejimen NVP + NRTI? Kita tidak tahu jawaban terbaik; ada tiga alternatif: berhenti semuanya bersama dengan risiko resistansi terhadap NVP; berhenti NVP dulu, teruskan NRTI 7-14 (kemungkinan 7 hari cukup) dengan risiko resistansi terhadap NRTI; atau (mungkin terbaik) ganti NVP dengan PI (Kaletra?) untuk 7-14 hari, terus hentikan semuanya (risiko toksisitas akibat PI). "Mulai NVP adalah seperti mengendarai mobil tanpa mengetahui bagaimana mengeremnya" dan 6) (tidak ada waktu untuk pertanyaan 5) Apakah aman pakai NVP waktu hamil? Ya, tetapi... masalah toksisitas bila CD4 di atas 250, dan bila tidak akan diteruskan, bagaimana berhentinya (lihat pertanyaan 4). Akhirnya Prof. Berger mengaku bahwa walau NVP sudah dipakai sepuluh tahun, masih ada pertanyaan yang belum dapat dijawab secara penuh.

Prof. Peter Reiss membahas **risiko kardiovaskular (CVD) terkait HIV**, dan cara menangani. Presentasi cukup rumit, tetapi kesimpulannya mengenai cara mencegah dan menangani risiko tersebut cukup sederhana: Menilai risiko sebelum mulai ART (pakai algoritme); mengenal mereka dengan risiko tinggi terhadap CVD (risiko CAD dalam sepuluh tahun di atas 10-20 persen); menghadapi faktor risiko yang diketahui (mis: merokok); memilih ART secara bijaksana (hindari resistansi insulin dan dislipidemia); coba memulihkan resistansi insulin/dislipidemia bila ada (sulit!); dan coba hindari berhenti ART (terkait dengan CAD seperti ditunjukkan oleh penelitian SMART). Bila risiko rendah terhadap CVD, dapat

diabaikan, dan jarang menjadi masalah pada orang di bawah usia kurang-lebih 50 tahun. Pengaruh pola hidup (terutama merokok) jauh lebih besar daripada ART.

Presentasi berikut oleh Prof. Bernard Hirschel sangat hangat: **Sunat atau tidak?** Dia membahas sejarah sunat: sebagai cara mencegah infeksi saluran kemih pada anak (terbukti sangat efektif); untuk mencegah IMS (terbukti sangat efektif untuk beberapa IMS, baik dari perempuan ke laki-laki dan sebaliknya); dan untuk mencegah HPV dan kanker kelamin (terbukti efektif pada laki-laki dan perempuan, walaupun untuk melindungi penis dari kanker, sunatan harus dilakukan segera setelah lahir, bukan saat pubertas). Sebagai cara untuk mencegah penularan HIV, sekarang ada bukti kuat mengenai efektivitasnya. “Sunat adalah intervensi yang jauh termurah per kasus infeksi HIV yang dicegah.”

Dr. Mark Boyd menyampaikan presentasi mengenai **penggunaan PI di negara terbatas sumber daya**. Tetapi pada dasarnya, presentasi menanyakan apakah takaran yang diusulkan oleh produsen terlalu tinggi, dan sering jawabannya adalah ‘ya!’. Dia membahas hasil uji coba klinis dari beberapa PI, yang secara jelas menunjukkan bahwa takaran yang jauh lebih rendah sama atau lebih efektif, dengan efek samping (dan harga) jauh lebih rendah. Misalnya, uji coba klinis Kaletra menunjukkan bahwa takaran 200/100 lebih efektif untuk menekan replikasi virus dibandingkan takaran baku yang dua kali lipat lebih tinggi (400/100). Lagi pula, uji coba ini dilakukan pada orang kulit putih dengan berat badan rata-rata 82kg, jadi untuk orang Asia, takaran lebih rendah lebih masuk akal lagi. Keadaan yang sama ditemukan untuk atazanavir (hasil dengan takaran 200mg qd serupa dengan hasil dengan 400mg qd yang saat ini baku). Untuk indinavir/r, efektivitas dengan takaran 400/100 bid serupa dengan takaran baku 800/100 bid, dengan efek samping jauh lebih rendah. Keadaan dengan saquinavir juga sama. Jelas dampak penyesuaian takaran ini dapat berdampak besar pada anggaran yang harus disediakan untuk ART. Sayangnya saat ini tidak ada alternatif yang efektif untuk ritonavir sebagai boster; itraconazol dapat dipakai, tetapi lebih mahal daripada ritonavir. Mungkin 50mg ritonavir cukup, tetapi kapsul terkecil adalah 100mg, dan alternatif (sirop) rasanya sangat buruk (“seperti minum muntah”).

Adalah menarik bahwa Simposium ini mengenai pengobatan HIV dimulai dengan presentasi utama yang membahas pencegahan, dan ternyata juga ditutup dengan presentasi mengenai pencegahan, yang menekankan pentingnya kita memadukan P (prevention) dengan CST. Presentasi akhir ini berjudul **“Pencegahan positif untuk orang positif”** disampaikan oleh Prof. John Kaldor dari UNSW.

Prof. Kaldor menggambarkan sejarah dan dasar pemikiran untuk pencegahan untuk Odha, terutama dari sisi dokter. “Ada potensi untuk manfaat buat dokter dan pasien: kepatuhan, viral load lebih rendah, penularan dikurangi, dan perkembangan resistansi dikurangi.” Strategi yang dibahas untuk dokter termasuk: perawatan medis - menahan viral load yang rendah dan kesehatan secara umum; dukungan psikososial dan konseling - menghadapi kebutuhan pribadi, hubungan dan sosial; layanan spesialis lain - kesehatan seksual, penggunaan narkoba/alkohol; dan keterlibatan kelompok sebaya. Walaupun belum ada penelitian yang membuktikan efektivitas, ada cukup banyak bukti anekdotal. Namun bukti yang ada dari negara maju menunjukkan bahwa layanan harus sangat individu dengan sepuluh sesi/20 jam selama tiga bulan, jadi investasi cukup besar. Akhirnya Prof. Kaldor mengulang bahwa asas petunjuk adalah baku: bukti klinis; kesehatan dan hak asasi manusia; dan pertimbangan klinis. Setelah presentasi, Prof. Kaldor ngobrol dengan Caroline dan saya agar dapat usulan dan kritik, karena dia semakin menarik dengan masalah ini, tetapi mengaku bahwa topik ini juga cukup peka dan harus dibahas secara hati-hati.

Komentar

Kesan saya keseluruhan adalah bahwa Simposium tetap baik dan praktis, walau ada beberapa sesi yang terlalu ilmiah/dalam. Sayangnya waktu untuk pertanyaan pada sesi pleno sangat terbatas (biasanya tidak ada waktu), tetapi sebaliknya, pada lokakarya, dengan ada kesempatan untuk interaksi dengan peserta, ternyata hanya sedikit peserta siap buka mulutnya.

Babe, 20 Januari 2007