

## **Uitbreiding van hiv therapie. Preventie uit het oog verloren?**

### Abstract

Het doel van deze paper bestaat erin te onderzoeken of er een keuze moet worden gemaakt tussen hiv preventie en behandeling. Er worden achtereenvolgend verschillende studies behandeld met elk een andere invalshoek. De focus ligt op de studie van Salomon et al. (2005). Tevens wordt dieper ingegaan op de geïndustrialiseerde landen, die met een expansie van de hiv therapie duidelijk de preventie uit het oog zijn verloren. Indien er wordt gefocust op behandeling, zal de aids sterfte dalen maar het aantal nieuwe infecties zal toenemen. En omgekeerd, als het zwaartepunt bij preventie wordt gelegd, zal de hiv incidentie afnemen maar het aantal aids slachtoffers zal op de korte duur snel stijgen. Er moet gezocht worden naar een evenwicht tussen hiv preventie en behandeling teneinde de beste en meest rendabele resultaten te verkrijgen.

### Inleiding

Iedere dag geraken meer dan 6800 mensen besmet met hiv en meer dan 5700 mensen sterven aan aids (UNAIDS, 2007). Dit omdat slechts een magere 12% van de personen in nood voor hiv therapie toegang heeft tot een medische behandeling (UNAIDS, 2005). Maar, ondanks de vele slachtoffers die de hiv pandemie blijft eisen, werpen de inspanningen van de voorbije decennia hun vruchten af. Dalingen in de hiv incidentie, prevalentie en aids sterfte zijn te danken aan een verbeterde en meer toereikende hiv preventie en behandeling (UNAIDS, 2007). Niettegenstaande deze wellicht veelbelovende resultaten moet er nog veel gebeuren vooraleer we van een ware wending in de hiv pandemie kunnen spreken. Indien de hiv incidentie niet daalt, zal het op den duur onmogelijk worden om de antiretrovirale therapie toegankelijk te maken voor diegenen in nood (UNAIDS, 2005). Doch het aanbieden van de behandeling op grotere schaal moet met grote zorgvuldigheid gebeuren. Preventie en behandeling moeten namelijk goed op elkaar afgestemd zijn om neveneffecten van een ongelijke verhouding tussen beiden te voorkomen.

Hiermee kom ik tot de vraagstelling die ik behandel in deze paper. Namelijk, moet er een keuze gemaakt worden tussen hiv preventie en behandeling? En hoe zit het precies met de verhouding tussen beiden?

## Preventie, behandeling, of beide?

In 2007 waren wereldwijd 33.2 miljoen mensen besmet met hiv. De globale hiv prevalentie is gelijk gebleven sinds 2001, in verscheidene landen is er zelfs sprake van een neerwaarts gaande trend. Aids heeft in 2007 wereldwijd 2.1 miljoen levens geëist, waarvan 76% in sub-Sahara Afrika. Globale hiv incidentie bereikte een hoogtepunt eind de jaren '90 met meer dan 3 miljoen nieuwe infecties per jaar. In 2007 waren er 2.5 miljoen nieuwe infecties, van dewelke twee derde zich voordeden in sub-Sahara Afrika (UNAIDS, 2007).

Veel van deze nieuwe hiv infecties en aids sterfgevallen zijn te vermijden. Een studie van Stover et al. (2002) wees uit dat door middel van het plannen van een alomvattende preventie strategie tegen 2005, de geraamde nieuwe HIV infecties tussen 2002 en 2010 konden worden gereduceerd van 45 miljoen tot 29 miljoen, m.a.w. een daling van 63%. Uitstel van deze uitgebreide preventiestrategie zou leiden tot een grote afname van de baten ervan. Deze resultaten geven aan dat het doel van de 'UN Declaration of Commitment' om de prevalentie te doen dalen met 25% tegen 2010 te behalen is (Stover et al., 2002). De kostprijs van de benodigde HIV preventie maatregelen wordt tegen 2007 geschat op zo'n 4.2 miljard dollar, jaarlijks. Deze zal elk jaar dat de maatregelen worden uitgesteld, toenemen (UNAIDS, 2005). Stover et al. raamden de kostprijs voor preventiemaatregelen op 3900 dollar per voorkomen infectie. Met dit bedrag vermijdt men een uitgave voor zorg en behandeling van 4700 dollar. Dit resulteert in een besparing van 780 dollar per voorkomen infectie (Stover et al., 2006).

Salomon et al. (2005) werkten verschillende scenario's uit teneinde de risico's verbonden aan een grootschalige toegankelijkheid tot behandeling in kaart te brengen. Hieruit bleek dat behandeling en preventiemaatregelen zorgvuldig op elkaar moeten afgestemd worden om neveneffecten te voorkomen. Kiest men ervoor geen extra maatregelen te nemen en de normale gang van zaken aan te houden, dan belandt men in een *basisscenario* met een vrij stabiele prevalentie, maar het aantal mensen geïnfecteerd met hiv en de incidentie zullen gestaag toenemen vanwege de bevolkingsgroei. Toegepast op sub-Sahara Afrika zien we dan een toename in hiv incidentie en aids sterfte tussen 2004 en 2020, een stijging van respectievelijk 2.4 miljoen tot 3.7 miljoen en van 1.8 miljoen tot 2.6 miljoen.

In een *tweede mogelijk scenario* opteert men voor een behandelingsgerichte aanpak. Hierin kan men het '3 by 5 target' behalen. Dit werd opgesteld door de World Health Organization en zijn partners in het 'Joint United Nations Programme on HIV/AIDS'. Het doel is om 3 miljoen mensen een HAART behandeling te kunnen aanbieden tegen eind 2005. Dit zijn de helft van de personen in nood voor deze behandeling. Door middel van

schaalvergroting van de behandeling bereikt men 80% van diegenen in nood tegen 2010, en blijft men vanaf dan op dat niveau. Binnen de behandelingsgerichte aanpak zijn twee alternatieven uitgewerkt. Met name een optimistisch en een gemengd scenario dat pessimistischer is. Het optimistisch alternatief gaat ervan uit dat de therapie de overdraagbaarheid met 99% vermindert, dat diegenen in behandeling jaarlijks de helft minder partners hebben dan anderen. Het condoomgebruik wordt het dubbele geschat bij diegenen in therapie. Voor sub-Sahara Afrika zou dit een verlaging in hiv incidentie betekenen van ten minste 6% tegen 2020, in vergelijking met het basisscenario. Aids sterfte zou op korte termijn dalen met 33% maar op lange termijn een weinig beduidend verschil vertonen met de basislijn. Het gemengde behandelingsgerichte scenario vertrekt van de stelling dat behandeling de overdraagbaarheid maar vermindert tot hetzelfde niveau van hiv geïnficeerden zonder symptomen, namelijk een daling met twee derden tegenover de basislijn. Gedrag van personen met hiv zou niet verschillen van dat van anderen. In sub-Sahara Afrika betekent dit een stijging van de hiv incidentie, tot 4.3 miljoen per jaar (een stijging van 14%). Aids sterftcijfers voor de korte termijn zouden vergelijkbaar zijn met het optimistisch scenario, maar op lange termijn geeft dit scenario veel negatievere resultaten dan het basisscenario.

Een aanpak gericht op preventie is een *derde alternatief*. Dit houdt een scenario in waarbij de uitvoering van een ruime preventiestrategie slechts een gedeeltelijk effect heeft op de bevolking, en er geen uitbreiding is van de behandeling. Deze 'alomvattende preventiestrategie' wordt door Stover et al. (2002) beschreven als bestaande uit 12 essentiële preventie interventies, en 9 activiteiten gericht op steun- en zorgverlening. Met name, 'school-based aids education', 'peer education for out-of-school youth', 'outreach programmes for commercial sex workers and their clients', 'public sector condom promotion and distribution', 'condom social marketing', 'treatment for sexually transmitted infections', 'voluntary counseling and testing', 'workplace prevention programmes', 'prevention of mother-to-child transmission', 'mass media campaigns', 'harm reduction programmes' en 'outreach programmes for homosexual men'. De activiteiten gericht op steun- en zorgverlening betreffen 'palliative care', 'treatment of opportunistic infections', 'diagnostic hiv-1 testing', 'prophylaxis for opportunistic infections', 'highly active antiretroviral treatment, treatment with three antiretroviral drugs', 'laboratory testing to monitor effect of highly active antiretroviral treatment monitoring', 'orphanage care', 'community support for orphans' en 'school fee support for orphans' (Stover et al., 2002). Salomon et al. (2005) verwachten voor dit scenario een grotere impact op de hiv incidentie dan een behandelingsgerichte aanpak. De jaarlijkse hiv incidentie zou met meer dan de helft afnemen tegen 2020. De aids sterfte is op lange termijn gunstiger vanwege de dalende incidentie. Op korte of middellange termijn

daarentegen zouden de baten met betrekking tot de sterftcijfers verwaarloosbaar zijn in vergelijking met strategieën die de HAART therapie wel insluiten.

Het *vierde en laatste scenario* is gericht op zowel behandeling als preventie, en probeert deze twee zo goed mogelijk te combineren. Ook binnen deze aanpak zijn twee verschillende uitwerkingen, een optimistische en een pessimistische. In het optimistisch scenario wordt verondersteld dat behandeling de preventiemaatregelen versterkt. Schaalvergroting van de HAART therapie is dezelfde als in beide behandelingsgerichte scenario's, met optimale assumpties met betrekking tot de impact van de behandeling op de graad van besmettelijkheid van hiv en risicogedrag van hiv geïnficeerden. Toegepast op sub-Sahara Afrika betekent dit een daling van de hiv incidentie met 74% tegen 2020 (tegenover de basislijn). De aids sterfte zou een daling tonen van 47%, de prevalentie stijgt daarentegen met 7%. Het pessimistisch scenario vertrekt vanuit de opvatting dat een uitbreiding van behandeling een negatief effect zal hebben op preventiemaatregelen. Men gaat uit van de gemengde assumpties betreffende de HAART effecten, en verwacht slechts 25% behoud van de maximale potentiële impact van preventiestrategieën. In sub-Sahara Afrika vertaalt zich dat als een daling van 26% in hiv incidentie en 16% in aids sterfte tegen 2020 (tegenover de basislijn). De prevalentie stijgt met 27% (Salomon et al., 2005).

Uit deze resultaten blijkt duidelijk dat een gecombineerde aanpak de betere aanpak is. De hiv prevalentie, incidentie en aids sterfte zijn in een gecombineerde respons steeds beduidend lager dan in een scenario gericht op behandeling of preventie afzonderlijk. Het optimistische alternatief geeft telkens betere resultaten dan de pessimistische visie, ook in de gecombineerde aanpak. Toch mag dit volgens mij geen drempel vormen naar een strategie voor de bestrijding van aids met een evenwichtige samenwerking tussen preventie en behandeling. Men moet gebruik maken van de mogelijkheid om preventie uit te breiden via een schaalvergroting van behandeling. Salomon et al. (2005): "If increased uptake of voluntary counseling and testing is indicative of broader prevention effectiveness where ART is available, we estimate that over 50% more new infections and more than twice as many deaths could be avoided through a combined response compared to prevention alone. In contrast, if a narrow treatment scale-up leads to reduced effectiveness of prevention, short-term mortality reductions will come at the expense of longer-term progress in stemming the tide of the epidemic." (Salomon et al., 2005) Bovendien zal op lange termijn therapie onbetaalbaar worden indien men zich enkel focust op behandeling, zonder preventiemaatregelen. Salomon et al. (2005) verwachten dat in Afrika het aantal mensen in therapie zal stijgen tot 9.2 miljoen tegen 2020 om 80% van de personen in nood voor behandeling deze te kunnen bezorgen. Dit zal een enorme en misschien onhaalbare toename vereisen van financiering, bevoegde

personen, en infrastructuur. Hetzelfde doel kan worden bereikt met veel lagere kosten voor behandeling en een grotere kans op houdbaarheid, indien preventiemaatregelen en behandeling efficiënt gecombineerd worden in een alomvattende aanpak (Salomon et al., 2005).

Ook Gayle & Lange (2004) pleitten al voor een gecombineerde aanpak. Ze wezen erop dat het toegankelijker maken en uitbreiden van behandeling een positief effect heeft op preventie. Het werkt stimulerend om zich te laten testen, vermindert het stigma geassocieerd met hiv, en verlaagt de overdraagbaarheid van het virus bij mensen die met hiv geïnfecteerd zijn. Maar tegelijkertijd zal behandeling ook preventie uitdagingen met zich brengen. Door een uitbreiding van hiv behandeling, zullen het aantal mensen geïnfecteerd met hiv toenemen, en ook hun levenskwaliteit zal verbeteren. Hierdoor zal er steeds een minderheid zijn van de hiv geïnfecteerden die risicogedrag (blijft) vertonen, of zal het risicogedrag zelfs toenemen. Ook vinden veel mensen de pandemie minder bedreigend. Als gevolg daarvan gaan mensen met een negatieve hiv status (meer) risicogedrag vertonen (Gayle & Lange, 2004). Het is dan ook van belang dat er hiv preventie voorhanden is voor zowel hiv geïnfecteerden als voor diegenen die niet besmet zijn. Ook Lert (2000) wees in dit verband op de vooruitgang in de hiv therapie. Die zorgde voor een verlaging van de overdraagbaarheid van het virus en verbeterde de levenskwaliteit van hiv geïnfecteerde individuen aanzienlijk. Mensen zijn nu meer geneigd hiv te zien als een chronische aandoening dan een dodelijke pandemie. Men voelt zich minder of niet meer bedreigd door het virus. Dit brengt met zich mee dat mensen (meer) seksueel risicogedrag vertonen dan voor de ontwikkeling van de therapie. Dit heeft beduidende gevolgen voor het hiv preventie beleid (Lert, 2000).

Daarom wil ik er nogmaals op wijzen dat de combinatie van preventie en behandeling in alle voorzichtigheid dient te gebeuren. Men moet lessen trekken uit het verleden en uit opgedane ervaringen. In dit verband vermeld ik de situatie van de geïndustrialiseerde landen. Salomon et al. (2005) wezen erop dat terwijl dalingen in aids sterftcijfers in deze landen zeer indrukwekkend zijn, gaat deze dalende trend vaak gepaard met een heropleving in de hiv incidentie. Dit ten gevolge van een verschuiving van de klemtoon eind de jaren '90 van preventie naar behandeling, wat leidde tot een verhoogd risicogedrag. Nochtans is gebleken dat verhoogd risicogedrag niet noodzakelijk een gevolg hoeft te zijn van een ruime toegankelijkheid tot hiv behandeling (Salomon et al., 2005). Ook de Global hiv Prevention Working Group (2004) legde nadruk op het feit dat we lessen dienen te trekken uit de situatie in de westerse landen. Ze wijst erop dat terwijl er een uitbreiding was van de therapie in geïndustrialiseerde landen, de preventie strategieën vaak dezelfde bleven als die van in de tijd voor de behandeling. Hiv preventie werd niet in de zorg omgeving geïntroduceerd. Hoewel er dus een enorme daling was in

aids sterfte (afname van 66%) tussen 1995 en 2002, was er een beduidende verhoging in seksueel risicogedrag merkbaar. In de Europese unie was er een aanzienlijke stijging van de hiv incidentie tussen 2000 en 2002. In de VSA bemerkt men hetzelfde patroon tussen 1999 en 2002. Uit analyse van beschikbare data is gebleken dat het wel degelijk om een stijging gaat van de hiv incidentie, in tegenstelling tot bijvoorbeeld een stijging in het testen of een verhoogde kennis van de seropositieve status (Global hiv Prevention Working Group, 2004). Hieruit komt nogmaals naar voren dat men zich niet moet focussen op ofwel therapie ofwel behandeling, maar er moet gekozen worden voor een gecombineerde aanpak. De Global hiv Prevention Working Group (2004) wijst erop dat het nog te vroeg is om te weten of een schaalvergroting van behandeling in de ontwikkelende landen het zelfde effect zal hebben als in de geïndustrialiseerde landen. Doch doet studie van Kenya vermoeden dat publiek bekende ontwikkelingen in de hiv therapie een impact hebben gehad op de mate van risicogedrag. Het condoomgebruik is in Kenya sinds 1985 steeds gestegen, met twee interrupties, telkens wanneer hiv therapie veel publieke interesse kreeg (Global hiv Prevention Working Group, 2004).

### Besluit

Hiv is een pandemie die nog steeds enorm veel slachtoffers eist. In sub-Sahara Afrika is aids de grootste doodsoorzaak. Zodus stelt zich een zeer belangrijke vraag. Moet er een keuze gemaakt worden tussen hiv preventie en behandeling? Volgens mij niet. Preventie en behandeling spelen op elkaar in. Kies je voor het één of het andere, dan krijg je sowieso betere resultaten dan in een scenario zonder één van beiden, maar het beste resultaat wordt pas behaald via een uitgebreide interventie. Deze uitgebreide interventie strategie omvat zowel hiv therapie als grondige preventie maatregelen voor zowel seropositieven als personen met een negatieve status. Behandeling moet aan een sterke schaalvergroting onderworpen worden. Er zullen ook zorg instellingen buiten de steden moeten komen zodat mensen van op het platteland tijd of mobiliteit niet meer als een drempel ervaren. De HAART therapie moet aan zoveel mogelijk mensen worden aangeboden, en er moeten ten allen tijde genoeg medicijnen voorhanden zijn. Bevoorrading van medicatie is zeer belangrijk. Behandeling moet ook in het voordeel van preventie worden gebruikt. Preventie boodschappen kunnen worden geïntroduceerd in zorg instellingen zodat ze een breder bereik hebben. Een schaalvergroting van behandeling kan inspelen op preventie vanwege de vermindering van het stigma geassocieerd met hiv, vermeerdering van testen en dus een verhoogde kennis van de hiv status. Vrouwen en kinderen dienen veel aandacht te krijgen. In culturen waar vrouwen een lagere sociale positie innemen dienen nieuwe sociale normen en waarden met betrekking tot seksualiteit geïntroduceerd te worden teneinde de sociale positie van de

vrouw te versterken. Met een sterkere sociale positie zal de vrouw mee kunnen beslissen over condoomgebruik. Ook moet de vrouw onderwezen worden over alternatieve beschermingsmethodes tegen hiv zoals microbicides en het vrouwencondoom. Onderwijs moet zo toegankelijk mogelijk worden voor kinderen, zodat zij kennis over hiv preventie meekrijgen via het schoolonderwijs. Dit kan aangemoedigd worden door bijvoorbeeld tijdens de middag kosteloos warme maaltijden aan te bieden op school. Wat betreft de geïndustrialiseerde landen dient de focus naar een evenwichtiger punt te gaan tussen preventie en behandeling. Therapie alleen zal de hiv pandemie niet kunnen omkeren. Voor ontwikkelingslanden geldt hetzelfde, zij moeten opletten voor neveneffecten van een schaalvergroting van behandeling. Preventie mag niet uit het oog verloren worden. Voorts moet er blijven geïnvesteerd worden in studie betreffende zowel hiv therapie als preventie methoden. Dit kan onderbouwd worden door te verwijzen naar verschillende studies (Salomon et al., 2005; Stover et al., 2002; Lert, 2000; Gayle & Lange, 2004) die al meermaals uitwezen dat preventie en behandeling zorgvuldig moeten worden uitgebreid. Therapie verbetert de levenskwaliteit van seropositieven aanzienlijk, dit is bij sommigen de oorzaak van verhoogd risicogedrag. Men kan hierop anticiperen met een aangepast preventie beleid. Een uitgebreide interventie met zowel therapie als preventie maatregelen geeft de beste resultaten op vlak van hiv incidentie, prevalentie en aids sterfte (Salomon et al., 2005). Bovendien is dit economisch de meest rendabele optie (Stover et al., 2006; UNAIDS, 2005).

### Bibliografie

Gayle, H. & Lange, J. M. A. (2004). Seizing the opportunity to capitalise on the growing access to HIV treatment to expand HIV prevention. *Lancet*, 364, 6-8.

Global hiv Prevention Working Group (2004). *HIV Prevention in the Era of Expanded Treatment Access*.

Lert, F. (2000). Advances in HIV treatment and prevention: should treatment optimism lead to prevention pessimism? *Aids Care-Psychological and Socio-Medical Aspects of Aids/Hiv*, 12, 745-755.

Salomon, J. A., Hogan, D. R., Stover, J., Stanecki, K. A., Walker, N., Ghys, P. D. et al. (2005). Integrating HIV prevention and treatment: From slogans to impact. *Plos Medicine*, 2, 50-56.

Stover, J., Bertozzi, S., Gutierrez, J. P., Walker, N., Stanecki, K. A., Greener, R. et al. (2006). The global impact of scaling up HIV/AIDS prevention programs in low- and middle-income countries. *Science*, 311, 1474-1476.

Stover, J., Walker, N., Garnett, G. P., Salomon, J. A., Stanecki, K. A., Ghys, P. D. et al. (2002). Can we reverse the HIV/AIDS pandemic with an expanded response? *Lancet*, 360, 73-77.

UNAIDS (2005). *Intensifying HIV prevention : a UNAIDS policy position paper*.

UNAIDS (2007). *AIDS epidemic update : December 2007*.