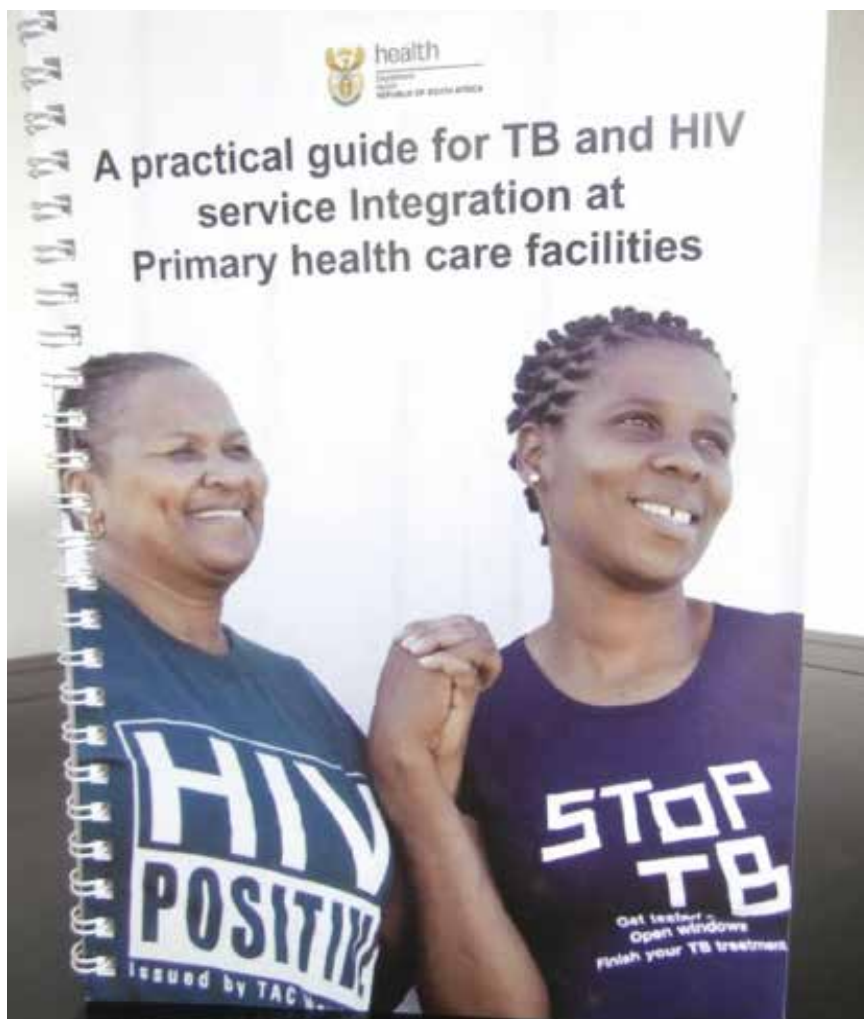


# Ruim 25 jaar tuberculose en hiv in zuidelijk Afrika

Inmiddels werkt de auteur alweer ruim 25 jaar met tussenpozen in zuidelijk Afrika, waar ze de ontwikkelingen op het gebied van tuberculose en hiv van dichtbij heeft meegemaakt. Ze blikt terug en staat stil bij wat er is bereikt en hoe het nu verder moet.



Een van de vele uitgaves van het Department of Health voor training en ondersteuning van de health care workers.

In het pre-antiretrovirale therapie tijdperk arriveerde ik, net afgestudeerd en vol idealen, in 1990 in Botswana om voorafgaand aan de tropenopleiding zes maanden mee te werken in een missieziekenhuis. Tbc-patiënten waren er ondanks de beperkte diagnostiek (alleen microscopie) genoeg. Ik herinner mij nog hoe gefascineerd ik was door een 4-jarig jongetje met een hemiparese, mogelijk veroorzaakt door een tuberculoom. Hij moest weken wachten op een CT-scan, die helemaal in Johannesburg in Zuid-Afrika moest worden gemaakt. Van hiv/aids hadden we natuurlijk wel gehoord. Toch waren er maar weinig patiënten met een klinische verdenking en er werd nog nauwelijks getest. Hoe anders was het drie jaar later in Zimbabwe. De impact van de hiv-epidemie was nu duidelijk zichtbaar, met overvolle afdelingen vol uitgemergelde doodzieke patiënten. Openlijk praten over hiv was taboe, maar we konden, na counseling, wel testen. De uitslag duurde zo'n drie weken en ze waren allemaal positief. Dat was zo deprimerend dat we na na enige tijd zelfs zijn gestopt met testen want behalve symptoomverlichting hadden we toch niets te bieden. Wat betreft tuberculose was er niets nieuws: de afdeling lag altijd vol, iedereen kreeg twee maanden streptomycine en de diagnostiek verliep nog steeds middels microscopie.

## Rode biet, knoflook en citroensap

In 1997 verhuisde ik naar Kaapstad waar ik aan de slag ging in de primary health care clinics in Khayelitsha, een grote township met een tbc-incidentie van circa 1.600/100.000. Ook hier waren de gevolgen van de dubbele tbc/hiv-epidemie rampzalig. De highly active antiretrovirale therapie (HAART) was inmiddels uitgevonden. Helaas weigerde de toenmalige regering van Zuid-Afrika, tot grote frustratie van artsen, patiënten en activisten, te erkennen dat aids wordt veroorzaakt door het hiv-virus. Een cocktail van rode biet, knoflook en citroensap zou de oplossing zijn. Enigszins gedesillusioneerd keerde ik na vier jaar terug naar Nederland, maar bleef de ontwikkelingen en vooral de introductie van ART in 2004 met belangstelling volgen.

## Spectaculaire ontwikkelingen

Na acht jaar tbc-bestrijding in Rotterdam vertrok ik opnieuw naar Zuid-Afrika. De publicaties over de succesvolle behandeling van de tbc/hiv-co-infectie maakten me nieuwsgierig. Dat wilde ik graag met eigen ogen zien en meemaken. Een beslissing waar ik zeker geen spijt van heb. Het is echt ongelooflijk wat er in Zuid-Afrika in de afgelopen vijf jaar allemaal bereikt is, zowel op het gebied van de diagnostiek als de behandeling.

Bij aankomst in 2012 was de drempelwaarde van het CD4-getal voor de start van ART net omhoog gegaan van <math><200/\text{mm}^3</math> naar <math><350/\text{mm}^3</math>. In januari 2015 werd het opnieuw verhoogd tot <math><500/\text{mm}^3</math> en vanaf september 2016 geldt het 'test and treat' beleid, waarbij iedereen die hiv-positief is, ongeacht het CD4-getal, met ART kan starten.

Na een moeizame start heeft Zuid-Afrika nu met ruim 3,4 miljoen mensen onder behandeling (op een totale bevolking van 54 miljoen) het grootste hiv-programma ter wereld. Het percentage hiv-geïnfecteerden is gedaald van 8 in 2008 tot 1,5 in 2015 en de levensverwachting is met meer dan 10 jaar gestegen (1, 2). Het testen gebeurt nu op grote schaal via de HIV rapid test, een vingerprik waarna de uitslag binnen 20 minuten bekend is. Dit programma wordt grotendeels uitgevoerd op primary health care niveau door NIMART (Nurse Initiated Management of ART) getrainde verpleegkundigen.

## Voortouw tbc-bestrijding

De ontwikkelingen op het gebied van tuberculose zijn iets minder spectaculair maar ook hier heeft Zuid-Afrika in 2013 met het introduceren van de GeneXpert als standaard screeningstest het voortouw genomen. Volgens de richtlijnen moet iedere patiënt bij bezoek aan een kliniek of ziekenhuis worden gescreend op tuberculose. Dit gebeurt door het stellen van vier vragen: naar hoest, koorts, nachtzweeten of gewichtsverlies. Bij slechts één positief antwoord wordt al een GeneXpert gedaan, waarvan de uitslag binnen 24 uur bekend is. Patiënten met rifampicine resistente (RR-)tuberculose worden zo veel sneller opgespoord en zouden binnen vijf dagen moeten starten met de behandeling voor resistente tuberculose.

---

ZUID-AFRIKA HEEFT

NU HET GROOTSTE

HIV-PROGRAMMA TER WERELD

---

Helaas blijkt dit in de praktijk behoorlijk tegen te vallen. Een recente nationale studie naar de impact van de implementatie van de GeneXpert laat zien dat het aantal patiënten dat zes maanden na de diagnose is gestart slechts is toegenomen van 55 procent in 2011 naar 63 procent in 2013. Binnen deze groep is het gemiddelde aantal dagen tot de start gehalveerd van 44 tot 22 (3). Om de opsporing en duur tot start behandeling te verbeteren, krijgen we sinds kort iedere week van het laboratorium een overzicht met alle GeneXpert RR-uitslagen. Als de kliniek niet binnen twee weken een afspraak voor de nieuwe patiënt heeft gemaakt, bellen we zelf. Daarnaast is decentralisatie waardoor de zorg dichterbij de patiënt komt een belangrijke factor. De introductie van bedaquiline in 2015 voor met name pre-XDR/XDR-tuberculose en patiënten met ototoxiciteit was een andere mijlpaal voor Zuid-Afrika. Ook hier hebben we met ruim 4.500 patiënten inmiddels het grootste cohort ter wereld.

De volgende stap is de implementatie van het 9 maanden durende short-course regime voor MDR-tuberculose. Dit heeft helaas wat vertraging opgelopen maar kan nu ieder moment van start gaan.

## 90-90-90 strategie

Terugkijkend is het als arts natuurlijk geweldig om mensen die 20 jaar geleden ten dode waren opgeschreven nu te kunnen genezen van resistente tuberculose en wat hiv betreft een behandeling te bieden met uitzicht op een vrijwel normaal leven als chronisch patiënt.

Ondanks alle vooruitgang zien we toch nog wekelijks veelal jongvolwassen mensen binnenkomen met een CD4-getal <math><20/\text{mm}^3</math>, waarbij vrijwel alle orgaansystemen zijn aangetast door zowel tuberculose als hiv. De meesten daarvan overlijden binnen een week. Therapie-ontrouw voor ART is het grootste probleem onder deze groep. De enorme aantallen tbc-patiënten, hiv-patiënten en patiënten met beide ziekten (70% van de tbc-patiënten heeft een hiv-co-infectie) vormen natuurlijk een zware belasting voor de werkers in de gezondheidszorg. Vooral het in zorg houden en bieden van voldoende support blijkt een grote uitdaging. Zeker met het oog op de door de overheid geadopteerde UNAIDS 90-90-90 strategie met als doelstelling dat in 2020 90 procent van alle hiv-positieven hun status kennen, 90 procent daarvan behandeld wordt en van die groep 90 procent virologische suppressie heeft bereikt. Wat betreft tuberculose moet 90 procent van alle kwetsbare groepen gescreend zijn en 90 procent van de tbc-gediagnostiseerden worden behandeld met een succespercentage van 90 procent (4). Volledige integratie van de twee programma's is hierbij cruciaal. Kortom, Zuid-Afrika is een land met ambitie. ■

## Literatuur

1. [www.gov.za/about-sa/health](http://www.gov.za/about-sa/health)
2. Bekker LG, Venter F, Cohen K et al. Provision of antiretroviral therapy in South Africa: the nuts and bolts. *Antivir Ther.* 2014;19 Suppl 3:105-16
3. Linkage to care for rifampicine-resistant TB in South Africa: A national cohort study assessing the impact of Xpert implementation. Main Report November 2016
4. The 90-90-90 Compendium, Health Systems Trust October 2016