

Humaan immuundeficiëntievirus (hiv)
infectie in Nederland

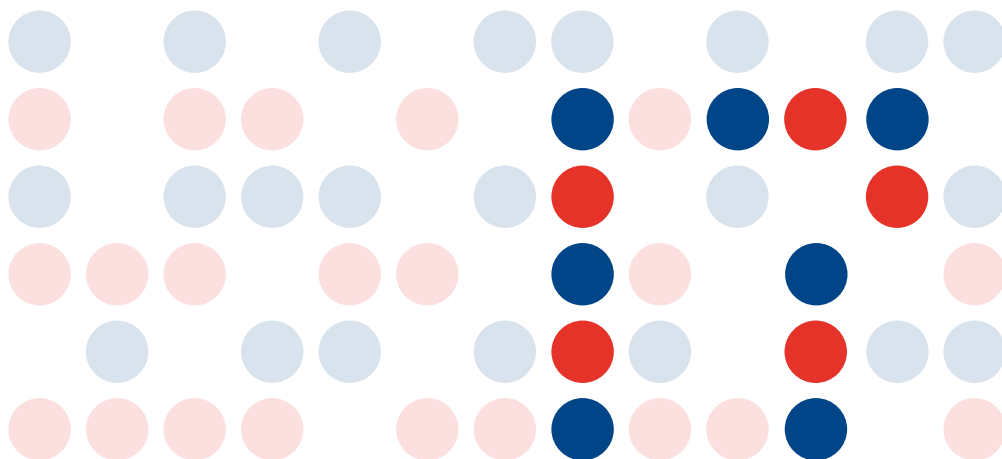


HIV Monitoring Report

2017

Samenvatting en aanbevelingen

Het HIV Monitoring Report 2017 is nu beschikbaar via www.hiv-monitoring.nl



Wat doet Stichting HIV Monitoring?

Stichting HIV Monitoring (SHM) is in 2001 opgericht en door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aangewezen als de instantie die de registratie en monitoring van hiv-positieve individuen in Nederland uitvoert.

SHM streeft naar het volledig in kaart brengen van de hiv-epidemie in Nederland om daarmee een bijdrage te leveren aan de kennis over hiv. In samenwerking met alle hiv-behandelcentra in het land heeft SHM een solide raamwerk opgezet om gegevens over hiv systematisch te verzamelen en alle geregistreerde hiv-positieve personen te volgen over de tijd. Nederland is het enige land ter wereld met een dergelijke registratie, wat zorgverleners in staat stelt de hoogst mogelijke kwaliteit van hiv-zorg na te streven.

Naast de nationale rapportages beschikken zorgverleners ook over centrum-specifieke rapportages om de door hen verleende zorg te kunnen monitoren en eventueel verder te optimaliseren. Daarnaast worden SHM-data ook op verzoek beschikbaar gesteld voor hiv-gerelateerd onderzoek binnen en buiten Nederland. Uitkomsten van het onderzoek van SHM en internationale samenwerkingen leveren tastbare bijdragen aan hiv-behandelrichtlijnen en verbetering van de hiv-zorg in Nederland.

Bezoek onze website (www.hiv-monitoring.nl) voor meer informatie over SHM, of om u in te schrijven voor onze nieuwsbrief.



Stichting HIV Monitoring

Postadres:

Academisch Medisch Centrum – Universiteit van Amsterdam,
Meibergdreef 9, 1105 AZ Amsterdam

Bezoekadres:

Tafelberg 51, 1105 BD Amsterdam
hiv.monitoring@amc.uva.nl; www.hiv-monitoring.nl

Voorwoord

De samenvatting van het *'Monitoring Report 2017 on Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection in the Netherlands'* laat u de belangrijkste trends met betrekking tot de hiv-epidemie in Nederland zien. Daarnaast worden hierin de belangrijkste aanbevelingen over hiv in Nederland weergegeven.

Het volledige Monitoring Report en bijhorende figuren zijn online beschikbaar (www.hiv-monitoring.nl) en geeft een update over het hiv-monitoringprogramma: het aantal nieuw-geregistreerde hiv-diagnoses, de veranderingen in de karakteristieken van de hiv-positieve populatie ten tijde van de diagnose over tijd, trends in het voorschrijven van combinatie antiretrovirale therapie (cART), het effect van cART, de ontwikkeling van resistentie tegen antiretrovirale medicijnen, morbiditeit en mortaliteit in de hiv-positieve populatie in Nederland, en een hoofdstuk over de kwaliteit van zorg in de 26 hiv-behandelcentra in Nederland. Zoals in voorgaande jaren omvat het onderdeel 'Special Reports' een hoofdstuk over de resultaten van de Amsterdam Cohort Studies en een hoofdstuk over hiv in Curaçao.

Wederom wil ik mijn dank uitspreken naar de hiv-behandelaren en de volksgezondheidsdeskundigen die input hebben gegeven op het Monitoring Report. We zijn erg dankbaar voor hun waardevolle bijdrage. Ik wil ook graag de hiv-behandelaren, hiv-consulenten, het personeel van de laboratoria in de hiv-behandelcentra en de dataverzamelaars en datamonitors, zowel binnen als buiten SHM, bedanken. Zonder hun onvermoeibare inzet en motivatie zou ons werk onmogelijk zijn. Als laatste wil ik ook mijn dank uitspreken naar de mensen die leven met hiv en die hun data beschikbaar hebben gesteld aan SHM. Alleen door de samenwerking tussen professionals en patiënten is het mogelijk om onze inzichten in de vele facetten van hiv en hiv-behandelingen te vergroten. Hierdoor kunnen we de zorg voor mensen die leven met hiv blijven verbeteren. Niet alleen in Nederland, maar ook elders in de wereld.



Professor Peter Reiss, MD

Directeur Stichting HIV Monitoring

De hiv-epidemie in Nederland

Hiv-positieve personen in zorg eind 2016

Eind 2016 waren in Nederland 19.035 personen (18.824 volwassenen en 211 kinderen en adolescenten) met hiv in zorg bij een van de 26 hiv-behandelcentra voor volwassenen of een van de 4 kinderbehandelcentra. Van deze 19.035 volwassenen en kinderen was 97% (18.552) ooit gestart met antiretrovirale combinatietherapie (cART) en had 91% (17.280) ten tijde van hun laatste hiv-RNA-meting een onderdrukte virale lading van minder dan 200 kopieën/ml. Dit zijn indrukwekkende resultaten vergeleken met cijfers uit andere delen van de wereld.

Nieuwe diagnoses in 2016

In 2016 werd het merendeel (67%) van de nieuw-gediagnosticeerde hiv-infecties geconstateerd onder mannen die seks hebben met mannen (MSM). Daarnaast was 25% van de gediagnosticeerde hiv-infecties via heteroseksueel contact opgelopen en ongeveer 8% was op andere of onbekende wijze overgedragen. Meer dan een kwart van alle mensen bij wie hiv gevonden werd was 50 jaar of ouder. Sinds 2008 is er een dalende lijn in het jaarlijkse aantal nieuwe hiv-diagnoses naar ongeveer 900 per jaar in de afgelopen jaren. Deze dalende lijn zette zich in 2016 voort, met de kanttekening dat het weergegeven aantal diagnoses (816) voor dat jaar mogelijk nog te laag is ingeschat, omdat de registratie van hiv-diagnoses nog niet is afgerond. Meer dan 95% van de gediagnosticeerde personen was binnen zes weken bij specialistische hiv-zorg terechtgekomen. Dit percentage was in alle behandelcentra nagenoeg hetzelfde, ongeacht de gezondheidsinstelling waar de hiv-diagnose werd vastgesteld.

CD4-aantal bij diagnose en bij start van cART

Er wordt in Nederland vaker getest op hiv. Ten eerste stijgt het aandeel mensen met een eerdere negatieve hiv-test: 71% van de MSM, 32% van de andere mannen en 40% van de vrouwen die in 2016 gediagnosticeerd werden met hiv hadden voor zover bekend een eerdere negatieve test. Daarnaast neemt het aantal mensen dat in een relatief vroeg stadium van de infectie wordt gediagnosticeerd toe en start men ook vaker in deze vroege fase met cART. Deze trend doet zich met name voor onder MSM. Dit is terug te zien in de CD4-aantallen, die in de loop van de tijd zowel bij de hiv-diagnose als bij de start van cART zijn gestegen naar een mediaan van respectievelijk 380 en 410 cellen/mm³ in 2016.

Mensen starten ook steeds vaker met cART bij een hoger CD4-aantal. In 2015 was nog 87% van de mensen met een CD4-aantal van 500 cellen/mm³ of hoger binnen een half jaar na de diagnose met cART gestart, in 2016 was dit percentage gestegen tot 94%. Desondanks komen nog steeds te veel mensen laat in zorg. In 2016 presenteerde 43% van de gediagnosticeerde personen zich laat voor zorg (met aids of een CD4-aantal lager dan 350 cellen/mm³) en 26% presenteerde zich met een gevorderde hiv-infectie (met een CD4-aantal lager dan 200 cellen/mm³ of aids). Over het algemeen is de kans om laat in zorg te komen groter voor andere mannen dan MSM, personen van 45 jaar of ouder en mensen

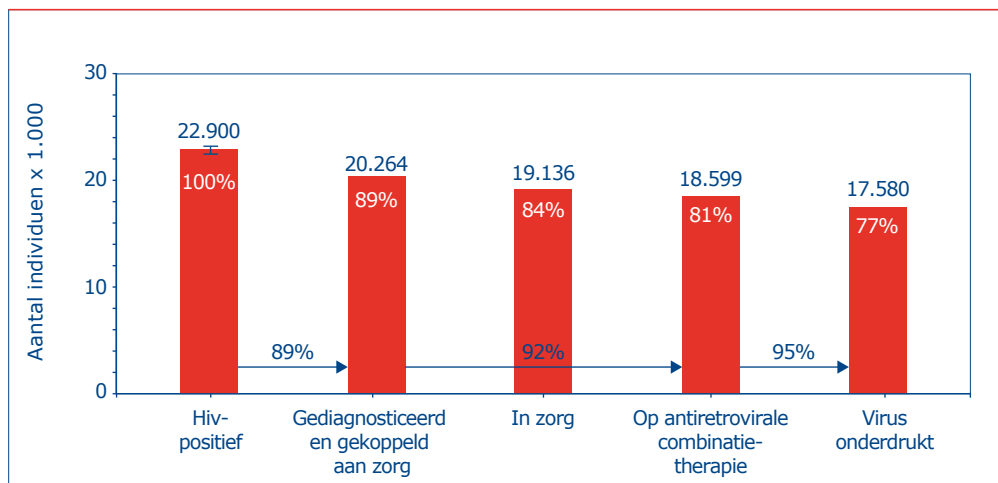
afkomstig uit Zuid- en Zuidoost-Azië en sub-Sahara Afrika. In 2016 was het opvallend dat MSM in Amsterdam eerder in de infectie werden gediagnosticeerd dan MSM in andere delen van Nederland. Dit is mogelijk een indicatie voor de effectiviteit van het H-TEAM, dat sinds een paar jaar actief is in Amsterdam.

Hiv-zorgcontinuüm in 2016

Naar schatting waren er eind 2016 in Nederland 22.900 personen die leven met hiv, waarvan bij 2.600 personen de diagnose nog niet was gesteld (Figuur 1). In totaal waren 20.264 personen (89% van het geschatte totale aantal personen met hiv) gediagnosticeerd, aan zorg gekoppeld en bij SHM aangemeld. Hiervan waren er in 2016 19.136 nog steeds in zorg. Het merendeel van deze mensen, 18.599 in totaal, was gestart met cART en bij 17.580 individuen was de meest recente hiv-RNA-bepaling lager dan 200 kopieën/ml. In totaal had 77% van het geschatte aantal personen dat leeft met hiv en 87% van de gediagnosticeerde en ooit aan zorg gekoppelde personen een onderdrukte virale lading.

Een hernieuwde schatting van het hiv-zorgcontinuüm voor 2015 op basis van de meest recente data laat zien dat er, vergeleken met de getallen in het Monitoring Report van vorig jaar, een aanzienlijke stijging was in het aantal mensen dat eind 2015 behandeld werd met cART. Daarnaast was er een nog grotere stijging in het aantal mensen met een onderdrukte virale lading. Om de voortgang in het bereiken van de door UNAIDS geformuleerde 90-90-90-doelstellingen beter te kunnen monitoren is het noodzakelijk de start van behandeling en de metingen van virale lading tijdiger te registreren. Het laatste kan aanzienlijk worden verbeterd door het sneller uitbreiden van de automatische invoer van laboratoriumuitslagen bij SHM naar alle hiv-behandelcentra in Nederland.

Figuur 1: Hiv-zorgcontinuüm voor de geschatte totale hiv-positieve populatie in Nederland eind 2016.



Om een significante daling in de incidentie van nieuwe infecties te bereiken, blijven transdisciplinaire strategieën nodig die gericht zijn op alle factoren die de epidemie in stand houden. Het doel van deze strategieën, waarvoor het Amsterdamse H-TEAM als voorbeeld mag dienen, moet zijn het terugdringen van de kans op een hiv-infectie in de belangrijkste risicopopulaties en het tegelijkertijd vroegtijdig identificeren van mensen met hiv, deze mensen snel aan zorg koppelen en ze gelijk antiretrovirale combinatietherapie aanbieden.

Antiretrovirale combinatietherapie bij volwassenen

Starten met cART & startregimes in 2011–2016

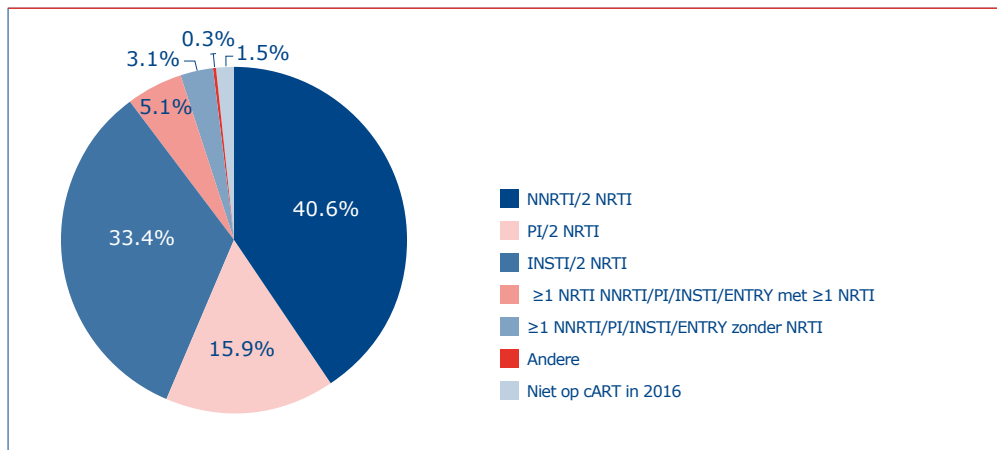
De snelle start met cART na een hiv-diagnose, ongeacht het CD4-aantal, blijft toenemen over de tijd. Het merendeel van de volwassenen die in 2016 in zorg kwam en startte met cART deed dit binnen een maand na de diagnose. In 2016 was het mediane CD4-aantal bij start van cART 410 cellen/mm³. Driekwart van de mensen startte in 2016 met een integraseremmer-bevattend startregime. Abacavir/lamivudine/dolutegravir en tenofovir alafenamide/emtricitabine/cobicistat-geboost elvitegravir waren de meest gebruikte startregimes in 2016.

Net als in voorgaande jaren is toxiciteit de belangrijkste reden voor het stoppen met of switchen van het startregime tijdens het eerste jaar. Toxiciteit-gerelateerde stopredenen waren voornamelijk geassocieerd met het centraal zenuwstelsel, gastro-intestinale klachten, de lever of medicatie-gerelateerde huiduitslag. Andere, meer recente, belangrijke redenen voor het stoppen met of switchen van het regime tijdens het eerste jaar cART waren simplificatie en de beschikbaarheid van nieuwe medicijnen. Desalniettemin blijven mensen het startregime langer gebruiken.

Hiv-positieve volwassenen in zorg en op cART in 2016

Van alle hiv-positieve volwassenen die gestart waren met cART en in zorg waren in 2016, kreeg de meerderheid een cART-regime voorgeschreven op basis van twee nucleoside-reverse-transcriptaseremmers (NRTIs), gecombineerd met een non-NNRTI (NNRTI, 41%), een integraseremmer (33%) of een proteaseremmer (16%) (Figuur 2). De regimes die in 2016 het meest waren voorgeschreven waren abacavir/lamivudine/dolutegravir (15%) en tenofovir disoproxil fumarate/emtricitabine gecombineerd met efavirenz (15%) of nevirapine (11%).

Figuur 2: Het gebruik van combinatie antiretrovirale therapie (cART) in 2016 onder hiv-positieve volwassenen die ooit gestart zijn met cART.



Legenda: cART=antiretrovirale combinatietherapie; ENTRY=entrée-remmer; INSTI=integraseremmer; NRTI=nucleoside-reverse-transcriptaseremmer; NNRTI=non-NRTI; PI=proteaseremmer.

CART-regimes op basis van een integraseremmer zijn op grote schaal geïmplementeerd in Nederland: 39% van alle initiële cART-regimes in 2016 was gebaseerd op een integraseremmer, vergeleken met 27% in 2015. Hoewel twee derde van de initiële cART-regimes de backbone tenofovir disoproxil fumarate/emtricitabine bevatte, heeft de beschikbaarheid van nieuwe combinatiepillen geleid tot een toename in het voorschrijven van abacavir/lamivudine en tenofovir alafenamide/emtricitabine in 2016.

Virologische respons & hiv-therapieresistentie

De virale onderdrukking, zowel op de korte als de lange termijn, wordt in hoge mate bereikt en blijft verbeteren. Van alle hiv-positieve volwassenen die in 2016 in zorg waren en cART gebruikte, had 97% een ondetecteerbare virale lading (<200 kopieën/ml). De volwassenen die vóór 1990 met hiv waren gediagnosticeerd en in 2016 in zorg waren en cART gebruikte (ook wel long-term survivors), hadden een even hoge mate van virale onderdrukking.

Verworven therapieresistentie onder volwassenen die virologisch falen komt weinig voor en blijft afnemen over de tijd. Overgedragen hiv-therapieresistentie kwam zelden voor en de algehele prevalentie blijft laag en stabiel. Resistentie tegen integraseremmers blijft zeldzaam en beperkt tot mensen met een uitgebreide voorafgaande behandeling. Tot op heden is overgedragen resistentie tegen integraseremmers niet geobserveerd.

In lijn met de herziene hiv-behandelrichtlijnen, is een snelle start met cART steeds gebruikelijker geworden in 2016. De introductie van nieuwe op integraseremmer-gebaseerde combinatiepreparaten, die eenmaaldaags genomen worden, heeft de laatste jaren het cART-gebruik in Nederland veranderd. Alle op dit moment aanbevolen regimes zijn duurzaam en effectief.

Kwaliteit van zorg

Zoals verwacht was er enige variatie tussen de 26 hiv-behandelcentra voor volwassenen voor een aantal verschillende indicatoren voor de kwaliteit van zorg. Over het geheel is het percentage personen dat in zorg blijft hoog, hoewel dit percentage lager was onder personen van niet-Nederlandse afkomst. In de meeste centra starten in verhouding steeds meer individuen sneller met cART nadat ze in zorg komen. Dit bevestigt dat de behandelcentra de nieuwe richtlijnen volgen, die aangeven dat iedereen die gediagnosticeerd wordt met hiv direct cART aangeboden moet krijgen, ongeacht het CD4-aantal. Het is echter belangrijk om op te merken dat er een aantal centra zijn waar dit beleid verder kan worden verbeterd onder mensen die in zorg komen met een CD4-aantal hoger dan 350 cellen/mm³. Verder zijn de cijfers voor virale onderdrukking in de eerste 6 maanden op cART, evenals tijdens langdurig gebruik van cART, hoog in alle hiv-behandelcentra in Nederland, ongeacht het aantal personen dat een centrum in zorg heeft.

Variatie in HCV-screening

Er is een grotere spreiding tussen de verschillende centra waargenomen bij de herhaaldelijke HCV-screening van MSM. Dit kan tot op zekere hoogte verklaard worden door centrum-specifiek beleid. In een aantal centra wordt er namelijk gericht gescreend op HCV bij de aanwezigheid van incidentele transaminase-verhogingen. Deze verklaring wordt ondersteund door de observatie dat 90% van de MSM die niet gescreend zijn op HCV geen verhoogde incidentele transaminase-verhogingen vertoonden. Verder kunnen de verschillen in de MSM-populatie met betrekking tot risicogedrag voor het oplopen van HCV bijdragen aan de variatie tussen centra op het gebied van HCV-screening. Om vroegtijdig HCV herinfecties te ontdekken, wordt er aanbevolen om alle HCV/hiv co-geïnfecteerde personen die eerder succesvol behandeld zijn voor HCV regelmatig te screenen. Daarom is het nodig om herhaaldelijke HCV-screening en andere gerapporteerde trends te blijven monitoren.

Ziektebelastingen en sterfte

De sterfte onder hiv-positieve personen die in Nederland in zorg zijn blijft laag. Aids-gerelateerde sterfte neemt steeds verder af, met een verschuiving naar andere doods-oorzaken. Niet-aids-gerelateerde comorbiditeiten, waaronder niet-aids-definiërende

maligniteiten, hart- en vaatziekten en chronische leverziekte, maken een fors deel van die andere oorzaken uit. Toch is het opvallend dat het aantal en proportie mensen die aan aids overlijden (15% van het totale aantal sterfgevallen in de periode 2014-2016) blijft dalen. Sterfte als gevolg van aids is grotendeels het gevolg van late presentatie en laat in zorg komen. Dit benadrukt wederom hoe belangrijk het is om hiv-positieve personen in een vroeg stadium van de hiv-infectie te identificeren en aan zorg te koppelen.

Hogere leeftijd en comorbiditeit

Zoals verwacht is een hogere leeftijd een belangrijke risicofactor voor comorbiditeiten die traditioneel geassocieerd worden met het ouder worden, waaronder met name hart- en vaatziekten en niet-aids-gerelateerde maligniteiten. Hierbij is het belangrijk om op te merken dat het percentage oudere personen met een nieuwe hiv-diagnose die in Nederland in zorg komen substantieel is: in 2016 was 27% 50 jaar of ouder. Tegelijkertijd wordt de totale hiv-positieve populatie in zorg in Nederland steeds ouder: 46% is momenteel ouder dan 50 jaar (vergeleken met 45% in 2015, 42% in 2014 en 39% in 2013). Het toenemende percentage personen met meerdere comorbiditeiten is in het bijzonder zorgwekkend. Het risico op meerdere comorbiditeiten lijkt namelijk verhoogd onder mensen met hiv, zoals onder meer blijkt uit gegevens van de AGE_{IV}-cohortstudie, waarin SHM samenwerkt met het Academisch Medisch Centrum, het Amsterdam Institute for Global Health and Development en GGD Amsterdam.

Cardiovasculair risico

Ondanks de stijgende leeftijd van de hiv-positieve populatie, is het percentage hiv-positieve personen met een hoog of zeer hoog cardiovasculair risico in de periode 2000-2016 slechts licht toegenomen. Dit wijst erop dat het cardiovasculaire risicomanagement in de loop van de tijd mogelijk is verbeterd. Er blijft echter veel ruimte voor verdere verbetering, gezien het suboptimale gebruik van statines, antihypertensiva en antistollingsmiddelen als secundaire preventie na een myocardinfarct of ischemisch cardiovasculair accident, en de lage mate waarmee deze geneesmiddelen worden toegepast voor de primaire preventie van hart- en vaatziekten.

Niet-aids-gerelateerde maligniteiten

De ruwe incidentie van niet-aids-gerelateerde maligniteiten in Nederland is in de loop van de tijd stabiel gebleven, maar het aantal sterfgevallen als gevolg van deze maligniteiten is toegenomen. Onder mannen is een daling te zien in de voor leeftijd gestandaardiseerde incidentie van niet-aids-gerelateerde maligniteiten, waaronder anuscarcinoom. Deze afname is mogelijk het gevolg van een afname van risicofactoren als roken, maar ook van meer uitgebreide screening en behandeling van anuscarcinoom in een vroeg (pre-malignant) stadium, evenals een toename van het aantal personen met hogere CD4-aantallen in de laatste jaren. De meest voorkomende niet-aids-gerelateerde maligniteiten zijn long-, anus-, gastro-intestinale-, en hoofd- en hals-carcinomen, Hodgkin-lymfom en prostaatkanker.

Bewustwording van de rol van beïnvloedbare, vaak leefstijl-gerelateerde, risicofactoren en het managen hiervan door zowel artsen als mensen die leven met hiv biedt belangrijke hoop dat de ziektelast door comorbiditeiten kan worden verlaagd en mensen met hiv gezonder ouder kunnen worden. De urgentie hiervoor is nog groter voor personen die ouder zijn of anderszins een hoog risico op comorbiditeiten hebben. Dit geldt niet alleen voor aandoeningen als hart- en vaatziekten en diabetes mellitus, maar ook voor maatregelen om kanker, chronische nierziekte en osteoporose te voorkomen. Tegelijkertijd is er duidelijk ruimte voor verbetering in het gebruik van biomedische interventies met bekende effectiviteit voor primaire en secundaire preventie van cardiovasculaire ziektes conform algemene richtlijnen.

Hepatitis B en C co-infecties

Screening op co-infectie met het hepatitis C (HCV) en hepatitis B (HBV) virus is nu onderdeel geworden van de standaard hiv-zorg in Nederland. Tegen 2016 was de screening voor HCV en HBV universeel geworden en, als gevolg daarvan, is de aan- of afwezigheid van een HCV- of HBV-infectie nu gedocumenteerd voor vrijwel alle hiv-positieve individuen. Bij ongeveer 12% van de individuen is aangetoond dat ze ooit aan HCV blootgesteld zijn geweest, 6% had een chronische HCV-infectie en 2% had een acute HCV-infectie op het moment van diagnose. HCV genotype 1 was het meest voorkomende genotype in individuen met zowel een chronische als een acute HCV-infectie. De meeste individuen met een HCV-infectie waren mannen uit Nederland of andere Europese landen.

Bij 7% van de personen werd een chronische HBV-infectie vastgesteld. De prevalentie van HBV is in de loop van de tijd afgenomen als gevolg van een toename van het aantal HBV-vaccinaties en het HBV-preventieve effect van tenofovir disproxil fumarate/tenofovir alafenamide in met cART behandelde personen.

Naar schatting is 30% van alle hiv-positieve personen en 18% van MSM ofwel nooit aan HBV blootgesteld of niet succesvol gevaccineerd; zij blijven risico lopen op een HBV-infectie. Deze bevindingen laten zien waarom het zo belangrijk is dat we ons in blijven zetten om het aantal succesvolle HBV-vaccinaties in deze subgroep te vergroten, vooral in de groep die geen tenofovir-bevattend cART-regime krijgt.

Mensen met een HCV of HBV co-infectie blijven over het algemeen een verhoogd risico houden op lever-gerelateerde morbiditeit en mortaliteit. Voor personen die na 2000 zijn gediagnosticeerd met chronische HCV of HBV, is de kans op lever-gerelateerde sterfte significant verminderd. Bij mensen met een chronische HBV-infectie is dit waarschijnlijk het gevolg van de steeds betere behandeling van HBV door het gebruik van tenofovir-bevattende cART.

HCV & direct-werkende antivirale middelen

Sinds 2014 zijn peg-interferon-bevattende regimes voor de behandeling van HCV-infectie grotendeels vervangen door een verscheidenheid aan nieuwe direct-werkende antivirale middelen (DAA's). Daarnaast worden meer hiv-positieve mensen met een HCV co-infectie voor HCV behandeld. Meer dan 750 personen hebben een behandeling gehad of worden momenteel behandeld met DAA's. Opvallend is dat 97% van alle met DAA behandelde individuen een sustained viral response hebben bereikt en zijn genezen. Belangrijk om op te merken is dat deze ontwikkelingen al hebben geleid tot een lager totaal aantal individuen met een HCV co-infectie die nog een effectieve behandeling nodig hebben, vergeleken met het rapport van vorig jaar (225 in mei 2017 vs. 499 personen in augustus 2016). Dit is ondanks een toename van het totale aantal mensen met een HCV co-infectie die momenteel in zorg zijn (1.439 per mei 2017 vs. 1.420 per augustus 2016).

De succesvolle behandeling van HCV kan ook de kans op verdere verspreiding van HCV verkleinen. Dit wordt mogelijk gereflecteerd in een lager aantal acute HCV-infecties in het afgelopen jaar en ook door een snelle daling in de prevalentie van een actieve HCV-infectie; in MSM is deze prevalentie gedaald tot minder dan 1,5% in 2016. De transmissie van HCV blijft echter wel voortduren, zo blijkt uit de observatie dat HCV herinfectie nog steeds voorkomt na een succesvolle behandeling. Desalniettemin is het aantal herinfecties in de afgelopen jaren gedaald.

De snel groeiende beschikbaarheid van DAA-regimes voor HCV-behandeling, in combinatie met geoptimaliseerde screening op HCV co-infecties, zullen op den duur waarschijnlijk de impact van HCV co-infecties op lever-gerelateerde morbiditeit en mortaliteit beperken, maar moeten blijven worden gemonitord. Om de incidentie van HCV-infecties onder de meest getroffen populatie (MSM) te verkleinen, wordt geadviseerd om de succesvol behandelde personen regelmatig te screenen en daarnaast preventieve gedragsinterventies gericht op MSM te voeren. Hierdoor kunnen herinfecties sneller worden opgespoord en behandeld.

Hiv bij zwangere vrouwen en kinderen

Zwangere vrouwen

Het absolute aantal zwangerschappen in vrouwen die leven met hiv in Nederland is afgenomen over de tijd. De proportie vrouwen op cART met een ondetecteerbare virale lading ten tijde van de bevalling, de belangrijkste factor in het voorkomen van verticale transmissie, is aanzienlijk verbeterd en is nu bijna 100%. Samen met de universele screening op hiv bij zwangere vrouwen tijdens het eerste trimester zorgt dit ervoor dat perinatale transmissie van hiv uiterst zelden voorkomt.

Om verticale transmissie van hiv tot nul te reduceren, blijft waakzaamheid op nieuwe hiv-infecties tijdens de zwangerschap noodzakelijk.

Kinderen

Van de 590 kinderen die voor hun 18^e verjaardag zijn gediagnosticeerd en bij SHM zijn geregistreerd, is de meerderheid nog steeds in zorg. Van hen is 57% inmiddels volwassen en overgestapt van een hiv-behandelcentrum voor kinderen naar een centrum voor volwassenzorg. Echter, bijna 30% van de kinderen die overstapt op volwassenzorg heeft geen onderdrukte virale lading op het moment van transitie.

Een substantieel proportie van de kinderen die sinds 2010 nieuw-geregistreerd zijn is geadopteerd door Nederlandse ouders. De uitkomsten voor kinderen in Nederland die worden behandeld met cART zijn over het algemeen gunstig als het gaat om de lage mate van geobserveerde mortaliteit en het respons op de behandeling op de lange termijn.

Het zorgcontinuüm laat zien dat de meeste kinderen jonger dan 18 jaar in zorg blijven. Jonge personen ouder dan 18 jaar met een hiv-1-infectie die niet verticaal is verkregen raken echter vaker uit zorg. Ook blijkt dat in vergelijking met kinderen die jonger dan 18 jaar zijn, jonge personen ouder dan 18 jaar minder vaak een ondetecteerbare virale lading hebben op het moment van het meest recente klinische bezoek.

Het grote aantal kinderen met een slecht onderdrukte virale lading bij transitie naar volwassenenzorg illustreert dat optimalisatie van de langetermijnzorg voor deze bijzonder kwetsbare en moeilijk te managen groep jonge individuen zeer noodzakelijk is.

Hiv op Curaçao

Ook in 2016 ondersteunde SHM de Stichting Rode Kruis Bloedbank bij het verzamelen van gegevens en het monitoren van mensen met hiv in zorg in het St. Elisabeth Hospitaal in Willemstad op Curaçao. De laatste jaren worden hiv-positieve mensen op Curaçao in een steeds vroeger stadium van de infectie gediagnosticeerd, zoals blijkt uit een afnemend percentage personen dat zich laat presenteert voor zorg. Als gevolg hiervan wordt bij steeds hogere CD4-aantallen gestart met cART. Hoewel een vroege start van behandeling mogelijk blijkt te zijn, moet de doorlopende follow-up op de lange termijn gegarandeerd zijn om het effect van de behandeling te optimaliseren.

De Amsterdam Cohort Studies

De Amsterdamse Cohort Studies (ACS) over hiv en aids startten kort nadat de eerste gevallen van aids waren vastgesteld in Nederland. Sinds 1984 zijn mannen die seks hebben met mannen (MSM) geïnccludeerd in deze prospectieve cohortstudie. In 1985 werd een tweede cohort onder mensen die drugs gebruiken (*people who use drugs; PWUD*) geïnitieerd.

De ACS onderzoeken de prevalentie en incidentie van hiv-1-infectie en aids, de geassocieerde risicofactoren, het natuurlijk beloop en de pathogenese van hiv-infectie, en de effecten van interventies.

Op 31 december 2016 waren in totaal 2.736 MSM ooit geïncludeerd in de ACS. Op het moment van inclusie waren 607 van de 2.736 MSM hiv-positief, 251 mannen hebben een hiv-infectie opgelopen tijdens de studie. In 2016 waren binnen de ACS 630 hiv-negatieve en 64 hiv-positieve MSM in actieve follow-up. Drie MSM hebben in 2016 een hiv-infectie opgelopen. De geobserveerde hiv-incidentie onder MSM is relatief stabiel gebleven rond 0,5 per 100 persoonsjaren.

Op 31 december 2016 waren er in totaal 1.680 PWUD ooit geïncludeerd in de ACS. Op het moment van inclusie waren 323 PWUD hiv-positief en 99 PWUD hebben tijdens de observatietijd van de studie een hiv-infectie opgelopen; de laatste nieuwe hiv-infectie is waargenomen in 2012. De follow-up van PWUD in de ACS is gestopt in 2016.

Belangrijke hoogtepunten van het ACS-onderzoeksprogramma in 2016 waren het onderzoek naar de rol van IP-10 als marker van hiv-1 ziekteprogressie en een studie naar monoklonale antilichamen van een 'elite neutraliser', die kansen kan bieden voor de ontwikkeling van een vaccin tegen hiv. Verder is er onderzoek gedaan op het gebied van virale hepatitis B (HBV) en C (HCV). Bloedplasmamonsters van de HBsAG-positieve MSM zijn gebruikt om de oorsprong van de HBV-G-variantie in Amsterdam te traceren. Daarnaast is de kosteneffectiviteit van HCV-behandeling onder mensen die drugs injecteren (*people who inject drugs; PWID*) onderzocht. In deze studie werd geconcludeerd dat de behandeling van HCV met regimes die direct-werkende antivirale middelen bevatten zeer kosteneffectief is onder PWID.

