



EACS 2021. RESUMENES DE ABSTRACTS ORALES.

NOVIEMBRE 2022

Resistance analysis of long-acting lenacapavir in highly treatment-experienced people with HIV after 26 weeks of treatment N. Margot¹ ; L. VanderVeen¹ ; V. Naik¹ ; S. Chang¹ ; P.C. Parvanga¹ ; R. Martin¹ ; H. Dvory-Sobol² ; M. Rhee² ; C. Callebaut¹ 1 Gilead Sciences Inc., Clinical Virology, Foster City, United States; 2 Gilead Sciences Inc., Clinical Research, Foster City, United States

Propósito: Lenacapavir (LEN) es el primer inhibidor de la cápside del VIH-1 en su clase en desarrollo clínico para el tratamiento y prevención de la infección por VIH-1. CAPELLA es un estudio clínico fase 2 que evalúa la LEN subcutánea en combinación con otros antirretrovirales en personas con régimen actual en falla Virologica y multirresistencia. LEN en combinación con un de régimen de fondo optimizado (OBR) consigue supresión virológica del 81% en la semana 26. Se presenta el análisis de resistencia provisional hasta la semana 26.

Método: Se realizó análisis genotípico y fenotípico del VIH-1 para RT, proteasa e integrasa (Monogram) en el cribado para evaluar la resistencia inicial. Para su ingreso al estudio se requirió resistencia a ≥ 2 agentes en ≥ 3 de las 4 principales clases de fármacos para la inscripción al estudio. Análisis genotípicos y fenotípicos de la cápside basal y análisis fenotípicos del inhibidor de la entrada (Monograma) también se realizaron. Se realizaron análisis genotípicos y fenotípicos en caso de falla virológica (FV: rebote virológico confirmado ≥ 50 copias / ml o < 1 log₁₀ disminución desde la línea de base en la semana 4).

Resultados: 72 participantes se inscribieron en dos cohortes (36 aleatorizados y 36 no aleatorizados). Análisis basal mostró un alto grado de resistencia en estos participantes: Resistencia a NRTI (99%), NNRTI (94%), PI (83%) e INSTI (67%); Se observó resistencia de 4 clases en el 46% de los participantes. Se encontró resistencia a los inhibidores de entrada en el 67% de participantes. Se realizaron análisis posteriores a los basales para 11 participantes con FV de los 36 participantes de la cohorte aleatorizada: 7 participantes no presentaron cambios en la cápside; 4 tenían una mutación emergente asociada a LEN M66I, 2 sin agente completamente activo en su OBR, y 2 que resuprimieron después del rebote, sin resistencia emergente a agentes del esquema optimizado se observaron.

Conclusiones: Se demostró en los participantes de CAPELLA amplia resistencia a los medicamentos del VIH-1. La aparición de mutaciones de la cápside asociadas a LEN fue poco frecuente, ocurriendo en 4 participantes con perfiles virológicos que sugieren que LEN era el único ARV activo en el momento de la FV. Estos datos indican que la LEN podría desempeñar un papel importante en el control de la replicación del VIH-1 en personas con opciones de tratamiento limitado.

Archived mutation M184V does not increase virologic failure during maintenance therapy with dolutegravir + lamivudine in the French DAT/AIDS cohort L. Hocqueloux (1); C. Allavena (2); S. Sécher (2); A. Makinson (3); D. Rey (4); T. Huleux (5); R. Palich (6); F. Bani-Sadr (7); L. Cotte (8); A. Cabié (9); for the DAT/AIDS Study Group 1. CHR d'Orléans, Orléans, France; 2. CHU de Nantes, Nantes, France; 3. CHU de Montpellier, Montpellier, France; 4. CHU de Strasbourg, Strasbourg, France; 5. CH de Tourcoing, Tourcoing, France; 6. CHU Pitié-Salpêtrière, Paris,

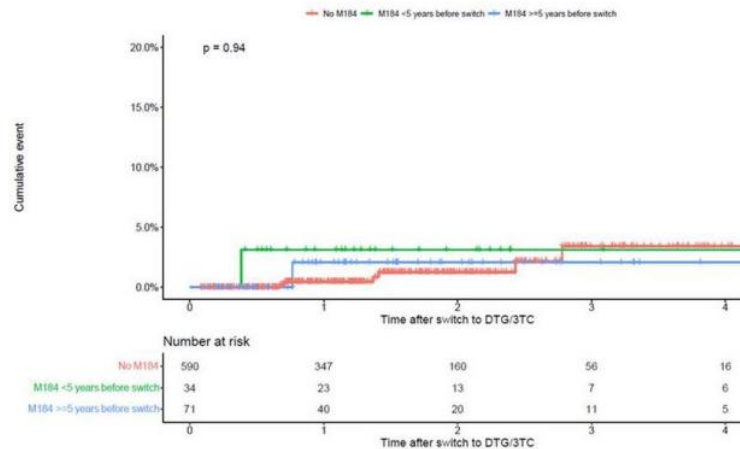
France; 7. CHU de Reims, Reims, France; 8. CHU de Lyon, Lyon, France; 9. CHU de la Martinique, Martinique, France.

Propósito: El impacto de la mutación M184V archivada en el fracaso virológico (FV) durante la terapia de mantenimiento con dolutegravir + lamivudina (DTG/3TC) sigue siendo controvertido. El objetivo de este estudio fue evaluar el riesgo de FV en una gran cohorte de personas con supresión virológica que viven con VIH (PLWH) con o sin pasado de presencia de mutación M184V o comutaciones a DTG/3TC.

Método: Este estudio multicéntrico, retrospectivo de la cohorte francesa Dat'AIDS incluyó PLWH con plasma ARN-VIH (pVL) <50 cp/mL que cambiaron a DTG/3TC con al menos un VIH-ARN y/o VIH-ADN previo genotipo antes del cambio. El tiempo sin FV (es decir, Carga Viral > 50 cp/mL confirmado o 1 Carga Viral única > 200 cp/mL) fue calculado según la presencia de M184V archivado. Se Realizo un análisis estratificado de sensibilidad del riesgo según el tiempo entre la último M184V y el cambio a DTG/3TC, también se evaluó la resistencia genotípica en FV.

Resultados: Se analizaron 695 PLWH: 72% eran varones, la edad media era de 53 años; duraciones de la supresión virológica y de la terapia antirretroviral fueron 7 (4-11) años y 11 (6-19) años, respectivamente. M184V archivada estaba presente en 105 (15%) individuos, con una última detección de M184V 10 (3-14) años antes del cambio DTG / 3TC. Después de una mediana de seguimiento de 1,2 (0,7-2,1) años, se produjo FV en 9 (1,3%) individuos que condujeron a una interrupción de DTG / 3TC en 5/9 (56%). No hubo diferencia significativa en la probabilidad de FV. Se encontró en PLWH con o sin M184V archivado (Log rank, P = 0,81), y en aquellos con la mutación, según al tiempo de detección antes del cambio (P = 0,94) (Figura 1). En FV, la prueba de resistencia genotípica estuvo disponible para 4/9 individuos: M184V no se observó en ningún paciente.

Figure 1. Survival time (in years) without virologic failure, according to the absence / presence of archived M184V mutation (stratified by time of last occurring)



Conclusiones: En este estudio vida real, el M184V archivado no aumenta el riesgo de FV en personas con supresión virológica PLWH cambiando a DTG / 3TC, incluso en aquellos con un reciente (<5 años) detección de mutación. En general, la FV fue rara y no se encontró M184V en los genotipos disponibles.

Outcomes for participants during long-term follow-up after discontinuation of cabotegravir + rilpivirine long-acting in the phase III/IIIb clinical trials P. Teichner (1); P. Patel (1); S. Cenoz Gomis (2); J.W Polli (19); J. Roberts (3); V. Barnett (4); E. Birmingham (59); R. D'Amico (1); B. Baugh (6); M. Bosse1 (1). 1. ViiV Healthcare, Research Triangle Park, United States; 2. ViiV Healthcare, Madrid, Spain; 3. GlaxoSmithKline, Mississauga, Canada; 4.

GlaxoSmithKline, Research Triangle Park, United States; 5. Janssen Research and Development, Raritan, United States; 6. Janssen Research and Development, Titusville, United States.

Propósito: Cabotegravir (CAB) + rilpivirina (RPV) es el primer régimen completo de acción prolongada (LA) aprobado y recomendado por las guías de tratamiento para el mantenimiento de la supresión virológica en personas que viven con el VIH-1. A la fecha, hay datos disponibles limitados para aquellos que descontinuaron CAB + RPV LA y reanudaron los antirretrovirales orales diarios (ARV). A continuación, describimos los resultados de los participantes que descontinuado CAB + RPV LA durante la Fase III / III b programa y entró en seguimiento a largo plazo de 12 meses (12M) (LTFU).

Método: Todos los participantes expuestos a CAB + RPV LA y descontinuados de ATLAS, FLAIR o ATLAS-2M fueron incluidos. Datos demográficos, motivo(s) para descontinuar terapia LA y eficacia / seguridad de la terapia ARV posterior son evaluados.

Resultados: Se asignaron al azar 1723 participantes únicos en los estudios de fase III / IIIb, con 150 participantes (n = 138 de mantenimiento y extensión n= 12 meses después cambiar en la fase de extensión) descontinuar CAB + RPV LA y entrar a LTFU. La mediana de edad en el grupo LTFU tenía 38 años, el 70% eran blancos y el 30% mujeres (Tabla 1). La mediana de duración del tratamiento con CAB + RPV LA antes de la interrupción fue de 36,7 semanas (0,9-144 semanas). Razones para entrar en LTFU incluyó EA, retiro de participantes y falta de eficacia (tabla 2). Los participantes cambiaron principalmente a los regímenes que contienen INSTI- (58%) o bPI- (21%); 82% de los cambios ocurrieron dentro de las 4-8 semanas de la continuación de la interrupción de LA CAB + RPV. De 150 que ingresaron a LTFU, 92 completaron M12, 4 se retiraron y 54 están en curso. En M12, 97% (84/87) con datos de carga viral mantenidos ARN del VIH-1 <50 copias /ml. Trece (9%) participantes informaron EA relacionados con el fármaco mientras tomaba ARV orales, sin interrupciones relacionadas con AE.

Table 1. Summary of BL Characteristics for Participants Entering Long-term Follow-up

Parameter	Result (n=150)
Age (years; median and range)	38 (19–65)
Gender (F)	30%
Race:	
White	70%
Black/African American	19%
Ethnicity, Hispanic	11%
Weight (median, kg)	75.5
BMI (median, kg/m ²)	24.0
Prior duration of CAB+RPV LA (weeks), median (range)	36.7 (0.9–144)
Time to start oral ARV (weeks), median (range)	4.1 (1.0–28.4)

Table 2. Summary of Reasons for Discontinuation for Participants Entering Long-term Follow-up

Reason for discontinuation (maintenance and extension phases)	Results (n=150)*
Adverse event	60 (40.0%)
Participant withdrawal	35 (23.3%)
Lack of efficacy	27 (18.0%)
Physician decision	10 (6.7%)
Protocol deviation	10 (6.7%)
Protocol-specific withdrawal criterion met	3 (2.0%)
Missing	5 (3.3%)

*4 of these participants discontinued in the LTFU phase (2 lost to follow-up and 2 withdrawal by participant).

Conclusiones: hasta las 144 semanas, aproximadamente el 9% de los participantes del estudio en los ensayos de Fase III / IIIb interrumpieron CAB + RPV LA y entraron en LTFU con la mayoría reanudar un régimen oral basado en INSTI o bPI. Altos índices de supresión se mantuvieron con ARV subsiguientes, sin preocupaciones de eficacia o seguridad en los participantes que se ajustaron a ARV orales, independientemente del motivo del cambio.

OS1/4 | Integrase inhibitor drug resistance in clinical practice in the United Kingdom K. El Bouzidi^{1,2}; A. Tostevin (1); A. Pozniak (3); D. Asboe (3); D. Churchill (4); A. Phillips (1); C. Orkin (5); A. Winston (6); C.A. Sabin (1,7); D.T. Dunn (1); on behalf of the UK CHIC Study and UK HIV Drug Resistance Database 1.- Institute for Global Health, University College London, London, United Kingdom; 2.- Division of Infection & Immunity, University College London, London, United Kingdom; 3.- Chelsea and Westminster Hospital NHS Foundation Trust, London, United Kingdom; 4.- Brighton and Sussex University Hospitals NHS Trust, Brighton, United Kingdom; 5.- Barts Health NHS Trust, London, United Kingdom; 6.- Department of Infectious Disease, Imperial College London, London, United Kingdom; 7.- National Institute for Health Research (NIHR) Health Protection Research Unit in Blood Borne and Sexually Transmitted Infections at University College London, London, United Kingdom

Propósito: Los inhibidores de la transferencia de la cadena de integrasa (INSTI) son ahora los medicamentos más ampliamente para tratar el VIH. Es necesario comprender los patrones de resistencia asociados con las enfermedades virológicas y falla en los regímenes que contienen INSTI.

Método: datos clínicos y de secuencia del VIH-1 del Reino Unido es un estudio colaborativo de cohortes de VIH (CHIC) y VIH en el Reino Unido. La base de datos de resistencia a los medicamentos se vinculó para investigar las mutaciones asociadas con la resistencia a la integrasa de IAS USA 2017 durante la terapia antirretroviral que contiene INSTI. Los resultados fueron estratificado por agentes INSTI actuales y anteriores.

Resultados: 15.597 participantes de CHIC del Reino Unido habían recibido una INSTI hasta el 31/12/17. Se realizó una prueba de resistencia a la integrasa cuando se demostró fracaso al tratamiento para 933 participantes: 71,7% hombres, mediana de edad 41 (rango intercuartílico [IQR]) 33-48), mediana del recuento de CD4 basal 292 células / mm³ (IQR 112-483), 52,9% subtipo B y 27,8% sin tratamiento previo al tratamiento inicial de la terapia con INSTI. Los INSTI prescritos en el momento de las pruebas de resistencia fueron raltegravir en 679 (72,8%), elvitegravir/c en 56 (6,0%) y dolutegravir en 198 (21,2%). Cuando se utilizaron raltegravir y elvitegravir/c como el primer INSTI alrededor del 15% desarrolló una resistencia importante a la integrasa durante la falla virológica, en comparación con el 0% para el dolutegravir (Tabla 1). En general, se detectaron mutaciones importantes de resistencia a la integrasa durante la falla del INSTI en 123 (13,2%) participantes, principalmente después de raltegravir o elvitegravir uso, incluido N155H (n = 78), Q148H / K / R (n = 24), Y143C / H / R (n = 13), E92Q (n = 7), T66I (n = 3), F121Y (n = 3), R263K (n = 3) y G140R (n = 1). Las mutaciones menores a INSTI estaban presentes en 88 (9,4%) participantes: T97A (n = 51), L74M (n = 17), E138A / K (n = 14), G140A / S (n = 13), T66A / K (n = 5) y E92G (n = 1).

TABLE 1 Prevalence of major integrase resistance by INSTI agent and previous INSTI experience

INSTI agent at the time of the resistance test	Participants with major IAS-USA integrase mutations, n (%)		
	No previous INSTI exposure	Previous INSTI exposure	All
Raltegravir	105/679 (15.5%)	-	105/679 (15.5%)
Elvitegravir	6/39 (15.4%)	1/17 (5.9%)	7/56 (12.5%)
Dolutegravir	0/109 (0.0%)	11/89 (12.4%)	11/198 (5.6%)
All	111/827 (13.4%)	12/106 (11.3%)	123/933 (13.2%)

Conclusiones: La aparición de una gran resistencia a la integrasa fue bastante común en la era del uso de INSTI principalmente de primera generación. Sin embargo, el fracaso de dolutegravir entre las personas que previamente no habían recibido el INSTI se asoció con un bajo riesgo de resistencia a los medicamentos. Esto puede reflejar cambios en las poblaciones de pacientes expuestas a INSTI durante el tiempo, así como la barrera genética más alta a la resistencia producida por dolutegravir.

S1/5 | Efficacy and safety of islatravir in combination with doravirine through 144 weeks for treatment-naïve adults with HIV-1 infection in a phase 2b trial J.-M. Molina¹ ; Y. Yazdanpanah² ; A. Afani Saud³ ; C. Bettacchi⁴ ; C. Chahin Anania⁵ ; S. Olsen Klopfer⁶ ; A. Grandhi⁶ ; K. Eves⁶ ; D. Hepler⁶ ; R. Lahoulou⁷ ; T. Correll⁶ ¹ University of Paris, Hôpital Saint-Louis, Paris, France; ² Bichat Hospital, Paris, France; ³ University of Chile, Santiago, Chile; ⁴ North Texas Infectious Diseases Consultants, Dallas, United States; ⁵ Hospital Hernán Henríquez Aravena of Temuco, Temuco, Chile; ⁶ Merck & Co., Inc., Kenilworth, United States; ⁷ MSD France, Puteaux, France.

Propósito: Islatravir (ISL) es un inhibidor de la translocación y de la translocación inversa de nucleósidos (NRTTI) en desarrollo para el tratamiento y la prevención del VIH-1. La doravirina (DOR) es un Inhibidor de la transcriptasa inversa no nucleósido de nueva generación (NNRTI) aprobada para el tratamiento del VIH-1. Un ensayo de fase 2b en curso (NCT03272347) demostró ISL + DOR es eficaz en el mantenimiento de la supresión viral a través de Semana 96. Los resultados hasta la semana 144 se presentan en este documento.

Método: En este estudio ensayo clínico aleatorio, doble ciego, de rango de dosis, los participantes recibieron inicialmente ISL (0,25, 0,75 o 2,25 mg) con DOR (100 mg) y lamivudina (3TC, 300 mg) o una combinación de dosis fija de DOR, 3TC y tenofovir disoproxil fumarato (DOR / 3TC / TDF) al día. (parte 1). A partir de en la semana 24, los participantes en los grupos de ISL discontinuaron 3TC después de lograr un ARN del VIH-1 <50 copias / ml y continuar con la dosis de ISL asignada (aún ciega) con DOR para ≥24 semanas (Parte 2). Participantes que reciben ISL + DOR luego pasó a la dosis seleccionada (0,75 mg, etiqueta abierta) y continuó hasta la Semana 144 (Parte 3). Los participantes del grupo de control recibieron DOR / 3TC / TDF de etiqueta abierta de la semana 24 hasta la semana 144.

Resultados: 121 participantes recibieron tratamiento y fueron incluidos en los análisis. En la semana 144, el 72,2% (65/90) de los participantes que recibieron ISL + DOR mantuvieron el ARN del VIH-1 <50 copias / ml en comparación con el 77,4% (24/31) de los participantes que recibieron DOR / 3TC / TDF (FDA Snapshot; Tabla 1). En el grupo de ISL 0,75 mg + DOR (dosis de fase 3), 83,3% (25/30) de los participantes tenían ARN del VIH-1 <50 copias / mL en la semana 144. No hay desenlaces virológicos adicionales definidos por el protocolo, las fallas ocurrieron después de la semana 72, y ningún participante reunió criterios para las realizaciones de pruebas de resistencia hasta la semana 144. Un mayor porcentaje de participantes informó de eventos adversos (EA) relacionados con el fármaco para DOR / 3TC / TDF (22,6%) en comparación con los participantes con ISL + DOR (7,8%) (Tabla 2). No se informaron nuevos EA relacionados con el fármaco después de la semana 48 en los grupos ISL + DOR.

Conclusiones: Las mejoras en la cascada de atención del VIH (recuentos más altos de células CD4 y ARN viral más bajo) y la disminución del tabaquismo pueden haber mediado la disminución sustancial en la incidencia de BPN.

TABLE 2 AE Summary, Weeks 0-144

	ISL 0.25 mg + DOR QD	ISL 0.75 mg + DOR QD	ISL 2.25 mg + DOR QD	Combined DOR/ ISL Groups	DOR/3TC/ TDF QD
Number (%) of participants	n = 29	n = 30	n = 31	n = 90	n = 31
Any AE	26 (89.7)	27 (90.0)	24 (77.4)	77 (85.6)	27 (87.1)
Drug-related AE	0	3 (10.0)	4 (12.9)	7 (7.8)	7 (22.6)
Serious AE	2 (6.9)	6 (20.0)	2 (6.5)	10 (11.1)	4 (12.9)
Discontinued due to AE	1 (3.4)	0	2 (6.5)	3 (3.3)	1 (3.2)

3TC, lamivudine; AE, adverse event; DOR, doravirine; ISL, islatravir; QD, once daily; TDF, tenofovir disoproxil fumarate.

Conclusiones: ISL + DOR demostró eficacia en mantener la supresión viral hasta la semana 144 y fue generalmente bien tolerado sin interrupción del tratamiento relacionado con EA después de la semana 48. El DOR / ISL (100 mg / 0,75 mg) en un único comprimido actualmente está siendo evaluado en ensayos de fase 3.

Propósito: La neumonía bacteriana (BPN) es una de las principales razones de hospitalización entre las personas que viven con VIH (PVVIH), sin embargo, hay evidencia limitada con respecto a sus impulsores en la era de la terapia antirretroviral potente.

Método: Evaluamos los factores de riesgo asociados a BPN en PVVIH inscritas en la Swiss HIV Cohort Study (SHCS) utilizando modelos marginales univariados y multivariados. Nosotros consideramos PVVIH con seguimiento en el SHCS durante dos períodos de tiempo: 2008-2018 (T1) y 2015-2018 (T2), se tomó en cuenta la información sobre la medicación que estaba disponible solo para T2. Además, evaluamos la relación entre los factores de riesgo y cambios en la incidencia de BPN usando análisis de mediación múltiple.

Resultados: Se incluyeron 12927 PVVIH con seguimientos entre 2008 y 2018. Estos pacientes tenían 985 BPN eventos durante un seguimiento de 100779 personas-año (py). La tasa de incidencia de BPN disminuyó significativamente de 13,2 casos / 1000 años en 2008 a 6,8 casos / 1000 años en 2018. Edad avanzada, menor nivel educativo, uso de drogas intravenosas, tabaquismo, menor recuento de células CD4, mayor ARN viral del VIH, y los episodios previos de neumonía se asociaron significativamente con una mayor incidencia de BPN. Además, para T2, inhibidores de la bomba de protones (IBP) y vía aérea obstructiva las enfermedades se asociaron significativamente con BPN (figura 1). En particular, incluso los recuentos de células CD4 de 350 a 499 fueron significativamente asociados con un mayor riesgo en comparación con CD4 ≥500 (HR ajustada, 1,39; IC del 95%, 1,01-1,89). Finalmente, se encontró que la disminución de la incidencia de neumonía bacteriana en la última década, puede explicarse por una proporción decreciente de pacientes con CD4 <500, ARN viral > 200 y tabaquismo > un cigarrillo / día (figura 2).

Conclusiones: La mejora en la cascada de tratamiento de VIH/SIDA (altos CD4 y Baja Carga Viral) y la disminución del tabaquismo puede haber ocasionado un decremento en la incidencia de Neumonía bacteriana en la población con VIH.

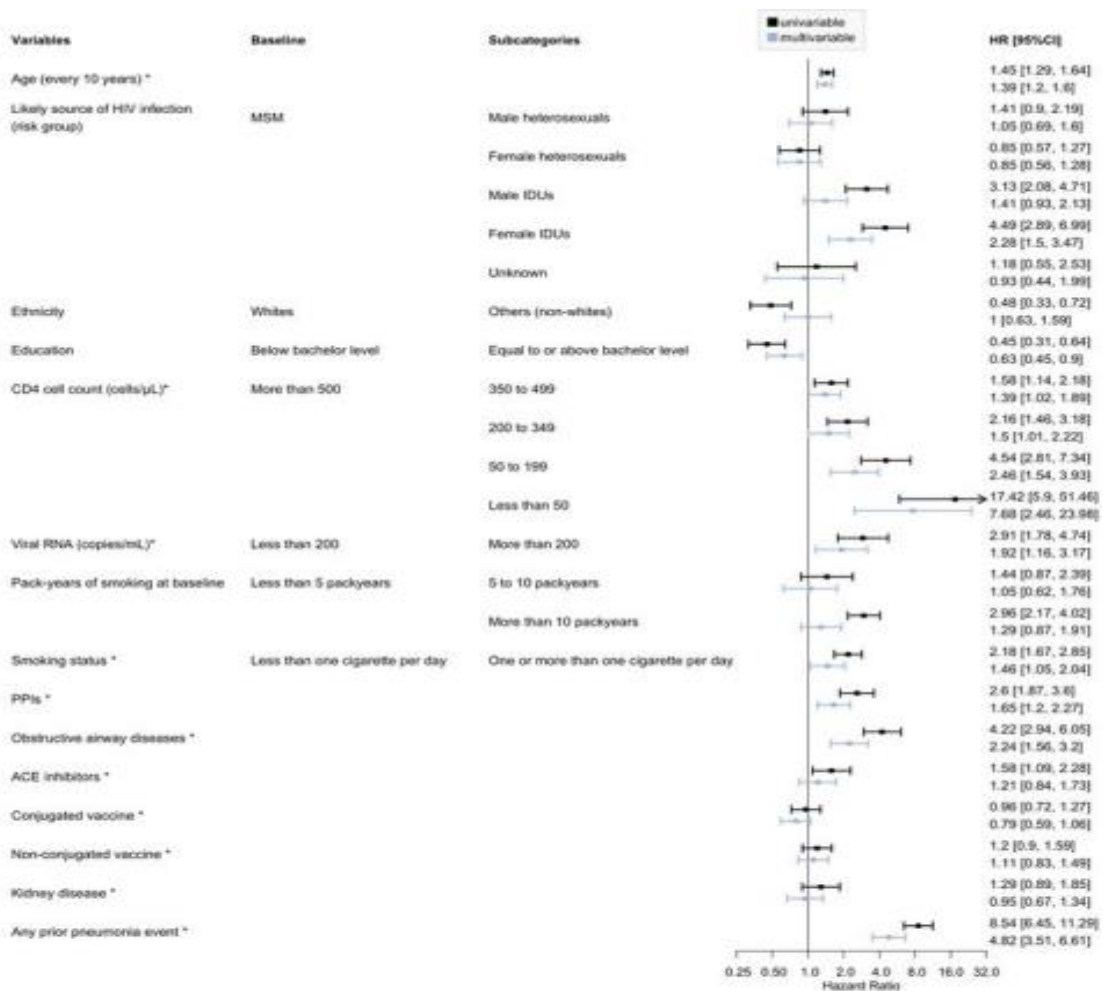


Figure 1: Factors associated with the incidence of bacterial pneumonia for time-period T2. *Time updated variables.

OS2/4 | Natural history of HPV-associated anal lesions in men who have sex with men living with HIV A.C. Silva-Klug (1); M. Saumoy (1); S. Paytubi (2); L. Trenti (3); L. Alemany (2); I. Català (4); N. Baixeras (4); M. Sánchez (1); G. Fernández (1); D. Podzamczar (1); ELAVI Study group 1.- Bellvitge University Hospital, HIV and STD Unit, Infectious Disease Service, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), Spain; 2.- Catalan Institute of Oncology (ICO), Laboratory of Cancer Epidemiological Research Program (PREC), L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), Spain; 3.- Bellvitge University Hospital, Gastroenterology Surgery Service, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), Spain; 4.- Bellvitge University Hospital, Pathological Anatomy Service, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), Spain.

Objetivo: Determinar la incidencia, la eliminación, la persistencia y los predictores Lesiones Intraepiteliales escamosas anales de alto grado (HSIL) en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) que viven con VIH.

Método: HSH que viven con el VIH de la cohorte ELAVI-67 (NCT03357991) se sometieron a citología anal y anoscopia de alta resolución con biopsia de áreas sospechosas de displasia cada 6 (si HSIL) o 12 meses. Compuesto citológico +/- Se utilizó como resultado histológico. **Definiciones: incidente HSIL (iHSIL):** HSIL nuevo diagnóstico después de la visita basal sin HSIL o eliminación de HSIL (cHSIL); cHSIL: sin HSIL en 2 visitas consecutivas después del diagnóstico de HSIL; HSIL persistente (pHSIL): HSIL no aclarado después de ≥ 2 años de seguimiento (FU). **Biomarcadores de referencia:**

Detección de ADN del VPH realizada por Linear Array (LA) (37 genotipos de VPH) y Hybrid Capture®2 (HC2) (13 genotipos de VPH de alto riesgo (VPH-AR)) y prueba de ARNm de E6/7 con Aptima® (14 genotipos de VPH-AR).

Resultados: 354 participantes con una mediana de FU de 33,7 meses (rango intercuartílico: 25-42,3), edad media 45,2, CD4 medio 801 células/mm³, 96,4 % de carga viral de ARN del VIH-1 indetectable (VL). Al inicio del estudio, 90/354 (25,4 %) tenían HSIL, 1 progresó a carcinoma de células escamosas superficialmente invasivo dentro el primer año. 289/354 tenían ≥ 2 años de FU; 217/289 (75,1%) no tenía HSIL al inicio, progresando 62 a iHSIL (28.6%, 11 por 100 personas-año (PY)). De 103 participantes con HSIL y ≥ 2 años FU, 49 tenían cHSIL (47,6%, 18 por 100 PY) y 54 pHSIL (52,4 %, 19 por 100 PY). CV de ARN del VIH-1 y varios biomarcadores de VPH se asociaron con iHSIL (Tabla 1), mientras que solo el VPH detectado por la prueba HC2 HPV-DNA se asoció con pHSIL (Tabla 2).

Table 1

Participants with no HSIL at baseline and ≥ 2 years FU	iHSIL (n = 62)	Persistent no HSIL (n = 155)	P-value
Current CD4 T-cell count (cells/μL mean)	737 (547–959)	783 (612–995)	0.25
Undetectable HIV-RNA VL (% , n)	77.42% (48)	91.61% (142)	0.006
LA HPV-DNA-test for all 37 HPV genotypes	90.32% (56)	85.16% (132)	0.235
LA HPV-DNA-test for the 14 HR-HPV genotypes included in E6/7-mRNA-test	75.81% (47)	58.71% (91)	0.027
LA HPV-DNA-test for HPV-16	24.19% (15)	10.97% (17)	0.02
E6/7-mRNA-test (HPV-16/-18/-33/-35/-39/-45/-51/-52/-56/-58/-59/-66/-68)	59.68% (37)	30.32% (47)	<0.001
E6/7-mRNA-test 16	17.74% (11)	4.52% (7)	0.004
E6/7-mRNA-test 16 and/or 18/45	24.19% (15)	7.1% (11)	0.001
HC2 HPV-DNA- test	48.39% (30)	23.87% (37)	0.001

Table 2

Participants with HSIL and ≥ 2 years FU	cHSIL (n = 49)	pHSIL (n = 54)	p-value
Current CD4 T-cell count (cells/μL mean)	776 (558–970)	716 (518–914)	0.338
Undetectable HIV-RNA VL (% , n)	87.76% (43)	77.78% (42)	0.205
LA HPV-DNA-test for all 37 HPV genotypes	89.8% (44)	94.44% (51)	1
LA HPV-DNA-test for the 14 HR-HPV genotypes included in E6/7-mRNA-test	85.71% (42)	90.74% (49)	0.543
LA HPV-DNA-test for HPV-16	32.65% (16)	46.3% (25)	0.226
E6/7-mRNA-test (HPV-16/-18/-33/-35/-39/-45/-51/-52/-56/-58/-59/-66/-68)	67.35% (33)	77.78% (42)	0.334
E6/7-mRNA-test 16	30.61% (15)	35.19% (19)	0.777
E6/7-mRNA-test 16 and/or 18/45	32.65% (16)	38.89% (21)	0.65
HC2 HPV-DNA- test	51.02% (25)	75.93% (41)	0.015

Conclusiones: En nuestra experiencia, progresión a iHSIL ocurre en 11 por 100 PY y está asociado con el ARN del VIH-1 VL y biomarcadores de HPV, particularmente E6/7-mRNA-test, un biomarcador interesante para la detección de HSIL. Casi la mitad de HSIL eliminado durante FU, por lo tanto, encontrar biomarcadores asociado con cHSIL ayudaría a seleccionar esos HSIL que requieren tratamiento.

OS4/1 | **The impact of the COVID-19 pandemic on HIV diagnosis and testing: experiences in the UK's first fast-track HIV cityR. Wenlock¹ ; C. Shillingford¹ ; J. Mear¹ ; D. Churchill¹ ; J. Vera¹ ; G. Dean¹ 1 University Hospitals Sussex NHS Foundation Trust, Brighton, United Kingdom.**

Propósito: La pandemia de COVID-19 obligó a los sistemas de asistencia sanitaria volver a priorizar los servicios y redistribuir al personal para hacer frente con presiones sin precedentes. Mientras que los Servicios de Salud Sexual (SHS) permanecieron abiertos con personal estatico, la tasa de pruebas disminuyo sustancialmente. Describimos los patrones de prueba del VIH en todos los servicios en Brighton & Hove, una ciudad con una alta prevalencia del VIH.

Método: Se incluyeron todas las pruebas realizadas en Brighton and Hove entre 2016 y 2020. Las pruebas de VIH se categorizaron como "clínicas" (venopunción convencional) o "autoprueba" (0,4–0,6 ml de automuestra (pinchazo en el dedo) enviada al laboratorio).

Resultados: en comparación con 2019, Brighton and Hove vio un 16% disminución en el número de pacientes testeados para el VIH y 38% menos diagnósticos en 2020. En 2020, el número de pacientes con pruebas 'clínicas' en SHS y Medicina General (GP) disminuyó (-50% y -45%) en comparación con 2019 con informes de servicios de atención secundaria un aumento del 5% (Figura 1). El número necesario de pruebas para diagnosticar un caso fue similar al de años anteriores para 'clínica pruebas realizadas en SHS y por su médico de cabecera (Tabla 1). Las autopruebas (introducidas en 2020), representaron casi un tercio (31%) de todos los pacientes evaluados por SHS y en ocasiones fue el método de prueba más común (Figura 2). Sin embargo, el número necesario para probar para diagnosticar un caso era mucho mayor para 'auto-pruebas' vs 'clínicas' (1376 vs 567, Tabla 1). Los pacientes que usaron "autopruebas" en 2020 fueron significativamente menos probable que hayan sido testeados previamente en comparación con los tienen pruebas "clínicas".

TABLE 1 A comparison of the number of patients tested number of new HIV diagnoses and the number of patients tested per new diagnosis between different settings (Sexual Health, Secondary Care and GP) and previous years

Setting	Tests			Diagnoses			Tests per new diagnosis	
	No. of patients tested (4-year mean)	No. of patients tested (2020)	% Change	No. of diagnoses (4-year mean)	No. of diagnoses (2020)	% Change	Mean (2018 and 2019)	2020
Sexual Health (Total)	12950	9010	-30%	20*	13	-35%	638	693
Sexual Health (Clinic)	12456	6253	-50%	20	11	-45%	638	567
Sexual Health (Self)	-	2757	N/A	N/A	2	N/A	N/A	1378
Secondary	11088	11634	+5%	12	7	-58%	1066	1662
GP	2257	1242	-45%	5	2	-60%	458	621

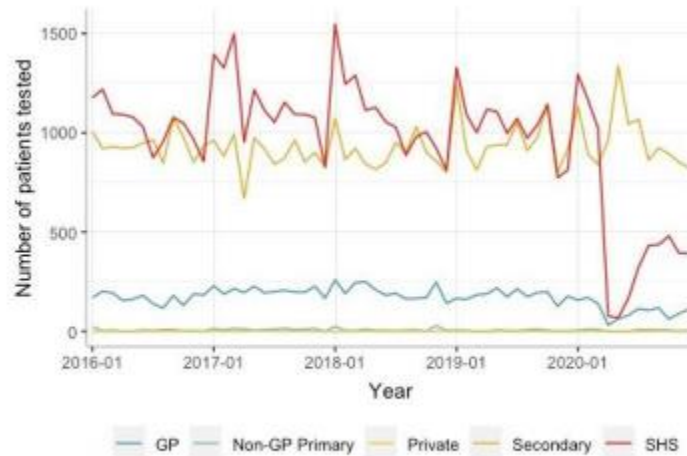


Figure 1

Conclusiones: El año 2020 vio una disminución en el número de pacientes sometidos a pruebas de VIH en SHS y médicos de cabecera. En un área de alta prevalencia como Brighton y Hove, es probable que esto refleja una disminución de la tasa de detección, así como una disminución de la prevalencia. Aunque una adición importante a las pruebas elecciones, las "autopruebas" no compensaron el déficit en pruebas de "clínica" y fueron utilizados por una población de menor riesgo

Chemsex practice in men who have sex with men: reduction or relapse during COVID-19 lock-down? Results of the CheRRLock study T. L'Yavanc (1,2); D. Gosset (1,3); M. Plathey (1); T. Jedrzejewski (1); P. Gzalet (1); S. Lasry (1,3); N. Pierre (1); A. Kachal (1); M. Frémondère (1); M. Ohayon (1,3); R. Palich (1,4) 1. "Le 190" Sexual Health Center, Paris, France; 2. Jean Jaurès hospital, Paris, France; 3. Infectious Diseases Department, Tenon Hospital, AP-HP, Paris, France; 4. Sorbonne University, Infectious Diseases department, Pitié-Salpêtrière hospital, AP-HP, Pierre Louis Epidemiology and Public Health institute (iPLESP), INSERM 1136, Paris, France.

Propósito: la práctica de Chemsex es una preocupación creciente en los hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Por el COVID-19 y los confinamientos se tuvieron consecuencias en las interacciones sociales y sexuales. El objetivo fue evaluar los cambios en la práctica del chemsex. durante el segundo confinamiento francés en HSH, y para determinar los factores asociados con el mantenimiento o aumento uso de chemsex

Método: Se realizaron cuestionarios cara a cara repetidos en el Centro de Salud Sexual "Le 190", París, Francia, en para explorar estilos de vida, prácticas sexuales y de chemsex, preocupaciones de COVID-19 y salud mental antes y durante el segundo confinamiento francés (30/10/2020–15/12/2021). Los participantes debían haber practicado chemsex al menos 3 veces. en toda su vida y al menos 1 vez en los 3 meses anteriores aislamiento. El criterio de valoración principal fue la proporción de participantes que declararon haber dejado, disminuido, mantenido o aumentado su consumo de chemsex durante el confinamiento. Se utilizaron regresiones logísticas univariadas y multivariadas para analizar los factores asociados con el mantenimiento o aumento práctica de chemsex.

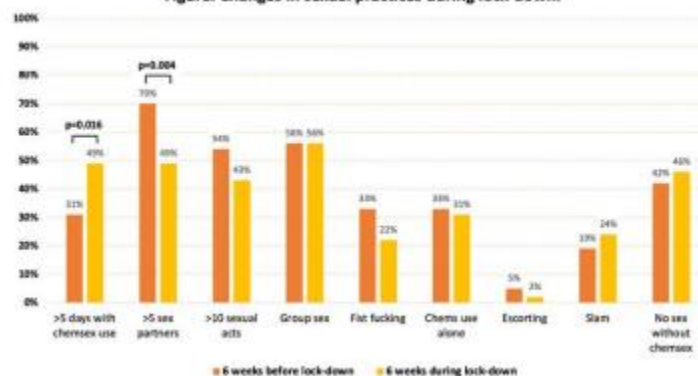
Resultados

Los 93 participantes incluyeron 61 (66%) HSH seropositivos y 28 (30%) HSH VIH negativos en PrEP, con una mediana edad de 38 años (RIC 33-48) [Tabla]. Drogas mayoritariamente utilizadas durante chemsex fueron catinonas, incluido 3-MMC (91 %), GHB/GBL (52%), cocaína (12%) y metanfetamina (11%). Los participantes informaron que detuvieron, disminuyeron, mantuvieron y aumentaron su consumo de drogas durante el confinamiento en 14%, 22%, 22% y 42% de los casos, respectivamente. A pesar de esto aumento general en la práctica de chemsex, corroborado por el aumento en el número de días de uso, habían reducido su número de parejas sexuales [Figura]. Factores significativamente asociados con el mantenimiento o aumento del consumo de drogas fueron: sentirse solo (OR = 3,24), desear (OR = 4,51) y trabajar durante el confinamiento (OR = 3,27), en contraste con el miedo de COVID-19 (OR = 0,31).

Table. Patients' characteristics during lockdown.

Men who have sex with men, n(%)	
- HIV-positive	61 (66)
- HIV-negative on PrEP	28 (30)
- HIV-negative without PrEP	4 (4.3)
Birth country, n(%)	
- France	81 (87)
- Abroad	12 (13)
Age, years, median (IQR)	38 (33-48)
Stable relationship, n(%)	30 (33)
Place of residence, n(%)	
- Paris	62 (67)
- Outside Paris	31 (33)
Surface of residence, m ² , median (IQR)	
Outdoor spaces, n(%)	48 (52)
Number of individuals in household, n(%)	
- 1	54 (58)
- ≥2	39 (42)
Occupation, n(%)	73 (79)
Kind of occupation, n(%)	
- On-site, with or without remote work	42 (45)
- Remote work exclusively	25 (27)
Income, n(%)	
- <1000 euros/months	9 (10)
- 1000-1899 euros/month	30 (33)
- ≥1900 euros/month	52 (57)
Fear of COVID-19, n(%)	17 (19)
Feeling of isolation, n(%)	56 (64)
Craving, n(%)	68 (77)
Solicitation by partners with chems, n(%)	70 (80)
Chems stock at home, n(%)	41 (48)
PHQ-4* score, from 0 to 12, median (IQR)	3 (2-6)

NOTES. *Patient Health Questionnaire-4.

Figure. Changes in sexual practices during lock-down.

Conclusiones: Las medidas de restricción conducen a cambios en comportamiento sexual y parecen aumentar la práctica de chemsex. El mantenimiento de la atención a los pacientes más aislados debe ser una prioridad en el contexto del COVID-19

OS4/3 | Immunogenicity of mRNA vaccination against SARS-CoV-2 in persons living with HIV (PLWHs) with low CD4 count or previous AIDS A. Antinori (1); S. Cicalini (1); S. Meschi (2); V. Bordoni (3); P. Lorenzini (1); A. Vergori (1); S. Lanini (1); L. De Pascale (1); G. Matusali (2); D. Mariotti (3); C. Cerini (1); C. Candela1 ; P. Galli4 ; V. Puro5 ; C. Castilletti2 ; C. Agrati3 ; E. Girardi6 ; F. Vaia4 1 National Institute for Infectious Diseases Lazzaro Spallanzani, IRCCS, HIV/AIDS Unit, Rome, Italy; 2 National Institute for Infectious Diseases Lazzaro Spallanzani, IRCCS, Laboratory of Virology, Rome, Italy; 3 National Institute for Infectious Diseases Lazzaro Spallanzani, IRCCS, Laboratory of Cellular Immunology and Clinical Pharmacology, Rome, Italy; 4 National Institute for Infectious Diseases Lazzaro Spallanzani, IRCCS, Healthcare Medical Direction, Rome, Italy; 5 National Institute for Infectious Diseases Lazzaro Spallanzani, IRCCS, Risk Management, Rome, Italy; 6 National Institute for Infectious Diseases Lazzaro Spallanzani, IRCCS, Clinical Epidemiology, Rome, Ital

Propósito: Los datos sobre la inmunogenicidad de la vacuna contra el SARS CoV-2 en PLWH se limitan a personas en TAR estable con alto recuento de CD4 inscritos en ensayos aleatorios que recibió ChAdOx1 nCoV-19. Aquí presentamos datos del mundo real sobre la inmunogenicidad de las vacunas de ARNm en PLWH con bajo recuento de CD4 o sida previo.

Método: PVVS que asisten a un único centro SARS-CoV-2 programa de vacunación en Italia se incluyeron en estudiar y evaluar la reactogenicidad después de dos dosis de BNT162b2 o ARNm-1273. Unidades de anticuerpos de unión (BAU/mL) de IgG de unión a RBD, títulos neutralizantes de SARS-CoV-2 por ensayo de microneutralización (MNA) y mediado por células respuesta inmune por un análisis de sangre total se evaluaron en muestras de sangre recogidas 1 mes después de la dosis de refuerzo, y en comparación con la reactogenicidad en el cuidado de la salud VIH-negativo trabajadores (HCW) que recibieron BNT162b2. Comparación entre grupos se analizaron mediante la prueba de Wilcoxon o Kruskal Wallis y mediante regresión lineal multivariable.

Resultados: La población de estudio consta de 127 PVVS (Tabla 1) y 169 HCW no emparejados [mujeres 72%; mediana de edad 42 años (IQR 32-53)]. En comparación con los trabajadores de la salud (99–100 %), se obtuvo una respuesta anti-RBD detectable en el 87 % ($P < 0,001$) y 99% ($P = 0,177$) y actividad de neutralización en 69% ($P < 0.001$) y 87% ($P < 0.007$) de PLWH con CD4 ≤ 200 y > 200 , respectivamente. Entre las PLWH encontramos una fuerte correlación entre el recuento de CD4 y la magnitud de respuesta inmune humoral y mediada por células a la vacuna (Figura 1-2). Magnitud de la respuesta inmune en PLWH fue menor que en los trabajadores de la salud (Figura 1), también en multivariable regresión después de ajustar por edad y género (Tabla 2).

TABLE 1 Main characteristics of HIV study population at time of priming dose of SARS-CoV-2 vaccination

	Overall N = 127	Pts with CD4 ≤ 200 N = 32	Pts with CD4 > 200 N = 95	P
Gender, female, n (%)	21 (16.)	8 (25.0)	13 (13.7)	0.136
Age, years, median (IQR)	56 (49–60)	57 (52–60)	56 (48–60)	0.414
Years of HIV infection, median (IQR)	11.7 (4.1–27.7)	22.1 (8.7–30.8)	10.1 (4.1–26.7)	0.130
Previous AIDS diagnosis, n (%)	73 (57.5)	12 (37.5)	61 (64.2)	0.008
Current or previous malignancy, n (%)	23 (18.1)	2 (6.3)	21 (22.1)	0.044
HCV-Ab positivity, n (%)	44 (34.7)	12 (37.5)	32 (33.7)	0.695
HCV-related cirrhosis, n (%)	31 (24.4)	4 (12.5)	27 (28.4)	0.070
HIV-RNA < 50 copie/ml, n (%)	110 (88.7)	22 (68.8)	88 (95.7)	< 0.001
Current CD4, cells/mL, median (IQR)	371 (187–572)	137 (101–157)	486 (319–602)	< 0.001
Current CD8, cells/mL, median (IQR)	750 (523–1155)	680 (528–1030)	760 (523–1185)	0.298
CD4/CD8 ratio, median (IQR)	0.45 (0.24–0.87)	0.16 (0.12–0.26)	0.64 (0.36–0.96)	< 0.001
Type of vaccine administered				
mRNA-1273, n (%)	31 (24.4)	9 (28.1)	22 (23.2)	
BNT162b2, n (%)	96 (75.6)	23 (71.9)	73 (76.8)	0.572

Figure 1. Concentrations of neutralizing antibodies (expressed as MNA_{50} reciprocal of dilution Log_2), anti-RBD (BAU/mL) and IFN- γ (pg/mL) in blood samples collected 1 month after booster dose of mRNA vaccination in HIV-infected (stratified by CD4 cell count/ mm^3) and HIV-uninfected people (HCWs). * $P < 0.05$; ** $p < 0.005$; *** $p < 0.0005$; **** $p < 0.00005$

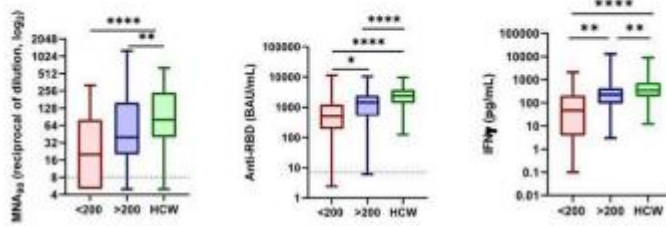


TABLE 2 Association of magnitude of MNA; anti-RBD and IFN- γ response with groups (PLWHs with CD4 ≤ 200 cells/mL or with CD4 > 200 cells/mL and HCWs as reference group); adjusted for gender and age by means of three separate multivariable linear regression models.

	Beta	95%CI		p-value
Dependent variable: MNA (reciprocal of dilution, log_2)* at 1 month after second dose				
A: CD4 ≤ 200	-0.46	-0.75 -0.18		0.002
B: CD4 > 200	-0.17	-0.41 0.07		0.156
C: HCWs	ref			
Dependent variable: anti-RBD (BAU/mL)* at 1 month after second dose				
A: CD4 ≤ 200	-0.65	-0.86 -0.44		<0.001
B: CD4 > 200	-0.20	-0.35 -0.04		0.014
C: HCWs	ref			
Dependent variable: IFN- γ (pg/mL)* at 1 month after second dose				
A: CD4 ≤ 200	-1.09	-1.36 -0.82		<0.001
B: CD4 > 200	-0.21	-0.41 -0.01		0.038
C: HCWs	ref			

MNA = microneutralization assay; anti-RBD = anti receptor binding domain antibodies; IFN- γ = interferon gamma; HCWs = health care workers. * all values are expressed as Log_{10} .

Conclusiones: Una respuesta inmune humoral y celular contra el SARS-CoV2 se obtuvo después de la vacunación con ARNm en la mayoría de las PLWH, aunque la magnitud de esta respuesta se correlacionó con el recuento de células CD4, significativamente más débil en aquellos con CD4 < 200 , y en general más bajo que en controles VIH negativos. Las implicaciones de estos hallazgos para protección de los pacientes.

BPD1/1 | Declining incidence of HIV multidrug resistance in Europe J. Dewandre (1); J. Vercauteren (2); A.-M. Vandamme (3,4); F. Icarndona (5); B. Rossetti (6); M. Fabbiani (6); A. Abecasis (4); C. Devaux (7); R. Kaiser (8); A. Sönnberg (9); M. Zazzi (10) 1. KU Leuven / Rega institute, Laboratory of Clinical and Epidemiological Virology, Leuven, Belgium; 2. KU Leuven / Rega, Department of Microbiology, Immunology and Transplantation, Clinical and Epidemiological Virology, Leuven, Belgium; 3. KU Leuven/ Rega Institute, Department of Microbiology, Immunology and Transplantation, Clinical and Epidemiological Virology, Leuven, Belgium; 4. Universidade NOVA

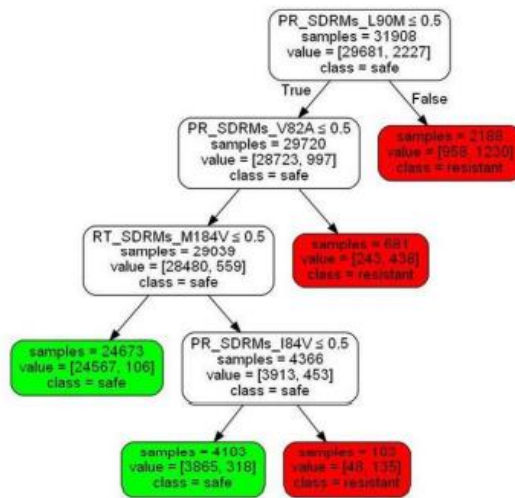
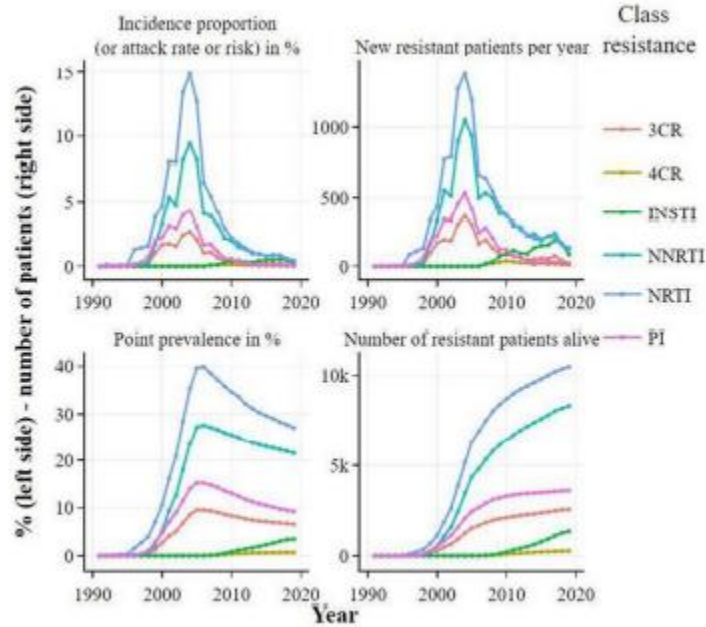
de Lisboa, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Lisboa, Portugal; 5. EuResist Network, Roma, Italy; 6. University Hospital of Siena, Siena, Italy; 7. Luxembourg Institute of Health, Luxembourg, Luxembourg; 8. University of Cologne, Cologne, Germany; 9. Karolinska Institut, Stockholm, Sweden; 10. University of Siena, Siena, Italy.

Propósito: una proporción variable de pacientes ha fracasado a múltiples regímenes de tratamiento y albergan VIH resistente a múltiples fármacos. El propósito de este trabajo fue estimar la prevalencia e incidencia de resistencia a 3 (3CR) o 4 (4CR) de las principales clases de fármacos (NRTI, NNRTI, PI y INSTI) a lo largo del tiempo y detectar qué factores se asocian con este estado.

Método: A partir del conjunto de datos de EuResist, 39 886 pacientes 71.1% hombres, mediana de edad 51 [42–48] que además tenían datos de genotipo de VIH en el período 2000–2019 y fueron incluidos en el estudio. El denominador para 4CR (n = 16,019) se estableció en función de la disponibilidad del primer INSTI (2008–2019). La resistencia de clase se definió como al menos un fármaco en la clase calificado como resistente de nivel intermedio o alto por Stanford HIVdb. El genotipo acumulado fue considerada como la suma de las mutaciones de resistencia detectadas

en cualquier momento. Se utilizó el análisis de regresión logística para factores de estudio asociados con 3CR/4CR y se utilizaron árboles de toma de decisiones para analizar las rutas mutacionales asociadas con 3CR/4CR.

Resultados: en general, 2768 pacientes tenían 3CR y 291 tenían 4 CR. La proporción de incidencia de 4CR disminuyó de 0,15% en 2010 a 0,03% en 2019. La proporción de incidencia de 3CR fue de 1,68% en 2000, alcanzó un máximo de 2,67% en 2004 y disminuyó a 0.06% en 2019. Factores asociados con 4CR en el nivel $P < 0.01$ incluyó el número de anteriores fracasos virológicos (OR 1,23 [IC 95 %: 1,11–1,36]), así como el uso de RAL (4,75 [2,71–8,86]) y ETR (2,24 [1,55–3.24]). Árboles de decisión identificados PR L90M, V82A, I84V; RT M184V como las mutaciones relevantes para 3CR (balanceado tasa de clasificación [BCR]=0,875) y PR I84V, L90M; INSTI N155H, G140S, Q148H como mutaciones clave para 4CR (BCR=0,681).



Conclusiones: La resistencia a múltiples fármacos ha disminuido a baja niveles en toda Europa, particularmente 4CR. Los factores y las vías mutacionales asociadas con la resistencia a múltiples fármacos pueden informar las estrategias de tratamiento y disminuir aún más el riesgo de emergencia de multidrogorresistencia.

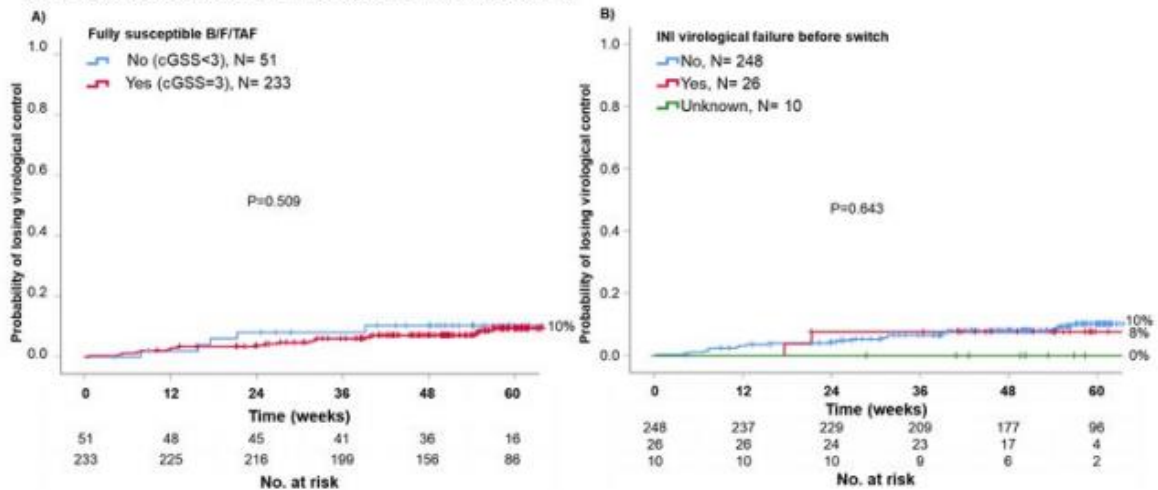
BPD1/2 | Virological response and resistance profile in virologically suppressed HIV-1 infected individuals switching to a bicitegravir based treatment in clinical practice D. Armenia (1); F. Forbici (2); A. Bertoli (3); G. Berno (2); V. Malagnino (4); R. Gagliardini (2); V. Borghi (5); W. Gennari (5); S. Cicalini (2); A. Buonomini (6); E. Teti (4); A. Latini (6); L. Sarmati (4); C. Mussini (5); M. Andreoni (4); A. Antinori (2); C.F. Pernom (7); F. Ceccherini-Silberstein (3); M.M. Santoro (3). 1. Saint Camillus International University of Health Sciences, Rome, Italy; 2. National Institute for Infectious Diseases L. Spallanzani, IRCCS, Rome, Italy; 3. University of Rome “Tor Vergata”, Rome, Italy; 4. Polyclinic of Rome “Tor Vergata”, Rome, Italy; 5. Polyclinic of Modena, Modena, Italy; 6. San Gallicano Dermatological Institute, IRCCS, Rome, Italy; 7. Bambino Gesù Children’s Hospital, Rome, Italy

Propósito: Evaluamos la respuesta virológica y el perfil de resistencia en individuos virológicamente suprimidos que cambiaron a bicitegravir/emtricitabina/tenofovir alafenamida (B/F/TAF).

Método: Se utilizó el análisis de supervivencia para evaluar la probabilidad de perder el control virológico como resultado compuesto definido como experimentar rebote virológico (VR) o Blip. Mutaciones acumulativas de resistencia mayor (MRM) y la puntuación de susceptibilidad genotípica acumulada (cGSS) antes del cambio y la resistencia después del rebote virológico fueron evaluados.

Resultados: En general, se analizaron 284 personas expuestas a cART desde un tiempo medio (RIC) de 8 (4-13) años y suprimido virológicamente durante un tiempo medio (RIC) de 7 (3-9) años (Cuadro 1). De ellos, el 20,8% cambió a B/F/TAF después del tratamiento de primera línea B/F/TAF fue administrado principalmente para aumentar la barrera genética de los regímenes anteriores basados en INI o NNRTI. En general, 29,2% mostró ≥ 1 MRM acumulativo antes del cambio, principalmente relacionados con las ITR; 3/146 individuos (2,1%) albergaron MRM INI (N155H, Y143C/H/R). cGSS reveló que el 82,4% de los individuos albergaba un virus totalmente susceptible (cGSS=3) a B/F/TAF. A las 72 semanas después del cambio, la probabilidad general de perder el control virológico fue del 9,7 %; solo 8 eventos de VR (mediana [IQR] de viremia en VR: 274 [204–474] copias/mL) y se registraron 16 eventos de blips. No hay asociaciones significativas entre los resultados virológicos y susceptibilidad genotípica a B/F/TAF ($P = 0,509$; Figura 1 panel A) y fallas INI previas ($P = 0,643$; Figura 1 panel B). Casi todas las personas (6/8) que experimentaron la VR fueron previamente expuestas a INI de primera generación, y 2/8 experimentaron falla virológica previa a INI. La prueba de resistencia se realizó después de VR en 1 individuo, no se acumuló más resistencia. Después de la RV, la viremia se volvió a suprimir en breve en la mayoría de las personas sin cambios en el tratamiento. (Tabla 2).

Figure 1. Probability of losing virological control after B/F/TAF switch according to cGSS (panel A) and previous experience of INI virological failures (panel B)



Composite outcome considering individuals who experienced virological rebound (two consecutive viremia >50 copies/mL or one viremia >200 copies/mL) or a viral blip (one single viremia in the range 50-200 copies/mL) after B/F/TAF switch.
cGSS: cumulative genotypic susceptibility scores calculated including cumulative mutations detected before therapy switch according to Stanford HIVdb version 9.0 algorithm.

TABLE 2 Overview of virological outcome in individuals who experienced virological rebound after B/F/TAF switch

ID	Time under suppression before switch (months)	Number of previous regimens	Previous INI Exposure	Previous INI failures	PR/RT/IN cumulative resistance mutation before switch	Cumulative GSS (BIC/FTC/TAF)	Time of VR ^a after switch (weeks)	Viremia at VR (copies/mL) ^b	Outcome after VR	GRT after VR
11522	8	4	DTG, RAL	2	PI: 90M; NRTI: 184V; NNRTI: 103N, 181C; INI: None	S/R/S	17.6	225	Therapy change and resuppression	Not performed
1778	56	4	EVG, RAL	2	PI: 46I, 54V, 82A, 90M; NRTI: 70E, 184V; NNRTI: 103N, 188I INI: None	S/R/I	21.3	274	No data	Not performed
17035	54	2	EVG	None	None	S/S/S	7.6	947	Resuppression	Not performed
10548	102	2	None	None	None ^c	S/S/S	12.0	63–155	Resuppression	Not performed
18735	3	1	EVG	None	None	S/S/S	7.3	314–410	Resuppression	Not performed
18305	34	1	Unknown	None	None	S/S/S	31.3	204	Resuppression	Not performed
18327	34	1	EVG	None	None	S/S/S	56.9	137→4,960	No data ^d	No resistance
17196	37	1	EVG	None	None	S/S/S	32.1	253,000	Resuppression	Not performed

^aVR: virological rebound defined as two consecutive viremia >50 copies/mL or one viremia >200 copies/mL after switch. ^bViremia at VR was indicated as one value in case of single viremia >200 copies/mL or as 2 values separated by “-” symbol in case of 2 consecutive values >50 copies/mL. ^cIntegrase GRT not available. ^dPatient with poor adherence that missed subsequent visit. S: sensitive; I: intermediate resistant; NA: not available; R: resistant.

Conclusiones: Cambio de tratamiento B/F/TAF en virológicamente suprimidos asegura una tasa muy alta de control virológico independientemente de las resistencias o fracasos previos. Se necesitan más análisis con un seguimiento más largo para confirmar estas recomendaciones.

BPD1/3 | Recent abacavir use and incident cardiovascular disease in contemporary treated people living with HIV (PLWH) within the RESPOND cohort consortium N.J. Jaschinski; on behalf of the RESPOND study group University of Copenhagen, Rigshospitalet, CHIP, Copenhagen, Denmark.

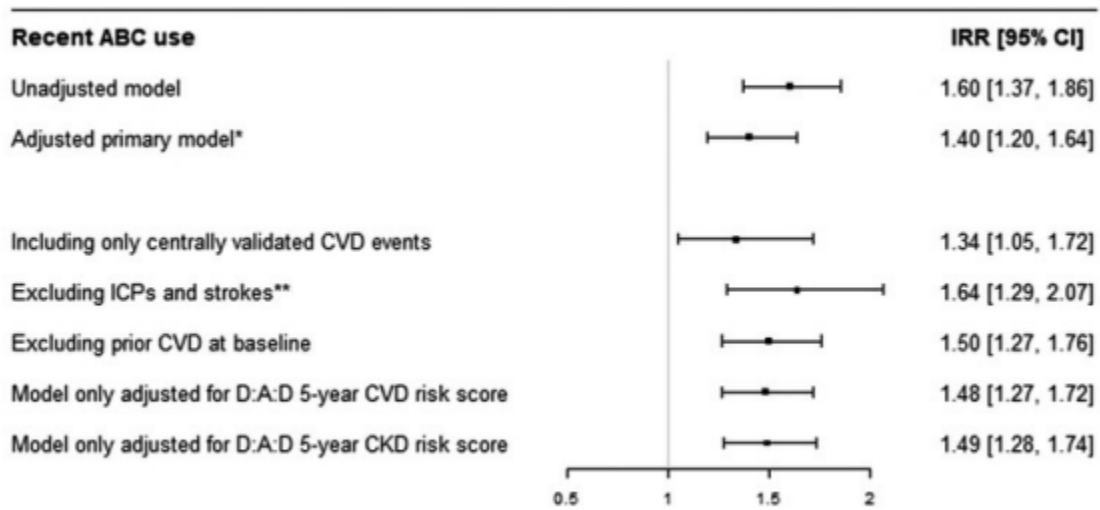
Propósito: Evaluar si las asociaciones previamente reportadas entre abacavir (ABC) y enfermedad cardiovascular (CVD) permaneció entre los participantes tratados contemporáneos en RESPOND.

Método: Los participantes fueron seguidos desde el inicio (última del 1 de enero de 2012 o matrícula de cohorte) hasta el primer evento de ECV (infarto de miocardio [IM], accidente cerebrovascular o procedimiento cardiovascular invasivo [ICP]), último seguimiento al 31 de diciembre 2019. Los modelos de regresión binomial negativa evaluaron la asociación entre el uso reciente de ABC (uso actual o uso dentro de los seis meses) y riesgo CVD, ajustado por potencial.

factores de confusión (figura).

Resultados: De 29,340 individuos incluidos, el 74% eran masculino, la mediana de edad fue de 44 años (rango intercuartílico [IQR] 36–51), mediana de recuento de CD4 524 (357–715), y el 34% estaba usando ABC recientemente. En comparación con los de CVD D:A:D de 5 años estimado bajo y D:A:D de 5 años riesgos de enfermedad renal crónica (ERC), las probabilidades de comenzar ABC fueron significativamente mayores entre los individuos alto riesgo de ERC (1,12 [intervalo de confianza del 95 %, 1,04– 1,21]), pero significativamente menor para las personas con riesgo de ECV moderado, alto y muy alto (0,80 [0,72–0,88], 0,75 [0,64–0,87], 0,71 [0,56–0,90], respectivamente). Durante una mediana de 4.4 años de seguimiento (IQR 2.0–8.6), 254 individuos experimentaron un evento CVD (tasa de incidencia (IR) 6,48/1000 PYFU [5.71–7.33]: 109 MI, 83 ictus, 63 ICP). La relación IR ajustada (aIRR) de CVD fue mayor para los individuos con uso reciente de ABC (1.40 [1.20–1.64]) en comparación a los individuos sin uso de el. Los resultados fueron consistentes a través de varios análisis de sensibilidad (figura), incluida la restricción del análisis a aquellos sin CVD previa y cuando incluyeron solo MI. No había evidencia que sugiriera que el riesgo de ECV con el uso reciente de ABC fuera diferente según a los estratos de riesgo de ECV o ERC (valor p para la interacción 0,56 y 0,98, respectivamente).

Figure- Incidence rate ratios (IRR) of CVD with recent ABC use during 39192 PYFU, adjusted for potential confounders



Abbreviations: ABC-abacavir; CVD-cardiovascular disease; CKD-chronic kidney disease; ICP- invasive cardiovascular procedure; CI-confidence interval
 *IRR adjusted for age, sex, ethnicity, region, BMI, HIV acquisition risk, CD4 count, hypertension, diabetes, AIDS, CVD, CKD, dyslipidemia (all fixed at baseline), calendar year, smoking status, exposure to NRTI, cumulative exposure to boosted lopinavir and darunavir, indinavir, didanosine and stavudine (all time updated)
 **IRR only adjusted for age, CD4 nadir, smoking status and prior CVD

Conclusiones: Dentro de la población RESPOND de PLWH contemporáneas tratadas, hubo una fuerte asociación entre los que iniciaron de forma reciente el uso de ABC y el riesgo de CVD. Esta asociación no se explicó por el uso preferencial de ABC en individuos con mayor riesgo de ECV o ERC.