

Profilaktyka przedekspozycyjna HIV (PrEP) dla osób transpłciowych i niebinarnych. Przegląd piśmiennictwa i wskazówki dla praktyków

HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) for transgender and nonbinary persons. Literature review and guidelines for professionals

Zofia Kania¹, Magdalena Mijas², Bartosz Grabski³,
Jacek Gąsiorowski⁴, Mateusz Pliczko³

¹Uniwersytet Jagielloński, Instytut Psychologii

²Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Instytut Zdrowia Publicznego, Zakład Zdrowia i Środowiska

³Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Wydział Lekarski,
Katedra Psychiatrii, Pracownia Seksuologii

⁴Ośrodek Profilaktyczno-Leczniczy Chorób Zakaźnych i Terapii Uzależnień we Wrocławiu

Summary

Transgender and nonbinary (TG/NB) persons are listed as one of the key populations in the context of HIV, due to increased risk of HIV infection in this group. HIV prevention, which includes a variety of available methods, should therefore be included in the comprehensive health care for TG/NB persons. One such method is the pre-exposure prophylaxis (PrEP), whose high effectiveness in preventing HIV transmission has already been demonstrated in numerous studies conducted in the cisgender population. However, the available empirical data on its use in TG/NB persons are limited in many respects. This issue is also practically absent in the Polish literature; as a consequence, there are significant gaps in recommendations for professionals involved in the prevention of HIV among TG/NB persons and professionals involved in the comprehensive health care for TG/NB persons.

This article 1) outlines the issue of the use of PrEP among TG/NB persons, including the associated challenges for professionals (specialising in physical, as well as mental health); 2) demonstrates the possible applicability of PrEP in TG/NB populations based on available research findings; 3) summarises good practices in counselling and PrEP-related psychoeducational activities, as part of the comprehensive health care for TG/NB individuals.

Słowa kluczowe: profilaktyka przedekspozycyjna, transpłciowość, opieka zdrowotna nad osobami transpłciowymi

Key words: pre-exposure prophylaxis, transgender, health services for transgender persons

Wprowadzenie

Profilaktyka przedekspozycyjna (PrEP) stanowi jedną z najbardziej skutecznych metod zapobiegania zakażeniom HIV [1, 2]. Dostępne dane empiryczne dotyczące jej zastosowania u osób transpłciowych i niebinarnych (TG/NB) mają jednak liczne ograniczenia, w tym ze względu na zastosowane metody [3]. Opisywane zagadnienie jest także praktycznie nieobecne w krajowym piśmiennictwie, w konsekwencji istnieją znaczące braki w zakresie zaleceń dla specjalistów zajmujących się profilaktyką zakażeń HIV wśród osób TG/NB. Zagadnienia te również rzadko bywają przedmiotem szkolenia specjalistycznego lekarzy psychiatrów i seksuologów, którzy najczęściej zaangażowani są w kompleksową opiekę nad zdrowiem osób TG/NB. Celem niniejszego artykułu jest podsumowanie dotychczasowego piśmiennictwa i sformułowanie praktycznych wskazówek dla specjalistów wspierających osoby transpłciowe i niebinarne.

Zakażenia HIV wśród osób różnorodnych płciowo

Osoby transpłciowe identyfikowane są w piśmiennictwie jako jedna z populacji kluczowych pod kątem narażenia na zakażenie HIV oraz innymi patogenami przenoszonymi drogą płciową i przez krew (ZPDPK – zakażenia przenoszone drogą płciową i przez krew) [4, 5]. Wynika to m.in. z wysokiego rozpowszechnienia zakażeń HIV w tej grupie, zagrożenia wielokrotną stygmatyzacją, utrudnionego dostępu do usług zdrowotnych, trudności socjoekonomicznych oraz doświadczania stresu mniejszościowego [6]. Zgodnie z danymi Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), co piąta transpłciowa kobieta na świecie jest osobą żyjącą z HIV, a częstość występowania zakażenia jest w tej grupie 49 razy większa niż wśród cisplciowych kobiet w wieku prokreacyjnym [4]. Opublikowane dotychczas badania dotyczące rozpowszechnienia HIV wśród mężczyzn transpłciowych pochodzą przede wszystkim z obszaru Ameryki Północnej i wskazują na mniejszy odsetek zakażeń niż wśród kobiet transpłciowych [7]. Zgodnie z danymi pochodzącymi z badań analizujących rozpowszechnienie zakażenia HIV wśród mężczyzn transpłciowych, odsetek zakażeń (zarówno deklarowanych przez uczestników, jak i potwierdzonych laboratoryjnie) w tej grupie wynosił między 0,9% a 4,3% w populacji pochodzącej ze Stanów Zjednoczonych [8]. W jedynie pięciu istniejących pracach pochodzących spoza USA, podsumowanych w przeglądzie systematycznym autorstwa T. Poteat i wsp., rozpowszechnienie zakażenia HIV wśród mężczyzn transpłciowych wynosiło od 0% do 8% [8]. Istotnym ograniczeniem tych badań jest mała liczebność prób badawczych – w czterech z pięciu analizowanych badań liczba uczestników była niższa niż 100 osób [8]. Z piśmiennictwa wynika także, że transpłciowi mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami stanowią jedną z populacji najbardziej narażonych na zakażenie HIV [9–11]. Brak jest analogicznych statystyk uwzględniających osoby niebinarne, bez względu na płć przypisaną

przy urodzeniu. Ważnym problemem metodologicznym w projektach badawczych podejmujących problematykę zakażenia HIV wśród osób różnorodnych płciowo jest zakładanie jednorodności tej grupy i jej doświadczeń. Prowadzi to do niedostatecznej reprezentacji znaczącej części osób TG/NB, zarówno w obszarze badań klinicznych, jak i działań profilaktyczno-edukacyjnych.

Dostępne raporty z badań nad skutecznością PrEP z wykorzystaniem TDF/FTC (emtrycytabina/dizoproksyl tenofowiru) lub TAF/FTC (emtrycytabina/alafenamid tenofowiru) wśród osób transpłciowych skupiają się niemalże wyłącznie na grupie transpłciowych kobiet mających kontakty seksualne z cisplciowymi mężczyznami [3]. Badania kliniczne nie obejmują wewnętrznej różnorodności wśród osób TG/NB, pomijając w doborze do prób badanych m.in. osoby mające kontakty seksualne z partnerami tej samej płci oraz osoby, które nie decydują się na podjęcie zabiegów chirurgicznych w obrębie narządów płciowych. Podgrupą mającą najmniej liczną reprezentację w badaniach klinicznych dotyczących zastosowania PrEP są osoby TG/NB, którym przypisano przy urodzeniu płeć żeńską (*assigned female at birth* – osoby AFAB) [3].

Polskie dane dotyczące rozpowszechnienia HIV wśród osób transpłciowych i niebinarnych

W inicjatywach mających na celu profilaktykę nowych zakażeń w Polsce temat profilaktyki zakażeń HIV wśród osób TG/NB jest pomijany. Dostępne kampanie informacyjne i edukacyjne nie poruszają kwestii specyfiki potrzeb i zróżnicowania grup społecznych mogących być adresatami działań profilaktycznych. Brak jest pochodzących z polskich ośrodków badawczych statystyk opisujących rozpowszechnienie HIV wśród osób TG/NB. Państwowy Zakład Higieny raportuje liczbę zakażeń HIV i zapadalność na AIDS wśród kobiet i mężczyzn, bez rozróżnienia na osoby transpłciowe, czy uwzględnienia osób niebinarnych [12]. Efektem tej decyzji metodologicznej jest brak dostępnych danych dotyczących liczby zakażeń HIV, diagnoz AIDS oraz zgonów w związku z AIDS wśród osób TG/NB w Polsce. Sytuacja ta utrudnia także planowanie stosownych działań profilaktycznych dostosowanych do potrzeb polskiej społeczności osób różnorodnych płciowo.

Powyższe dane, w zestawieniu z istniejącymi statystykami dotyczącymi rozpowszechnienia zakażeń HIV wśród osób TG/NB, wskazują na konieczność podjęcia tego tematu zarówno na gruncie badań klinicznych, jak i społecznych działań edukacyjnych oraz poradnictwa.

Zastosowanie profilaktyki przedekspozycyjnej HIV (PrEP) u osób transpłciowych i niebinarnych

Dotychczas zrealizowano jedynie kilka badań klinicznych, w których poddano ocenie bezpieczeństwo i skuteczność zastosowania TDF/FTC lub TAF/FTC i uwzględniono w próbie osoby transpłciowe. Pierwszym z nich był projekt Global iPrEX [13]. Z 2499 uczestników, 14% (N = 339) stanowiły kobiety transpłciowe. W badaniu nie brali udziału transpłciowi mężczyźni ani osoby niebinarne. W przypadku kobiet

transpłciowych, w porównaniu z innymi osobami badanymi, rzadziej dochodziło do uzyskania ochronnego stężenia TDF/FTC we krwi, zwłaszcza w grupie badanych przyjmujących preparaty estrogenowe w ramach substytucji hormonalnej (HTZ), przy czym zależność ta wynikała z niższej adherencji u tych osób [13]. Z kolei w badaniu DISCOVER [14] oceniano skuteczność TAF/FTC w porównaniu z TDF/FTC. Stwierdzono w nim brak istotnych różnic w zakresie częstości uzyskiwania stężenia ochronnego leków. W badaniu wzięła udział jedynie niewielka grupa kobiet transpłciowych (N = 73) mających kontakty seksualne z cispłciowymi mężczyznami.

Kolejnym wartym przywołania badaniem był HPTN 083 (*HIV Prevention Trials Network*) [15], w którym porównywano skuteczność doustnego przyjmowania TDF/FTC z cabotegrawirem podawanym w postaci długodziałających iniekcji (CAB-LA). Kobiety transpłciowe mające kontakty seksualne z mężczyznami stanowiły 12,5% próby (N = 570), nie dokonano jednak osobnych analiz dla tej grupy. Wśród osób otrzymujących CAB-LA wykryto mniej nowych zakażeń HIV niż w przypadku osób przyjmujących doustnie TDF/FTC [15].

Pozostałe dostępne badania dotyczące skuteczności PrEP TDF/FTC lub TAF/FTC w populacji osób transpłciowych nie spełniały odpowiednich wymogów metodologicznych stawianych współcześnie badaniom klinicznym (randomizacja, podwójnie ślepa próba i obecność grupy kontrolnej placebo).

Populacja osób TG/NB charakteryzuje się także niskim rozpowszechnieniem stosowania PrEP [3]. Zgodnie z wynikami badań prowadzonych przez Jae Sevelius i wsp. [16] w populacji osób różnorodnych płciowo w USA, jedynie 3% aktywnych seksualnie osób transpłciowych ujawniło korzystanie z TDF/FTC w ramach PrEP, w porównaniu z 35% użytkowników w amerykańskiej populacji MSM (mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami) [16]. Wśród proponowanych rozwiązań mających zwiększyć odsetek stosowania PrEP wśród osób transpłciowych wskazano na rolę prowadzenia działań edukacyjnych dostosowanych do potrzeb w tej populacji (np. dotyczących języka, w którym formułowane są zalecenia) [16]. W przedstawionym projekcie nie uwzględniono osób niebinarnych.

Badania nad skutecznością PrEP TDF/FTC u kobiet transpłciowych wskazywały także na istotnie niższy odsetek, w porównaniu z populacją MSM, przestrzegania zaleceń lekarskich [17, 18]. Prace oparte na metodologii jakościowej ujawniają, że dla tej grupy osób ważniejsza jest opieka medyczna związana z tranzycją niż z profilaktyką zakażenia HIV [3, 17, 20]. Sugeruje się, że jest to związane z nieuzasadnionymi obawami przed wystąpieniem negatywnych interakcji między preparatami estrogenu a środkami przyjmowanymi w ramach profilaktyki przedekspozycyjnej wśród uczestniczek [3]. Jedną z proponowanych w piśmiennictwie odpowiedzi na ten problem jest włączenie PrEP do obszaru opieki zdrowotnej nad osobami TG/NB [21]. Efektywność takich rozwiązań ilustrują wyniki badań prowadzonych wśród seropozytywnych kobiet transpłciowych, w przypadku których integracja HTZ z opieką specjalistyczną w związku z zakażeniem HIV owocowała częstszym przestrzeganiem zaleceń lekarskich, większym prawdopodobieństwem osiągnięcia niewykrywalnej wirerii, a także częstszym korzystaniem z opieki zdrowotnej [21]. Podobne działania w polskich warunkach mogą być realizowane m.in. w ramach postępowania psycho-

edukacyjnego podczas procesu diagnostycznego z udziałem lekarza seksuologa oraz w toku prowadzenia HTZ.

Istotnym ograniczeniem badań nad skutecznością TDF/FTC jest brak uwzględnienia w badaniach transpłciowych mężczyzn i niebinarnych osób AFAB. Dostępne zalecenia dla specjalistów opierają się w tym zakresie na wynikach uzyskanych w populacji cispłciowych kobiet, z adnotacją, że dawkowanie powinno być uzależnione od rodzajów podejmowanych kontaktów seksualnych [22]. Istnieją dowody wskazujące na to, że tenofowir i emtrycytabina wchodzące w skład PrEP osiągają niższe stężenie w pochwie, w porównaniu z odbytnicą [23, 24]. Ponadto dłuższy jest czas potrzebny do osiągnięcia maksymalnego stężenia leków w tkankach pochwy [23, 24]. Powyższe wyniki zdają się wskazywać na to, że ścisłe przestrzeganie codziennego dawkowania PrEP może być szczególnie istotne dla mężczyzn transpłciowych i niebinarnych osób AFAB mających niezabezpieczone prezerwatywą receptywny kontakty waginalne (frontalne), celem utrzymania zabezpieczającego przed zakażeniem poziomu leku.

Transpłciowi mężczyźni oraz niebinarne osoby AFAB mające kontakty seksualne z cispłciowymi mężczyznami są populacją pomijaną w badaniach klinicznych uwzględniających grupę MSM, pomimo obciążenia podobnym ryzykiem zakażenia HIV [25]. Obszarem wymagającym eksploracji jest rozpowszechnienie zachowań ocenianych jako praktyki ryzykowne dla grupy MSM wśród mężczyzn transpłciowych i niebinarnych, takich jak np. kontakty analne i frontalne bez zabezpieczenia mechanicznego (*bareback*) oraz chemsex (podejmowanie kontaktów seksualnych pod wpływem substancji psychoaktywnych).

Zagadnieniem niepodejmowanym dotychczas w projektach badawczych jest kwestia występowania zróżnicowanych cech płciowych (interpłciowości) wśród uczestników badań. Dostępne projekty badawcze nie ujmowały informacji na ten temat w ramach danych demograficznych. W efekcie wiedza na temat możliwości zastosowania PrEP wśród osób interpłciowych jest ograniczona.

Biorąc pod uwagę zakreślony powyżej stan wiedzy na temat możliwości zastosowania PrEP u osób TG/NB, kierunki dalszych badań powinny uwzględniać:

- ocenę świadomości na temat PrEP u osób TG/NB,
- ocenę skuteczności PrEP z użyciem TDF/FTC lub TAF/FTC u osób TG/NB, w szczególności osób AFAB,
- ocenę skuteczności PrEP z użyciem TDF/FTC lub TAF/FTC u osób mających wytworzoną chirurgicznie pochwę (neowaginę), wargi sromowe lub penisa (neofallusa),
- możliwości zastosowania i skuteczność PrEP u osób TG/NB planujących zająć w ciąży, będących w ciąży oraz karmiących (*chestfeeding*),
- ocenę skuteczności farmakologicznych i edukacyjnych działań profilaktycznych u osób TG/NB praktykujących chemsex, możliwości zastosowania i skuteczność PrEP u interpłciowych osób TG/NB.

Dobre praktyki w poradnictwie i psychoedukacji skoncentrowanych na profilaktyce przedekspozycyjnej

Istotnym elementem skutecznej profilaktyki przedekspozycyjnej jest jej komponent informacyjny i psychoedukacyjny. Psychoedukacja rozumiana jest tu zgodnie z definicją zaproponowaną przez Roffmana [26] jako „środek do usuwania barier stojących na drodze uczestników do zrozumienia złożonych, naładowanych emocjonalnie informacji i rozwinięcia strategii używania tych informacji w sposób konstruktywny. Zmiana w psychoedukacji dotyczyć może samych uczestników, znaczących osób z ich otoczenia (głównie członków rodziny) lub wybranej społeczności (poprzez promowanie rzecznictwa)” [tłum. własne]. Według obowiązującej, siódmej edycji zaleceń *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH) [27], profilaktyka zakażeń przenoszonych drogą płciową stanowi jeden z obszarów opieki zdrowotnej nad osobami TG/NB. Ze względu na niedostateczny w chwili ich opracowania poziom wiedzy empirycznej dotyczącej możliwości zastosowania PrEP wśród osób różnorodnych płciowo, w zaleceniach nie wymieniono tej metody w ramach profilaktyki zakażeń HIV oraz opieki w zakresie zdrowia seksualnego. Wśród powodów, dla których istotne jest uwzględnienie PrEP w ramach całościowej opieki nad osobami TG/NB, warto wymienić m.in. doświadczenie wielokrotnej dyskryminacji, w tym w dostępie do opieki zdrowotnej oraz wykluczenie z dotychczasowych programów edukacyjnych kierowanych do szerszych społeczności [19, 25, 28, 29].

Zdrowie seksualne osób TG/NB stanowiło obszar zaniedbany i zmarginalizowany, ponadto w dyskursie specjalistycznym dominowało przekonanie, że dysforia płciowa jako niezbywalny element obrazu „transseksualizmu” uniemożliwia podejmowanie aktywności seksualnej [30]. Kolejnym aspektem jest fakt, że część zmian obserwowanych w efekcie zastosowania medycznych działań afirmujących płeć (MDAP) może ułatwiać transmisję HIV (jak np. trudności z nawilżeniem pochwy i przerost napletka łożeczkowy) [28, 29, 31]. Warto jednocześnie podkreślić, że ogólne wytyczne dotyczące badań przesiewowych w kierunku HIV, profilaktyki zakażenia i opieki nad osobami zakażonymi nie różnią się w przypadku osób transpłciowych, jednakże świadczenia w zakresie HIV powinny uwzględniać specyficzne potrzeby anatomiczne, społeczne i psychologiczne tej populacji [28].

Zgodnie z wytycznymi amerykańskich Centers for Disease Control and Prevention (CDC) oraz amerykańskiej Preventive Services Task Force (USPSTF), zalecane są powszechne badania przesiewowe w kierunku HIV w całej populacji, z uwzględnieniem specyficznych potrzeb osób różnorodnych płciowo [32, 33]. Po przeprowadzeniu wstępnych badań przesiewowych u wszystkich pacjentów, powtórne badania powinny być oparte na indywidualnej ocenie częstości zachowań mogących wiązać się z zakażeniem HIV [32, 33]. Ocena taka opiera się na zebraniu wywiadu obejmującego zachowania seksualne i anatomiczne cechy płciowe [34]. Wśród kobiet transpłciowych i osób niebinarnych o męskiej płci przypisanej przy urodzeniu (*assigned male at birth* – AMAB), które nie poddały się chirurgicznej korekcie narządów płciowych, zalecane jest uwzględnienie możliwości podejmowania kontaktów seksualnych przez te osoby jako partnerów insertywnych i receptywnych. U transpłciowych kobiet i osób

AMAB po neowaginoplastyce, a także transpłciowych mężczyzn i osób niebinarnych AFAB, które nie poddały się metoidio- lub neofalloplastyce, należy zwrócić uwagę na możliwości podejmowania kontaktów receptywnych waginalnych (frontalnych) i analnych.

Obecnie dostępne dane nie pozwalają na precyzyjne oszacowanie ryzyka zakażenia w wyniku receptywnego kontaktu waginalnego u osób po neowaginoplastyce, podobnie jak w przypadku insertywnych kontaktów u osób po metoidio- i neofalloplastyce. Nie dysponujemy także danymi na temat stężenia i farmakodynamiki TDF/FTC w pochwie wytworzonej chirurgicznie. Ze względu na zróżnicowanie metod chirurgicznych stosowanych w wyżej wymienionych zabiegach, wskazana jest każdorazowo indywidualna ocena ryzyka, obejmująca także inne czynniki istotne w kontekście profilaktyki zakażenia HIV (np. preferowane techniki seksualne).

Pytania otwarte, które nie zakładają określonej budowy anatomicznej osoby, jej tożsamości płciowej lub płci osób partnerskich, uznawane są za najbardziej dostosowane do potrzeb populacji osób różnorodnych płciowo, jednocześnie będąc najbardziej wartościowymi informacyjnie [34]. Na przykład, w przypadku osoby prezentującej się społecznie jako kobieta, zamiast pytać o kontakty waginalne, można poprosić o opisanie preferowanych technik seksualnych. Ponadto Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) i UCSF Center for AIDS Prevention Studies (CAPS) podkreślają, że działania profilaktyczne powinny być podejmowane zarówno w afirmującym płę środowisku klinicznym, jak i w ramach edukacji środowiskowej oraz rówieśniczej [35–37].

Z uwagi na różnorodność wewnętrzną oraz specyfikę grupy osób TG/NB, podczas prowadzenia poradnictwa i działań edukacyjnych mających na celu profilaktykę HIV i ZPDPK skierowanych do tej populacji warto wziąć pod uwagę następujące obszary:

- podjęte dotychczas oraz planowane MDAP (HTZ i operacje narządów płciowych, głównie neowaginoplastyka, labioplastyka, metoidioplastyka i neofalloplastyka),
- dotychczasowi partnerzy seksualni i rodzaje podejmowanych kontaktów seksualnych,
- możliwe i preferowane rodzaje zabezpieczenia przed ZPDPK,
- postawy osoby pacjenckiej¹ wobec profilaktyki ZPDPK,
- poziom doświadczanej dysforii płciowej, w szczególności związanej z posiadanymi cechami płciowymi (w przypadku osób zgłaszających odczuwanie dysforii płciowej),
- wiedza osoby pacjenckiej na temat profilaktyki przedekspozycyjnej (PrEP) i poekspozycyjnej (PEP),
- używanie substancji (w szczególności iniekcyjnie i donosowo) oraz zaangażowanie w chemsex,
- metody antykoncepcyjne (jeśli dotyczy),
- strategie zwiększające stosowanie się do zaleceń lekarskich,

¹ Neutralna płciowo forma słowa „pacjent”

- występowanie zróżnicowanych cech płciowych (w przypadku osób interplciowych).

Najczęściej polecaną metodą zabezpieczania przed zakażeniami przenoszonymi drogą płciową są prezerwatywy zewnętrzne (tj. prezerwatywy klasyczne). Nie wszystkie osoby różnorodne płciowo, m.in. ze względu na anatomiczne cechy płciowe i odczuwanie dysforii płciowej, mają możliwość korzystania z tej metody. Podczas poradnictwa, wywiadu lekarskiego i profilaktycznych działań psychoedukacyjnych, warto zwrócić uwagę na możliwość zastosowania alternatyw dla prezerwatyw zewnętrznych, takich jak: prezerwatywa wewnętrzna, chusteczki oralne (*dental dams*) oraz prezerwatywy zewnętrzne w mniejszych rozmiarach (w przypadku osób AFAB przyjmujących preparaty testosteronu, przed i po metoidioplastyce).

Zgodnie z wynikami badania LifeSkills [38], zastosowanie działań profilaktycznych w postaci wyłącznie interwencji behawioralnych (opartych na psychoedukacji) prowadziło do zmniejszenia częstości zachowań mogących prowadzić do zakażenia HIV. Skuteczność w redukcji liczby kontaktów seksualnych bez prezerwatywy była 39,8% większa w przypadku grupy objętej interwencją w porównaniu z grupą kontrolną rok po rozpoczęciu badania [38]. Ze względu na fakt, że w badaniu uwzględniono jedynie kobiety transpłciowe, efektywność powyższych interwencji wśród mężczyzn transpłciowych i osób niebinarnych stanowi obszar wymagający eksploracji.

Znaczące braki w wiedzy empirycznej na temat zastosowania PrEP u osób TG/NB dotyczą możliwych schematów dawkowania preparatu. Obecnie wykorzystywane są następujące alternatywne modele: schemat ciągły (przyjmowanie jednej tabletki TDF/FTC lub TAF/FTC² raz dziennie) i doraźny (stosowanie preparatu w schemacie: 2 tabl. na 2–24 h przed kontaktem seksualnym, a następnie 1 tabl. 24 h po pierwszej dawce, po czym 1 tabl. 48 h po pierwszej dawce) [39]. Możliwe jest również rozpoczęcie PrEP od 2 tabletek jednorazowo na 2–24 h przed kontaktem seksualnym, a następnie kontynuowanie w schemacie ciągłym (zalecane obecnie tylko dla MSM) [1]. Ze względu na brak wystarczających danych klinicznych w zakresie skuteczności schematu doraźnego zaleca się stosowanie go wyłącznie wśród MSM i transpłciowych kobiet podejmujących niezabezpieczone kontakty analne [40]. Zaleca się także stosowanie TDF/FTC, a nie TAF/FTC) w przypadku osób mających receptywnie kontakty waginalne (frontalne) [39].

Ze względu na brak danych w tym zakresie, w przypadku osób interplciowych zalecana jest indywidualna konsultacja dotycząca zastosowania PrEP. Czynniki, które należy wziąć pod uwagę, obejmują uwarunkowania anatomiczne oraz podjęte MDAP, takie jak HTZ i zabiegi chirurgiczne w obrębie narządów płciowych.

² Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS rekomenduje wyłącznie stosowanie TDF/FTC zarówno w schemacie ciągłym, jak i doraźnym [1].

Tabela 1. Możliwe schematy zastosowania PrEP TDF/FTC lub TAF/FTC u TG/NB, w zależności od podjętych MDAP

Grupa osób (podział ze względu na zastosowane MDAP)	Możliwe schematy zastosowania PrEP
Osoby AFAB HTZ (preparaty testosteronu) – Metoidioplastyka/ neofalloplastyka –	Schemat ciągły; 7 dni do wysycenia tkanek odbytnicy, 20 dni do wysycenia tkanek pochwy* [1]. Możliwość zastosowania schematu doraźnego w przypadku osób niemających receptywnych kontaktów waginalnych (frontalnych) [39]. Nie wykazano dotychczas wzajemnego obniżenia skuteczności w przypadku jednoczesnego stosowania F/TDF i hormonalnych środków antykoncepcyjnych [41–43].
Osoby AFAB HTZ (preparaty testosteronu) + Metoidioplastyka/ neofalloplastyka –	Schemat ciągły; 7 dni do wysycenia tkanek odbytnicy, 20 dni do wysycenia tkanek pochwy* [1]. Możliwość zastosowania schematu doraźnego w przypadku osób niemających receptywnych kontaktów waginalnych (frontalnych) [40]. Nie wykazano dotychczas, aby podawanie F/TDF obniżało poziom testosteronu oraz obniżało skuteczność hormonalnych metod antykoncepcyjnych [41–43].
Osoby AFAB HTZ (preparaty testosteronu) + Metoidioplastyka/ neofalloplastyka +	Brak wystarczających danych dotyczących możliwości zastosowania schematu doraźnego przy kontaktach insertywnych w przypadku osób po metoidioplastyce bądź neofalloplastyce [40]. Nie wykazano dotychczas wzajemnego obniżenia skuteczności w przypadku jednoczesnego stosowania F/TDF i preparatów testosteronu w ramach HTZ [3, 42].
Osoby AMAB HTZ (preparaty estrogenowe) – Neowaginoplastyka –	Możliwość zastosowania schematu ciągłego i doraźnego [1, 13].
Osoby AMAB HTZ (preparaty estradiolu) + Neowaginoplastyka –	Możliwość zastosowania schematu ciągłego i doraźnego [1, 13]. Badania wykazały spadek stężenia F/TDF w osoczu przy stosowaniu preparatów estrogenowych w ramach HTZ [44]. Pomimo tych zmian, stężenia leku w tkankach pozostały na poziomie zapewniającym ochronę przed zakażeniem HIV [44]. Nie zaobserwowano spadku efektywności preparatów estrogenowych [45].
Osoby AMAB HTZ (preparaty estradiolu) + Neowaginoplastyka +	Możliwość zastosowania schematu ciągłego [1]. Brak wystarczających danych dotyczących możliwości zastosowania schematu doraźnego podczas receptywnych kontaktów waginalnych [3]. Badania wykazały spadek stężenia F/TDF w osoczu przy stosowaniu preparatów estrogenowych w ramach HTZ [44]. Pomimo tych zmian, stężenia leku w tkankach pozostały na poziomie zapewniającym ochronę przed zakażeniem HIV [44]. Nie zaobserwowano spadku efektywności preparatów estrogenowych [45].

Osoby AFAB (assigned female at birth) – osoby, którym przypisano płeć żeńską przy urodzeniu

Osoby AMAB (assigned male at birth) – osoby, którym przypisano płeć męską przy urodzeniu

Oznaczenia „-, i, „+” odnoszą się do braku lub obecności opisywanych MDAP.

*Zalecenia niektórych towarzystw naukowych, np. European AIDS Clinical Society mówią o 7 dniach stosowania PrEP potrzebnych do wysycenia komórek nabłonka pochwy wystarczającego do ochrony przed zakażeniem. Potrzebne są jednak dalsze badania.

Rola afirmatywnego słownictwa w poradnictwie i psychoedukacji w ramach profilaktyki przedekspozycyjnej

Jednym z istotnych aspektów afirmatywnej praktyki (*affirmative practice*) z osobami TG/NB jest dbałość o stosowanie niestygmatyzującego i niewywołującego dysforii płciowej, bądź znaczącego dyskomfortu, słownictwa. Istniejące badania wskazują na pozytywny wpływ stosowania afirmatywnej terminologii na wskaźnik przestrzegania zaleceń lekarskich u osób transpłciowych [19]. Za jedną z takich praktyk uznawane jest regenerowanie. Zjawisko to polega na nazywaniu posiadanych narządów płciowych za pomocą określeń, które nie implikują płci bądź kojarzone są z inną płcią niż przypisana przy urodzeniu. Jest to zadanie nastręczające szczególnych wyzwań w języku polskim, obszar ten jest jednak dynamicznie i stale rozwijany przez społeczność osób różnorodnych płciowo. Jednym z podstaw dobrych praktyk jest pytanie się osób o preferowane słownictwo odnoszące się do praktyk seksualnych i części ciała.

Poniższa tabela zawiera wykaz afirmujących alternatyw językowych dla wybranych zwrotów mających kluczowe znaczenie w wywiadzie w ramach PrEP oraz psychoedukacji.

Tabela 2. Przykładowe alternatywne zwroty dla terminów specjalistycznych używanych w pracy z osobami transpłciowym i niebinarnymi

Termin specjalistyczny	Termin alternatywny*
Pochwa	Dół, front, przód, front hole, bonus hole
Penis	Przód, dół, front, lechtaczka, ogon, wyrostek, girdick
Łechtaczka	Penis, mikropenis, wyrostek
Kontakt waginalny	Kontakt frontalny

*Nie każde z wymienionych określeń alternatywnych będzie w równym stopniu akceptowalne dla wszystkich osób TG/NB. Zachęcamy do każdorazowego konsultowania preferowanego języka z osobami TG/NB.

Jednym z kluczowych wyzwań w obszarze zdrowia publicznego jest działanie na rzecz zwiększania dostępu do opieki zdrowotnej dla grup zagrożonych marginalizacją. Dążąc do celu, jakim jest zapewnienie społeczności osób TG/NB odpowiedniej profilaktyki zakażeń HIV, warto mieć na uwadze zarówno specyfikę jej doświadczeń, jak i związane z tym wyzwania metodologiczne. Jeden z pierwszych kroków ku zmianie może stanowić już samo dostrzeżenie tej grupy jako wewnętrznie złożonej i zróżnicowanej pod względem potrzeb w zakresie afirmatywnej opieki nad zdrowiem seksualnym i reprodukcyjnym.

Piśmiennictwo

1. Szetela B, Gąsiorowski J, Łapiński Ł. *Profilaktyka przedekspozycyjna zakażenia HIV*. W: Parczewski M, Jabłonowska E, Witak-Jędra M red. *Zasady opieki nad osobami zakażonymi HIV. Zalecenia PTN AIDS 2021*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS; 2021, s. 38–42.

2. Sudler A, Cournos F, Arnold E, Koester K, Riano NS, Dilley J i wsp. *The case for prescribing PrEP in community mental health settings*. Lancet HIV 2021; 8(4): e237–e244.
3. Krakower DS. *Human Immunodeficiency Virus Preexposure Prophylaxis: Meeting the Needs of Transgender Populations*. Clin Infect Dis. 2021 Oct 5; 73(7): e2124–e2126.
4. World Health Organization. Policy brief: Transgender people and HIV. Geneva: World Health Organization; 2015, s. 6–7.
5. Chakrapani V. *Need for transgender-specific data from Africa and elsewhere*. Lancet HIV 2021; S2352–3018(20): 30344–1.
6. Poteat T, Wirtz AL, Reisner S. *Strategies for engaging transgender populations in HIV prevention and care*. Curr. Opin. HIV AIDS 2019; 14(5): 393–400.
7. Kirwan PD, Hibbert M, Kall M, Nambiar K, Ross M, Croxford S i wsp. *HIV prevalence and HIV clinical outcomes of transgender and gender-diverse people in England*. HIV Med. 2021; 22(2): 131–139.
8. Poteat T, Scheim A, Xavier J, Reisner S, Baral S. *Global epidemiology of HIV infection and related syndemics affecting transgender people*. J. Acquir. Immune. Defic. Syndr. 2016; 72 Suppl 3(Suppl 3): S210–219.
9. Schleifer D. *Make me feel mighty real: gay female-to-male transgenderists negotiating sex, gender, and sexuality*. Sexualities 2006; 9(1): 57–75.
10. Reisner SL, White JM, Mayer KH, Mimiaga MJ. *Sexual risk behaviors and psychosocial health concerns of female-to-male transgender men screening for STDs at an urban community health center*. AIDS Care 2014; 26(7): 857–864.
11. Bauer GR, Redman N, Bradley K, Scheim AI. *Sexual health of trans men who are gay, bisexual, or who have sex with men: results from Ontario, Canada*. Int. J. Transgend. 2013; 14(2): 66–67.
12. Państwowy Zakład Higieny. *Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce*. http://www.wold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/hiv_aids/index.htm (dostęp: 02.04.2021).
13. Deutsch MB, Glidden DV, Sevelius J i wsp. *HIV pre-exposure prophylaxis in transgender women: a subgroup analysis of the iPrEx trial*. Lancet HIV 2015; 2: e512–e519.
14. Mayer KH, Molina JM, Thompson MA, Anderson PL, Mounzer KC, De Wet JJ i wsp. *Emtricitabine and tenofovir alafenamide vs emtricitabine and tenofovir disoproxil fumarate for HIV pre-exposure prophylaxis (DISCOVER): primary results from a randomised, double-blind, multicentre, active-controlled, phase 3, non-inferiority trial*. Lancet 2020; 396(10246): 239–254.
15. Landovitz RJ, Donnell D, Clement ME, Hanscom B, Cottle L, Coelho L i wsp. *Cabotegravir for HIV prevention in cisgender men and transgender women*. N. Engl. J. Med. 2021; 385(7): 595–608.
16. Sevelius JM, Poteat T, Luhur WE, Reisner SL, Meyer IH. *HIV testing and PrEP use in a national probability sample of sexually active transgender people in the united states*. JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes 2020; 84(5): 437–442.
17. Finlayson T, Cha S, Xia M, Trujillo L, Denson D, Prejean J i wsp. *National HIV behavioral surveillance study group. Changes in HIV preexposure prophylaxis awareness and use among men who have sex with men – 20 urban areas, 2014 and 2017*. MMWR Morb. Mortal Wkly Rep. 2019; 68(27): 597–603.
18. Sevelius JM, Keatley J, Calma N, Arnold E. *‘I am not a man’: Trans-specific barriers and facilitators to PrEP acceptability among transgender women*. Glob. Publ. Health 2016; 11(7–8): 1060–1075.
19. Grant RM, Sevelius JM, Guanira JV, Aguilar JV, Chariyalertsak S, Deutsch MB. *Transgender women in clinical trials of pre-exposure prophylaxis*. JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes 2016; 72 Suppl 3(Suppl 3): S226–229.

20. Poteat T, Wirtz AL, Radix A, Borquez A, Silva-Santisteban A, Deutsch MB i wsp. *HIV risk and preventive interventions in transgender women sex workers*. *Lancet* 2015; 385(9964): 274–286.
21. Deutsch M, Chakravarty D, Rebhook G i wsp. *Associations between self-reported hormone use patterns and indicators of HIV care among transgender women of color in four US Cities*. 2015; National HIV Prevention Conference (Abstract 1886); Atlanta, GA.
22. Arkell C. *PrEP for understudied populations: exploring questions about efficacy and safety*. *Canadian AIDS treatment information exchange*. <https://www.catie.ca/en/pif/fall-2018/prep-understudied-populations-exploring-questions-about-efficacy-and-safety> (dostęp: 02.04.2021).
23. Cottrell ML, Srinivas N, Kashuba AD. *Pharmacokinetics of antiretrovirals in mucosal tissue. Expert opinion on drug metabolism and toxicology*. 2015; 11: 893–905.
24. Cottrell ML, Yang KH, Prince H i wsp. *A translational pharmacology approach to predicting HIV pre-exposure prophylaxis outcomes in men and women using tenofovir disoproxil fumarate + emtricitabine*. *J. Infect. Dis.* 2016; 214(1): 55–64.
25. Rowniak S, Ong-Flaherty C, Selix N, Kowell N. *Attitudes, beliefs, and barriers to PrEP among trans men*. *AIDS Educ Prev.* 2017; 29(4): 302–314.
26. Roffman R. *Psychoeducational groups*. W: Garvin CD, Gutiérrez LM, Galinsky MJ. *Handbook of social work with groups*. New York: The Guilford Press; 2004. S. 160–175.
27. Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J i wsp. *Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7*. *Int. J. Transgenderism* 2012; 13(4): 165–232.
28. Sevelius JM, Keatley J, Gutierrez-Mock L. *HIV/AIDS programming in the United States: considerations affecting transgender women and girls*. *Womens Health Issues* 2011; 21(6 Suppl): S278–282.
29. World Health Organization. *HIV and Young Transgender People. A technical brief*. WHO. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_young_transgender_en.pdf (dostęp: 12.05.2021).
30. Benjamin H. *The transsexual phenomenon*. New York: The Julian Press; 1966.
31. Joint United Nations programme on HIV/AIDS (UNAIDS). *Global report. UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013*. UNAIDS. https://unaids-test.unaids.org/sites/default/files/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf (dostęp: 12.05.2021).
32. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Screening in clinical settings*. <https://www.cdc.gov/hiv/clinicians/screening/clinical-settings.html> (dostęp: 12.05.2021).
33. U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). *Human Immunodeficiency Virus (HIV). Infection: Screening. Final Recommendation Statement*. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/human-immunodeficiency-virus-hiv-infection-screening> (dostęp: 12.05.2021).
34. Poteat T. *Transgender health and HIV. UCSF Transgender Care*. <https://transcare.ucsf.edu/guidelines/hiv> (dostęp: 12.05.2021).
35. World Health Organization. *WHO Implementation Tool for Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) of HIV Infection*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258517/WHO-HIV-2017.25-eng.pdf> (dostęp: 12.05.2021).
36. Keatley J, Bockting, W. *What are transgender women's HIV prevention needs?* UCSF Center for AIDS Prevention Studies. <https://prevention.ucsf.edu/sites/prevention.ucsf.edu/files/transgender-women-fact-sheet.pdf> (dostęp: 12.05.2021).

37. Sevelius J, Scheim A, Giambone B. *What are transgender men's HIV prevention needs?* UCSF Center for AIDS Prevention Studies. <https://prevention.ucsf.edu/sites/prevention.ucsf.edu/files/transgender-women-fact-sheet.pdf> (dostęp: 12.05.2021).
38. Garofalo R, Kuhns LM, Reisner SL, Biello K, Mimiaga MJ. *Efficacy of an empowerment-based, group-delivered HIV prevention intervention for young transgender women: the project lifeskills randomized clinical trial.* JAMA Pediatr. 2018; 172(10): 916–923.
39. Tanner MR, Miele P, Carter W i wsp. *Preexposure prophylaxis for prevention of HIV acquisition among adolescents: clinical considerations, 2020.* MMWR Recomm Rep. 2020; 69(3): 1–12.
40. Australian Federation of AIDS Organisations. *On-demand PrEP: Fact Sheet.* <https://www.afo.org.au/wp-content/uploads/2019/03/AFAO-On-Demand-PrEP-Fact-Sheet.pdf> (dostęp: 16.10.2021).
41. Terrence Higgins trust. *PrEP for trans men.* <https://www.iwantprepnw.co.uk/prep-for-trans-men/> (dostęp: 02.04.2021).
42. Murnane PM, Heffron R, Ronald A, Bukusi EA, Donnell D, Mugo NR i wsp. *Pre-exposure prophylaxis for HIV-1 prevention does not diminish the pregnancy prevention effectiveness of hormonal contraception.* AIDS 2014; 28(12): 1825–1830.
43. Grant RM, Pellegrini M, Defechereux PA, Anderson PL, Yu M, Glidden DV i wsp. *Sex hormone therapy and tenofovir diphosphate concentration in dried blood spots: Primary results of the iBrEATHe Study.* Clin Infect Dis. 2021;73(7):e2117-e2123. doi: 10.1093/cid/ciaa1160.
44. Anderson PL, Liu AY, Castillo-Mancilla JR i wsp. *Intracellular tenofovir-diphosphate and emtricitabine-triphosphate in dried blood spots following directly observed therapy.* Antimicrob. Agents Chemother. 2017; 62(1): e01710–17.
45. Shieh E, Marzinke MA, Fuchs EJ i wsp. *Transgender women on oral HIV pre-exposure prophylaxis have significantly lower tenofovir and emtricitabine concentrations when also taking oestrogen when compared to cisgender men.* J. Int. AIDS Soc. 2019; 22(11): e25405.
46. Hiransuthikul A, Janamnuaysook R, Himmad K i wsp. *Drug-drug interactions between feminizing hormone therapy and pre-exposure prophylaxis among transgender women: the iFACT study.* J. Int. AIDS Soc. 2019; 22(7): e25338.

Adres: Zofia Kania
Uniwersytet Jagielloński
Instytut Psychologii
30-060 Kraków, ul. Ingardena 6
e-mail: zofia.kania@uj.edu.pl

Otrzymano: 3.08.2021
Zrecenzowano: 20.09.2021
Otrzymano po poprawie: 3.12.2021
Przyjęto do druku: 12.12.2021