Het Zwitserse standpunt vertaald

Veel is er de afgelopen anderhalf jaar gezegd over het Zwitserse standpunt over het effect van combinatietherapie op infectiositeit. Zeer vaak zijn uitspraken gedaan over het standpunt door mensen die het standpunt zelf niet goed gelezen hebben. Het zou alleen gaan om monogame stellen, alleen over hetero's of alleen om het afzien van condoomgebruik. Allemaal niet waar. De discussie was in het begin zeer emotioneel, maar begint langzaamaan zakelijker en feitelijker te worden. Hier een vertaling van het standpunt, zodat je kunt lezen wat de Zwitsers echt gezegd hebben.
De vertaling wordt voorafgegaan door een inleidend commentaar van Pietro Vernazza, de voorzitter van de Zwitserse commissie die het standpunt publiceerde in het Zwitserse tijdschrift voor artsen.

Redactie Hivnieuws

Vertaling commentaar: Peter J. Smit
Vertaling standpunt en verklarende noten: Kees Rümke

Inleidend commentaar van Pietro Vernazza:

Hiv-preventie wordt eenvoudiger – dus complexer

door Pietro Vernazza, voorzitter van de Zwitserse Federale Commissie voor Aidsvragen (EKAF)

Schweizerische Ärztezeitung | Bulletin des médecins suisses | Bollettino dei medici svizzeri | 2008;89: 5 163-164

De laatste jaren hebben we een reeks belangrijke veranderingen mogen meemaken in de behandeling van hiv, het resultaat daarvan en in de levenskwaliteit van mensen met hiv. Dat voert noodzakelijkerwijze tot een nieuwe collectieve waarneming van de hiv-infectie en van de risico's daarvan in samenhang met seksueel overdraagbare aandoeningen. Daaruit wordt duidelijk hoe belangrijk het is om regelmatig een wetenschappelijke standpuntbepaling uit te voeren, om bevolking en gezondheidswerkers zo als maar mogelijk is over deze ontwikkelingen te informeren, opdat niet een trivialisering van alle seksueel overdraagbare aandoeningen optreedt. Deze tekst die als referentie kan dienen, informeert de lezer uitstekend. Wij bevelen deze daarom van harte aan.

Ressort Gezondheid en Preventie van de Zwitserse artsenfederatie

Zonder condoom niet neuken. Helder en duidelijk. De huidige hiv-preventieboodschappen zijn even helder en eenvoudig:
- Geen penetratie zonder condoom;
- Geen sperma in de mond.

Eenvoudige, pregnante, effectieve boodschappen. En dat concept functioneert ook. De Zwitserse hiv-preventiecampagne (vroeger Stop Aids, tegenwoordig: Love Life) is daadwerkelijk zeer effectief geweest. Als deze voorzorgsmaatregelen worden gevolgd is praktisch iedere seksueel overgedragen hiv-infectie vermijdbaar. Wat moet daar nog eenvoudiger aan worden?
Nu, de boodschap mag dan simpel zijn, haar opvolgen gaat niet zonder problemen. Het is nog relatief eenvoudig om de safer seks maatregelen met een eenmalige gelegenheidspartner consequent toe te passen. Maar in een vaste relatie wordt het condoom al sneller als vreemde eend in de bijt gevoeld. Voor veel serodiscordante stellen (één partner met hiv) heeft de regelmatige aanwending van het condoom inmiddels ook verregaande gevolgen.

Het seksleven wordt niet alleen door het gebruik van het condoom negatief beïnvloed. De angst voor seksuele overdracht van een hiv-infectie op de eigen partner is voor de meeste betrokkenen een langdurige begeleider van het leven geworden, of er nu wel of niet sprake is van regelmatig condoomgebruik. Veel stellen willen graag kinderen en op grond van de regels voor safer sex zetten zij die wens vaak in de ijskast of gaan ze over tot dure, ongemakkelijke en ook relatief vaak weinig succesvolle, kunstmatige bevruchtingstechnieken. Ondanks alle problemen met safer sex houdt meer dan 80% van de serodiscordante paren zich in Zwitserland aan die regels, aldus de resultaten uit de Zwitserse cohortstudie. Zij gebruiken bij elk seksueel contact een condoom. Ze willen het risico van infectie van de partner niet nemen.

Hoe groot is dat risico eigenlijk? En kennen die stellen de grootte van dat risico? Al 15 jaar geleden heeft een Europese partnerstudie dat risico becijferd. Destijds werd dat op ongeveer 1:300 geschat voor elke vorm van onbeschermd geslachtsverkeer. Reden genoeg om het condoom te promoten.
En tegenwoordig? Het 'gezicht' van een hiv-infectie is de laatste 10 jaar door de combinatietherapie volledig veranderd. Bij degenen die consequent hun combinatietherapie gebruiken kan men in het bloed geen actief virus meer detecteren. Opportunistische infecties komen niet meer voor, en de levensverwachting met hiv bevindt zich in een 'normale' range. Meer en meer dringt deze 'normalisering' door tot degenen met hiv, maar ook bij levensverzekeringen, werkgevers en bij anderen.
Maar, hoe is het met het infectierisico gedurende een optimaal gevolgde hiv-therapie? Het virus verdwijnt ook uit de genitale vochten, maar de angst om anderen te infecteren verdwijnt niet. Dat was voor de 'Vakcommissie Kliniek en Behandeling hiv/aids in Zwitserland' voldoende motivatie om de wetenschappelijke fundamenten ter beoordeling van het infectiegevaar onder therapie te bestuderen. Zich baserend op epidemiologische en biologische wetenschappelijk gegevens kwam deze commissie tot de slotsom dat het risico verwaarloosbaar klein is bij een goed doorgevoerde en gevolgde hiv-therapie. Zo klein, dat nog geen geval onder die omstandigheden (januari 2008) beschreven is. Het theoretisch berekende risico is in de orde van grootte van de normale risico's in het leven, zoals bijvoorbeeld het risico op een vliegtuigongeval als je een vliegtuig gebruikt.
Voor de serodiscordante paren maakt dit inzicht het zeer eenvoudig. Wie zou iemand een vliegreis ontraden uit angst voor het neerstorten van een vliegtuig? Onder optimale basisvoorwaarden kan een serodiscordant paar normaal geslachtsverkeer onderhouden zonder condoom. Zonder angst de partner te infecteren. Geen condoom staat de kinderwens in de weg. Optimale basisvoorwaarden wil zeggen:

- Stabiel op de hiv-medicatie zijn ingesteld;
- Ondetecteerbare viral load;
- Geen andere soa's.

Als aan deze voorwaarden is voldaan – hetgeen bij het merendeel van de behandelde hiv-positieven het geval is – wordt de preventie daadwerkelijk eenvoudig.
Maar de preventieboodschap wordt complexer: die moet geïndividualiseerd worden. De therapie, maar ook de hiv-negatieve partners, moeten in de zorg worden betrokken. De preventie van soa's wordt belangrijker. Stellen moeten dus intensiever geadviseerd worden. En, niet op de laatste plaats: na 20 jaar 'Niet neuken zonder condoom' zal het niet eenvoudig zijn om de diepzittende angst voor infectie in de hoofden van de betrokkenen te relativeren. Maar als dit besef eenmaal is omgeslagen, dan zullen de met hiv levende mensen een merkbare verbetering van hun levenskwaliteit ervaren. De tijd is daar ook meer dan rijp voor.
De 'Federale Commissie voor Aidsvragen' heeft op grond van de beoordeling van de 'Vakcommissie Kliniek en Behandeling hiv/aids' gediscussieerd over de betekenis van deze informatie voor de preventie. De daaruit voortvloeiende consequenties voor het adviseren (medisch en preventief) worden in korte informatiebulletins aan preventieadviseurs en aan de medische beroepsstand ter beschikking gesteld. Namens de Federale Commissie voor Aidsvragen wil ik u het lezen daarvan warm aanbevelen.

Het Zwitserse standpunt:

Mensen met hiv die geen andere soa's hebben zijn onder effectieve combinatietherapie seksueel praktisch niet infectieus

door Pietro Vernazza, Bernard Hirschel, Enos Bernasconi, Markus Flepp

Schweizerische Ärztezeitung | Bulletin des médecins suisses | Bollettino dei medici svizzeri | 2008;89: 5 165-169

De Zwitserse Federale Commissie voor Aidsvragen (EKAF) stelt op verzoek van de Vakcommissie Kliniek en Therapie van het Federaal Bureau voor Volksgezondheid[A] na kennisname van de wetenschappelijke feiten en na uitvoerige discussie vast: een hiv-positieve zonder andere soa's en met een volledig onderdrukte viral load (vanaf hier: effectieve combinatietherapie) is seksueel praktisch niet meer infectieus[B]. Dat wil zeggen dat hij zijn hiv praktisch niet meer kan overdragen zo lang aan de volgende voorwaarden voldaan wordt:

- De hiv-positieve is therapietrouw en hij staat bij een arts onder regelmatige controle;
- De viral load is sinds minstens 6 maanden ondetecteerbaar;
- Er zijn geen infecties met andere seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's)[C].

Inleiding

Tot de taken van de EKAF behoort het bekend maken van nieuwe kennis over infectiositeit van mensen met hiv op een optimaal werkende combinatietherapie. De EKAF wil angsten bij mensen met en zonder hiv wegnemen en daardoor mogelijk maken dat een deel van de ongeveer 17.000 in Zwitserland levende hiv-positieven een grotendeels 'normaal' seksleven kunnen hebben.

Wetenschappelijke basis en data

Onder 'effectieve combinatietherapie' wordt hier steeds een hiv-behandeling met een stabiele volledig onderdrukte viral load in het bloed bedoeld (ondetecteerbare viral load, dat wil zeggen onder de 40 virusdeeltjes per milliliter [D]). Een behandeling is stabiel als de viral load tenminste zes maanden ondetecteerbaar is.

De EKAF is er zich van bewust dat de voorhanden zijnde medische en biologische data strikt genomen het bewijs niet kunnen leveren dat hiv-infectie onder effectieve combinatietherapie niet mogelijk is. (De EKAF is er zich van bewust dat de voorhanden zijnde medische en biologische data strikt genomen het bewijs niet kunnen leveren dat hiv-infectie onder effectieve combinatietherapie niet mogelijk is. (Want je kunt het niet-gebeuren van iets onwaarschijnlijks, maar denkbaars, nooit bewijzen.)

Deze situatie is vergelijkbaar met die in 1986, toen de EKAF de uitspraak deed dat hiv via zoenen niet kan worden overgedragen.

[A] Bundesamt für Gesundheit (BAG). Dit is de Zwitserse pendant van het ministerie van volksgezondheid. De EKAF is een adviescommissie over aidsbeleid van BAG.

[B] In de oorspronkelijke tekst staat 'niet infectieus' en niet 'praktisch niet infectieus'. In de conclusie van het artikel staat dat het risico niet 0 is, maar kleiner dan 1:100.000. Er blijft een klein 'restrisico' bestaan. Hoofdauteur Vernazza, heeft later voor het stellige 'niet infectieus' in de tekst zijn excuses aangeboden. Daarmee is het standpunt van EKAF niet veranderd, maar exacter geformuleerd.

[C] De Deutsche AIDS-Hilfe (DAH) heeft in 2009 het Zwitserse standpunt omarmd. De DAH formuleert dit punt exacter: 'aantasting van de slijmvliezen, bijvoorbeeld door een andere soa'. Er zijn discussies gevoerd over wat het hebben van een andere soa is. Zijn asymptomatische (virale) soa's een uitsluitingsgrond? Met genitale herpes en HPV (virus dat genitale wratten, baarmoederhals- en anuskanker kan veroorzaken) zou dan praktisch geen enkele hiv-positieve aan de voorwaarden voldoen. Vernazza stelt dat asymptomatische soa's geen rol spelen. De DAH is veel exacter: er moet wat kapot zijn.

[D] De Zwitsers zeggen minder dan 40 als wij minder dan 50 zeggen. Dat is hetzelfde. Wanneer een viral load bepaling met een nog iets hogere detectiegrens wordt gebruikt (75) zal het beeld ook niet echt anders zijn.

Deze uitspraak kon nooit bewezen worden. Maar 20 jaar ervaring met hiv-infectie heeft de waarschijnlijkheid ervan alleen maar ondersteund. Voor de uitspraak "Mensen met hiv die geen andere soa's hebben zijn onder effectieve combinatietherapie seksueel praktisch niet infectieus" zijn de data en de wetenschappelijke onderbouwing veel beter dan destijds in 1986. Daarom zijn de EKAF en de betrokken organisaties ervan overtuigd dat de huidige beschikbare informatie volstaat om de uitspraak voldoende te onderbouwen.
In het volgende gaat het om de beoordeling van het risico van overdracht onder effectieve combinatietherapie bij onbeschermde seks.

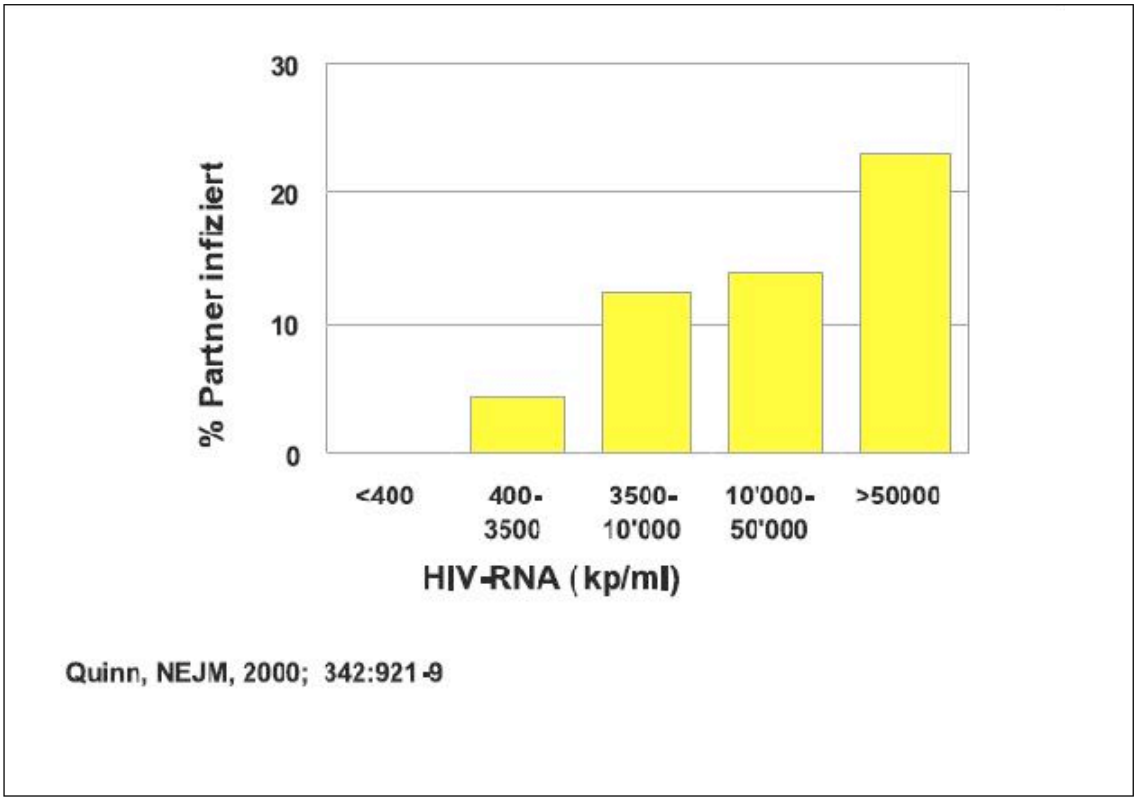
Epidemiologische data[E]

Bij serodiscordante stellen (de ene persoon is hiv-positief, de andere is hiv-negatief) is het risico van overdracht afhankelijk van de viral load van de hiv-positieve [1] (afbeelding 1).
In een longitudinale studie met 393 serodiscordante heteroseksuele stellen vond men in een follow up van 14 jaar geen infectie van de partners bij mensen die combinatietherapie gebruikten, terwijl de overdracht bij mensen die geen combinatietherapie gebruikten 8,6% bedroeg [2].
In een andere longitudinale studie met 96 serodiscordante stellen, bij wie 41 van de positieve partners startten met combinatietherapie, werden 6 partners geïnfecteerd. Alle geïnfecteerden waren partners van onbehandelde hiv-positieven die een viral load boven de 1000 hadden [3].
Bij 62 serodiscordante stellen, die vanwege kinderwens onbeschermde seks hadden (de man was hiv-positief en gebruikte combinatietherapie), werd geen van de partners geïnfecteerd [4].
Ook de kans op overdracht van moeder op kind hangt af van de viral load van de moeder en kan door combinatietherapie voorkomen worden [4-8].
In de 'San Francisco Men's Health Study' was de hiv-incidentie[F] bij homomannen tussen 1994 en 1996 12% (infecties per stel per jaar). Sinds 1996 is combinatietherapie beschikbaar. Tussen 1996 en 1999 daalde de hiv-incidentie bij homomannen tot 4,8%, ook al gebruikten lang niet alle hiv-positieve mannen combinatietherapie [9].
Tijdens de primo-infectie[G] is de kans op hiv-overdracht enorm hoog.
Onderzoeken laten zien dat een aanzienlijk percentage van alle nieuwe hiv-infecties stamt van een partner van iemand die zelf een ook een recent gediagnosticeerde hiv-infectie heeft [10-12].
Soa's verhogen de kans op hiv-overdracht (wanneer geen combinatietherapie wordt gebruikt). Mathematische modellen laten zien dat dit effect vooral bij syfilis epidemiologisch relevant is.
Na een paar dagen tot weken na het begin van een therapiepauze stijgt de viral load fors. Er is tenminste één geval van overdracht in deze periode beschreven [14].

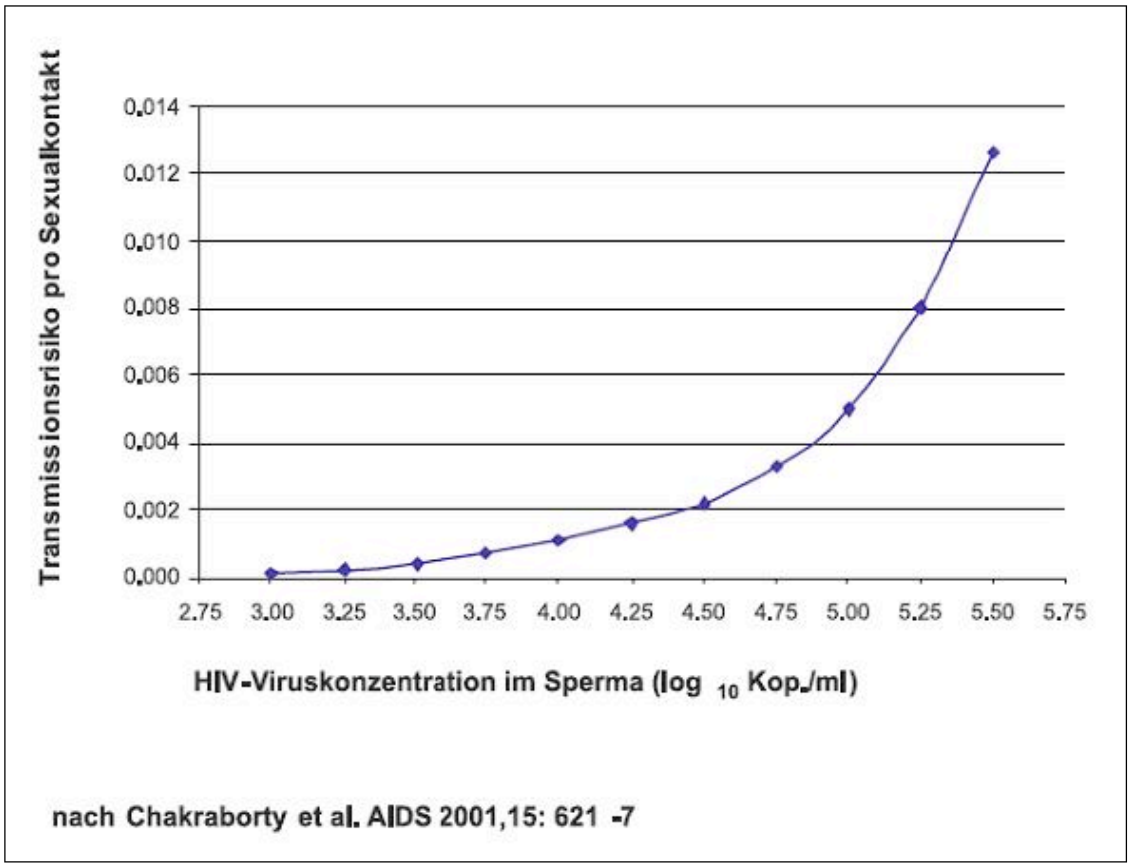
[E] Hier wordt verzuimd om het hoofdargument te vermelden: er is geen overdracht onder de voorwaarden gevonden in Zwitserland, ondanks intensief zoeken daarnaar. Er was geen overdracht gevonden in de wetenschappelijke tijdschriften. Vernazza noemt dit argument in zijn commentaar wel. Na publicatie van het standpunt is er één overdracht (via anale seks) in de literatuur beschreven (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18771057?dopt=Abstract).
Critici stellen vaak dat de Zwitsers alleen wijzen naar onderzoek bij heteroseksuelen. Bij anale seks zou het anders kunnen liggen. Het niet vinden van overdracht in Zwitserland en de tijdschriften geldt ook voor anale seks. Een Australisch rekenmodel (Wilson et al.,verschenen in The Lancet, 26 juli 2008) becijfert dat via anale seks de overdrachtskans onder de voorwaarden onacceptabel hoog is (35% van de partners zou in 10 jaar geïnfecteerd zijn). Een begeleidend commentaar van Garnett en Gazzard stelt dat volgens het model onbeschermde (anale) seks met effectieve combinatietherapie even beschermend is als beschermde seks zonder effectieve combinatietherapie. Als dat klopt zou er veel meer overdracht beschreven moeten zijn. En: het advies van beschermde anale seks zonder effectieve combinatietherapie zou achteraf gezien net als het Zwitserse standpunt gevaarlijk zijn. Het is meer dan aannemelijk dat er iets fout zit met de uitgangspunten van het Australische rekenmodel.
Voor een reactie (in het Engels) van Vernazza op Wilson et al. zie: http://www.infekt.ch/index.php?artID=1567. Daar staan ook links naar Wilson en naar Garnett.

[F] Nieuwe infecties per jaar.

[G] Ook wel acute of primaire hiv-infectie genoemd. Dat zijn de eerste maanden na infectie, wanneer de viral load zeer hoog is en de afweer tegen hiv nog niet op gang is gekomen.



Afbeelding 1, viral load en overdrachtskans



Afbeelding 2, viral load in sperma en overdrachtskans

Biologische data

De viral load in de genitale vochten wordt onder combinatietherapie ondetecteerbaar [15-17]. De viral load (vrij virus, buiten cellen[H]) in het genitale vocht van vrouwen is in de regel lager dan in het bloed en is ondetecteerbaar bij effectieve combinatietherapie. Een stijging van de viral load in de genitale vochten volgt in de regel na een stijging in het bloed en gaat er niet aan vooraf [18].

Hiv in geïnfecteerde cellen kan ook bij gebruik van combinatietherapie nog gevonden worden [15, 19-21]. Het gaat echter niet om virus dat zich kan vermenigvuldigen. De geïnfecteerde cellen in het spermavocht bevatten geen LTR-circulair DNA. De afwezigheid hiervan is een teken dat er ter plaatse geen actieve vermeerdering van virus plaatsvindt[I].

De viral load (hiv-RNA) in spermavocht beïnvloedt de overdrachtskans. Bij een ondetecteerbare viral load gaat de overdrachtskans asymptotisch[J] naar nul [23] (afbeelding 2). Deze data tonen aan dat het risico door effectieve combinatietherapie sterk daalt.

Tijdens de primo-infectie stijgt de viral load in de genitale vochten enorm [24] en dat verklaart de verhoogde overdracht tijdens deze vroege fase van infectie.

Bij het hebben van een andere soa (bijvoorbeeld pisbuisontsteking of genitale zweertjes) is de viral load in de genitale vochten verhoogd (maar niet in het bloed) en daalt weer na een succesvolle behandeling van de soa [25]. Ook onder effectieve combinatietherapie kan deze bij een soa (pisbuisontsteking) licht stijgen. Dit effect is echter beperkt en veel kleiner dan zonder effectieve combinatietherapie [26].

Conclusie

Bij effectieve combinatietherapie is er noch in het bloed noch in de genitale vochten vrij virus aanwezig[K]. Alle epidemiologische en biologische data wijzen er op dat er bij gebruik geen relevant risico van overdracht bestaat.

Het risico van hiv-overdracht onder de genoemde voorwaarden is duidelijk kleiner dan 1:100.000[L]. Wetenschappelijk gezien is het restrisico niet uit te sluiten, maar het is volgens de EKAF en de betrokken organisaties verwaarloosbaar klein.

Relevantie en toepassingsmogelijkheden van de uitspraak 'hiv-positieven onder effectieve combinatietherapie zijn seksueel praktisch niet meer infectieus'

Betekenis voor artsen

Het doel van deze informatie is dat artsen weten wanneer de bovengenoemde uitspraak geldend is. Dat is wanneer aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- De hiv-positieve is therapietrouw en hij staat bij een arts onder regelmatige controle;
- De viral load is sinds minstens 6 maanden ondetecteerbaar;
- Er zijn geen infecties met andere seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's).

Zoals totnutoe blijft bij behandeling van hiv-infectie het medische belang van hiv-positieven zelf het belangrijkste doel. Vroeger behandelen uit preventieve

[H] De viral load wordt meestal bepaald door de hoeveelheid vrij virus te meten = hiv-RNA. Hiv kan zich ook schuilhouden als hiv-DNA in geïnfecteerde cellen. Of infectie wordt overgedragen via vrij virus, door geïnfecteerde cellen, of door beide is nog niet bekend.

[I] Niet al het hiv-DNA in cellen is in staat zich te vermenigvuldigen. In de cel kan ook een kerkhof van dood virusmateriaal aanwezig zijn. De afwezigheid van LTR-circulair DNA is een teken dat het gaat om virusmateriaal dat zich niet (meer) kan vermenigvuldigen. Circulair hiv-DNA is de vorm van het erfelijk materiaal van hiv, nadat het door reverse transcriptase is omgebouwd van RNA in DNA en voordat het door integrase is ingebouwd in het DNA van de menselijke cel. LTR = long terminal repeat.

[J] Zie de grafiek in afbeelding 2: de curve gaat bij dalende viral load naar nul, maar komt nooit op exact nul.

[K] Waarschijnlijk is deze uitspraak te kort door de bocht. Zeker buiten de genitale vochten wordt onder deze omstandigheden nog wel virus aangemaakt, maar nieuwe dit virus lijkt zich niet verder te kunnen vermenigvuldigen.

[L] Over dit cijfer is bij vaginale seks in het debat over het standpunt geen kritiek. Ook tegenstanders van het standpunt lijken het te onderschrijven.

[M] Dit argument lijkt ondertussen een beetje achterhaald. Het standpunt lijkt eerder tot een bevordering van therapietrouw te leiden. Terecht dat de Zwitsers 'eigen gezondheid eerst' boven de algemene volksgezondheid stellen, maar veel hiv-positieven willen ook de gezondheid van hun partner(s) beschermen.

overwegingen is op dit moment ongewenst. Los van de kosten leeft er de twijfel of hiv-positieven voor een levenslange behandeling zonder dat ze die al nodig hebben voldoende gemotiveerd zijn en therapietrouw zullen zijn[M].
Staken van behandeling en onzorgvuldig gebruik van combinatietherapie veroorzaken een grote kans op het ontstaan van resistent virus, bedreigen de volksgezondheid en verslechteren de eigen prognose. Starten met combinatietherapie om hiv-overdracht te voorkomen is alleen in uitzonderlijke gevallen bij sterk gemotiveerde hiv-positieven aan de orde. Geen enkele hiv-positieve moet uit preventieve overwegingen overgehaald worden.

Betekenis voor hiv-positieven die geen andere soa's hebben onder effectieve combinatietherapie

Hiv-positieven die geen andere soa's hebben en effectieve combinatietherapie gebruiken en die een vaste relatie hebben met een hiv-negatieve moeten weten dat ze hun partner niet echt in gevaar brengen zolang ze hun pillen consequent slikken en therapietrouw zijn en zich regelmatig door artsen laten controleren en geen andere soa's hebben. De beslissing of een serodiscordant stel afziet van verdere bescherming, hangt, na uitvoerige informatie en counseling door de arts, af van de hiv-negatieve.

Betekenis voor hiv-positieven zonder vaste relatie

Hiv-positieven zonder vaste relatie die aan de genoemde voorwaarden voldoen, moeten weten dat ze het virus eigenlijk niet kunnen overdragen.

Consequenties voor de hiv-preventie

De boodschap "Mensen met hiv die geen andere soa's hebben zijn bij effectieve combinatietherapie seksueel praktisch niet infectieus" verandert de preventie in Zwitserland niet. Buiten een vaste relatie staat de noodzaak jezelf te beschermen voorop. Geen mens zonder hiv moet bij een seksueel contact er van af zien zichzelf te beschermen. Wanneer ze blindelings afgaan op de boodschap "ik ben hiv-negatief", of "ik gebruik effectieve combinatietherapie", nemen ze een risico van hiv-infectie, omdat ze de betrouwbaarheid van deze boodschappen niet kunnen testen. De eigen verantwoordelijkheid voor de gezondheid kan zeker in deze situaties niet aan anderen overgelaten worden.
In een vaste serodiscordante relatie (een partner positief, een negatief) is het de hiv-negatieve die de keuze moet maken om van verdere beschermingsmaatregelen af te zien. Het is immers de hiv-negatieve die uiteindelijk de consequenties van infectie moet dragen, als het ondanks de verwachting toch tot hiv-overdracht zou komen.

Belang voor de rechtspraak

Rechtbanken moeten de bovengenoemde boodschap betrekken bij oordelen over de mogelijke overdracht van hiv-infectie. Onbeschermd seksueel contact van een hiv-positieve, die effectieve combinatietherapie gebruikt en geen soa's heeft, met een hiv-negatieve kan naar de opvatting van de EKAF noch een poging tot verspreiding van een gevaarlijke ziekte in de zin van artikel 231 van het Zwitserse wetboek van strafrecht, noch een poging tot ernstige mishandeling in de zin van artikel 122, 123 en 125 inhouden.

Het consult van artsen met hiv-positieven op combinatietherapie

De behandelend artsen van patiënten op combinatietherapie bespreken bij de eerst volgende gelegenheid het onderwerp van praktisch afwezige infectiositeit en de voorwaarden daarvoor. Tijdens het consult komt ook ter sprake wat dit voor de huidige relatievorm van de patiënt inhoudt.

Inhoud van het consult

Bij een consult van serodiscordante vaste partners (beide partners moeten aanwezig zijn) worden de voorwaarden van praktisch afwezige infectiositeit uitvoerig besproken:

- De hiv-positieve is therapietrouw en hij staat bij een arts onder regelmatige controle;
- De viral load is sinds minstens 6 maanden ondetecteerbaar;
- Er zijn geen andere infecties met andere seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's).

Het stel moet tijdens het consult beseffen dat als beiden willen afzien van verdere bescherming, therapietrouw een belangrijk onderwerp wordt in hun relatie. Ook moet het stel, vooral vanwege de rol van andere soa's, inzien dat ze met elkaar afspreken hoe ze omgaan met seksuele relaties buiten de vaste relatie en wat voor regels er dan gelden[N].

Bij heteroseksuele stellen moet kinderwens dan wel het voorkómen van zwangerschap in het consult aan de orde komen wanneer van het gebruik van het condoom wordt afgezien. Aan de orde moet komen:

- De interacties tussen de pil en hiv-remmers die tot een verminderde effectiviteit van de pil kunnen leiden;
- De mogelijk schadelijke werking van hiv-remmers op de ongeboren vrucht; in de praktijk: vermijd bij kinderwens efavirenz.

Inseminatie met gewassen sperma van de hiv-positieve man is onder effectieve combinatietherapie niet meer nodig, wanneer dat enkel gebeurt om hiv-infectie te vermijden.

Het consult biedt de mogelijkheid om vragen van serodiscordante stellen te beantwoorden. De hiv-negatieve partner (niet de hiv-positieve!) moet de eindbeslissing maken of ze van condoomgebruik willen afzien en beide partners moeten toezien op therapietrouw, afspraken maken over seks buiten de relatie (vanwege soa's) en eventuele kinderwens. Bij latere consulten moet de hiv-positieve op het naleven van deze afspraken aangesproken worden[O].

Hiv-positieven die geen vaste partner hebben, maar wel aan de genoemde voorwaarden voldoen, worden ook geïnformeerd dat ze hun virus praktisch niet kunnen overdragen. Deze informatie kan ontlastend werken – veel onderzoek laat immers zien dat het seksleven van hiv-positieven door angst voor hiv-overdracht ingewikkeld wordt gemaakt. In het belang van de betrokkenen moet de arts toch wijzen op het belang van condoomgebruik bij anonieme en losse contacten om de kans op andere soa's te laten dalen. Afhankelijk van het aantal van zulke contacten zijn ook regelmatige controle en testen van belang. De hiv-positieve moet geïnformeerd worden over symptomen van zulke soa's.

Artsen kunnen gebruik maken van brochures en websites van AIDS-Hilfe Schweiz en van deze organisatie kunnen ze ook steun krijgen. De EKAF raadt actief gebruik van

[N] Sommigen beweren ten onrechte dat het standpunt alleen voor monogame stellen geldt. Dat klopt niet. Er zou dan immers niets geregeld hoeven te worden voor seks buiten de relatie.

[O] Een beetje bedenkelijk. De hiv-negatieve partner speelt hier ook een rol.

deze bronnen aan.

Literatuur

1 Quinn TC, Wawer MJ, Sewankambo N, et al. Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. Rakai Project Study Group [see comments]. N Engl J Med. 2000; 342:921-9.

2 Castilla J, del Romero J, Hernando V, Marincovich B, Garcia S, Rodriguez C. Effectiveness of highly active antiretroviral therapy in reducing heterosexual transmission of HIV. J Acquir Immune Defic Syndr. 2005;40:96-101.

3 Melo M, Varella I, Nielsen K, Turella L, Santos B. Demographic characteristics, sexual transmission and CD4 progression among heterosexual HIV-1 serodiscordant couples followed in Porto Alegre, Brazil. 16th International AIDS Conference, Toronto, 13–18 August 2006. TUPE0430. 2006.

4 Barreiro P, del Romero J, Leal M, et al. Natural pregnancies in HIV-serodiscordant couples receiving successful antiretroviral therapy. J Acquir Immune Defic Syndr. 2006;43:324-6.

5 Garcia PM, Kalish LA, Pitt J, et al. Maternal levels of plasma human immunodeficiency virus type 1 RNA and the risk of perinatal transmission. N Eng J Med. 1999;431:394-402.

6 Rousseau C, Nduati R, Richardson B, et al. Longitudinal analysis of human immunodeficiency virus type 1 RNA in breast milk and of its relationship to infant infection and maternal disease. J Infect Dis. 2003;187:741-7.

7 Kilewo C, Karlsson K, Massawe A, et al. Prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 through breastfeeding by treating mothers prophylactically with triple antiretroviral therapy in Dar es Salaam, Tanzania – the MITRA PLUS study. 4th IAS Conference, Sydney, July 2007. TUAX 101. 2007.

8 Arendt V. AMATA study: effectiveness of antiretroviral therapy in breastfeeding mothers to prevent post-natal vertical transmission in Rwanda. 4th IAS Conference, Sydney, July 2007. TUAX 102. 2007.

9 Porco TC, Martin JN, Page-Shafer KA, et al. Decline in HIV infectivity following the introduction of highly active antiretroviral therapy. AIDS. 2004; 18:81-8.

10 Yerly S, Vora S, Rizzardi P, et al. Acute HIV infection: impact on the spread of HIV and transmission of drug resistance. AIDS. 2001;15:2287-92.

11 Yerly S, Race E, Vora S, et al. HIV drug resistance and molecular epidemiology in patients with primary HIV infection. 8th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Chicago, 4–8 February 2001. Abstract 754.

12 Brenner BG, Roger M, Routy JP, et al. High rates of forward transmission events after acute/early HIV-1 infection. J Infect Dis. 2007;195:951-9.

13 Chesson HW, Pinkerton SD. Sexually transmitted diseases and the increased risk for HIV transmission: implications for cost-effectiveness analyses of sexually transmitted disease prevention interventions. J Acquir Immune Defic Syndr. 2000; 24:48-56.

14 Bernasconi E, Vernazza PL, Bernasconi A, Hirschel B. HIV transmission after suspension of highly active antiretroviral therapy. J Acquir Immune Defic Syndr. 2001;27:209.

15 Vernazza PL, Troiani L, Flepp MJ, Cone RW, Schock J, Roth F, et al., and the Swiss HIV Cohort Study. Potent antiretroviral treatment of HIVinfection results in suppression of the seminal shedding of HIV. AIDS. 2000;14(2):117-21.

16 Cu-Uvin S, Caliendo AM, Reinert S, et al. Effect of highly active antiretroviral therapy on cervicovaginal HIV-1 RNA. AIDS. 2000;14:415-21.

17 Vettore MV, Schechter M, Melo MF, Boechat LJ, Barroso PF. Genital HIV-1 viral load is correlated with blood plasma HIV-1 viral load in Brazilian women and is reduced by antiretroviral therapy. J Infect. 2006;52:290-3.

18 Cu-Uvin S, Snyder B, Harwell JI, et al. Association between paired plasma and cervicovaginal lavage fluid HIV-1 RNA levels during 36 months. J Acquir Immune Defic Syndr. 2006;42:584-7.

19 Vernazza PL, Kashuba DM, Cohen MS. Biological correlates of sexual transmission of HIV: practical consequences and potential targets for public health. Rev Med Microbiol. 2001;12:131-42.

20 Neely MN, Benning L, Xu J, et al. Cervical shedding of HIV-1 RNA among women with low levels of viremia while receiving highly active antiretroviral therapy. J Acquir Immune Defic Syndr. 2007; 44:38-42.

21 Kovacs A, Wasserman SS, Burns D, et al. Determinants of HIV-1 shedding in the genital tract of women. Lancet. 2001;358:1593-601.

22 Nunnari G, Otero M, Dornadula G, et al. Residual HIV-1 disease in seminal cells of HIV-1-infected men on suppressive HAART: latency without ongoing cellular infections. AIDS. 2002;16:39-45.

23 Chakraborty H, Sen P, Pranab K, et al. Viral burden in genital secretions determines male-to-female sexual transmission of HIV-1: a probabilistic empiric model. AIDS. 2001;15:621-7.

24 Pilcher CD, Tien HC, Eron JJ, Jr., et al. Brief but efficient: acute HIV infection and the sexual transmission of HIV. J Infect Dis. 2004;189:1785-92.

25 Cohen MS, Hoffman IF, Royce RA, et al. Reduction of concentration of HIV-1 in semen after treatment of urethritis: implications for prevention of sexual transmission of HIV-1. Lancet. 1997;349:1868-73.

26 Sadiq ST, Taylor S, Kaye S, et al. The effects of antiretroviral therapy on HIV-1 RNA loads in seminal plasma in HIV-positive patients with and without urethritis. AIDS. 2002;16:219-25.