

Humaan immunodeficiëntievirus (hiv)
infectie in Nederland

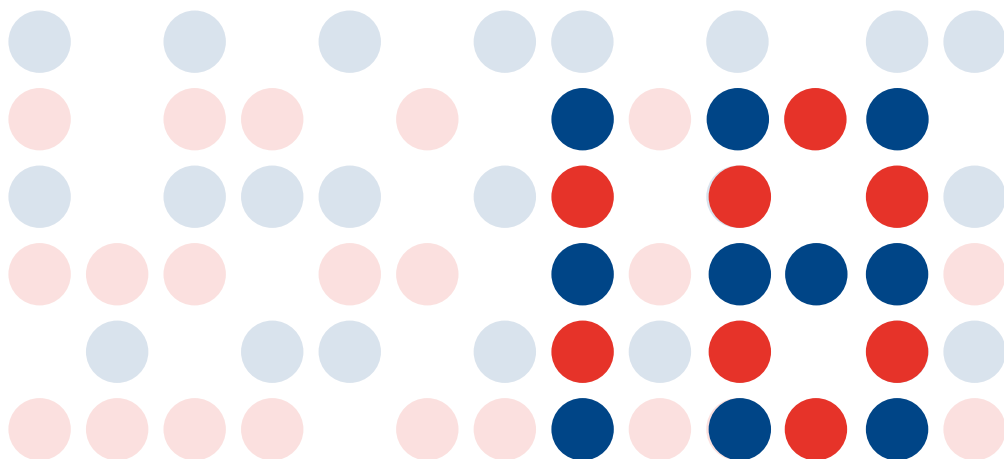


HIV Monitoring Report

2018

Samenvatting en aanbevelingen

Het HIV Monitoring Report 2018 is nu beschikbaar via www.hiv-monitoring.nl



Wat doet 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 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 mensen 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:

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 2018 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, en morbiditeit en mortaliteit in de hiv-positieve populatie in Nederland. Dit gedeelte bevat tevens informatie over specifieke groepen, waaronder personen met virale hepatitis co-infecties en HIV-1-positieve kinderen, 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, 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 2018 bedanken. We zijn erg dankbaar voor hun waardevolle bijdrage. 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.



Professor Peter Reiss, MD

Directeur Stichting HIV Monitoring

De hiv-epidemie in Nederland in 2017

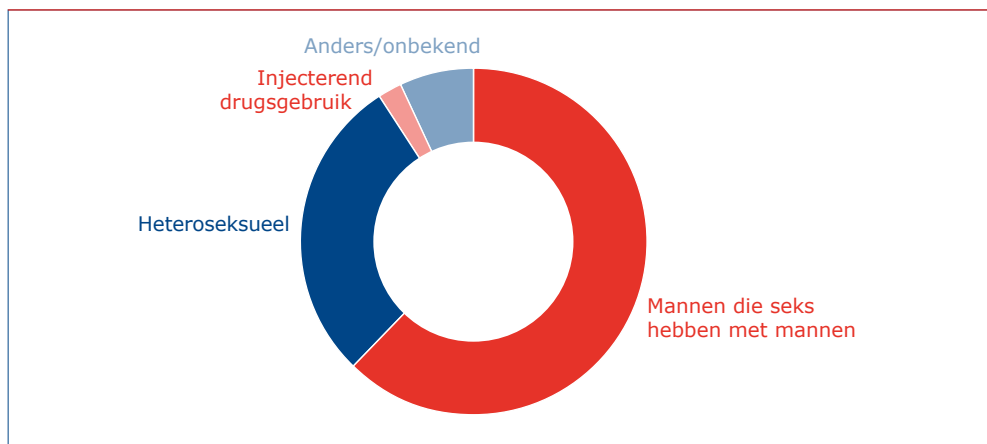
Dalende trend in nieuwe diagnoses houdt aan in 2017

Sinds 2008 is er een dalende trend te zien in het jaarlijkse aantal nieuwe hiv-diagnoses, tot minder dan 900 nieuwe diagnoses in de afgelopen jaren. Deze dalende lijn zette zich in 2017 voort, met de kanttekening dat het verwachte aantal diagnoses (749) voor dat jaar nog kan veranderen, omdat de registratie van hiv-diagnoses voor 2017 nog niet is afgerond.

Merendeel nieuwe diagnoses gesteld bij mannen die seks hebben met mannen

In 2017 werd het merendeel (69%) van de nieuw-geïdiagnosticeerde hiv-infecties gevonden bij mannen die seks hebben met mannen (MSM). Daarnaast heeft 23% van de mensen met een nieuwe diagnose hun hiv-infectie via heteroseksueel contact opgelopen en bij ongeveer 7% is de infectie op andere of onbekende wijze opgelopen (Figuur 1).

Figuur 1: Meest waarschijnlijke hiv-transmissieroute bij mensen met hiv en in zorg in Nederland in 2017.



Nieuw-geïdiagnosticeerde personen ontvangen snel specialistische hiv-zorg

Meer dan 95% van de nieuw-geïdiagnosticeerde personen is binnen zes weken terechtgekomen bij specialistische hiv-zorg. Dit percentage was in alle behandelcentra nagenoeg hetzelfde en hing ook niet af van 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 de volgende observaties. Allereerst laten onze data zien dat het aandeel van mensen met een eerdere negatieve hiv-test toeneemt: 73% van de MSM, 33% van de andere mannen en 49% van de vrouwen die in 2017 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 380 cellen/mm³ in 2017.

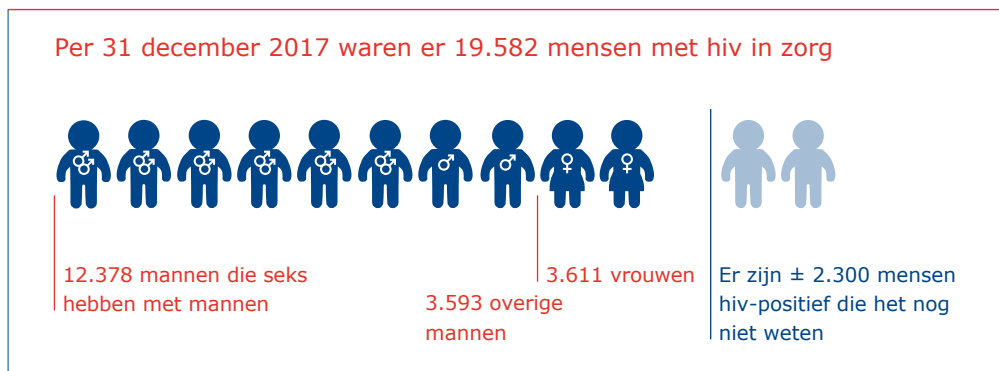
Late presentatie voor zorg blijft een probleem

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 2017 was dit het geval voor 37% van de MSM, 63% van de andere mannen en 52% van de vrouwen.

Aantal personen met hiv in zorg in 2017

Per 31 december 2017 waren er in Nederland 19.582 mensen met hiv in zorg in een van de 26 hiv-behandelcentra voor volwassenen of een van de 4 pediatrie hiv-behandelcentra (19.390 volwassenen en 192 kinderen en adolescenten (*Figuur 2*).

Figuur 2: Aantal mensen dat leeft met hiv en in zorg in Nederland in 2017.



Hiv-zorgcontinuüm in 2017: 90-93-95

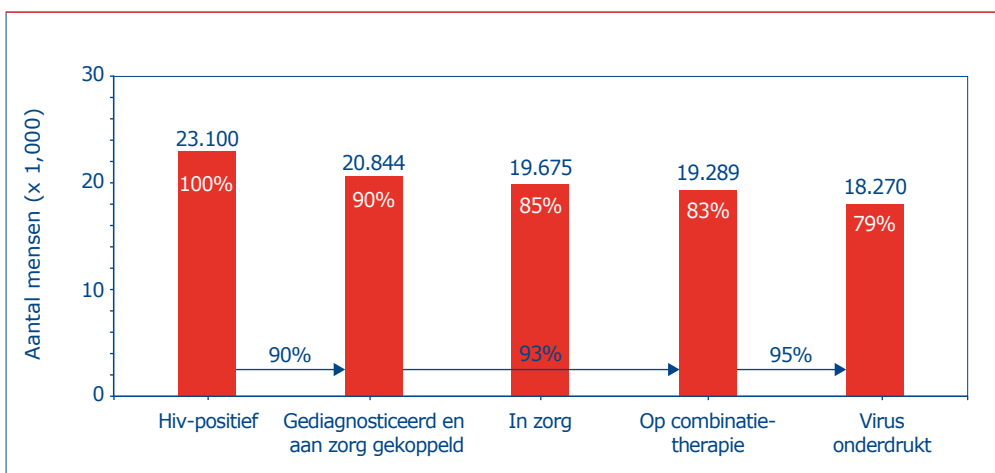
Een van de doelen van de hiv-behandeling is het bereiken van virale onderdrukking. De belangrijkste stappen die doorlopen moeten worden om virale onderdrukking te bereiken worden weergegeven in het hiv-zorgcontinuüm. Het zorgcontinuüm geeft ook de voortgang in het bereiken van de UNAIDS 90-90-90-doelstellingen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

Het hiv-zorgcontinuüm voor Nederland laat zien dat Nederland het UNAIDS doel bereikt heeft (90-93-95 in 2017, *Figuur 3*). Dit is gebaseerd op de volgende cijfers:

- Eind 2017 waren er 23.100 mensen die leven met hiv in Nederland, waarvan er naar schatting 2.300 nog niet zijn gediagnosticeerd.
- In totaal zijn 20.844 mensen (90% van het totale geschatte aantal mensen dat leeft 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 gestart met antiretrovirale combinatietherapie (cART) 19.289; 93% en 18.270 mensen van de groep die al met cART gestart zijn (95%) hadden een onderdrukt virus.

Dit betekent dat bij 79% van het totale geschatte aantal mensen met hiv en bij 88% 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 2017, gebaseerd op de UNAIDS 90-90-90-doelstellingen voor 2020: 90-93-95.



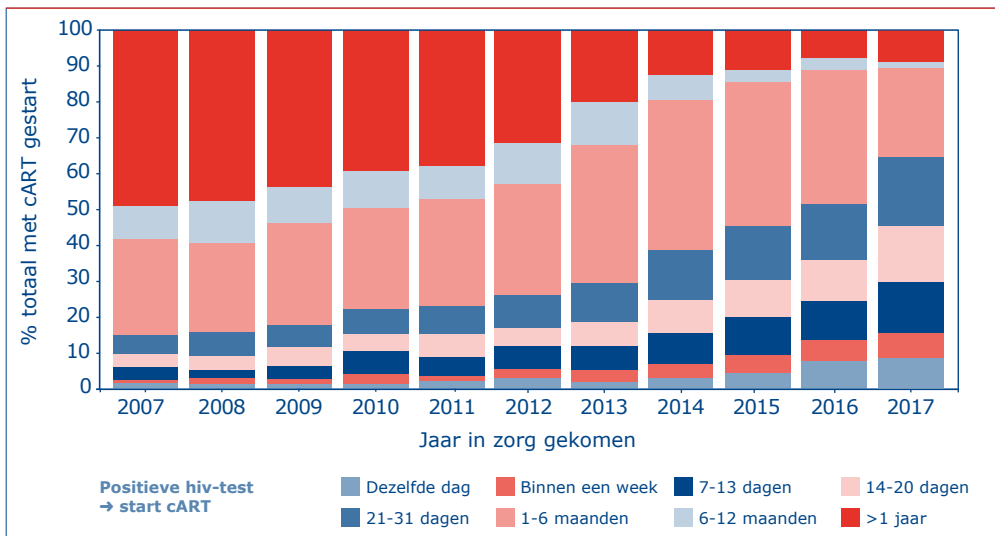
De cijfers voor Nederland zijn indrukwekkend vergeleken met andere delen van de wereld. Desalniettemin waren er in Nederland ongeveer 750 nieuwe diagnoses en een geschat aantal van 2.300 mensen dat nog niet is gediagnosticeerd. Om een significante daling in deze cijfers te bereiken blijven interdisciplinaire strategieën nodig om transmissie in de belangrijkste risicogroepen te reduceren, mensen eerder in de hiv-infectie te identificeren, 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 2017 veelal binnen een maand na diagnose gestart

Mensen starten steeds eerder met cART na de hiv-diagnose. Van degenen die in 2017 startten met cART, deed meer dan de helft dit binnen een maand en meer dan 90% deed dit binnen 6 maanden na de diagnose (Figuur 4). Dit was niet afhankelijk van de CD4-aantallen bij de diagnose.

Figuur 4: Tijd tussen hiv-diagnose en starten met antiretrovirale combinatietherapie (cART) voor personen die gestart zijn tussen 2007-2017.



Legenda: cART=antiretrovirale combinatietherapie.

Behandeling steeds vaker gestart met minder verzwakt immuunsysteem

Mensen starten steeds vaker met cART bij hogere CD4-aantallen. Het percentage mensen met een CD4-aantal van 500 cellen/mm³ of hoger dat binnen 6 maanden na de diagnose begonnen is met cART is gestegen van 87% in 2015 tot 91% in 2017.

Meest gebruikte hiv-behandeling in 2017

Initiële therapie

Meer dan 80% startte in 2017 met een integraseremmer-bevattend startregime. Abacavir/lamivudine/dolutegravir en tenofovir alafenamide/emtricitabine/cobicistat-geboost elvitegravir waren de meest gebruikte startregimes in 2017.

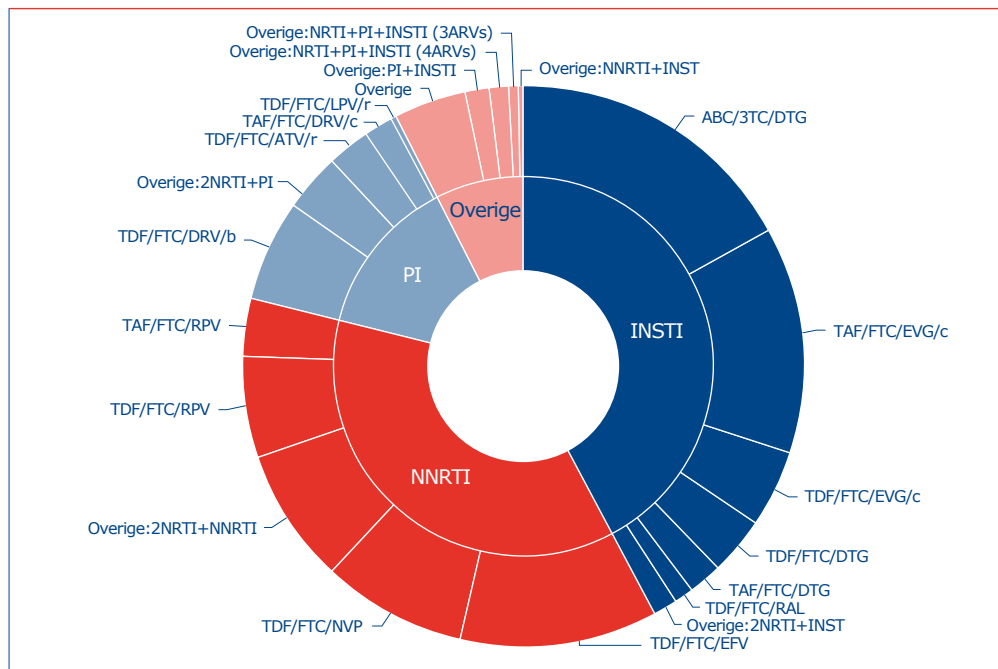
De startregimes worden steeds minder vaak gedurende het eerste jaar gestopt of gewijzigd. Deze trend is al continue aanwezig sinds 1996. Net als in voorgaande jaren is toxiciteit de belangrijkste reden voor het stoppen met, of switchen van, het startregime tijdens het eerste jaar van de behandeling. Toxiciteit welke leidde tot stoppen was voornamelijk gerelateerd aan neuropsychiatrische klachten, maag-darm klachten, een verminderde nierfunctie, of medicatie-gerelateerde huiduitslag. Andere belangrijke redenen voor het stoppen met, of switchen van, het regime tijdens het eerste jaar zijn cART simplificatie 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 2017 kreeg 42% van alle volwassenen in zorg en op cART een integraseremmer, vergeleken met 27% in 2015. Hoewel twee derde van de populatie op cART in 2017 een backbone kreeg bestaande uit tenofovir disoproxil/emtricitabine, heeft de beschikbaarheid van nieuwe combinatiepillen geleid tot een toename in het gebruik van abacavir/lamivudine en tenofovir alafenamide/emtricitabine.

Onder alle hiv-positieve personen in zorg en op behandeling in 2017, kreeg het merendeel een cART-regime gebaseerd op twee nucleoside-analoog reverse transcriptaseremmers (NRTI's), gecombineerd met een integraseremmer (42%), een non-nucleoside reverse transcriptaseremmers (NNRTI, 36%), of een proteaseremmer (14%) (Figuur 5). De regimes die in 2017 het meest zijn voorgeschreven waren abacavir/lamivudine/dolutegravir (17%), tenofovir alafenamide/emtricitabine/cobicistat-geboost elvitegravir (13%) en tenofovir disoproxil/emtricitabine gecombineerd met efavirenz (11%) of nevirapine (8%).

Figuur 5: Antiretrovirale combinatietherapie (cART) gebruik in 2017 onder hiv-positieve personen die ooit met cART gestart zijn.



Legenda: 3TC=lamivudine; b=geboost (cobicistat of ritonavir); lr=ritonavir-geboost; lc=cobicistat-geboost; ABC=abacavir; ATV=atazanavir; DRV=darunavir; DTG=dolutegravir; EFV=efavirenz; EVG=elvitegravir; FTC=emtricitabine; INSTI=integraseremmer; LPV=lopinavir; NRTI=nucleoside analoog 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 blijft verbeteren. Van alle hiv-positieve volwassenen die in 2017 nog in zorg waren en cART gebruikte, had 97% een ondetecteerbare virale lading (<200 kopieën/ml). Personen die vóór 1996 met hiv waren gediagnosticeerd en in 2017 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 2017. 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.

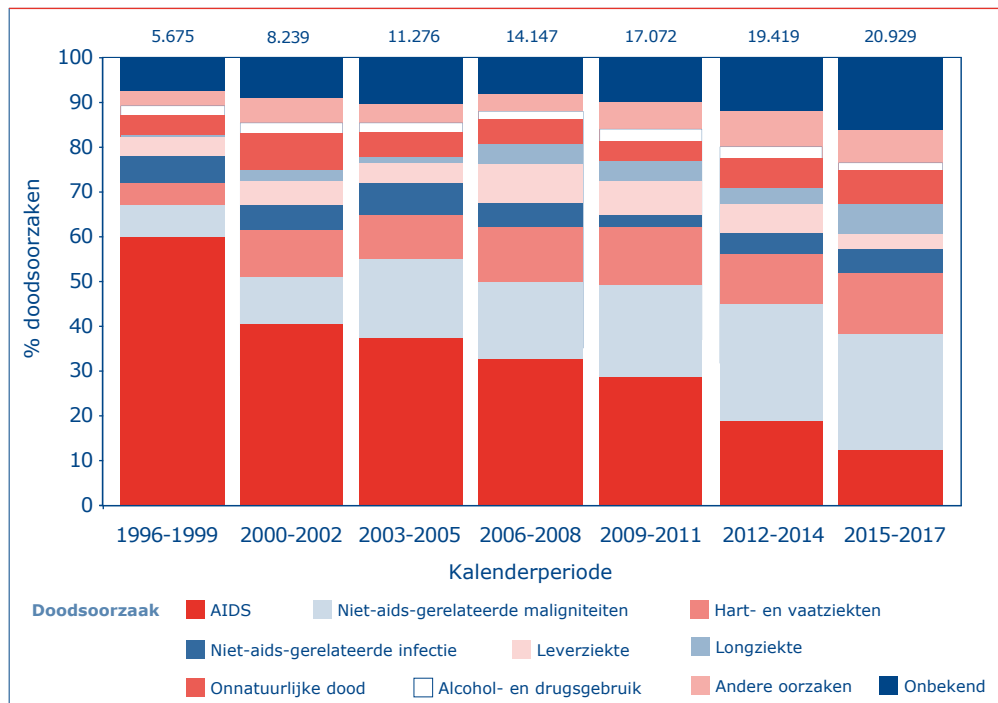
Morbiditeit en mortaliteit

Aanhoudende daling in aids-gerelateerde sterfte

De sterfte onder hiv-positieve personen die in Nederland in zorg zijn blijft laag. Aids-gerelateerde sterfte neemt steeds verder af, met een verschuiving naar andere doodsoorzaken, zoals niet-aids-gerelateerde comorbiditeit, waaronder niet-aids-definiërende maligniteiten, hart- en vaatziekten en chronische leverziekten (Figuur 6).

Sterfte als gevolg van aids is grotendeels 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.

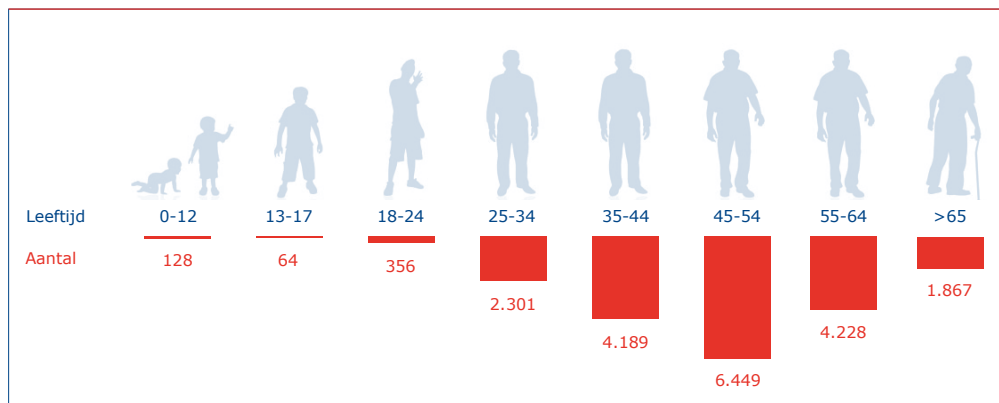
Figuur 6: Relatieve veranderingen in doodsoorzaken in verschillende periodes sinds de introductie van antiretrovirale combinatietherapie (cART) in Nederland (aantallen boven elke staaf vertegenwoordigen het aantal mensen dat in zorg was gedurende die periode).



Ouder worden en comorbiditeit

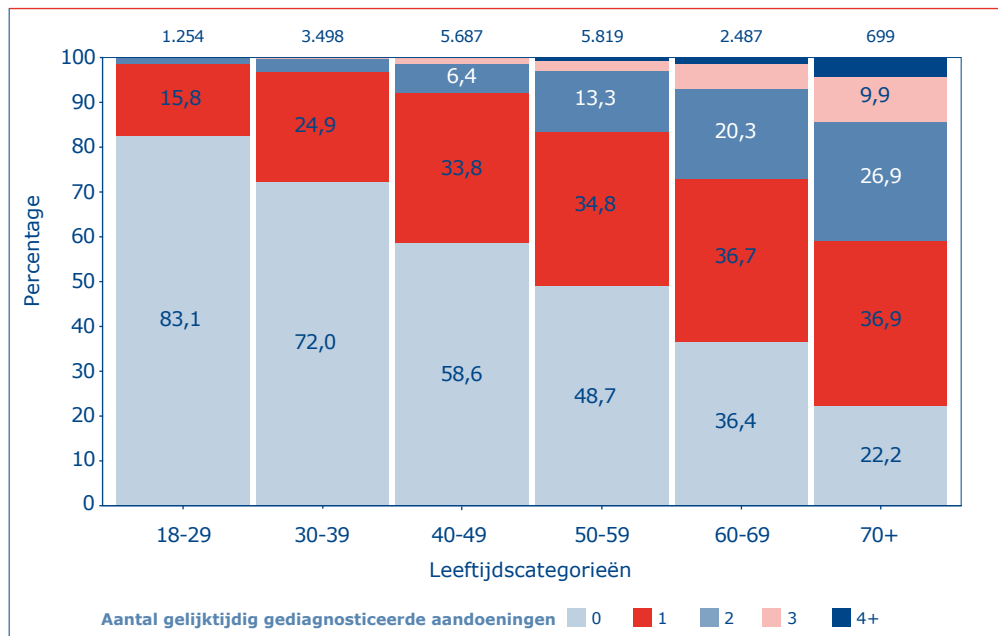
Een substantieel deel van de mensen die nieuw-gediagnosticeerd zijn met hiv en in zorg zijn gekomen in 2017 waren oudere mensen; 27% was ouder dan 50 jaar. Tegelijkertijd wordt de gehele populatie van mensen die leven met hiv en in zorg zijn in Nederland ook steeds ouder. Momenteel is 48% ouder dan 50 jaar, vergeleken met 39% in 2013 (Figuur 7).

Figuur 7: Leeftijd van mensen die leven met hiv in Nederland in 2017.



Net als bij de algehele 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 in volwassenen in zorg in 2017 (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 hiv-positieve personen met een hoog of zeer hoog cardiovasculair risico in de periode 2000-2017 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 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, Hodgkin-lymfoom, anus-, gastro-intestinale-, prostaat-, en hoofd- en hals-kanker. Hoewel de incidentie van niet-aids-gerelateerde maligniteiten in Nederland in de loop van de tijd stabiel is gebleven, is het aantal sterfgevallen als gevolg van deze maligniteiten toegenomen. Als echter de toenemende leeftijd van de hiv-positieve populatie in Nederland wordt meegewogen, is er een daling op te merken in het risico op nieuwe niet-aids-gerelateerde maligniteiten bij mannen, waaronder anuscarcinoom. 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.

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 en vaak leefstijl-gerelateerde risicofactoren onder zowel artsen als mensen die leven met hiv zelf. Dit is in het bijzonder relevant voor oudere personen en de personen met een verhoogd risico op comorbiditeiten, en geldt niet alleen voor aandoeningen als hart- en vaatziekten en diabetes mellitus, maar ook voor kanker, chronische leverziekte en osteoporose.

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 in 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 hiv-zorg in Nederland, waardoor de aan- of afwezigheid van deze co-infecties is gedocumenteerd voor vrijwel alle hiv-positieve individuen.

HCV 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 6% een chronische HCV infectie en 2% 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.

HBV co-infectie

De prevalentie van chronische HBV infectie 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. Bij 6% van de mensen die ooit in zorg zijn geweest werd een chronische HBV-infectie vastgesteld.

HBV-vaccinaties blijven belangrijk

Naar schatting is 29% van alle hiv-positieve personen en 21% van MSM nooit aan HBV blootgesteld en 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.

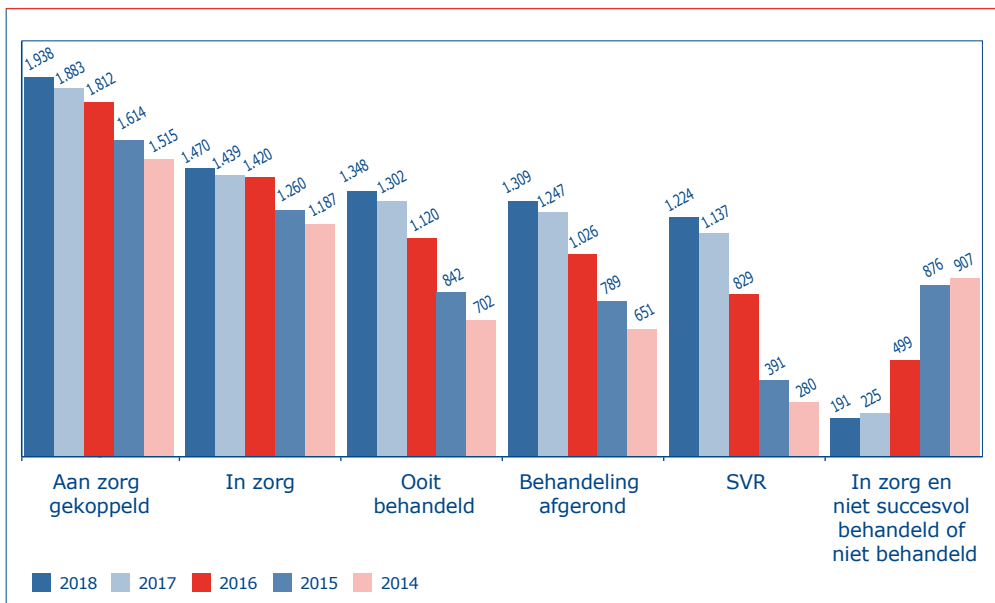
Risico op sterfte door HCV of HBV co-infectie neemt af

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 na 2000 zijn gediagnosticeerd met chronische HCV of HBV, dus na het beschikbaar komen van tenofovir, is de kans op lever-gerelateerde sterfte echter minder groot vergeleken met mensen die voor 2000 zijn gediagnosticeerd met een chronische HCV of HBV co-infectie. 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 behandeling hebben gekregen voor HCV. Eind 2017 hebben meer dan 800 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*).

Figuur 9: HCV-zorgcontinuüm.



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 2017. 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 seksueel actieve MSM aanbevolen

De snel groeiende 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 en daarnaast preventieve gedragsinterventies in te zetten.

Hiv in kinderen

Geen perinatale transmissie in Nederland sinds 2015

Van de 603 kinderen die voor hun 18e verjaardag zijn gediagnosticeerd met hiv en ooit bij SHM zijn geregistreerd is de meerderheid (77%) nog steeds in zorg in een van de Nederlandse hiv-behandelcentra.

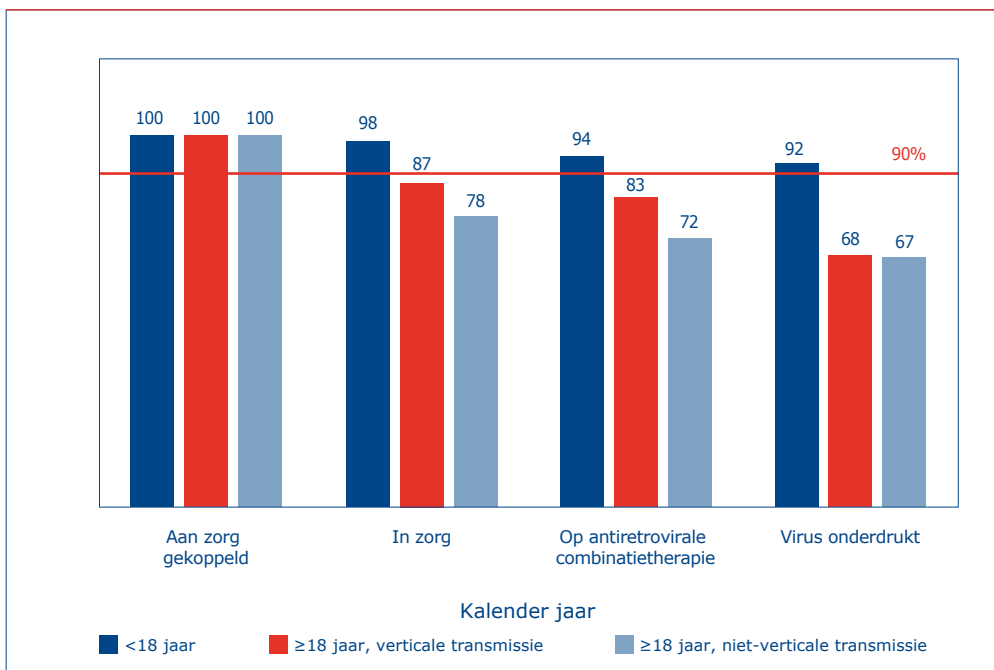
Het merendeel (67%) van de kinderen die verticaal geïnfecteerd zijn met hiv, is geboren buiten Nederland. Verticale transmissie van hiv in Nederland komt zelden voor en is sinds 2015 in Nederland niet meer gerapporteerd.

Van de kinderen die nog steeds in zorg zijn, zijn er 115 (25%) 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, per 31 december 2017. 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 en in 2017 nog steeds in zorg waren, was 61% inmiddels ouder dan 18 jaar op 31 december 2017. Van de kinderen die overgingen van pediatrische naar volwassenenzorg, had 21% 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 jong-volwassenen noodzakelijk is.

Kwaliteit van zorg

Meer mensen blijven in zorg

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. Over het algemeen is het percentage mensen dat in zorg blijft hoog in de meeste behandelcentra in Nederland, hoewel 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 6 maanden op cART, evenals tijdens langdurig gebruik van cART, hoog in alle hiv-behandelcentra in Nederland.

Heterogeniteit in herhaalde HCV-screening

Er is veel heterogeniteit in de periodieke screening op HCV bij MSM. Deze heterogeniteit lijkt deels het gevolg van een verschil in het screeningsbeleid, waarbij in sommige centra de screening vermoedelijk gebeurt op geleide van afwijkende leverwaarden. Gezien het feit dat HCV-transmissie nog steeds voorkomt, blijft (herhaaldelijke) HCV-screening noodzakelijk.

Hiv op Curaçao

De laatste jaren worden hiv-positieve mensen die in zorg zijn bij het St Elisabeth Hospitaal in Willemstad op Curaçao in een steeds vroeger stadium van de infectie gediagnosticeerd, zoals blijkt uit een afnemend percentage personen die laat in zorg komen. Als gevolg hiervan wordt bij steeds hogere CD4-aantallen gestart met cART. 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.

Amsterdam Cohort Studies

De Amsterdam 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) geïncubeerd 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. De ACS bereikten in 2017 33 jaar follow-up.

Op 31 december 2017 waren in totaal 2.796 MSM geïncubeerd in de ACS. Van hen waren er 607 al hiv-positief op het moment van inclusie terwijl 253 mannen seroconverteerden tijdens follow-up in de studie. In 2017 waren er nog 701 hiv-negatieve en 73 hiv-positieve MSM in actieve follow-up bij de GGD Amsterdam; daarnaast werden er 256 hiv-positieve MSM gevolgd bij het MC Jan van Goyen of de DC Klinieken Lairesse-Hiv Focus Centrum in Amsterdam. Verder zijn in 2017 60 nieuwe hiv-negatieve MSM geïncubeerd. De mediane leeftijd in deze groep bedroeg 29,5 jaar, terwijl de mediane leeftijd in de hele groep MSM in actief follow-up bij hun laatste bezoek 42,5 jaar bedroeg. De meerderheid (85,0%) van de hele groep was geboren in Nederland en 83,8% woonde in Amsterdam. Verder is 75,3% van de deelnemers opgeleid op hbo-niveau of hoger. In 2017 seroconverteerden 2 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 2017.

