

Humaan immunodeficiëntievirus (hiv)
infectie in Nederland

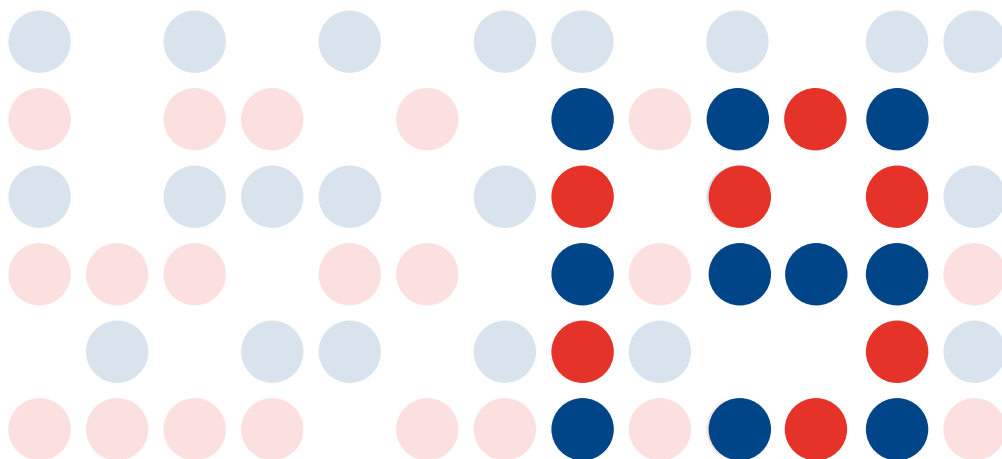


HIV Monitoring Report

2019

Samenvatting en aanbevelingen

Het HIV Monitoring Report 2019 is nu beschikbaar via www.hiv-monitoring.nl



Over Stichting HIV Monitoring

Stichting HIV Monitoring (SHM) is in 2001 opgericht en is door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aangewezen als de instantie die de registratie en monitoring van hiv-positieve personen 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 mensen met hiv te volgen over de tijd. Nederland is het enige land ter wereld met een dergelijke registratie, die zorgverleners ondersteunt in hun streven naar de hoogst mogelijke kwaliteit van zorg.

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:
Amsterdam UMC, locatie AMC
Meibergdreef 9, 1105 AZ Amsterdam

Bezoekadres:
Stichting HIV Monitoring
Tafelbergweg 51, 1105 BD Amsterdam

hiv.monitoring@amc.uva.nl; www.hiv-monitoring.nl

Voorwoord

Deze samenvatting van het *Monitoring Report 2019 on Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection in the Netherlands* laat de belangrijkste trends met betrekking tot de hiv-epidemie in Nederland zien. Daarnaast worden hier de belangrijkste aanbevelingen over hiv in Nederland samengevat.

Het volledige Monitoring Report en bijhorende figuren zijn online beschikbaar (www.hiv-monitoring.nl) en geven een update over het hiv-monitoringprogramma: het aantal nieuw-geregistreerde hiv-diagnoses, de veranderingen over de tijd in de karakteristieken van de hiv-positieve populatie ten tijde van de diagnose, trends in het voorschrijven van combinatie antiretrovirale therapie (cART), het effect van cART, de ontwikkeling van resistentie tegen antiretrovirale medicijnen, en morbiditeit en mortaliteit in de hiv-positieve populatie in Nederland. Dit rapport bevat tevens informatie over specifieke groepen, waaronder personen met chronische virale hepatitis co-infecties, kinderen en zwangere vrouwen die leven met hiv, en een hoofdstuk over de kwaliteit van zorg in de 24 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, hiv-consulenten, het personeel van de laboratoria in de hiv-behandelcentra en de dataverzamelaars en datamonitors. Zonder hun onvermoeibare inzet en motivatie zou ons werk onmogelijk zijn. Ik wil ook graag de hiv-behandelaren en de volksgezondheidsdeskundigen die input hebben gegeven op het Monitoring Report 2019 bedanken. We zijn erg dankbaar voor hun waardevolle bijdrage. Als laatste wil ik 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 mensen met hiv 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.

Professor Peter Reiss, MD

Directeur Stichting HIV Monitoring

De hiv-epidemie in Nederland in 2018

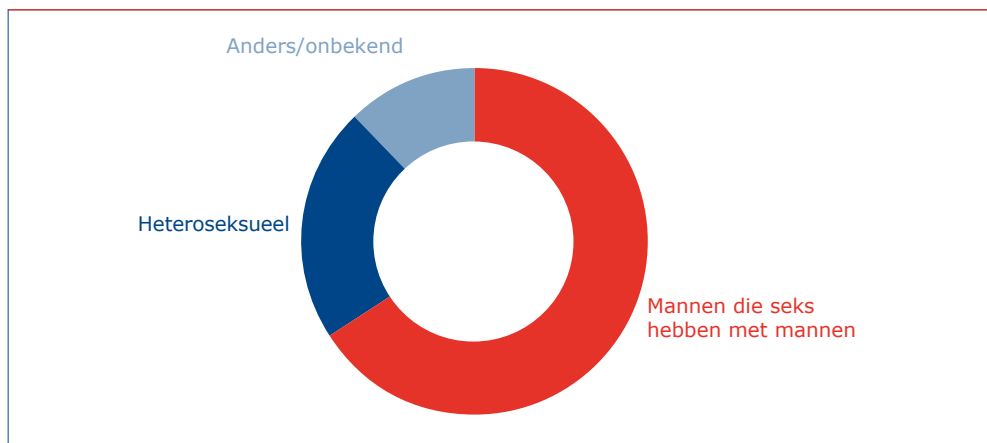
Dalende trend in nieuwe diagnoses houdt aan in 2018

Sinds 2008 is er een dalende trend te zien in het jaarlijkse aantal nieuwe hiv-diagnoses. Deze dalende lijn zette zich in 2018 voort. Het verwachte totaal aantal diagnoses voor 2018 is 664, in vergelijking met 768 in 2017.

Merendeel nieuwe diagnoses gesteld bij mannen die seks hebben met mannen

In 2018 werd het merendeel (66%) van de nieuw-gediagnosticeerde hiv-infecties gevonden bij mannen die seks hebben met mannen (MSM). Daarnaast heeft 22% van de mensen met een nieuwe diagnose hun hiv-infectie via heteroseksueel contact opgelopen en bij ongeveer 12% is de infectie op andere of onbekende wijze opgelopen.

Figuur 1: Meest waarschijnlijke hiv-transmissieroute bij mensen met een nieuwe diagnose in 2018.



Nieuw-gediagnosticeerde personen ontvangen snel specialistische hiv-zorg

Meer dan 95% van de nieuw-gediagnosticeerde personen is binnen zes weken terechtgekomen bij specialistische hiv-zorg. Dit percentage was in alle behandelcentra nagenoeg hetzelfde, ongeacht of de hiv-diagnose werd vastgesteld in een ziekenhuis, bij de huisarts, op een soa-poli of op een andere locatie.

Testen op hiv gebeurt steeds vaker

Testen op hiv in Nederland lijkt toe te nemen. Deze conclusie is gebaseerd op een aantal observaties. Allereerst laten onze data zien dat het aandeel van mensen met een eerdere negatieve hiv-test toeneemt: 74% van de MSM, 30% van de andere mannen en 41% van de vrouwen die in 2018 gediagnosticeerd zijn, hadden een eerdere negatieve hiv-test. Daarnaast blijft met name onder MSM het aandeel mensen stijgen dat in een relatief vroeg stadium van de infectie wordt gediagnosticeerd, inclusief tijdens de primaire infectie. Dit is terug te zien in het CD4-celaantal bij diagnose, dat in de loop van de tijd is gestegen naar een mediaan van 390 cellen/mm³ in 2018.

Aantal nieuw opgelopen infecties neemt af

Het geschatte aantal nieuw opgelopen hiv-infecties neemt af en bedroeg 320 in 2018 (vergeleken met 440 in 2017). Deze dalende trend bevestigt dat Nederland op schema ligt om de doelstelling van UNAIDS voor 2020 te halen, namelijk een vermindering van 75% in het jaarlijks aantal nieuw verworven hiv-infecties sinds 2010.

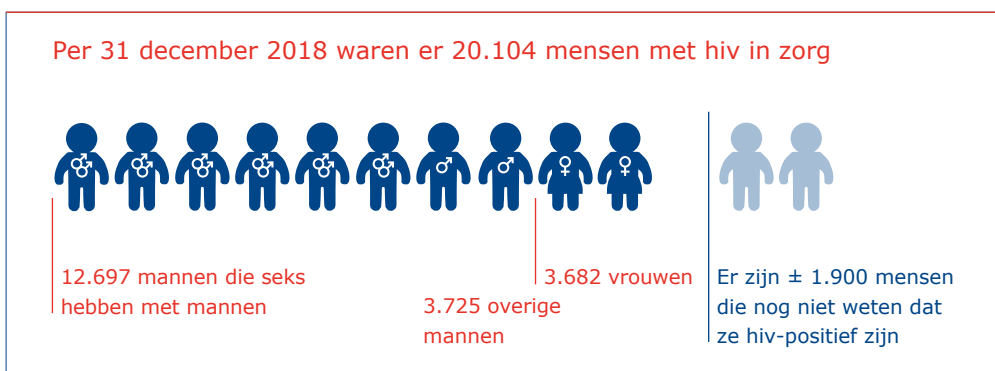
Late presentatie voor zorg blijft een probleem

Ondanks een snellere diagnose in bepaalde groepen komen nog steeds veel mensen laat in zorg, dat wil zeggen met een al fors aangetast immuunsysteem (CD4-aantal onder 350 cellen/mm³) of zelfs aids. In 2018 was dit het geval voor 41% van de MSM, 66% van de andere mannen en 45% van de vrouwen.

Aantal personen die leven met hiv in zorg in 2018

Per 31 december 2018 waren er in Nederland 20.104 mensen die leven met hiv in zorg in een van de 24 hiv-behandelcentra voor volwassenen of een van de 4 pediatrische hiv-behandelcentra (19.910 volwassenen en 194 kinderen en adolescenten).

Figuur 2: Aantal mensen die leven met hiv en in zorg in Nederland in 2018.



Hiv-zorgcontinuüm in 2018: 92-93-96

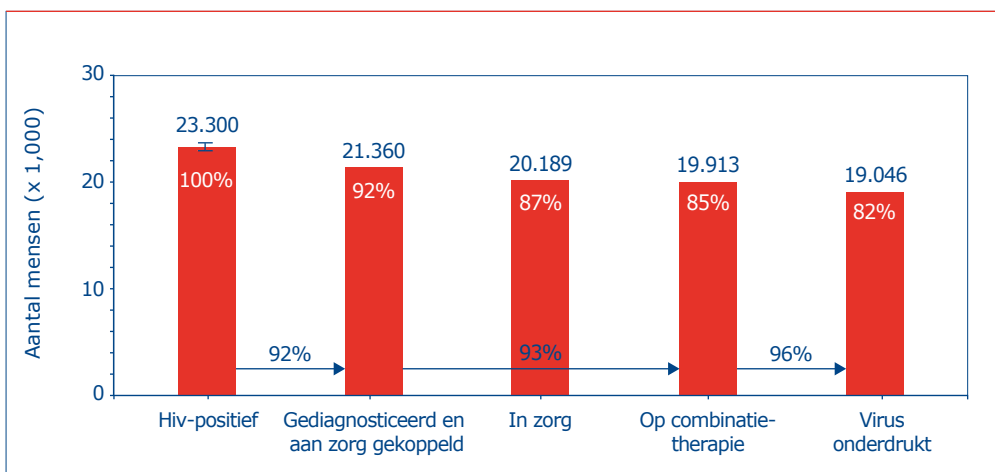
Eén van de doelen van de hiv-behandeling is het bereiken van virale onderdrukking. De belangrijkste stappen die doorlopen moeten worden om virale onderdrukking te bereiken worden weergegeven in het hiv-zorgcontinuüm. Het zorgcontinuüm geeft ook de voortgang in het bereiken van de UNAIDS 90-90-90-doelstellingen voor hiv-zorg in 2020 aan.

Het hiv-zorgcontinuüm voor Nederland laat zien dat Nederland het UNAIDS-doel bereikt heeft (92-93-96 in 2018, *Figuur 3*).

- Eind 2018 waren er 23.300 mensen die leven met hiv in Nederland, waarvan er naar schatting 1.900 nog niet zijn gediagnosticeerd.
- In totaal zijn 21.360 mensen (92% van het totale geschatte aantal mensen die leven met hiv) gediagnosticeerd, aan zorg gekoppeld en geregistreerd bij SHM.
- Van de mensen die gediagnosticeerd zijn, aan zorg gekoppeld zijn en geregistreerd zijn bij SHM, was de meerderheid (19.913; 93%) gestart met antiretrovirale combinatietherapie (cART) en 19.046 mensen van de groep die al met cART gestart zijn (96%) hadden een onderdrukt virus.

Dit betekent dat eind 2018 bij 82% van het totale geschatte aantal mensen met hiv en bij 89% van de gediagnosticeerde en aan zorg gekoppelde mensen het virus onderdrukt is.

Figuur 3: Hiv-zorgcontinuüm voor het totale geschatte aantal mensen met hiv in Nederland aan het einde van 2018, gebaseerd op de UNAIDS 90-90-90-doelstellingen voor 2020: 92-93-96.



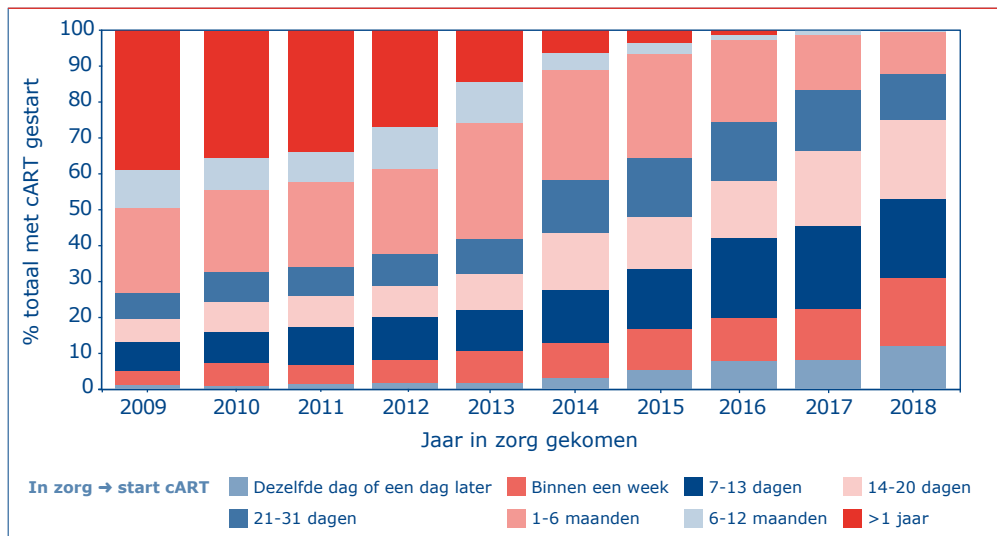
De cijfers voor Nederland zijn indrukwekkend vergeleken met andere delen van de wereld. Desalniettemin waren er in Nederland 664 nieuwe diagnoses en een geschat aantal van 1.900 mensen dat nog niet is gediagnosticeerd. Om een significante daling van deze aantallen te bereiken blijven interdisciplinaire strategieën nodig om transmissie in de belangrijkste risicogroepen te reduceren, mensen sneller na de hiv-infectie te diagnosticeren, snel alle mensen die leven met hiv aan zorg te koppelen en ze gelijk antiretrovirale therapie aan te bieden.

Antiretrovirale combinatietherapie bij volwassenen

Hiv-behandeling in 2018 veelal binnen een maand na het in zorg komen

Mensen starten steeds eerder met combinatietherapie (cART) na de hiv-diagnose en na het in zorg komen. In 2018 startte bijna 90% van de mensen met cART binnen een maand nadat ze in zorg kwamen. Dit was niet afhankelijk van de CD4-aantallen op het moment van in zorg komen. Bovendien startte in 2018 3,5% met cART op dezelfde of volgende dag nadat hun hiv-diagnose werd gesteld.

Figuur 4: Tijd tussen het in zorg komen en starten met antiretrovirale combinatietherapie (cART) voor personen die gestart zijn tussen 2009–2018.



Legenda: cART=antiretrovirale combinatietherapie.

Meest gebruikte hiv-behandeling in 2018

Initiële therapie

Meer dan 75% startte in 2018 met een integraseremmer-bevattend regime. Abacavir/lamivudine/dolutegravir en tenofovir alafenamide/emtricitabine/cobicistat-geboost elvitegravir waren de meest gebruikte startregimes in 2018.

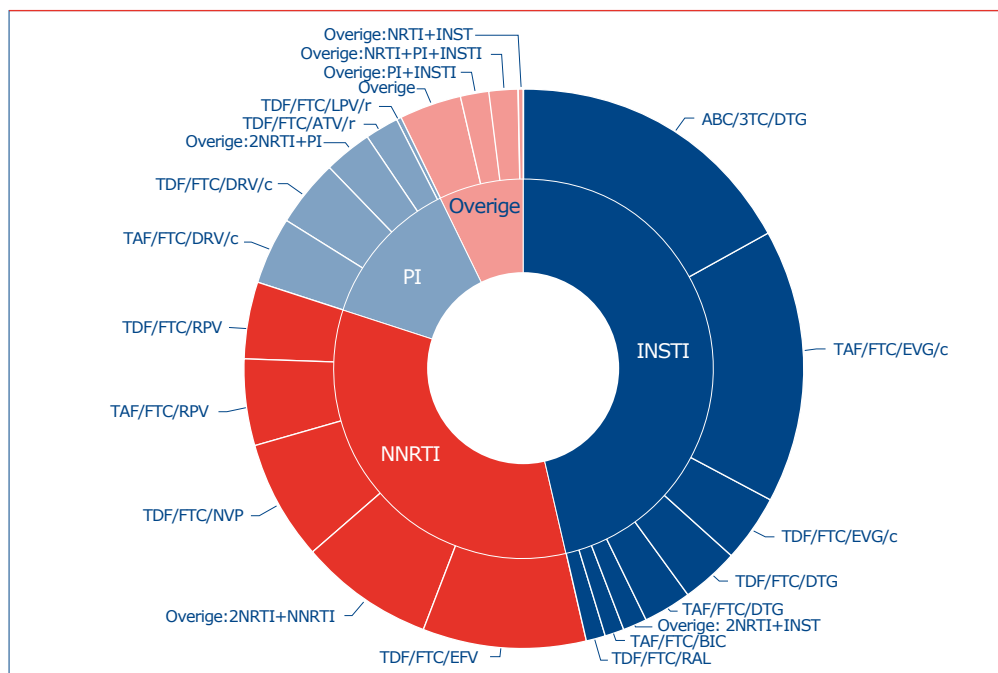
De startregimes worden steeds minder vaak tijdens het eerste jaar gestopt of gewijzigd. Deze trend heeft zich al in 1996 ingezet. Net als in voorgaande jaren is toxiciteit de belangrijkste reden voor het stoppen met, of wijzigen van, het startregime tijdens het eerste jaar van de behandeling. Toxiciteit die leidde tot stoppen of wijzigen was voornamelijk gerelateerd aan neuropsychiatrische klachten, maag-darmklachten, een verminderde nierfunctie, of medicatie-gerelateerde huiduitslag. Andere belangrijke redenen voor het stoppen met of wijzigen van het regime tijdens het eerste jaar zijn simplificatie van het gebruikte regime en de beschikbaarheid van nieuwe medicijnen.

Integraseremmer-gebaseerde cART steeds vaker gebruikt

Sinds de introductie van integraseremmer-gebaseerde cART een paar jaar geleden zijn deze middelen op grote schaal ingezet in Nederland: in 2018 kreeg 46% van alle volwassenen in zorg en op cART een integraseremmer, vergeleken met 39% in 2017. Hoewel 35% van de populatie op cART in 2018 een backbone kreeg die tenofovir disoproxil bevat, heeft de beschikbaarheid van nieuwe combinatiepillen ook geleid tot een toename in het gebruik van abacavir (35%) en tenofovir alafenamide (33%).

Onder alle hiv-positieve personen in zorg en op behandeling in 2018, kreeg het merendeel (92,8%) een regime gebaseerd op twee nucleoside-analoge reverse transcriptaseremmers (NRTI's), gecombineerd met een integraseremmer (46,6%), of een non-NRTI (33,4%), of een proteaseremmer (14%) (Figuur 5). De regimes die in 2018 het meest zijn voorgeschreven waren abacavir/lamivudine/dolutegravir (17,2%), tenofovir alafenamide/emtricitabine/cobicistat-geboost elvitegravir (15,6%) en tenofovir disoproxil/emtricitabine gecombineerd met efavirenz (9,4%) of nevirapine (7,0%).

Figuur 5: Antiretrovirale combinatietherapie (cART) gebruik in 2018 onder alle hiv-positieve personen in zorg.



Legenda: 3TC=lamivudine; Ib=geboost (cobicistat or ritonavir); Ir=ritonavir-geboost; Ic=cobicistat-geboost; ABC=abacavir; ATV=atazanavir; BIC=bictegravir; DRV=darunavir; DTG=dolutegravir; EFV=efavirenz; EVG=elvitegravir; FTC=emtricitabine; INSTI=integraseremmer; LPV=lopinavir; NRTI=nucleoside analoge reverse transcriptaseremmer; NNRTI=non-nucleoside reverse transcriptaseremmer; NVP=nevirapine; PI=proteaseremmer; RAL=raltegravir; RPV=rilpivirine; TAF=tenofovir alafenamide; TDF=tenofovir disoproxil fumarate.

Uitstekende virologische respons, ook onder long-term survivors

Virale onderdrukking, zowel op de korte als de lange termijn, wordt in hoge mate bereikt en dit percentage blijft verder verbeteren. Van alle hiv-positieve volwassenen die in 2018 in zorg waren en minstens 12 maanden cART gebruikte, was bij 98% sprake van een virale onderdrukking (<200 kopieën/ml). Personen die vóór 1996 met hiv waren gediagnosticeerd en in 2018 in zorg waren en cART gebruikten (ook wel *long-term survivors* genoemd), hadden een even hoge mate van virale onderdrukking.

Veranderingen in cART-gebruik

In lijn met de herziene hiv-behandelrichtlijn is een snelle start met cART steeds gebruikelijker geworden in 2018. De introductie van nieuwe integraseremmer-gebaseerde combinatiepreparaten, die eenmaal daags genomen worden, heeft de laatste jaren het cART-gebruik in Nederland veranderd. Alle op dit moment aanbevolen regimes geven een langdurige onderdrukking van de hiv-replicatie.

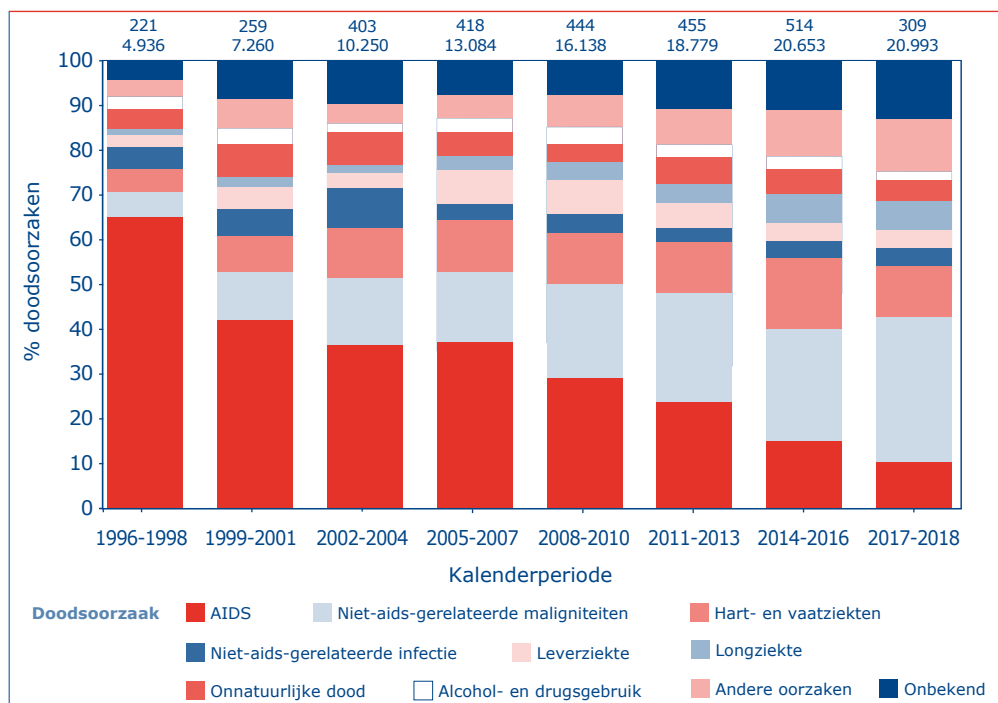
Morbiditeit en mortaliteit

Aanhoudende daling in aids-gerelateerde sterfte

De sterfte onder hiv-positieve personen die in Nederland in zorg zijn, blijft laag. Sinds cART beschikbaar werd in Nederland in 1996, neemt aids-gerelateerde sterfte steeds verder af. Doodsoorzaken komen nu meestal door niet-aids-gerelateerde comorbiditeiten en ouderdomsziekten, waaronder niet-aids-definiërende maligniteiten, hart- en vaatziekten en chronische leverziekten (*Figuur 6*).

Sterfte als gevolg van aids is voor een belangrijk deel het gevolg van 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.

Figuur 6: Relatieve veranderingen in doodsoorzaken in verschillende periodes sinds de introductie van anti-retrovirale combinatietherapie (cART) in Nederland (aantallen boven elke staaf vertegenwoordigen het aantal mensen dat in zorg was gedurende die periode).

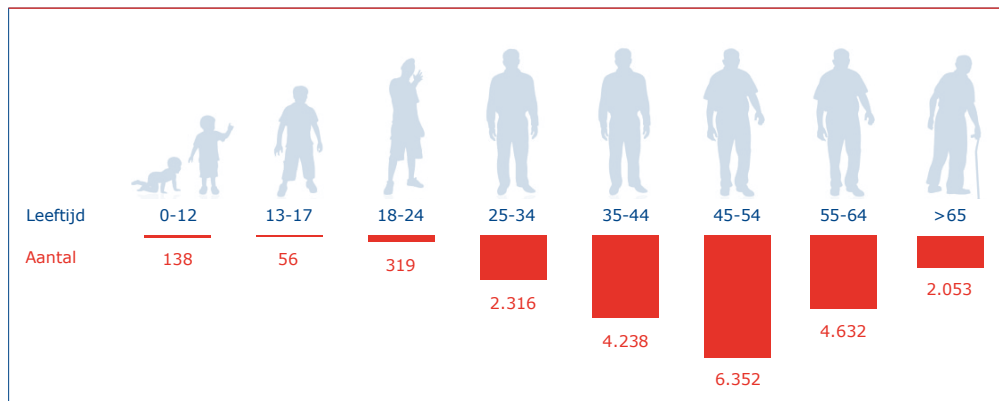


Ouder worden en comorbiditeit

Een substantieel deel van de mensen die nieuw-geïdiagnosticeerd zijn met hiv en in zorg zijn gekomen in 2018 waren mensen ouder dan 50 jaar (24%). Tegelijkertijd wordt de gehele

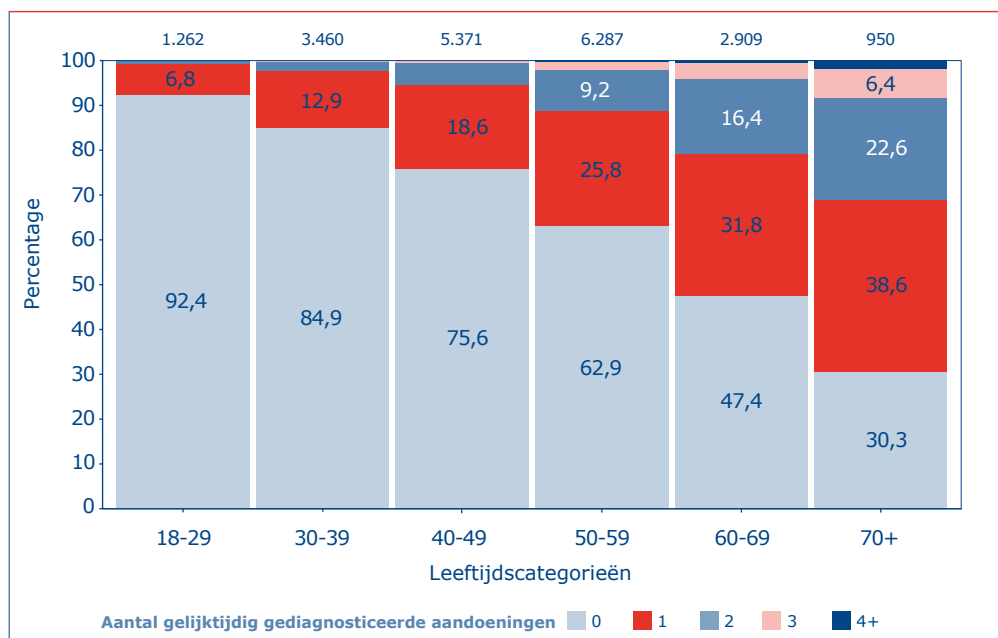
populatie van mensen die leven met hiv en in zorg zijn in Nederland ook steeds ouder. Momenteel is 50% ouder dan 50 jaar (Figuur 7).

Figuur 7: Leeftijd van mensen die leven met hiv in Nederland in 2018.



Net als bij de gehele bevolking is ouder worden een belangrijke risicofactor voor comorbiditeiten als hart- en vaatziekten en niet-aids-gerelateerde maligniteiten. Het toenemende percentage personen met meerdere comorbiditeiten is in het bijzonder zorgwekkend. Het risico op meerdere comorbiditeiten lijkt namelijk verhoogd onder mensen met hiv (Figuur 8).

Figuur 8: Prevalentie van niet-hiv/aids-gerelateerde multimorbiditeit bij volwassenen in zorg in 2018 (aantallen boven de staven vertegenwoordigen het aantal individuen die data hebben bijgedragen aan de genoemde leeftijdscategorie).



Cardiovasculair risico

Ondanks de stijgende leeftijd van de hiv-positieve populatie, is het percentage personen met hiv met een hoog cardiovasculair risico in de periode 2000-2018 slechts licht toegenomen. Dit wijst erop dat het cardiovasculaire risicomanagement in de loop van de tijd is verbeterd. Er blijft echter veel ruimte voor verdere verbetering, gezien het suboptimale gebruik van statines, antihypertensiva en lage dosis acetylsalicylzuur als secundaire preventie na een myocardinfarct of ischemisch cardiovasculair accident, en de beperkte mate waarmee deze geneesmiddelen worden toegepast voor de primaire preventie van hart- en vaatziekten.

Niet-aids-gerelateerde maligniteiten

De meest voorkomende niet-aids-gerelateerde maligniteiten zijn longkanker, anuskanker, hoofd-halskanker en Hodgkin lymfoom. De incidentie van niet-aids-gerelateerde maligniteiten in Nederland is in de loop van de tijd stabiel gebleven. Als echter de toenemende leeftijd van de hiv-positieve populatie in Nederland wordt meegewogen, is er een daling op te merken in het voor leeftijd gecorrigeerde risico op nieuwe niet-aids-gerelateerde maligniteiten bij mannen, waaronder anuskanker. Deze afname is mogelijk het gevolg van een afname van risicofactoren als roken, maar ook van meer uitgebreide screening en behandeling van voorstadia van anuscarcinoom, evenals een toename van het aantal personen met hogere CD4-aantallen in de laatste jaren. Personen die binnen 12 maanden na hun laatste hiv-negatieve test met ART waren begonnen, hadden minder risico om gediagnosticeerd te worden met een niet-aids-gerelateerde maligniteit, onafhankelijk van hun huidige aantal CD4-cellen en andere risicofactoren. Dit zou mogelijk een bijkomend voordeel kunnen zijn voor de gezondheid bij een vroege start met ART.

Minder comorbiditeit door beter management van risicofactoren

Het veerkrachtig ouder worden van mensen die leven met hiv met een lagere ziektelast door comorbiditeiten kan worden bereikt door de bewustwording van de rol van beïnvloedbare, leefstijl-gerelateerde risicofactoren onder zowel artsen als de mensen die leven met hiv zelf. Dit is in het bijzonder relevant voor oudere personen en de personen met een verhoogd risico op comorbiditeiten.

Hepatitis B en C co-infecties

Screening op hepatitis B en C-virus is nu universeel

Hepatitis C-virus (HCV) en hepatitis B-virus (HBV) co-infecties komen veel vaker voor bij hiv-positieve personen dan in de algemene Nederlandse bevolking. Dit is het gevolg van gedeelde transmissieroutes met hiv. Screening op HCV en HBV co-infectie is onderdeel van de standaard voor hiv-zorg in Nederland, waardoor de aan- of afwezigheid van deze co-infecties is gedocumenteerd voor vrijwel alle hiv-positieve individuen.

Hepatitis C virus co-infectie

Bij ongeveer 12% van de mensen die door SHM worden gevolgd, is aangetoond dat ze ooit aan HCV blootgesteld zijn geweest. Van de mensen die ooit door SHM zijn gevolgd, had 5% een chronische HCV-infectie en 3% een acute (recente) HCV-infectie op het moment van de eerste diagnose. De meeste personen met een HCV-infectie waren mannen uit Nederland of andere Europese landen.

Hepatitis B virus co-infectie

De prevalentie van chronische HBV-infecties is in de loop van de tijd afgenomen als gevolg van een toename van het aantal personen dat is gevaccineerd voor HBV en het HBV-preventieve effect van tenofovir en tenofovir alafenamide. Bij 6% van de mensen die ooit in zorg zijn geweest, werd een chronische HBV-infectie vastgesteld.

HBV-vaccinaties blijven belangrijk

Naar schatting is 34% van alle hiv-positieve personen nooit aan HBV blootgesteld en niet succesvol gevaccineerd; zij blijven risico lopen op een HBV-infectie wanneer zij geen tenofovir of tenofovir alafenamide bevattend cART regime krijgen. Deze bevindingen laten zien waarom het zo belangrijk is dat we ons blijven inzetten om het aantal succesvolle HBV-vaccinaties te vergroten, vooral in de groep die geen tenofovir-bevattend cART-regime krijgt.

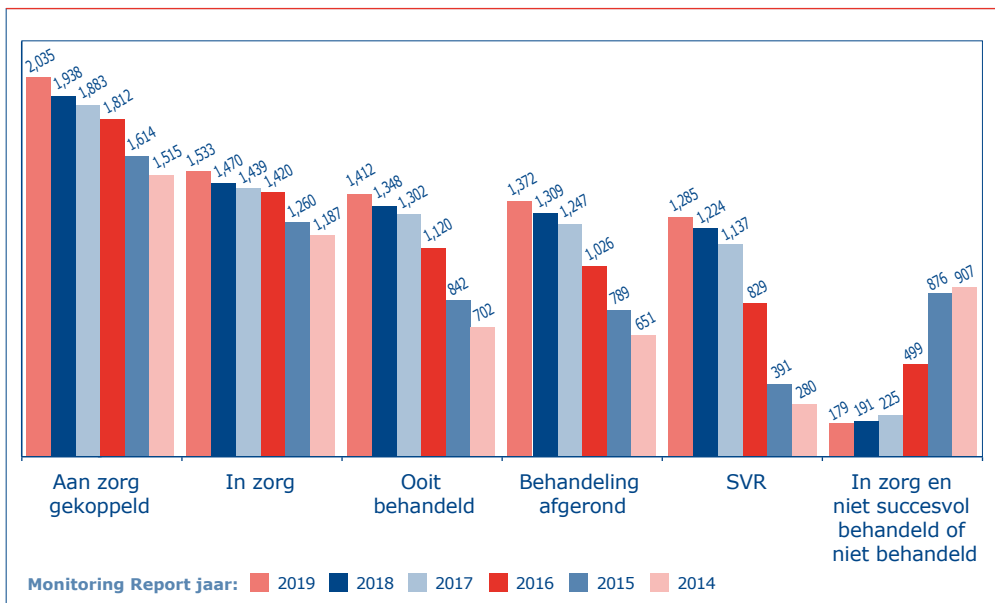
Risico op sterfte door HCV of HBV co-infectie neemt af

Mensen met een chronische HCV of HBV co-infectie hebben over het algemeen een verhoogd risico op lever-gerelateerde morbiditeit en mortaliteit. Voor personen die zijn gediagnosticeerd met chronische HCV of HBV is het risico op lever-gerelateerde sterfte afgenomen sinds 2010. Bij mensen met een chronische HBV-infectie is dit waarschijnlijk het gevolg van de steeds effectievere behandeling van HBV door het gebruik van tenofovir-bevattende cART dat in 2002 beschikbaar is gekomen.

HCV-behandeling met direct-werkende antivirale middelen blijft een succes

Onze data laten duidelijk zien dat de meeste mensen met een hiv/HCV co-infectie een effectieve behandeling hebben gekregen voor HCV. Eind 2018 hebben meer dan 950 personen een behandeling gehad of werden op dat moment nog behandeld met direct-werkende antivirale middelen. Van alle mensen die met direct-werkende antivirale middelen behandeld zijn, heeft 97% een 'sustained virological response' (SVR) bereikt en had geen bewijs meer voor een actieve HCV-infectie. Deze ontwikkelingen hebben geleid tot een lager totaal aantal mensen met een HCV co-infectie die nog een effectieve behandeling nodig hebben in vergelijking met voorgaande jaren (*Figuur 9*). Echter, niet alle personen die behandeling nodig hebben, krijgen een behandeling met DAA's; dit onderstreept de noodzaak om extra inspanningen te doen om deze mensen te bereiken.

Figuur 9: HCV-zorgcontinuüm van mensen met een hiv/HCV co-infectie.



Legenda: SVR=sustained virological response.

Succesvolle HCV-behandeling voorkomt HCV-transmissie

De succesvolle behandeling van HCV kan ook de kans op verdere verspreiding van HCV verkleinen. Het lagere aantal acute HCV-infecties in het afgelopen jaar, in combinatie met een snelle daling in de prevalentie van actieve HCV, lijkt hierop te wijzen. Onder MSM is de prevalentie van actieve HCV-infecties afgenomen tot minder dan 1% in 2018. Hoewel er een daling is geweest in HCV-herinfecties, blijft herinfectie na een succesvolle behandeling voorkomen, wat erop wijst dat transmissie van HCV nog niet helemaal tot staan is gebracht.

Regelmatige screening onder MSM aanbevolen

De beschikbaarheid van DAA-regimes voor de behandeling van HCV, 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; toch zal er gemonitord moeten blijven worden. Om nieuwe HCV infecties onder de meest getroffen populatie van seksueel actieve MSM te verkleinen, wordt geadviseerd om de succesvol behandelde personen regelmatig te screenen, in combinatie met interventies om HCV-risicogedrag te verminderen.

Zwangerschappen bij vrouwen met hiv-1 in Nederland

Er zijn 2705 zwangerschappen gedocumenteerd onder 1517 vrouwen met hiv en in zorg in Nederland. Van deze groep is 81% geboren buiten Nederland, voornamelijk in sub-Sahara Afrika (68%). Vrouwen die geboren zijn in Nederland waren vaker bekend met hun positieve hiv status (78%) vergeleken met vrouwen die elders zijn geboren (62%). In beide groepen was heteroseksueel contact de meest voorkomende wijze van hiv-transmissie (94%).

Daling in het aantal zwangerschappen

Sinds 2009 daalt het aantal zwangerschappen bij vrouwen met hiv-1, dit lijkt een gevolg van zowel de toenemende leeftijd van vrouwen in zorg, als een landelijk daling in geboortecijfers.

Toename in detecteerbare hiv-RNA ten tijde van bevalling in 2018

Zo goed als alle vrouwen (99%) zijn tijdens de zwangerschap behandeld met antiretrovirale middelen. Als een gevolg hiervan hadden in 85% van de bevallingen de moeders een hiv-RNA waarde <50 kopieën/ml en nog eens 10% tussen de 50-500 kopieën/ml. Ondanks dit hoge percentage, zagen we een toename in het percentage vrouwen met een detecteerbare hiv-RNA waarde in 2018, voornamelijk bij vrouwen die tijdens de zwangerschap nieuw met hiv zijn gediagnosticeerd en daardoor tijdens de zwangerschap met behandeling zijn gestart. Het is daarom van belang om vooral ook de vrouwen met een nieuwe hiv-diagnose tijdens de zwangerschap goed te monitoren.

Perinatale transmissie van hiv nu zeldzaam in Nederland

Door het hoge percentage vrouwen met succesvolle behandeling is perinatale transmissie van hiv in Nederland zeldzaam, met slechts één geval sinds 2015. Het merendeel (69%) van de kinderen die verticaal geïnfecteerd zijn met hiv, is geboren buiten Nederland. Het percentage verticale transmissie bij vrouwen die behandeld worden en een ondetecteerbare hiv-RNA waarde hebben is 0.18%.

Suboptimale virale suppressie in de postpartum periode

Sinds 2015 is behandeling geadviseerd voor iedereen met hiv, ongeacht het CD4 aantal of klinische conditie en hierop volgend is het voortzetten van de hiv-behandeling nu ook aanbevolen na de zwangerschap. Vanaf 2015 heeft van de vrouwen die antiretrovirale middelen zijn blijven gebruiken na hun bevalling, 12% minimaal een detecteerbare hiv-RNA meting in het jaar volgend op hun bevalling. Dit is mogelijk het gevolg van verminderde therapietrouw in de postpartum periode.

Vrouwen met hiv die tijdens hun zwangerschap met antiretrovirale middelen zijn gestart hebben extra support nodig, niet alleen tijdens hun zwangerschap maar ook in periode daarna, om zo virale suppressie tijdens bevalling te bereiken en de therapietrouw ook tijdens de postpartum periode in stand te houden.

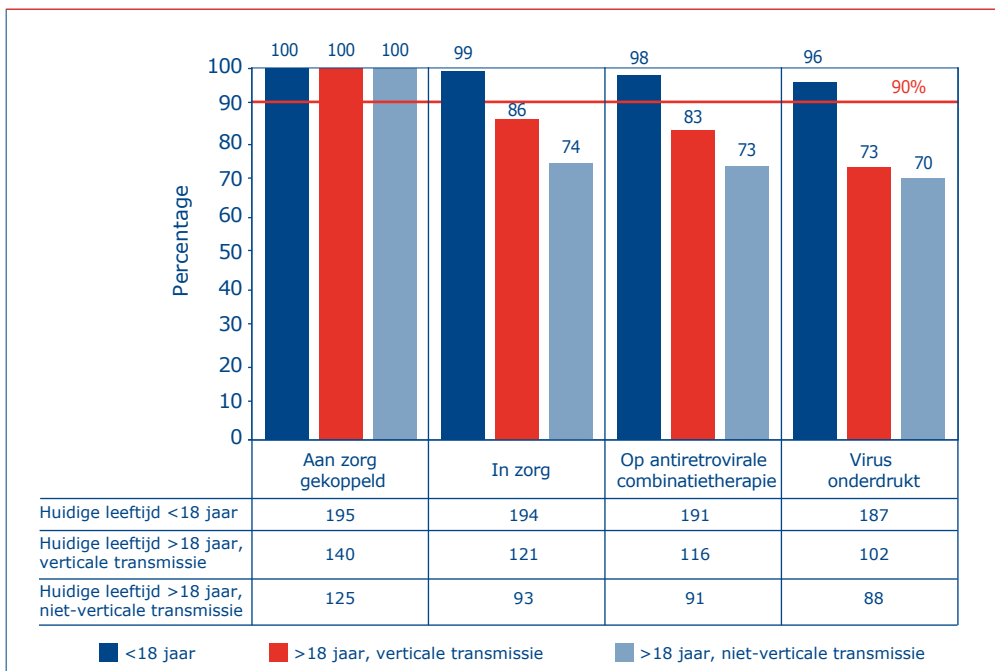
Kinderen met hiv

Van de 504 kinderen die ooit bij SHM zijn geregistreerd en in hiv-zorg zijn gekomen in Nederland, is de meerderheid (81%) nog steeds in zorg in één van de Nederlandse hiv-behandelcentra. Van de kinderen die nog steeds in zorg zijn, zijn er 136 (27%) buiten Nederland geboren en geadopteerd door Nederlandse ouders.

Gunstige uitkomsten voor hiv-positieve kinderen

De meeste kinderen jonger dan 18 jaar blijven in zorg. De uitkomsten van hun behandeling met cART zijn over het algemeen gunstig, met een lage mortaliteit en een goede immunologische respons op de behandeling op de lange termijn (Figuur 10).

Figuur 10: Zorgcontinuüm per leeftijdsgroep en hiv-transmissieroute van mensen die als kind in zorg zijn gekomen, per 31 december 2018. Aantallen boven de staven geven het proportie individuen aan.



Slechtere virale onderdrukking bij transitie naar volwassenenzorg

Van de personen die oorspronkelijk geregistreerd zijn als kind, was 81% in 2018 nog steeds in zorg, waarvan 52% inmiddels ouder dan 18 jaar op 31 december 2018. Van de kinderen die overgingen van pediatrische naar volwassenen zorg, had 20% ten tijde van de overgang geen onderdrukte virale lading. Dit laat zien dat er bij deze adolescenten uitdagingen liggen op het gebied van therapietrouw in de jaren rondom de transitie naar volwassenenzorg.

Verbeteren van langetermijnzorg voor jongvolwassenen

Het relatief grote aantal adolescenten met een slecht onderdrukte virale lading bij de transitie naar volwassenenzorg illustreert dat optimalisatie van de langetermijnzorg voor deze bijzonder kwetsbare groep jongeren en jongvolwassenen noodzakelijk is.

Kwaliteit van zorg

Indicatoren vergelijken met het nationale gemiddelde

De kwaliteit van zorg in de Nederlandse hiv-behandelcentra is onderzocht aan de hand van indicatoren gebaseerd op de nationale behandelrichtlijnen van de Nederlandse Vereniging van HIV Behandelaren. In het Monitoring Report van dit jaar hebben we ook de indicator van elk centrum vergeleken met het nationale gemiddelde en rekening gehouden met verschillen tussen de centra wat betreft land van herkomst van patiënten en wijze van hiv-transmissieroutes.

Van de mensen in zorg in 2018 week het percentage op cART en met virale onderdrukking in elk afzonderlijk centrum niet af van het landelijke gemiddelde.

Meer mensen blijven in zorg

Over het algemeen is het percentage mensen dat in zorg blijft hoog in de meeste behandelcentra in Nederland, hoewel in een paar centra dit percentage lager was onder mensen die niet in Nederland geboren zijn.

Snellere start van cART en hogere mate van virale onderdrukking

Daarnaast starten in de meeste centra mensen sneller met cART nadat ze in zorg zijn gekomen. Dit bevestigt dat de centra de richtlijnen volgen, die aangeven dat cART aan iedereen moet worden aangeboden die nieuw-gediagnosticeerd is, ongeacht het CD4-aantal. Desondanks is er een aantal centra waar de uitvoering van dit beleid verder verbeterd kan worden onder mensen die in zorg komen met CD4-aantallen boven de 350 cellen/mm³. Van alle mensen die tussen 2012 en 2016 in zorg gekomen zijn en die in 2017 nog in zorg waren, was een mediaan percentage van 99% gestart met cART, dit percentage hing niet af van hoelang mensen al in zorg waren.

Verder zijn de cijfers voor het bereiken van virale onderdrukking in de eerste zes maanden op cART, evenals tijdens langdurig gebruik van cART, hoog in alle hiv-behandelcentra in Nederland.

Amsterdam Cohort Studies

De Amsterdamse Cohort Studies (ACS) met betrekking tot hiv-infectie en aids zijn in 1984 gestart kort nadat de eerste gevallen van aids waren vastgesteld in Nederland. In deze prospectieve cohortstudie worden mannen die seks hebben met mannen (MSM) geïncludeerd bij wie vervolgens onderzoek wordt gedaan naar de prevalentie en incidentie van hiv-1-infectie en aids, de daarmee geassocieerde risicofactoren, het natuurlijk beloop en de pathogenese van hiv-infectie, en de effecten van interventies. In 1985 werd een tweede cohort onder mensen die drugs gebruiken (*people who use drugs; PWUD*) geïnitieerd. De follow-up van PWUD in de ACS is gestopt in 2016.

Op 31 december 2018 waren in totaal 2.888 MSM geïncludeerd in de ACS. Van hen waren er 607 al hiv-positief op het moment van inclusie terwijl 261 mannen seroconverteerden tijdens follow-up in de studie. In 2018 waren er nog 749 hiv-negatieve en 60 hiv-positieve MSM in actieve follow-up bij de GGD Amsterdam; daarnaast werden er 197 hiv-positieve MSM gevolgd bij het MC Jan van Goyen of de DC Klinieken Laïresse-Hiv Focus Centrum in Amsterdam. Verder zijn in 2018 92 nieuwe hiv-negatieve MSM geïncludeerd. De mediane leeftijd in deze groep bedroeg 28,1 jaar, terwijl de mediane leeftijd in de hele groep MSM in actieve follow-up 42,9 jaar bij hun laatste bezoek. De meerderheid (83,7%) van de hele groep was geboren in Nederland en 85,7% woonde in Amsterdam. Verder is 75,9% van de deelnemers opgeleid op hbo-niveau of hoger. In 2018 seroconverteerden drie MSM in de ACS voor hiv. De waargenomen hiv-incidentie onder MSM is relatief stabiel en laag in de afgelopen jaren en bedroeg 0,5 per 100 persoonsjaren in 2018.

Hiv op Curaçao

In het St Elisabeth Hospitaal in Willemstad op Curaçao heeft, in de loop der jaren, een steeds groter aantal hiv-positieve mensen een virale onderdrukking bereikt. Hoewel vroeg starten van behandeling mogelijk blijkt te zijn, laten de data ook zien dat het in zorg houden van mensen met hiv aandacht behoeft om een zo optimaal mogelijk effect van behandeling te bereiken. Bovendien blijft het percentage mensen dat met een late hiv-infectie in zorg komt hoog, hoewel het aantal met een vergevorderde hiv-infectie lijkt af te nemen.