

# Monitoringrapport 2011

Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infectie in Nederland



**Nederlandse samenvatting**

## Monitoring van HIV in Nederland

Elk jaar rondom 1 december, Wereld AIDS dag, publiceert de Stichting HIV Monitoring (SHM) haar monitoringrapport. Dit rapport geeft een uitgebreid overzicht van ontwikkelingen in de epidemie en behandeling van de infectie met het humane immuundeficiëntievirus (HIV) in Nederland. Dit jaar is 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-geïnfecteerden 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 25 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, Tafelbergweg 51, 1105 BD Amsterdam

T +31 20 5664172, F +31 20 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 2011:

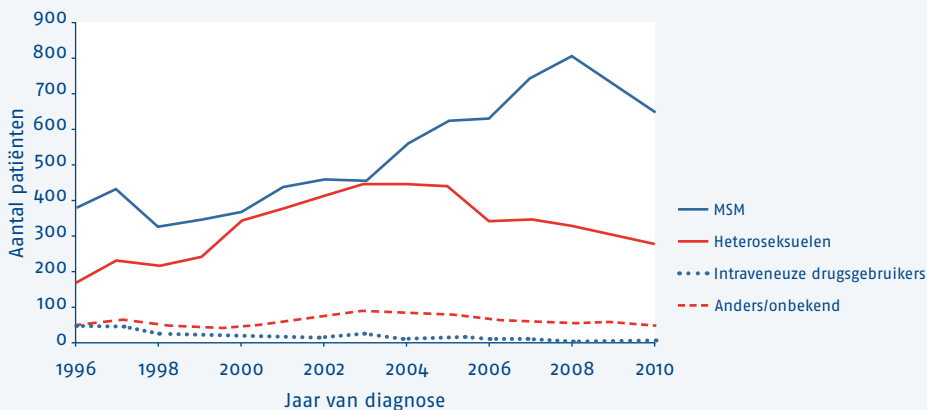
- 18.735 totaal aantal geregistreerde patiënten in Nederland
- 14.610 patiënten in follow-up in 2011 (van wie meer dan de helft mannen die besmet zijn via seksueel contact met mannen)
  - 14.455 volwassenen, van wie bijna een derde 50 jaar of ouder
  - 155 kinderen
- 150.816 patiëntjaren totale follow-up sinds de diagnose
- 1.408 nieuw geregistreerde patiënten, een toename met 8,1% sinds de rapportage in 2010
- De meeste nieuwe HIV-diagnoses van de 1408 nieuw geregistreerde dateren van 2010 en 2011; 17% was in of voor 2009 gediagnosticeerd.
- Tot 2009 neemt het aantal nieuwe diagnoses onder mannen die seks hebben met mannen (MSM) jaarlijks toe. In de periode 2009-2010 zijn er naar verwachting 750 nieuwe diagnoses per jaar en lijkt er geen verdere groei van het aantal nieuwe diagnoses. Een hoopgevend resultaat, want dit zou kunnen betekenen dat men zich meer bewust is van het risico op HIV en van het belang om zich regelmatig te laten testen.

### Nieuwe diagnoses

**MSM:** Sinds 1996 groei van het jaarlijks aantal diagnoses tot ongeveer 800 in 2008. In 2009 en 2010 groeit het jaarlijks aantal diagnoses niet verder en ligt naar verwachting rond 750 per jaar.

**Heteroseksuelen:** Rond 2004 werd het grootst aantal nieuwe diagnoses in deze groep gezien. Sindsdien is dit getal gedaald tot ongeveer 300 nieuwe gevallen per jaar en dit getal lijkt gelijk te blijven.

**Intraveneuze drugsgebruikers:** Besmetting via intraveneus drugsgebruik wordt nog maar nauwelijks gerapporteerd.



In Nederland zijn de gezondheid en levensverwachting van mensen die geïnfecteerd zijn met HIV enorm verbeterd. Dit is grotendeels het gevolg van effectieve combinatie Anti-Retrovirale Therapie (cART) die sinds 1996 beschikbaar is. Met deze therapie kan de virusproductie in het lichaam gedurende lange tijd zeer goed worden onderdrukt, zodat het immuunsysteem intact blijft of zich kan herstellen.

## Vroegere diagnose, eerdere start van behandeling

Door verbeterd testbeleid is het mogelijk om regelmatig op HIV getest te worden. De afgelopen jaren heeft een toenemend aantal mensen met een verhoogd risico op infectie gebruik gemaakt van deze mogelijkheid. Bij regelmatig testen is de kans doorgaans hoog dat zij, in het geval van een positieve testuitslag, nog in een vroeg stadium van de infectie zijn. Er kan dan tijdig met antiretrovirale behandeling worden begonnen, op een moment waarop het immuunsysteem nog redelijk tot goed functioneert.

### Start met cART

*Een vroege behandeling met cART zorgt voor:*

- *een snellere terugkeer naar normale CD4-celaantallen en daarmee een beter immuunsysteem*
- *minder kans op AIDS of andere ernstige, niet aan AIDS gerelateerde ziektes*

De afgelopen jaren is gemiddeld 56% van de patiënten pas in een laat stadium van infectie positief op HIV getest en had 10 tot 15% al AIDS op het moment van de HIV-diagnose. Wel is het jaarlijkse percentage met een late HIV-diagnose geleidelijk gedaald, maar in 2010 betrof dit toch nog 44% van de mannen die seks hebben met mannen (MSM), 68% van de heteroseksuele mannen en 62% van de heteroseksuele vrouwen. Binnen de heteroseksuele groep was het percentage nog weer hoger onder mensen uit sub-Sahara Afrika en onder ouderen.

### cART: succes...

Met de huidige behandelingsmogelijkheden bereikt 80% van de HIV-geïnfecteerden na 12 maanden een onmeetbaar laag virusniveau. Deze onderdrukking van het virus kan langdurig aanhouden wanneer behandeling niet wordt gestaakt. Bovendien gaat langdurige succesvolle virusonderdrukking samen met een stijging tot bijna normale waarden van de CD4-cellen.

De huidige richtlijn voor het starten van cART heeft het gebruik van een beperkt aantal bewezen goede standaardcombinaties van antiretrovirale middelen als eerstelijnsbehandeling sterk bevorderd. Doordat in de loop van de tijd gebruikte combinaties ook steeds minder bijwerkingen veroorzaken, kunnen mensen steeds langer de eerst voorgeschreven cART-combinatie blijven gebruiken. De richtlijn draagt bovendien bij aan een regelmatige en goed omschreven poliklinische controle van patiënten die onder behandeling zijn.

## ... en falen

Jaarlijks is er in 5% van de patiënten sprake van virologisch falen van cART, wat wil zeggen dat in die patiënten onvoldoende onderdrukking van het virus wordt bereikt, ondanks gebruik van cART. In 50 tot 80% van de mensen met virologisch falen heeft het virus resistentie tegen non-nucleoside reverse transcriptase remmers (NNRTIs) en de nucleoside RT-remmers (NRTIs) lamivudine en emtricitabine ontwikkeld. Resistentie voor andere nucleoside RT-remmers en voor proteaseremmers wordt vrijwel alleen gezien bij een grote groep mensen die eerder waren behandeld met therapie bestaande uit slechts 1 of 2 (anti-retrovirale) geneesmiddelen. In totaal is 10% van de patiënten die op dit moment onder controle zijn resistent voor ten minste één antiretroviraal geneesmiddel. Dit percentage is waarschijnlijk een onderschatting, omdat er slechts bij minder dan een derde van de patiënten met virologisch falen een resistentiemeting is gedaan.

Het absolute aantal mensen met resistent HIV neemt geleidelijk toe. Bij 5% van de nieuwe infecties wordt resistent virus overgedragen. Dat is waarschijnlijk een onderschatting, omdat overdracht van resistent HIV bij een nieuwe besmetting vaak niet wordt gemeten.

## Huidige eerstelijnsbehandelingen met cART

In 2010 en 2011 bestaat 73% van alle eerstelijns behandelregimes met cART voor onbehandelde patiënten uit tenofovir/emtricitabine gecombineerd met efavirenz, atazanavir versterkt met ritonavir, of darunavir versterkt met ritonavir. Deze combinaties worden in de huidige richtlijn aanbevolen als startcombinaties. Daarnaast krijgt 10% van de patiënten een combinatie van tenofovir/emtricitabine en nevirapine. De overige 17% start met een andere passende combinatie.

Raltegravir is een middel dat volgens de Nederlandse richtlijn niet als eerstelijns geneesmiddel wordt aanbevolen, omdat de mogelijke langetermijnbijwerkingen nog niet voldoende zijn onderzocht. Bovendien moet raltegravir tweemaaldaags worden ingenomen, terwijl de voorkeur wordt gegeven aan eenmaaldaagse regimes.

## AIDS, sterfte en ernstige niet aan AIDS gerelateerde ziektes

Door behandeling op grote schaal zijn de ziektebeelden en overlijdensoorzaken binnen de groep HIV-geïnficeerden ook veranderd. Omdat de levensverwachting is gestegen, komen er vaker ziektes voor die gerelateerd zijn aan een hogere leeftijd. De volgende ernstige, niet aan AIDS gerelateerde ziektes worden na start van behandeling met cART onder andere gezien:

- Nierziekten
- Osteoporose
- Maligniteiten (kanker), niet aan AIDS gerelateerd
- Leverziekten
- Diabetes mellitus (suikerziekte)
- Hartinfarct
- Beroerte

Van deze ziektes komen diabetes mellitus, hartinfarct, osteoporose, niet aan AIDS gerelateerde maligniteiten en beroerte vaker voor bij mensen met HIV die behandeld worden met cART in vergelijking met de algemene Nederlandse bevolking. Nader onderzoek is nodig om na te gaan of naast de associatie tussen cART en sommige van deze ziektes er ook sprake is van een aantoonbaar effect van de chronische HIV-infectie en van leefstijlfactoren zoals roken of overmatig alcoholgebruik. Dat onderzoek zal worden uitgevoerd in het kader van het onderzoeksprogramma 'ouder worden met HIV'.

Ondanks de indrukwekkende positieve resultaten die met de huidige anti-HIV-behandeling en de effectieve testmethoden worden behaald, is AIDS nog steeds een belangrijke doodsoorzaak onder HIV-geïnficeerden. Een te groot aantal geïnficeerden wordt laat getest en start daardoor op een laat moment met therapie.

### Sterfte

*Het sterftecijfer onder HIV-geïnficeerden ligt nog steeds hoger dan onder niet-HIV-geïnficeerden. Late HIV diagnose en late start van cART spelen daarbij een rol. De levensverwachting in een subgroep die op tijd en effectief wordt behandeld, is nagenoeg gelijk aan die van de algemene Nederlandse bevolking.*

## HIV en hepatitis

Leverziekte wordt geassocieerd met chronische hepatitis B (HBV)- of hepatitis C (HCV)-infecties die veel voorkomen bij de HIV-geïnfecteerde populatie. Behandeling van HBV en HCV zal naar verwachting het ziekteverloop van deze leveraandoeningen in grote mate veranderen, maar omdat de controle van patiënten die deze behandelingen krijgen nog maar kort is, zal hier pas in de toekomst meer duidelijkheid over ontstaan. De SHM is bezig om het datamanagement en de dataverzamelingssystemen aan te passen voor een betere controle van patiënten met HIV en hepatitis B of C.

## Conclusies

Testbeleid gericht op vroegtijdige ontdekking van de infectie met HIV in combinatie met vroeg starten met cART en goede therapietrouw zijn essentiële voorwaarden voor een goed individueel resultaat van de behandeling van HIV. Grootschalig gebruik van cART en effectieve virusonderdrukking in de populatie van mensen met HIV kan in belangrijke mate bijdragen aan het beperken van de verdere verspreiding van het virus.

Testbeleid kan echter niet voorkomen dat er altijd een groep mensen zal blijven die niet weet dat ze met HIV besmet zijn geraakt. Overdracht van HIV uit die per definitie seksueel actieve en risico's nemende groep zal, bij gebrek aan een beschermend vaccin, de HIV-epidemie gaande houden, zij het dat het tempo lager wordt naarmate testbeleid en behandeling de kans op overdracht van infectie kleiner maakt.

cART kan HIV niet helemaal uit het lichaam verdrijven en behandeling is daarom levenslang. HIV is daarmee een chronische infectie geworden. Dit brengt risico's met zich mee. Resistentie tegen HIV zal toenemen evenals overdracht van resistent virus. En er bestaat nog een hoop onzekerheid over levenslange therapietrouw, toxiciteit en bijwerkingen, maar ook over de effecten van HIV en cART op patiënten naarmate ze ouder worden.

Alles bij elkaar blijft hoogwaardige, geconcentreerde HIV-zorg nodig, voor zowel de individuele patiënt als de volksgezondheid. De SHM wil de komende jaren daaraan bijdragen door de ontwikkelingen in de HIV-epidemie en de behandeling van HIV te blijven monitoren.

