

Algemeen medische informatie

HIV-infectie en AIDS; de stand van zaken II

In de aflevering van vorige maand kwamen uitgebreid de nieuwe therapeutische mogelijkheden voor met HIV-geïnfecteerden aan de orde, in het bijzonder de combinatietherapieën (Bol, 1998). Zoals men wel vaker ziet, verschenen direct na de sluitingsdatum voor de kopij (9 maart) publicaties die voor die aflevering interessant zouden zijn geweest. Daarom hier nog een paar gegevens.

In het Academisch Medisch Centrum van de Universiteit van Amsterdam werden gedurende 16 maanden de hoeveelheid RNA-kopieën van HIV bepaald in het bloed (De Wolf *et al.*, 1998). Daarbij werden de patiënten ingedeeld in twee groepen: zij die tevoren al met één of meer antiretrovirale middelen waren behandeld (70%) en zij die niet waren 'voorbehandeld'. In die laatste groep was tripeltherapie (meestal twee RT-remmers en één proteaseremmer) het meest effectief (Bol, 1998). Vierentachtig procent van die patiënten had na zes maanden serumspiegels van minder dan 1000 RNA-kopieën/ml. Bij de voorbehandelde patiënten was dat slechts 61%. De optimistische verwachtingen over de combinatietherapieën ten spijt kan dit geen doorslaggevend succes worden genoemd. Bedenkelijker is de mate van resistentie onder de HIV-stammen. Bij ruim de helft van de 68 patiënten bij wie de therapie onvoldoende virologisch resultaat had, werd RT-resistentie angetoond; één op de zeven van hen had een proteaseresistente HIV-stam.

De indeling van HIV maar ook de therapie kan gebaat zijn bij de onderkenning van co-receptoren naast de reeds bekende CD4-receptoren (Brinkman, 1998). Het betreft chemokinen (chemotactische cytokinen), waarvan bijvoorbeeld de eerst ontdekte, de plaatjes-factor-4 (1961), en de ontstekingsmediator interleukine-8 bekende vertegenwoordigers zijn. *In vitro* blijken de chemokinen in staat te zijn tot sterke remming van HIV-infectie. Dit zou niet alleen betekenis kunnen hebben voor anti-HIV-therapie maar ook voor andere infectieziekten.

Een ander testbeleid?

Uiteraard roepen de groter wordende therapeutische mogelijkheden voor personen die met HIV geïnfecteerd zijn of reeds de diagnose AIDS kregen, de vraag op of het vigerende testbeleid nog wel adequaat is (Coutinho, 1997). Immers, een direct begin van de therapie in een vroeg stadium van HIV-infectie zou AIDS langer kunnen doen uitblijven of misschien zelfs het virus voorgoed onderdrukken of, nog beter, elimineren. Het oude bezwaar daartegen was dat er altijd wel therapieresistentie ontstond, waardoor de individuele patiënt niet meer geholpen kon worden en bovendien voor de samenleving het gevaar bestond van verspreiding van resistente stammen. De combinatietherapie vermindert de kans op resistentievorming weliswaar, maar uit het hierboven besproken recente artikel (De Wolf *et al.*, 1998), blijkt dat het resultaat niet doorslaggevend is. Het tweede bezwaar blijft ten volle van kracht; want niet alleen is de combinatietherapie levensverlengend maar vooral de kwaliteit van leven verbetert er sterk door (Wigersma, 1997). Wie zich weer veel beter voelt, eventueel weer gaat sporten of werken, zal waarschijnlijk ook meer dan voorheen intiem(e) contact(en) aangaan. Hoezeer velen ook veronderstellen dat mensen met de diagnose AIDS of met een

bekende HIV-infectie zeer voorzichtig zijn ten aanzien van de besmettingskans van anderen, is dit niet altijd het geval.

Algemene bevolkingsscreening op HIV-antistoffen stuit in Nederland op weerstand (Coutinho, 1997). Het beleid is gericht op individuen uit zogenoemde hoog-risicogroepen. De wens om op z'n minst alle zwangeren te testen (na 'informed consent') ketst af op op de zeer lage seroprevalentie onder Nederlandse zwangeren. Pas bij een prevalentie van 0,4 - 0,5% zou dit kosten-effectief zijn. Het verstandigst is om bij elke eerste zwangerschapscontrole de kans op HIV-infectie op grond van gelopen risico's te bespreken. Een HIV-test is bij aanwezige infectiekans temeer geïndiceerd omdat de transmissie naar het kind sterk kan worden teruggebracht (Bol, 1994; Boer, 1995; Coutinho, 1997; Bol, 1998).

Epidemiologie in Nederland

Hierboven en hieronder, zoals ook in de vorige aflevering, wat extra aandacht voor een niet zo vaak belichte groep: vrouwen en kinderen met AIDS (Boer, 1995; Bol, 1995; Oppen, 1995; Scherpbier, 1995). In de eerste helft van de jaren tachtig werd al bij enkele tientallen inwoners van Nederland AIDS gediagnosticeerd. Sinds 1985, toen de anonieme rapportage aan de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ) begon, zijn er tot eind vorig jaar 4630 AIDS-diagnoses gesteld (VWS, 1998). Hoewel de rapportage over 1997 nog ver in dit jaar zal najlen, kan toch al geconstateerd worden dat er sprake is van een duidelijke daling. In 1995 werd de diagnose 499 maal gesteld en 393 maal in 1996 (21% lager). Deze ontwikkeling komt na een plateau-fase die begin jaren negentig inzette (Bol, 1994). Vooral de epidemie onder homoseksuele mannen stagneerde, waarschijnlijk op grond van veiliger vrijgedrag in de loop van de jaren tachtig. Het schijnt echter dat de nieuwe cohorten van jonge homoseksuele mannen weer meer onveilig vrijen. Wellicht heeft de constante stroom van voorlichting en waarschuwing op den duur een vermoeidheidseffect.

AIDS werd de laatste jaren weliswaar in toenemende incidentie vastgesteld bij vrouwen en kinderen, maar in absolute aantallen betreft het niet meer dan enkele tientallen per jaar. Door de afname van de incidentie onder mannen is de stijging van het percentage vrouwen en kinderen onder de patiënten echter ogenschijnlijk verontrustend (Bol, 1994). In toenemende mate betreft het vrouwen en kinderen van buitenlandse herkomst; vorig jaar betrof 25% van de diagnoses die bij vrouwen werden gesteld personen uit HIV-endemische gebieden. Inwoners uit die landen vormen 0,5% van de bevolking (odds ratio 133); zij weerspiegelen de infectiekans in endemische streken.

Epidemiologie mondiaal

Het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* van 14 maart jl. bevat een voortreffelijk overzicht van de HIV/AIDS-epidemie in de wereld, naar aanleiding van een internationale conferentie in Amsterdam in mei 1997 (Wigersma, 1998). De World Health Organisation (WHO) verwacht dat er bij de aanvang van het volgend millennium in totaal ruim 40 miljoen mensen met HIV geïnfecteerd zijn of zijn geweest. Want veel geïnfecte-

terden zijn al gestorven, vooral in ontwikkelingslanden waar 90% van de huidige geïnfecteerden leeft. In het westen is vanaf 1996 weliswaar een daling van de sterfte te zien dankzij de nieuwe combinatietherapieën, maar zulke geavanceerde geneeskunde is voor ontwikkelingslanden niet weggelegd. Het budget voor gezondheidszorg in de acht armste landen (zeven Afrikaanse en het Aziatische Nepal) is zo laag dat bijvoorbeeld een tuberculose- of malariabehandeling van één persoon het aandeel van tientallen anderen opslokt. Stelt u zich eens een plein voor met een kleurrijke mengeling van 250 mensen uit die 'arme acht'. Hun gezondheidszorgbudget is gelijk aan dat van één gemiddelde Nederlander (ruim 4000 gulden).

In 1996 stierven 1,5 miljoen mensen in ontwikkelingslanden aan AIDS (Wigersma, 1998). Gezien de nog steeds versnellende toename van het aantal gevallen, zal dit sterftecijfer nog fors stijgen. Want waren er eind 1997 ruim 30 miljoen cumulatieve infecties sinds begin jaren tachtig, zes miljoen ervan traden in 1997 op! Daardoor zal AIDS de twee huidige grootste enkelvoudige doodsoorzaken gaan overtreffen: malaria (2 miljoen) en tuberculose (3 miljoen). Tuberculose treedt overigens vooral in Afrika veel op onder met HIV-geïnfecteerden; één op de drie patiënten overlijdt eraan (wat uiteraard ook methodologische problemen bij het tellen van doodsoorzaken geeft). De WHO verwacht dat op grond van de AIDS-epidemie begin volgende eeuw de jaarincidentie van tuberculose-infecties zal stijgen van 9 tot 12 miljoen en dat de tuberculose-sterfte zal toenemen tot 4 miljoen per jaar.

Elke dag tikt de tijdbom door: 16.000 mensen raakten vandaag weer geïnfecteerd; dat zijn er bijna 700 per uur ofwel 100 in de tijd dat u dit artikel las (Wigersma, 1998). Twee derde van de mensen met een HIV-infectie leeft in Afrika. Beneden de Saharagordel zou 7% (!) van de mensen tussen 15 en 50 jaar geïnfecteerd zijn; in sommige landen in zuidelijk Afrika zelfs 20-30%. Maar in Azië is de epidemie korter bezig, zij kwam eigenlijk pas echt op gang na 1990. Gezien de grote bevolkingen daar (ruim één derde van de wereldbevolking woont in India en China) zijn de 6,5 miljoen geïnfecteerden, die vooral in Zuidoost-Azië leven, een verontrustend gegeven.

De belemmeringen om wezenlijk iets tegen de verspreiding van het virus te doen vormen een ontmoedigende lijst. Los van het lage gezondheidsbudget in veel landen zijn te noemen: analfabetisme en een laag ontwikkelingspeil, culturele en religieuze weerstanden tegen het bespreken van seksualiteit, afwezigheid of onbetaalbaarheid van voorbehoedsmiddelen, ondergeschiktheid van de vrouw, taboe op homoseksualiteit, het nagenoeg ontbreken van medisch geschoolden voor zorg

en voorlichting, en zo kunnen we nog voortgaan. Het roept daarom des te meer respect op dat overal in ontwikkelingslanden mensen zich verenigen om in allerlei verbanden voorlichting en verzorging te geven, soms helaas onder onverschilligheid of zelfs met tegenwerking van de kant van autoriteiten. Bij drie van de Internationale AIDS-conferenties heb ik veel vertegenwoordigers van deze groepen ontmoet en gesproken. Men kan niet anders dan diep onder de indruk zijn van hun pogingen om uit de welhaast vicieuze cirkel van de AIDS-epidemie en zijn gevolgen te geraken. Westerse landen dienen er alles aan te doen een helpende hand te bieden, overigens niet in het minst vanwege een welbegrepen eigenbelang.

Dr. P. Bol, arts-epidemioloog

Literatuur

- BOER K, MULDER-KAMPINGA GA, SCHERPBIER HJ. HIV en zwangerschap. Ned Tijdschr Geneesk 1995; 139: 970-975.
- BOL P. Gezondheidsraad. Permanente Commissie AIDS. Vrouwen en kinderen met HIV-infectie of AIDS. Den Haag: Gezondheidsraad, 1994 (publicatie nr. 1994/19).
- BOL P. HIV-infectie en AIDS bij vrouwen en kinderen. Ned Tijdschr Geneesk 1995; 139: 964-966.
- BOL P. HIV-infectie en AIDS; de stand van zaken I. Ned Tijdschr Tandheelkd 1998; 105: 141-142.
- BRINKMAN K, KOOPMANS PP. Aids; nieuwe ontwikkelingen. V. De rol van chemokinen en chemokinereceptoren tijdens infectie met HIV. Ned Tijdschr Geneesk 1998; 142: 566-572.
- COUTINHO RA. AIDS; nieuwe ontwikkelingen. I. HIV-tests: tijd voor een actiever beleid. Ned Tijdschr Geneesk 1997; 141: 1034-1036.
- MINISTERIE VAN VWS. Daling van het aantal diagnoses AIDS. Persbericht, 17 februari 1998.
- OPPEN ACC VAN, BOER K, BOL P. Gynaecologische aspecten van HIV-infectie en AIDS. Ned Tijdschr Geneesk 1995; 139: 966-970.
- SCHERPBIER HJ, MULDER-KAMPINGA GA, BOL P, BOER K. HIV-infectie en AIDS bij kinderen. Ned Tijdschr Geneesk 1995; 139: 975-979.
- WIGERSMA L. AIDS; nieuwe ontwikkelingen. IV. Veranderingen van huisartsgeneeskundige zorg door de nieuwe behandelingsmogelijkheden van patiënten met HIV-infectie. Ned Tijdschr Geneesk 1997; 141: 1051-1054.
- WIGERSMA L. Wereldwijde zorg voor mensen met HIV-infectie of aids; verslag van een internationale conferentie in Amsterdam. Ned Tijdschr Geneesk 1998; 142: 593-596.
- WOLF F DE, JONG JJ DE, HERTOOGS K, DANNER SA, LANGE JMA, GOUDSMIT J. Virologische evaluatie van behandeling van HIV-geïnfecteerden met (combinaties van) antiretrovirale middelen in het Academisch Medisch Centrum Amsterdam, 1996/97. Ned Tijdschr Geneesk 1998; 142: 573-578.