

# Monitoringrapport 2012

Humaan immuundeficiëntievirus (HIV) infectie in Nederland



**Nederlandse samenvatting**

## Monitoring van HIV in Nederland

Elk jaar rond 1 december, Wereld AIDS dag, publiceert de Stichting HIV Monitoring (SHM) haar monitoringrapport. Dit twaalfde rapport geeft een uitgebreid overzicht van ontwikkelingen in de epidemie en behandeling van de infectie met het humaan immuundeficiëntievirus (HIV) in Nederland. Net als vorig jaar is er ook deze keer weer een korte, Nederlandse samenvatting van de belangrijkste ontwikkelingen gemaakt.

### Wat doet de Stichting HIV Monitoring?

De Stichting HIV Monitoring is in 2001 voortgekomen uit het succesvolle *AIDS Therapy Evaluation in the Netherlands* (ATHENA) project. In 2002 heeft de toenmalige minister van VWS de stichting officieel opdracht gegeven om de HIV-epidemie en kwaliteit van HIV-zorg in Nederland in kaart te brengen. Door de inmiddels jarenlange verzameling van anonieme gegevens van HIV-geïnficeerden in Nederland kan de SHM een waardevolle bijdrage leveren aan de kennis over HIV en de verbetering van zorg. Onze belangrijkste doelgroep bestaat dan ook uit de artsen die werken in één van de 26 officieel benoemde HIV-behandelcentra in Nederland. Zij kunnen gebruik maken van de in hun ziekenhuis verzamelde gegevens, maar ook van de gegevens uit andere ziekenhuizen bij het uitvoeren van goedgekeurde onderzoeksvoorstellen. Daarnaast kunnen de gegevens door de SHM worden gebruikt bij het uitvoeren van onderzoek in nationale of internationale samenwerkingsverbanden.



Stichting HIV Monitoring

Postadres: Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam, Meibergdreef 9, 1105 AZ Amsterdam

Bezoekadres: Hogeschool van Amsterdam, Tafelberg 51, 1105 BD Amsterdam

T 020 5664172, F 020 5669189, [hiv.monitoring@amc.uva.nl](mailto:hiv.monitoring@amc.uva.nl); [www.hiv-monitoring.nl](http://www.hiv-monitoring.nl)

## HIV in Nederland: een overzicht

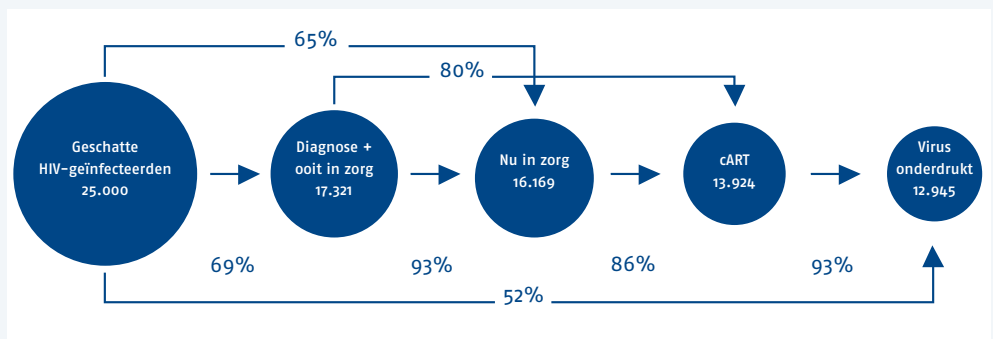
### In Nederland geregistreerde HIV-patiënten per medio 2012:

- 19.985 totaal geregistreerde geïnficeerden (inclusief overledenen en patiënten lost to follow-up)
- 16.169 (81%) op dit moment in zorg
  - 15.976 volwassenen (meer dan een derde is 50 jaar of ouder)
  - 193 kinderen en adolescenten
- gemiddeld ongeveer 1100 nieuwe diagnoses per jaar, waarvan 700-750 onder mannen die seks hebben met mannen (MSM)

Het aantal nieuwe diagnoses blijft dus min of meer stabiel, ondanks steeds vroeger start van de behandeling.

Bij ongeveer de helft van de totale geschatte HIV-populatie van 25.000 in Nederland wordt het virus succesvol onderdrukt met combinatie antiretrovirale therapie (cART).

Figure: 'Cascade of Care' – huidige situatie in Nederland



## Nieuwe ontwikkelingen

### Hoop en optimisme: op weg naar een generatie zonder AIDS?

HIV en AIDS kunnen nog steeds niet worden uitgeroeid, maar door behandeling van steeds meer mensen in een steeds vroeger stadium is de infectie steeds beter beheersbaar geworden. Tijdens de 19<sup>e</sup> Internationale AIDS Conferentie in Washington werd deze zomer de hoop uitgesproken dat het beheersbaar maken van de HIV-epidemie dichterbij ligt dan eerder verwacht. Antiretrovirale middelen blijken beter en effectiever dan gedacht; logistieke problemen om grote groepen HIV-geïnficeerden levenslange therapie te geven lijken overkomelijk (indien financieel haalbaar). Ook bestaat sinds kort de mogelijkheid om preventieve behandeling (PrEP) voor te schrijven aan mensen die een groot risico lopen op infectie.

## AIDS, ernstige niet aan AIDS gerelateerde ziektes, loss to follow-up en sterfte

Door behandeling op grote schaal is de AIDS-incidentie en sterfte de afgelopen 15 jaar sterk gedaald. Doordat HIV-geïnficeerden langer blijven leven komen nu vaker ziektes voor die gerelateerd zijn aan een hogere leeftijd, waaronder:

- Nierziekten
- Maligniteiten (kanker) die geen AIDS definiëren
- Leverziekten

De incidentie van deze ziekten is de afgelopen tien jaar stabiel gebleven.

- Hart- en vaatziekten
- Diabetes mellitus (suikerziekte)

De incidentie van deze ziekten is bij vrouwen de afgelopen tien jaar stabiel gebleven maar is bij mannen significant gedaald.

- Osteoporose

De incidentie van osteoporose is bij zowel mannen als vrouwen in de afgelopen tien jaar gestegen.

Onduidelijk is of bepaalde ziektebeelden bij HIV-geïnficeerden op vroegere leeftijd optreden dan bij niet HIV-geïnficeerden door de schade die aan het immuunsysteem is ontstaan. Ook is nog niet bekend of er door de geringe hoeveelheid aanwezig virus ziektes worden veroorzaakt.

### Loss to follow-up

Het percentage patiënten dat uitvalt (*lost to follow-up*) ligt veel hoger bij patiënten die niet in Nederland zijn geboren. Mogelijk komt dit doordat mensen vrijwillig het land verlaten, maar veranderingen in het Nederlandse immigratiebeleid zouden hier ook een oorzaak van kunnen zijn.

### Sterfte

*Het sterftecijfer onder HIV-geïnficeerden is de laatste jaren gedaald, zowel voor als na het starten met de cART-behandeling. Wanneer HIV-geïnficeerden nog niet zijn gestart met de behandeling, is het sterftepercentage zelfs vergelijkbaar met dat bij de algemene Nederlandse bevolking. Dit veronderstelt dat de HIV-diagnose wordt gesteld op het moment dat patiënten nog relatief gezond zijn en dat zij op tijd starten met cART. Echter na start van de behandeling ligt het sterftecijfer van HIV-geïnficeerden wel significant hoger; dit duidt erop dat de duur van de HIV-infectie, ongeacht behandeling, van invloed is op de levensverwachting.*

## Behandeling met cART

### Volwassenen

In 2011 zijn 1.014 HIV-1-geïnfekteerde patiënten gestart met combinatie antiretrovirale therapie (cART). Na start van de cART-behandeling bereikt 72% van de patiënten vervolgens binnen 9 maanden een HIV-RNA-concentratie in plasma tot onder de 50 kopieën/ml.

Door frequenter testen kunnen patiënten vaak in een vroeger stadium van infectie beginnen met behandeling. Dit volgt ook de huidige richtlijn die aanbeveelt cART aan alle HIV-geïnfekteerden aan te bieden. Wel is goede monitoring dan extra belangrijk, omdat de therapietrouw van patiënten mogelijk minder is als hun CD4-celaantal nog hoog is. Als het CD4-celaantal bij start van de therapie tussen de 350 en 500 cellen ligt, kunnen patiënten na acht jaar succesvolle behandeling weer een waarde bereiken die vergelijkbaar is met normale waarden bij niet-geïnfekteerden.

### Zwangeren

De cART-respons bij zwangere vrouwen is vergeleken tussen vrouwen die startten vóór hun zwangerschap en vrouwen die startten tijdens hun zwangerschap. De respons was groter bij vrouwen die tijdens hun zwangerschap met behandeling startten, maar in deze groep kwam therapiefalen ook vaker voor. Dit zou te maken kunnen hebben met verminderde therapietrouw na de bevalling.

Met de algehele stijging van de leeftijd van HIV-geïnfekteerden is het aantal zwangerschappen overigens in alle bevolkingsgroepen afgenomen.

### Kinderen

HIV-geïnfekteerde kinderen worden in Nederland behandeld in vier speciale pediatrische HIV-behandelcentra. Bij zeer jonge kinderen, tussen 0 en 2 jaar oud, is de vroege virologische respons bij start van de therapie slechter dan bij oudere kinderen; op de langere termijn is de respons vergelijkbaar met die bij oudere kinderen. Het aantal kinderen dat via verticale transmissie wordt besmet is gestaag afgenomen sinds de introductie van HIV-screeningsmethoden in 2004.

### Therapiefalen

Ongeveer de helft van de patiënten kan op dit moment drie jaar lang het initiële cART-regime blijven gebruiken. De belangrijkste reden voor een switch is nog steeds toxiciteit, ondanks een afname van medicatiebijwerkingen.

Bij virologisch falen is een resistentietest nodig voor het bepalen van een actief tweedelijns regime. Bij 64% van eerstelijnsfalers werd zo'n test uitgevoerd; 18% van hen faalde binnen 1 jaar opnieuw op het tweedelijns regime dat meestal was gebaseerd op een NNRTI, in tegenstelling tot het op een proteaseremmer gebaseerde eerstelijns regime. De meest waarschijnlijke reden van therapiefalen is onvoldoende therapietrouw.

## Resistentie

Therapiefalen, gedefinieerd als een viral load van meer dan 500 kopieën/ml, komt ieder jaar bij ongeveer 3% van de behandelde patiënten voor. Therapiefalen kan duiden op resistentie. In totaal is 9% van de patiënten die momenteel in follow-up zijn resistent tegen ten minste een antiretroviraal geneesmiddel. Waarschijnlijk is dit een onderschatting, omdat bij minder dan een derde van de patiënten met virologisch falen een resistentieprofiel bepaald is.

## Transmissie van resistent virus

Infectie met resistent virus komt slechts bij minder dan 2% van de patiënten voor. Dat kan betekenen dat nieuwe infecties hoofdzakelijk worden veroorzaakt door onbehandelde HIV-geïnfecteerden die mogelijk niet weten dat ze besmet zijn.

## HBV- en HCV-co-infecties

Hepatitis B (HBV)- en hepatitis C (HCV)-infecties komen veel voor bij de met HIV geïnfecteerde populatie, merendeels bij MSM: 8% van de in de SHM-database gescreende patiënten heeft een chronische HBV-co-infectie, 12% heeft HCV-antilichamen en 8% wordt beschouwd als chronisch HCV-geïnfecteerd. Optimale behandeling van HBV en HCV is van groot belang om progressie naar ernstige chronische leverziekten te beperken. Momenteel krijgt 58% van de HBV- en 44% van de HCV-co-geïnfecteerden behandeling voor hun hepatitis. Het sterftepercentage onder deze populatie bedraagt 14% voor HBV- en 15% voor HCV-co-geïnfecteerden.

## Conclusie

De trends met betrekking tot de gezondheidstoestand en levensverwachting van HIV geïnfecteerden in Nederland zijn ten opzichte van vorig jaar niet erg veranderd. Ondanks een toename in het aantal HIV-testen wordt bij 43% van de HIV-geïnfecteerden de diagnose pas laat in de infectie vastgesteld (beneden 350 CD4 cellen/mm<sup>3</sup>). Van de groep die te laat start met behandeling is 41% op tijd gediagnosticeerd. Ook neemt de hoeveelheid virus bij recent geïnfecteerden toe.

**Het blijft daarom belangrijk dat mensen met een hoog risico op een HIV-infectie zich regelmatig laten test op HIV en om, in geval van een positieve test, tijdig met cART te starten.**

Een toenemend aantal patiënten kan gedurende langere tijd het eerstelijnsregime blijven gebruiken. Toch is toxiciteit nog steeds de belangrijkste reden om therapie te wijzigen. Virologisch falen, meestal veroorzaakt door onvoldoende therapietrouw, komt relatief weinig voor maar leidt wel vaak tot herhaald falen op het tweedelijnsregime. Bijna 40% van de falers blijkt resistentie te hebben ontwikkeld tegen één of meer antiretrovirale middelen. Overdracht van resistente virussen is nog steeds beperkt, maar wordt waarschijnlijk onderschat. Dit komt doordat er bij falen niet altijd een resistentiebepaling wordt gedaan.

Het is van cruciaal belang om patiënten te blijven monitoren, zowel voor een goede behandeling van de individuele patiënt als voor het inzicht in de ontwikkeling en overdracht van resistentie.

‘Test and treat’: cART wordt momenteel steeds vroeger gestart, bij hogere CD4-celaantallen. Dit is het gevolg van beter en vaker testen en daarmee een vroegere diagnose. Omdat vroege starters vaak nog geen ziektesymptomen hebben, neemt het risico op onvoldoende therapietrouw en interruptie van de behandeling toe, waardoor resistentie op de loer ligt. **Het is daarom van groot belang om tijdens behandeling virale load te blijven monitoren en resistentieprofielen te bepalen bij patiënten die virologisch falen.**

Het aantal nieuwe gediagnosticeerde infecties is de laatste paar jaar stabiel, circa 1100 per jaar. Dat betekent dat betere testmethoden en vroegere start van behandeling nog niet hebben geleid tot een afname van het aantal nieuwe infecties en dus van het aantal nieuwe diagnoses. Belangrijk punt van zorg is de toename van het aantal nieuwe diagnoses bij jongvolwassen MSM.

**Verandering van het risicogedrag in deze groep blijft dus een belangrijk aandachtspunt.**

*Behandeling met cART op grote schaal kan het verspreiden van HIV tot op zekere hoogte inperken, vooral bij voldoende therapietrouw, regelmatig testen en snelle start van behandeling. Maar ervan uitgaande dat het virus zich voortdurend aanpast om zich te kunnen verspreiden, kan deze aanpak er ook toe leiden dat de kans op HIV-transmissie in de korte periode zonder behandeling toch groter wordt. Bij recent geïnfecteerden lijkt de hoeveelheid virus (HIV-RNA) in het bloed weer toe te nemen. Dit kan gevolgen hebben voor het beloop van de HIV-epidemie. Belangrijk is om te onderzoeken welke factoren van invloed zouden kunnen zijn op die toenames. Samen met alle onzekerheden over levenslange therapietrouw, toxiciteit en resistentieontwikkeling blijft het belang van een hoge kwaliteit van HIV-zorg en HIV-monitoring zeer groot.*

