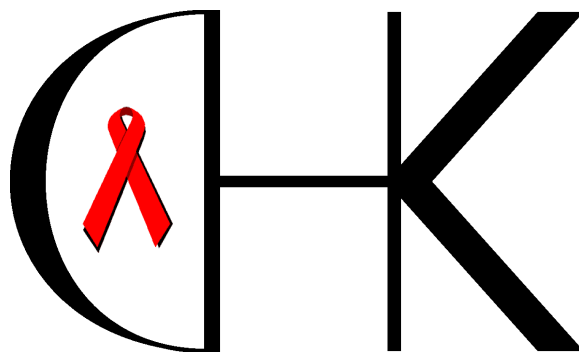


Rapport for

DEN DANSKE HIV KOHORTE



**Overlæge, dr. med. Niels Obel
Infektionsmedicinsk Sektion
Medicinsk afdeling C
Odense Universitetshospital**

Juni 2004

Forord

Nærværende rapport er en status over den danske Hiv Kohortes arbejde frem til april 2004. Rapporten skulle gerne give centrene, såvel som andre brugere af rapporten en status over hiv i Danmark. Rapporten fokuser på mere overordnede resultater. Af hensyn til ønsker fra industrien er der dog medtaget mere specifikke beregninger over de enkelte præparaters anvendelsesmønstre i Danmark.

Data er baseret på de tilgængelige opdateringer i februar 2004. Epidemiologiske opgørelser er ikke virkeligheden, men et spejlbillede heraf. Resultaterne i nærværende rapport er derfor heller ikke bedre end de indgåede data. Databasen har fungeret i Vestdanmark i fem år, og det er vores indtryk, at data fra denne "gamle" del af databasen er overordentlig pålidelige. I foråret 2004 har vi foretaget en mindre monitorering af data på Rigshospitalet og Hvidovre Hospital. Denne monitorering har kun givet grund til optimisme, hvad angår kvaliteten af data som stammer fra Østdanmark.

Arbejdet i Den Danske Hiv Kohorte har de sidste to år været meget intensivt, specielt fordi det er i den periode, at patienterne fra de to store centre i København er inkluderet. Jeg vil i den anledning gerne takke alle centrene for et godt og overordentlig frugtbart samarbejde.

Jeg vil også gerne takke Susanne Wulff for et stort arbejde med at fremstille nærværende rapport.

Tallene i rapporten er ikke kvalitetssikrede i samme grad, som ved de videnskabelige publikationer, som udgår fra databasen. Der tages derfor forbehold mod eventuelle regnefejl i rapporten.

Niels Obel

Indholdsfortegnelse

Resume	4
Beskrivelse af Den Danske HIV Kohorte	6
Baggrund	6
Formål	7
Beskrivelse af Den Danske HIV Kohorte	9
Mulighed for monitorering af HIV-sygdommen og HIV-behandlingen i Danmark	11
Økonomi og budget	12
Referenceliste	13
Demografi	15
Behandlingsdata	19
Behandlingsrespons	22
Kvalitetskontrol	28
Spørgeskemaundersøgelser	34
Zidovudin	37
Lamivudin	41
Stavudin	45
Didanosin	49
Zalcitabin	53
Abacavir	56
Trizivir	61
Delaveridin	63
Nevirapin	65
Efavirenz	69
Non-boosted Ritonavir	73
Non-boosted Saquinavir	77
Boosted Saquinavir	81
Non-boosted Indinavir	85
Boosted Indinavir	89
Nelfinavir	93
Kaletra	97

Resume

Baggrund: Siden midten af 1990'erne har moderne flerstofs behandling af HIV inficerede patienter (såkaldt HAART) været tilgængelig i Danmark. Denne behandling har ændret prognosen og livskvaliteten for HIV inficerede patienter radikalt. HIV inficerede patienter udgør en velafgrænset patientpopulation, og sygdommen har veldefinerede og internationalt accepterede behandlingsmål. Omkostningerne til HIV-medicin i Danmark skønnes at beløbe sig til cirka 300 millioner kroner årligt.

Den Danske HIV Kohorte: Den Danske Hiv Kohorte er oprettet i februar 1999 i et samarbejde mellem samtlige centre, som behandler HIV inficerede patienter i Danmark (Rigshospitalet, Hvidovre Hospital, Helsingør Sygehus, Odense Universitetshospital, Skejby Sygehus, Kolding Sygehus, Herning Sygehus og Ålborg Sygehus). Databasen har været forelagt det videnskabetiske komitesystem, ligesom den er godkendt af Datatilsynet. Kohorten er landsdækkende og omfatter alle patienter, som er set ved centrene siden 1. januar 1995. Databasen er fysisk lokaliseret ved Infektionsmedicinsk Forskningsenhed, Odense Universitetshospital under daglig ledelse af overlæge, dr. med., Niels Obel. Den overordnede styring varetages af en styregruppe med repræsentation af samtlige deltagende centre. Arbejdet med inkludering af patientdata er afsluttet og Den Danske HIV Kohorte indeholder nu data på samtlige patienter set ved ovennævnte centre (mere end 4000 patienter). Databasen omfatter demografiske og sygdomsrelaterede patientkarakteristika, såvel som oplysninger om den medicinske behandling og behandlingsrespons (laboratorie analyser, sygdomsudvikling og dødsfald). Data for den enkelte patient opdateres en gang årligt. Den Danske HIV Kohorte har en størrelse, som gør den internationalt interessant. Det, at den er landsdækkende, og der dermed ikke er indbygget selektionsbias i kohorten, er en overordentlig stor styrke.

Status: Databasen har dannet basis for videnskabelig produktion såvel som kvalitetssikring. Bl. a. har projektet resulteret i indleveringen af en disputats, og der er på nuværende tidspunkt tilknyttet yderligere to PhD studerende finansieret af Syddansk Universitet til projektet. Projektet har for første gang detaljeret kunnet beskrive udviklingen i HIV populationen i Danmark og hvilke behandlingsrespons, der ses efter indledning af HAART. Bl. a. har Den Danske HIV Kohorte kunnet belyse størrelsen af overdødeligheden blandt HIV inficerede patienter i Danmark. I 2003 er alle børn, som er i behandling på centrene inkluderet i databasen. Desuden er patienter fra Grønland inkluderet.

Projekt i 2004: I 2004 er det projektets mål at belyse bl. a. udviklingen i HIV smitemønsteret i Danmark, dødelighed og sygdomsudvikling, langtidseffekten af HAART, analyserer forskelle i effekt af forskellige flerstofkombinationsbehandlinger, belyse betydningen af initial kontrol af den antivirale effekt på langtidsresponset af HAART og effekten af samtidig hepatitis B og hepatitis C infektion. Data fra børne-HIV-kohorten og den grønlandske kohorte forventes publiceret i 2004. Desuden er det i 2004 hensigten at udvide arbejdet med Den Danske HIV Kohortes bidrag til kvalitetssikringen på de behandlende centre.

Beskrivelse af den Danske HIV Kohorte

Baggrund

De første tilfælde af AIDS blev påvist i Vesteuropa i begyndelsen af 1980'erne, og kort tid herefter blev et virus (HIV) påvist som årsag til sygdommen. Smittevejene for HIV blev hurtigt kortlagt. HIV-infektionen er karakteriseret ved en akut fase, efterfulgt af en længere latensfase og senere udvikling af immundefekt. Frem til midten af 1980'erne var behandling af HIV/AIDS væsentligt fokuseret på behandling af de sygdomme, som opstod som funktion af immundefekten – såkaldte opportunistiske infektioner. De første succesfulde tiltag til en behandling, som forlængede patienternes liv og livskvalitet, var da også relateret til profylakse mod disse infektioner. Relativt tidligt i HIV's historie tilkom et stof til specifikt behandling af HIV (zidovudin). HIV udviklede dog hurtigt modstandsdygtighed (resistens) overfor dette stof, hvorfor effekten var meget kortvarig.

I midten af 1990'erne tilkom flerstof antiretroviral behandling af HIV, såkaldt HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy). Denne behandling har fuldstændigt ændret prognosen, sygdomsspektret og livskvaliteten for patienterne. De dårlige erfaringer med zidovudin indgød imidlertid HIV behandlerne en vis pessimisme i starten af HAART æraen, men det har senere vist sig, at kombinationsbehandlingerne er særdeles effektive og tilsyneladende forlænger patienternes forventede levetid med i hvert fald 10-20 år. Hvad der også er væsentligt er, at behandlingerne fjerner patientens HIV symptomer fuldstændigt og giver patienten den normale livskvalitet tilbage.

Behandlingerne er særdeles komplekse at gennemføre, idet de selvsagt er livslange og kræver, at patienterne er overordentlig stabile og systematiske i deres indtagelse af medicin (i fagsproget kaldet, at de har en høj compliance). Hertil kommer, at en behandling årligt – alene i medicinudgifter – koster ca. 100.000 kr. Behandlingerne er imidlertid behæftet med en betydelig bivirkningsfrekvens. F. eks. har mange af patienterne gastrointestinale problemer og nogle udvikler såkaldt lipodystrofi (ændret fedfordeling). Hertil kommer, at mange patienter får påvirkning af deres blod-lipider, hvilket muligvis på længere sigt kan føre til en øget forekomst af vaskulære sygdomme hos patienterne.

Indtil foråret 2004 var antallet af HIV positive individer under behandling med antiretrovirale midler i Danmark ukendt. Ud fra DHK kan antallet af patienter, som er behandlet ved centrene siden 1 januar 1995 fastslås væsentlig mere præcist og er cirka 2876. På landsplan må det således formodes, at alene medicinomkostningerne til denne patientgruppe beløber sig til mellem 200 og 300 millioner kr. årligt. Da dødeligheden blandt HIV patienterne er faldet drastisk, samtidig med at antallet af nykonstaterede HIV patienter pr. år stort set er konstant, stiger antallet af patienter, som er i HAART således stødt, og udgifterne til behandlingerne må derfor forventes at stige kraftigt de kommende år.

Formål.

Det er projektets hypotese, at en systematisk indsamling af data på HIV-patienterne vil kunne bibringe en større forståelse af de moderne antiretrovirale behandlings kliniske effekt. Erfaringerne fra de vstdanske studier har indtil nu bekræftet, at dette er muligt.

Den Danske HIV-kohorte har afsluttet inkluderingen af patienter i Østdanmark i januar 2004 og vil nu kunne belyse, ikke blot hvordan de moderne antiretrovirale behandlinger fungerer i studier, men specielt hvilken effekt disse behandlinger har i den brede HIV-population. Det er også vores erfaring fra de vstdanske undersøgelser, at denne form for undersøgelser kan afsløre i hvilke populationer, der er specielle problemer med behandlingen.

Bl. a. forventes følgende spørgsmål at kunne besvares:

- Hvor stor en del af patienterne opnår et tilfredsstillende virologisk respons? I dag er det optimale behandlingsrespons, at HIV slet ikke kan detekteres i blodet. Det vil blive afgjort, hvor stor en del af patienterne, der opnår dette respons. Specielt vil det være interessant at kunne belyse, i hvilken grad et godt behandlingsrespons kan fastholdes efter længere tids behandling. Ligeledes vil kohorten kunne fastslå, i hvilken grad tidligere insuffICIENT antiretroviral behandling har indflydelse på det senere behandlingsrespons.
- I hvilken grad og under hvilke omstændigheder transformeres det virologiske respons i en øgning af den immunologiske kapacitet? Den immunologiske kapacitet måles i dag ved antallet af CD-4 celler. Denne stigning vil blive bedømt og sammenholdt med de øvrige karakteristika for patienterne. Ligesom for det virologiske respons vil det være

afgørende at fastslå, hvor længe en immunologisk bedring kan forventes efter start af den antiretrovirale behandling.

- Dødeligheden blandt HIV patienter er faldet drastisk siden indførelse af HAART ligesom hyppigheden af HIV-relaterede infektioner (opportunistiske infektioner). Dødeligheden og frekvensen af opportunistiske infektioner vil blive fastlagt og ændringer i disse parametre over tid belyst.
- Der er en del bivirkninger forbundet med HAART, hvad der kan føre til, at patienterne ophører med behandlingen. Det vil derfor være væsentligt at fastslå frekvensen af bivirkninger og behandlingsophør i denne patientgruppe. Der har de senere år været stor fokus på eventuelle cardio-vasculære bivirkninger, idet HAART øger blod lipiderne. Frekvensen af cardivaskulære sygdomme vil kunne fastslåes i databasen.
- Der er flere publikationer, som antyder, at visse moderne antiretrovirale regimer ikke er optimale. Den danske HIV-kohorte vil kunne belyse, om der i Danmark er behandlingsregimer, som ikke fungerer optimalt.
- Sygdommen monitoreres i dag ved måling af virusmængde i blodet og immunologisk status (CD4-tal). Der er dog usikkerhed om, i hvilken grad disse parametre også relaterer sig til det kliniske respons i en bred HIV population. Bl. a. er det uklart, i hvilken grad et suboptimalt virologisk og immunologisk respons transformeret til et klinisk utilfredsstillende respons. Dette spørgsmål vil kunne belyses i databasen.
- I samarbejde med PhD studerende Toke Barfoed, Epidemiafdelingen, Rigshospitalet, initierede vi i efteråret 2002 en spørgeskemaundersøgelse blandt patienterne, med henblik på at belyse livskvaliteten hos HIV patienter i behandling antiretrovirale midler. Det var vores opfattelse, at spørgeskema-undersøgelser kunne bidrage til indsamling af "bløde" data - en opfattelse, som har vist sig helt berettiget. Da resultaterne fra spørgeskemaundersøgelserne kan relateres til behandlingsdata i databasen, kan undersøgelserne også bidrage til at identificere eventuelle risikofaktorer for dårligt behandlingsrespons. Der er derfor planlagt mere omfattende spørgeskemaundersøgelser. Disse undersøgelser vil danne basis i Toke Barfoeds PhD.
- HIV rammer også visse specielle grupper i Danmark. Vi har derfor siden efteråret 2002 inkluderet to specielle grupper i databasen: børn med HIV og patienterne på Grønland. Disse studier har tilknyttet to yngre læger (Nicolai Lohse (Grønland) og Johannes

Schmidt (børn)). Status for disse studierne er, at data på alle patienterne er indsamlet og indtastet i databasen. Resultaterne forventes publiceret i 2004.

Den danske HIV-kohorte vil således kunne generere resultater, som umiddelbart kan anvendes i den praktiske hverdag, både hvad angår den antiretrovirale behandling og rådgivning af patienten.

Beskrivelse af Den Danske HIV Kohorte

De vestdanske HIV centre (Odense, Århus, Aalborg, Herning og Kolding) har siden februar 1999 samarbejdet om oprettelsen af en database over alle de HIV-patienter, som behandles i centrene. Databasen var færdiggjort i efteråret 2000. På det tidspunkt var alle patienter, som siden 1995 er set ved de vestdanske HIV-centre, indkodet i databasen. Den Danske HIV Kohorte startede oprindeligt som "Den Vestdanske HIV Database", men centrene Vest for Storebælt (Rigshospitalet, Hvidovre Hospital og Helsingør Sygehus) er nu inkluderet i kohorten hvorfor den har taget navneforandring til Den Danske HIV Kohorte (DHK). Kohorten inkludere derfor nu alle danske patienter med hiv, som har haft kontakt til et af de danske hiv behandlingscentre efter 1. januar 1995.

Databasen har været behandlet i Det Videnskabetiske Kommitiesystem og i Datatilsynet, som begge har godkendt dens oprettelse og funktion. I databasen indgår patienterne blot med nummer, således at der i databasen ikke foreligger personhenførbare data. Derimod foreligger der på de enkelte centre en konverteringsliste mellem numrene i databasen og den enkelte patient.

Den Danske HIV Kohorte anvender programmet Access til håndtering af data. Access databaseprogrammet har vist sig velegnet til formålet, idet det er meget plastisk og let har kunnet tilpasses de behov, som selvfølgelig konstant opstår for modificering i en monitoreringsproces. Da der kun indgår få centre i databasen, og den behandler følsomme data, er der ikke oprettet links til de enkelte centre via internettet. Styregruppen har fundet det for risikabelt at sende disse følsomme data via internettet. Der er i Den Danske HIV Kohorte indlagt funktioner for monitorering for de enkelte centre, hvad angår simple parametre. Hertil kommer, at data fra

Access databasen nemt kan overføres til statistiske programmer som f.eks. SPSS, STATA og SAS.

Af væsentlige data inkluderer databasen aktuelt følgende: Center, afslutning til andet center, center for start på HAART, fødselsdag, køn, infektionsmåde, race, oprindelsesland, evt. ankomstdato til Danmark, dato for HIV-test, start på antiretroviral behandling, dato for udvikling af eventuelle senkomplikationer til behandlingen (akut myokardieinfarkt, diabetes eller lipodystrofi), antistofstatus for hepatitis B, hepatitis C, toxoplasmose og cytomegalovirus, deltagelse i videnskabelige studier, alle målinger af HIV-virus-mængden i blodet (HIV-RNA) og immunologiske målinger (CD-4 celle tal), triglycerid, kolesterol, udvikling af opportunistiske infektioner, dødstidspunkt, profylaktisk behandling af opportunistiske infektioner, antiretroviral behandling (HAART), sociale forhold, graviditeter og deres udkomme og resultatet af cytologiske vaginalskrab.

Opbygning

Databasen er fysisk lokaliseret i Infektionsmedicinsk Forskningsenhed, Odense Universitetshospital under ledelse af overlæge, dr.med. Niels Obel.

Tilknyttede videnskabelige medarbejdere:

Læge, Nicolai Lohse, Infektionsmedicinsk forskningsenhed, Odense Universitetshospital

Læge, Ann-Brit Eg Hansen, Infektionsmedicinsk forskningsenhed, Odense Universitetshospital

Læge, Søren Fangel-Jensen, medicinsk afdeling C, Odense Universitetshospital

Læge, Johannes Smidth, medicinsk afdeling C, Odense Universitetshospital

Læge, Toke Barfod, Epidemiafdelingen, Rigshospitalet

Øvrigt personale ved DHK

Forskningssygeplejerske Nete Bülow

Sekretær Susanne Wulff

Ansvarlig for de enkelte centre:

Overlæge, dr. med Jan Gerstoft, Rigshospitalet

Afdelingslæge, dr. med Gitte Kronborg, Hvidovre Hospital

Professor, overlæge dr. med. Court Pedersen, Odense Universitetshospital

Overlæge dr. med. Alex Lund Laursen, Skejby sygehus

Overlæge, dr. med. Carsten Schade Larsen, Aalborg Sygehus

Overlæge, ph.d. Birgit Kvinesdal, Helsingør Sygehus

Overlæge, Axel Møller, Kolding Sygehus

Tilknyttede forskningssygeplejersker:

Rigshospitalet: Sygeplejerske Bente Baadegaard, sygeplejerske Lene Pors Jensen.

Hvidovre Hospital: Sygeplejerske Kirsten Bødker, Philippa Collins og Dorthe Petersen

Sygeplejerske Lene Hergens og Anita Nymark, Odense Universitetshospital

Sygeplejerske Iben Rose Pedersen, Lotte Rodkjær, Århus sygehus

Mulighed for monitorering af HIV-sygdommen og HIV-behandlingen i Danmark.

Som ovenfor anført, er HIV en særdeles kostbar sygdom, hvor behandlingssuccesen er kraftigt afhængig af monitorering og omhyggelighed i tilrettelæggelse af den antiretrovirale behandling. Gruppen af HIV-patienter er velafgrænset. Der foreligger i dag særdeles gode og veldefinerede parametre for behandlingens succes, idet man kan monitorere immunforsvaret ved hjælp af de såkaldte CD4-celler, kan fastslå virusomsætningen ved såkaldt HIV-RNA (et mål for virusmængden i blodet) og har veldefinerede kliniske parametre for sygdommens progression i form af antal af opportunistiske infektioner og selvfølgelig død. Hertil kommer, at de HIV-behandlende centre er dedikeret til deres arbejdsområde. Samlet drejer det sig således om en velafgrænset patientgruppe med veldefinerede behandlingsmål, lokaliseret til centre, som har høj ekspertise og stor interesse i at monitorere deres behandlingsindsats.

Økonomi og budget

Udvikling af databasen er allerede afsluttet og finansieret via fondsmidler.

Årlige budget:

Indsamling af data på centrene	300.000 kr.
Andet (Computerudstyr, papir, rejser ect.)	75.000 kr.
½ tids sekretær ved DHK	125.000 kr.
½ tids forskningssygeplejerske ved DHK	175.000 kr.
PhD stipendium ¹	350.000 kr.
<u>PhD stipendium²</u>	<u>350.000 kr.</u>
<u>I alt</u>	<u>1.335.000 kr.</u>

¹Finansieres af Syddansk Universitet

²Finansieres med 1/3 af Syddansk Universitet

Referenceliste

Arbejder udgået fra Den Danske HIV-kohorte

Jensen-Fangel S, Kirk O, Larsen L, Blaxhult A, Gerstoft J, Pedersen C, Black FT, Lundgren JD, Obel N. Saquinavir hard gel suppresses viral load insufficiently in hiv-infected patients naive to anti-retroviral therapy: a retrospective cohort study. *Scand J Infect Dis* 1999; 31: 489-493.

Jensen-Fangel S, Kirk O, Blaxhult A, Gerstoft J, Pedersen C, Black F, Lundgren JD, Obel N. The insufficient suppression of viral load by saquinavir hard gel is reversible: a retrospective cohort study. *HIV Clin Trials* 2001; 2: 122-127.

Jensen-Fangel S, Pedersen C, Larsen CS, Tauris P, Møller A, Obel N. Changing demographics in an HIV-infected population: Results from an observational cohort study in Western Denmark. *Scand J Infect Dis* 2001; 33: 765-770.

Jensen-Fangel S, Pedersen C, Larsen CS, Tauris P, Møller A, Obel N. HIV i Vestdanmark. *Ugeskrift for Læger* 2002; 164: 3964-3967.

Jensen-Fangel S, Pedersen C, Larsen CS, Tauris P, Møller A, Obel N. Trends in the use of HAART in Western Denmark 1995-2000. *Scand J Infect Dis* 2002; 34: 460-465.

Jensen-Fangel S, Pedersen L, Pedersen C, Larsen CS, Tauris P, Møller A, Sørensen HT & Obel N. The Effect of Race/ethnicity on the outcome of Highly Active Antiretroviral Therapy in HIV-1 Infected Patients in West Denmark. *Clin Infect Dis* 2002; 35: 1541-8.

Jensen-Fangel S, Pedersen L, Pedersen C, Larsen CS, Tauris P, Møller A, Sørensen HT & Obel N. The use of saquinavir hard gel as protease inhibitor in HIV-infected patients in the early HAART-period: does it affect long-term treatment outcome? *Scand J Infect Dis* 2003; 35: 743-749.

Jensen-Fangel S, Pedersen L, Pedersen C, Larsen CS, Tauris P, Møller A, Sørensen HT & Obel N. Low Mortality in HIV-Infected Patients Starting HAART in Advance of Immunological Deterioration: A Comparison with the General Population. *AIDS* 2004;. 18: 89-97.

Demografi

Antal patienter i Den Danske HIV Kohorte **4172**

Heraf indgår følgende i:

Den grønlandske kohorte **103**

Den Danske Børne HIV Kohorte **89**

Antal patienter, som er startet på HAART **2876**

Antal virologiske målinger i DHK **61584**

Antal CD-4 målinger i DHK **75366**

Antal behandlingsskift registreret i DHK **12142**

Tidspunkt for første HIV positiv

Årstal	Antal patienter	Heraf sat i behandling indenfor et år
1994 eller tidligere	1938	1 (0,1%)
1995	263	19 (7,2%)
1996	234	98 (41,9%)
1997	245	130 (53,1%)
1998	204	107 (52,5%)
1999	244	138 (56,6%)
2000	218	131 (60,1%)
2001	272	162 (59,6%)
2002	205	118 (57,6%)
2003	159	74 (46,5%)
Ukendt	103	

Dødsfald blandt HIV positive fordelt på år

Årstal	Antal patienter
1994	35
1995	167
1996	159
1997	89
1998	58
1999	80
2000	50
2001	61
2002	40
2003	37
2004	1
I alt	777

Samlede antal HIV positive patienter set ved centrene

Centre	Antal patienter	Procentvis fordeling
Uden center	1	0,00 %
Herning	64	1,60 %
Helsingør	26	0,60 %
Hvidovre	1515	37,10 %
Hvidovre børneafdelingen	39	1,00 %
Kolding	48	1,20 %
Odense	351	8,60 %
Rigshospitalet	1399	34,20 %
Skejby børneafdelingen	13	0,30 %
Skejby voksenafdelingen	454	11,10 %
Aalborg	177	4,30 %
I alt	4087	100 %

Antal HIV positive patienter set ved centrene med sidste ambulant kontrol efter 1. januar 2002

Centre	Antal patienter	Procentvis fordeling
Uden center	1	0,00 %
Herning	58	1,90 %
Helsingør	26	0,80 %
Hvidovre	1150	36,90 %
Hvidovre børneafdelingen	34	1,10 %
Kolding	45	1,40 %
Odense	268	8,60 %
Rigshospitalet	1041	33,40 %
Skejby børneafdelingen	13	0,40 %
Skejby voksenafdelingen	347	11,10 %
Aalborg	129	4,10 %
I alt	3112	100 %

Køn og alder

	DK	Hv	Rh	Sks	O	Aa	He	K	Hel
Mænd	75 %	74 %	82 %	70 %	65 %	66 %	61 %	63 %	60 %
Kvinder	25 %	26 %	18 %	30 %	35 %	34 %	39 %	37 %	40 %
Median alder	42,5 år	42,5 år	42,8 år	42,6 år	41,7 år	40,7 år	40,8 år	42,0 år	40,6 år
Alder ved Hiv	33,3 år	33,3 år	33,9 år	32,0 år	33,8 år	32,2 år	34,7 år	33,7 år	35,9 år

Smittemåde

	DK	Hv	Rh	Sks	O	Aa	He	K	Hel
Homoseksuel	48 %	46 %	60 %	40 %	32 %	26 %	20 %	26 %	27 %
Heteroseksuel	39 %	32 %	31 %	50 %	60 %	60 %	70 %	72 %	59 %
Iv-misbrug	12 %	21 %	6 %	6 %	6 %	14 %	3 %	2 %	14 %
Hæmofili	1 %	0 %	2 %	3 %	1 %	0 %	2 %	0 %	0 %
Blodtransfusion	1 %	1 %	1 %	0 %	0 %	0 %	3 %	0 %	0 %
Perinatal	0 %	0 %	0 %	1 %	1 %	0 %	2 %	0 %	0 %

Oprindelse

	DK	Hv	Rh	Sks	O	Aa	He	K	Hel
Danmark	74 %	76 %	79 %	70 %	65 %	71 %	65 %	59 %	80 %
Europa	6 %	6 %	6 %	4 %	5 %	4 %	3 %	4 %	4 %
Afrika	13 %	12 %	9 %	20 %	24 %	21 %	20 %	26 %	12 %
Amerika	2 %	1 %	2 %	2 %	2 %	1 %	0 %	0 %	0 %
Asien	3 %	4 %	2 %	4 %	3 %	2 %	9 %	11 %	4 %
Grønland	1 %	1 %	1 %	1 %	2 %	1 %	3 %	0 %	0 %

Race

	DK	Hv	Rh	Sks	O	Aa	He	K	Hel
Kaukasier	81 %	82 %	86 %	73 %	69 %	74 %	68 %	63 %	84 %
Asiat	3 %	4 %	2 %	3 %	2 %	2 %	9 %	11 %	4 %
Negroid	13 %	11 %	9 %	20 %	25 %	21 %	20 %	26 %	12 %
Anden	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %	1 %	0 %	0 %	0 %
Inuit	1 %	1 %	1 %	2 %	2 %	1 %	3 %	0 %	0 %

Behandlingsdata

Årstal for start på HAART

Årstal	Antal
1994	8
1995	36
1996	495
1997	735
1998	310
1999	303
2000	245
2001	282
2002	210
2003	146

Antal patienter i behandling med HAART fordelt på årstal og center

Årstal	Rigshospitalet	Hvidovre	Odense	Skejby	Ålborg	Andre Centre	I alt
1995	24 (54,5%)	19 (43,2%)	0 (0,0%)	1 (2,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	44
1996	247 (45,8%)	210 (39,0%)	37 (6,9%)	30 (5,6%)	11 (2,0%)	4 (0,7%)	539
1997	486 (38,8%)	455 (36,3%)	102 (8,1%)	139 (11,1%)	40 (3,2%)	31 (2,5%)	1253
1998	561 (37,8%)	546 (36,8%)	122 (8,2%)	167 (11,2%)	48 (3,2%)	41 (2,8%)	1485
1999	639 (37,2%)	618 (36,0%)	154 (9,0%)	195 (11,3%)	58 (3,4%)	55 (3,2%)	1719
2000	695 (36,8%)	662 (35,1%)	168 (8,9%)	212 (11,2%)	72 (3,8%)	78 (4,1%)	1887
2001	760 (36,3%)	730 (34,8%)	181 (8,6%)	237 (11,3%)	91 (4,3%)	97 (4,6%)	2096
2002	801 (35,9%)	775 (34,8%)	197 (8,8%)	250 (11,2%)	89 (4,0%)	117 (5,2%)	2229
2003	798 (35,9%)	784 (35,3%)	207 (9,3%)	269 (12,1%)	91 (4,1%)	73 (3,3%)	2222

Antal patienter i behandling med både proteasehæmmer og non-nukleosidanalogue

Årstal	Antal
1995	0
1996	1
1997	48
1998	166
1999	287
2000	325
2001	328
2002	338
2003	276

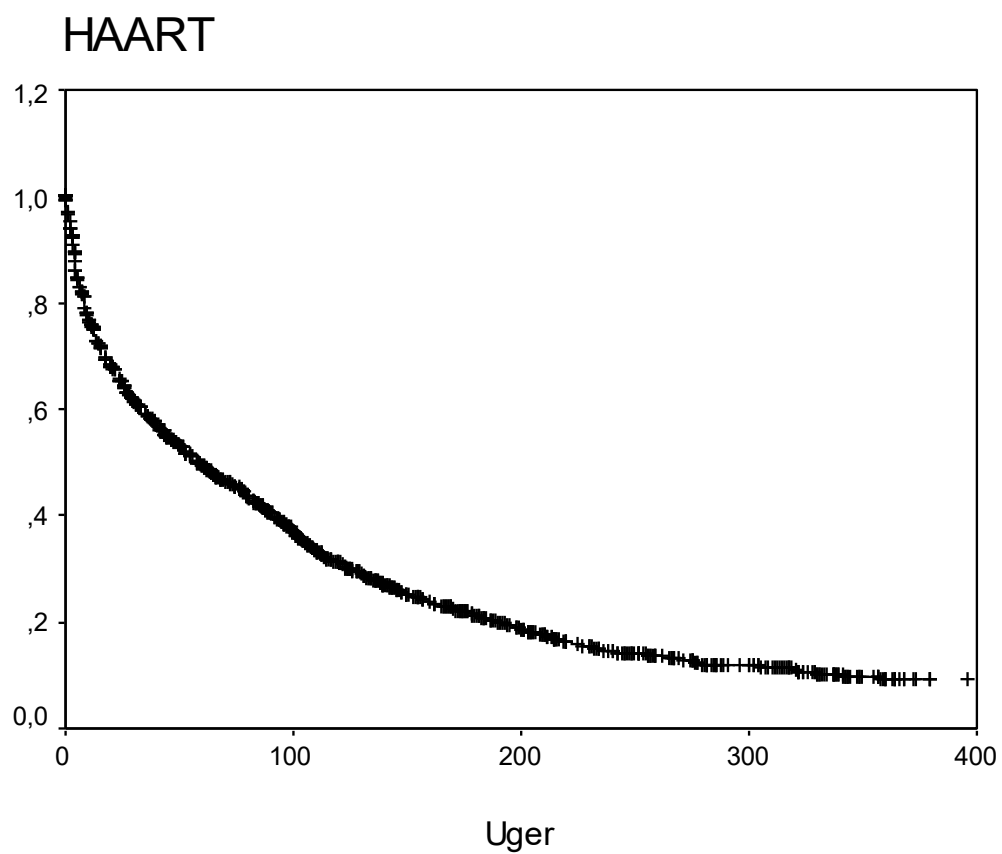
Årstal for første start på behandling med både proteasehæmmer og non-nukleosidanalogue

Årstal	Antal
1995	0
1996	1
1997	47
1998	126
1999	156
2000	111
2001	67
2002	39
2003	26

Antal patienter som årligt skifter behandling

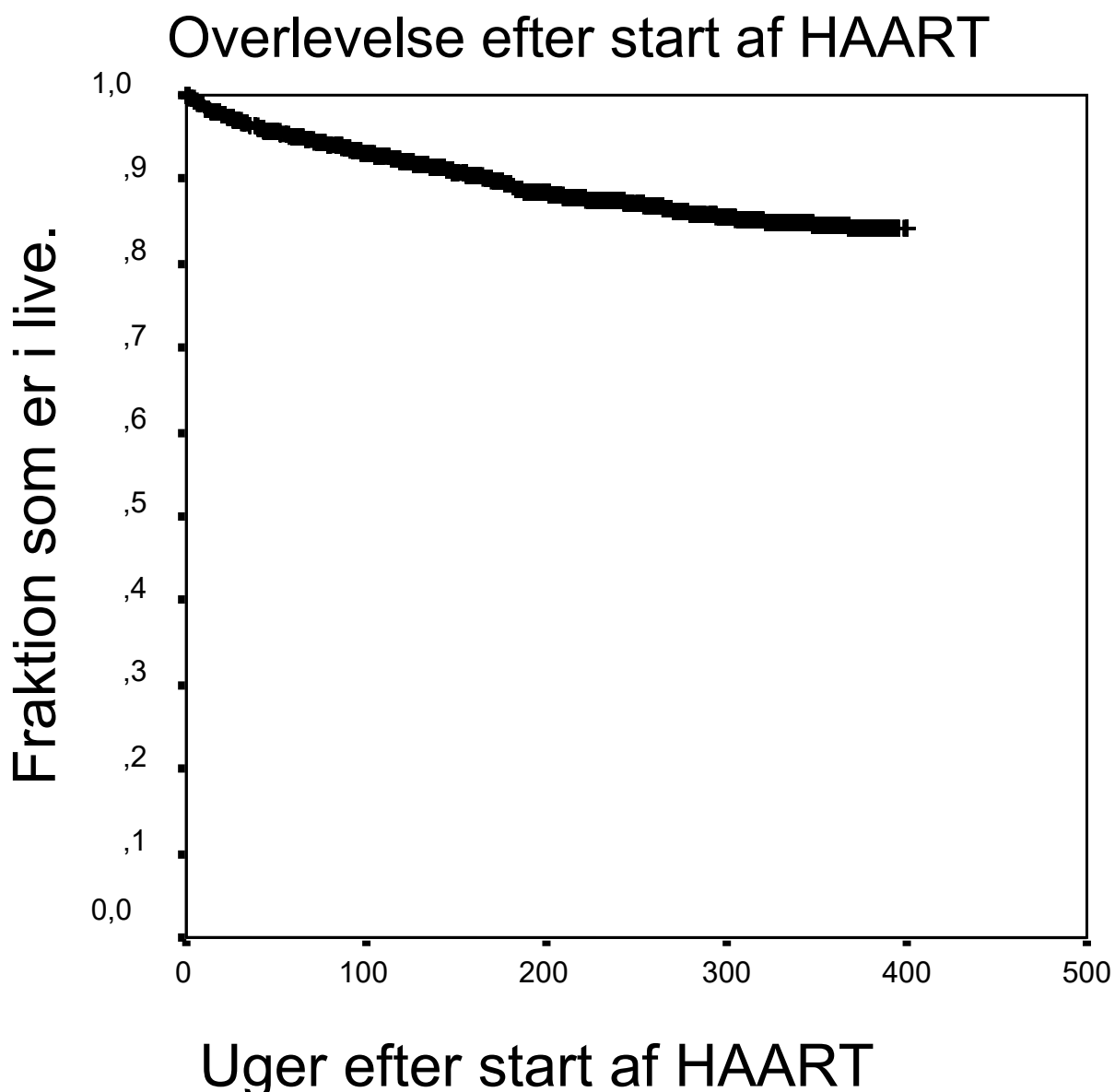
Årstal	Antal
1995	2
1996	177
1997	531
1998	612
1999	776
2000	680
2001	738
2002	670
2003	490

Tid fra behandlingsstart (HAART) til første ændring i behandlingen.

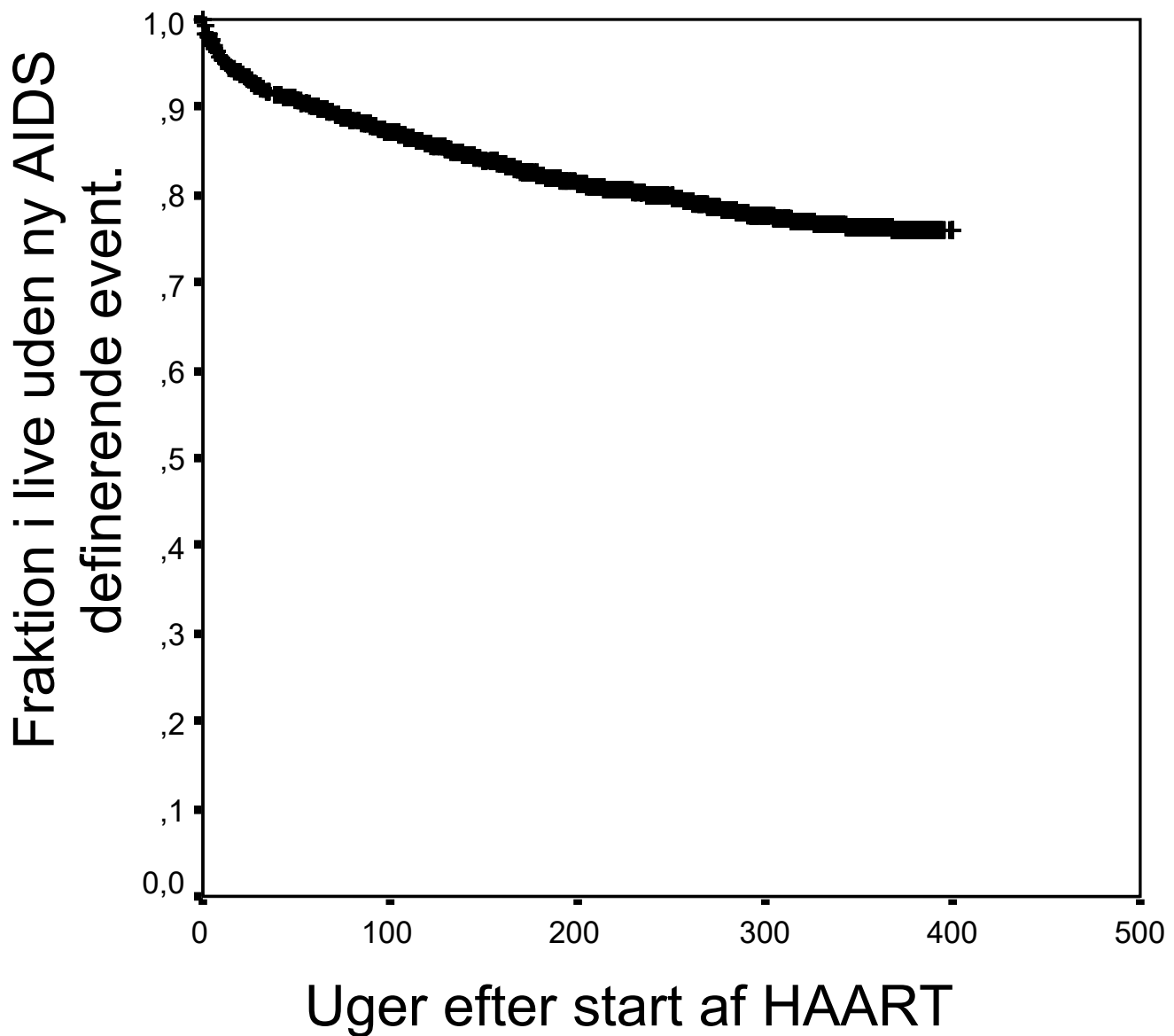


Behandlingsrespons

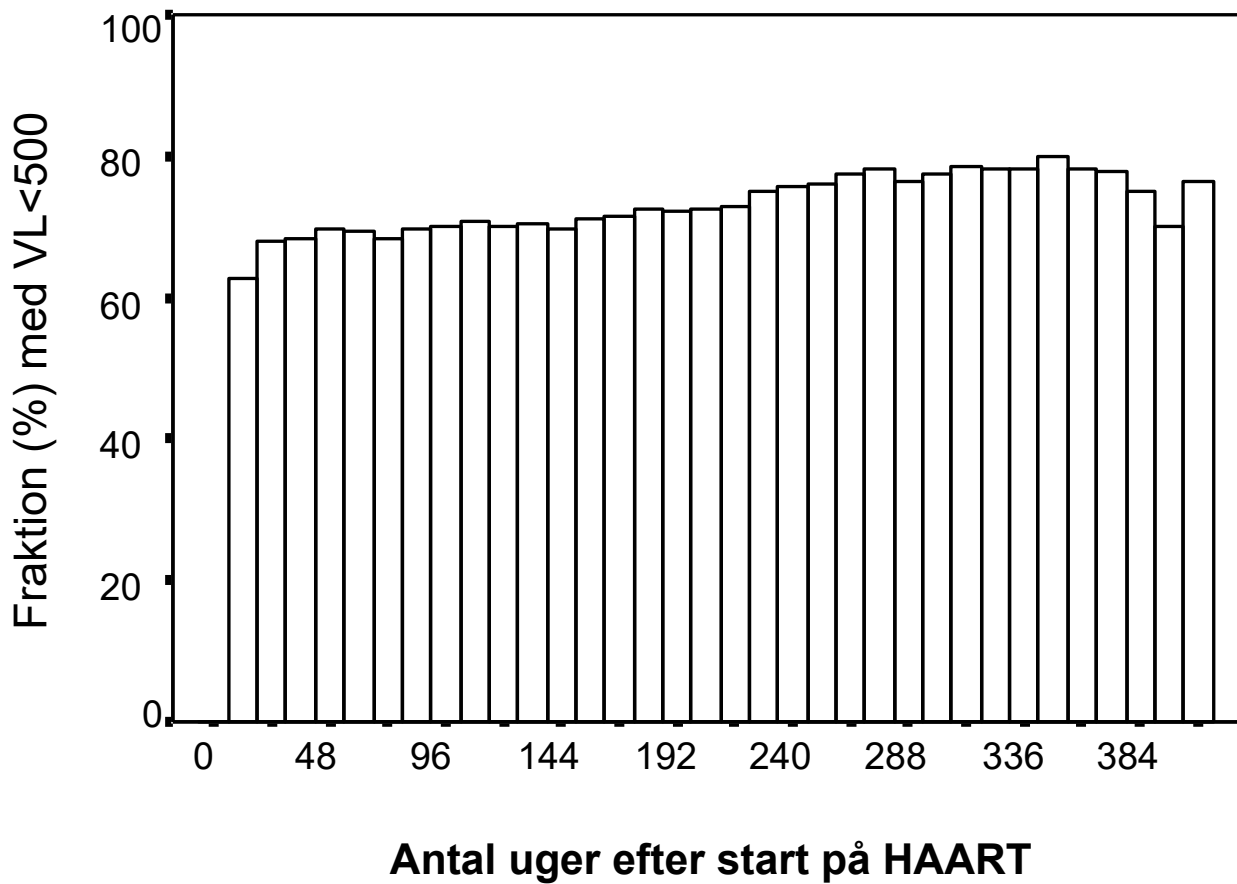
I aktuelle rapport er opgivet behandlingsrespons belyst ved fraktionerne af patienter, som opnår en virusmængde i blodet under 500 kopier pr. ml (VL<500) og medianen af det absolutte CD4 tal. Desuden effekten på det kombinerede endepunkt tid til død eller ny AIDS definerende event. Den Danske HIV Kohorte giver selvfølgelig mulighed for også at opdele effekten på andre parametre, men i aktuelle rapport er dette indskrænket til at opgive effekten på enkelte undergrupper fordelt på f. eks. behandlingsnaive/non-naive, stofmisbrug og race.



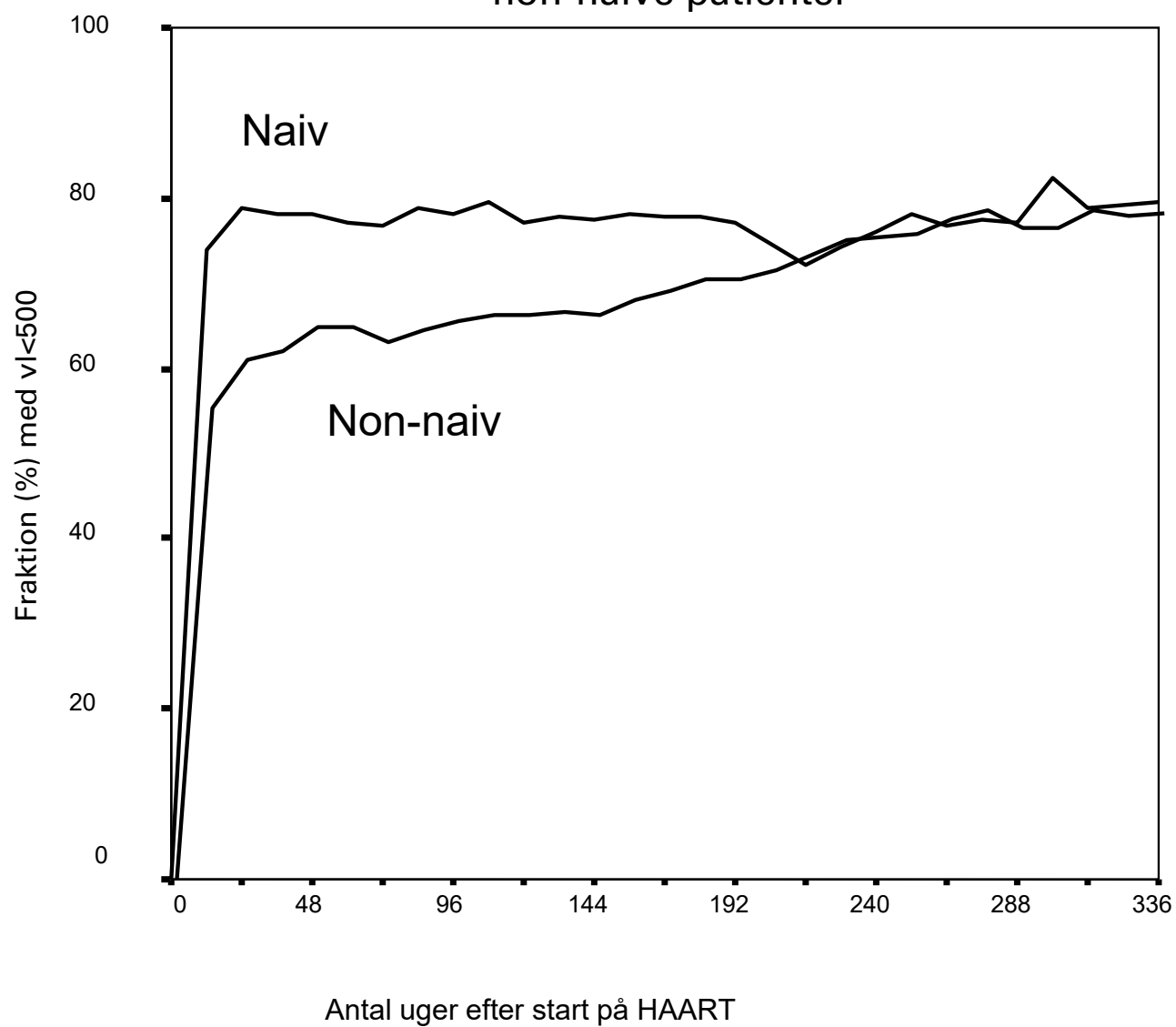
Tid til død eller ny AIDS definerende event efter start af HAART



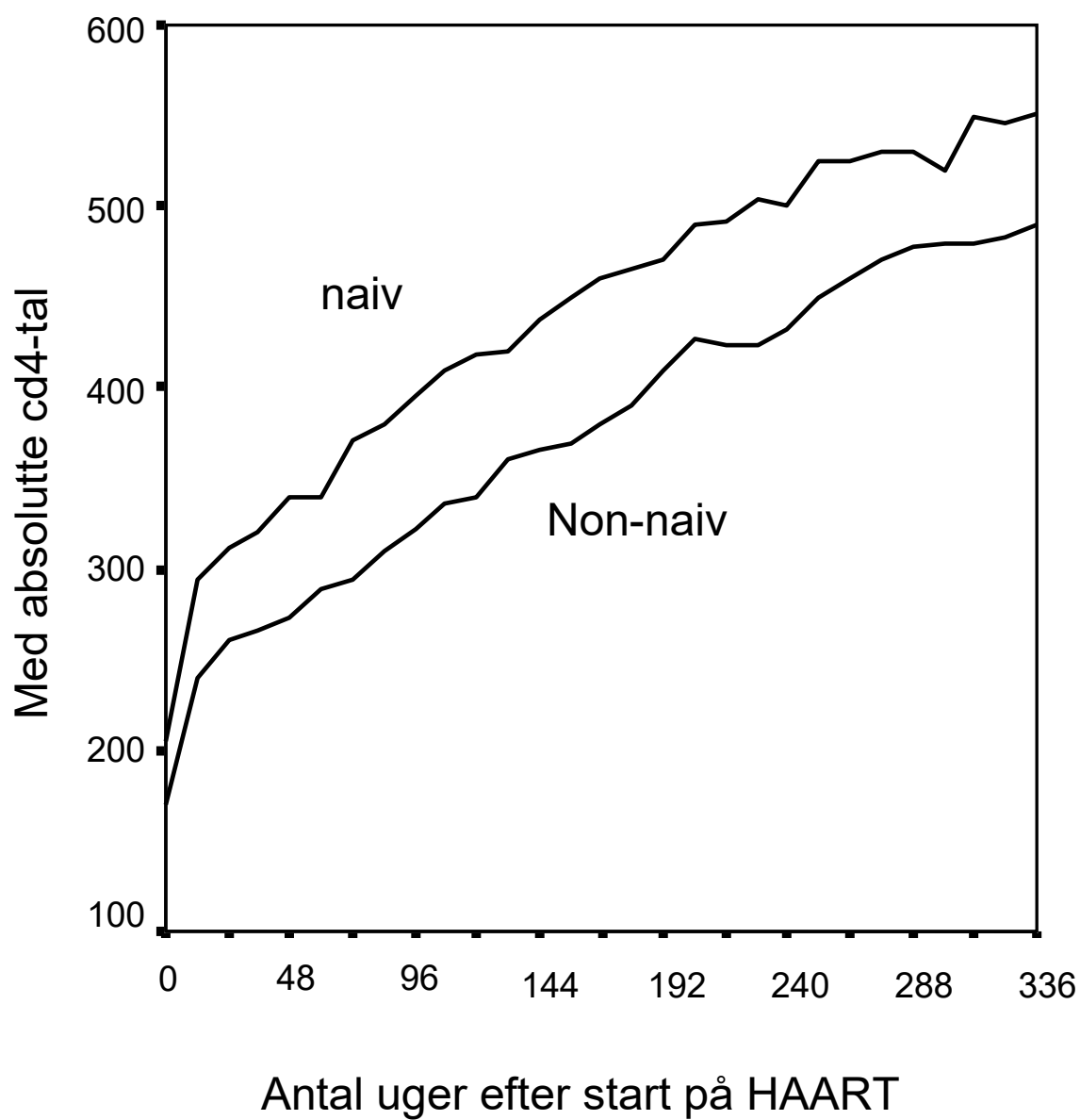
Fraktion med $VL < 500$, fordelt på uger efter start af HAART



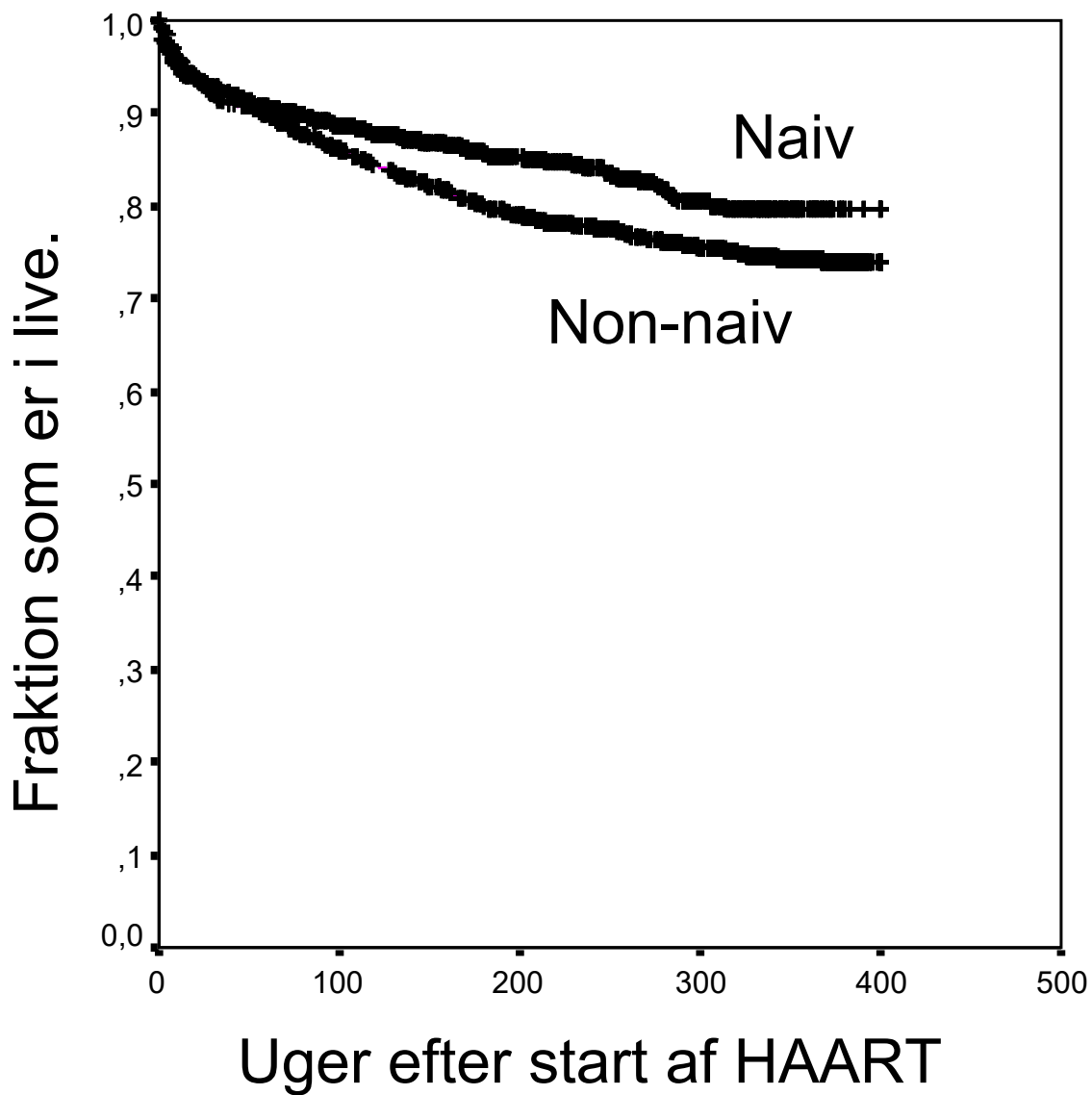
Fraktion med $VL < 500$ fordelt på behandlings-naive og non-naive patienter



Mediane CD4 fordelt på behandlingsnaive og non-naive patienter.

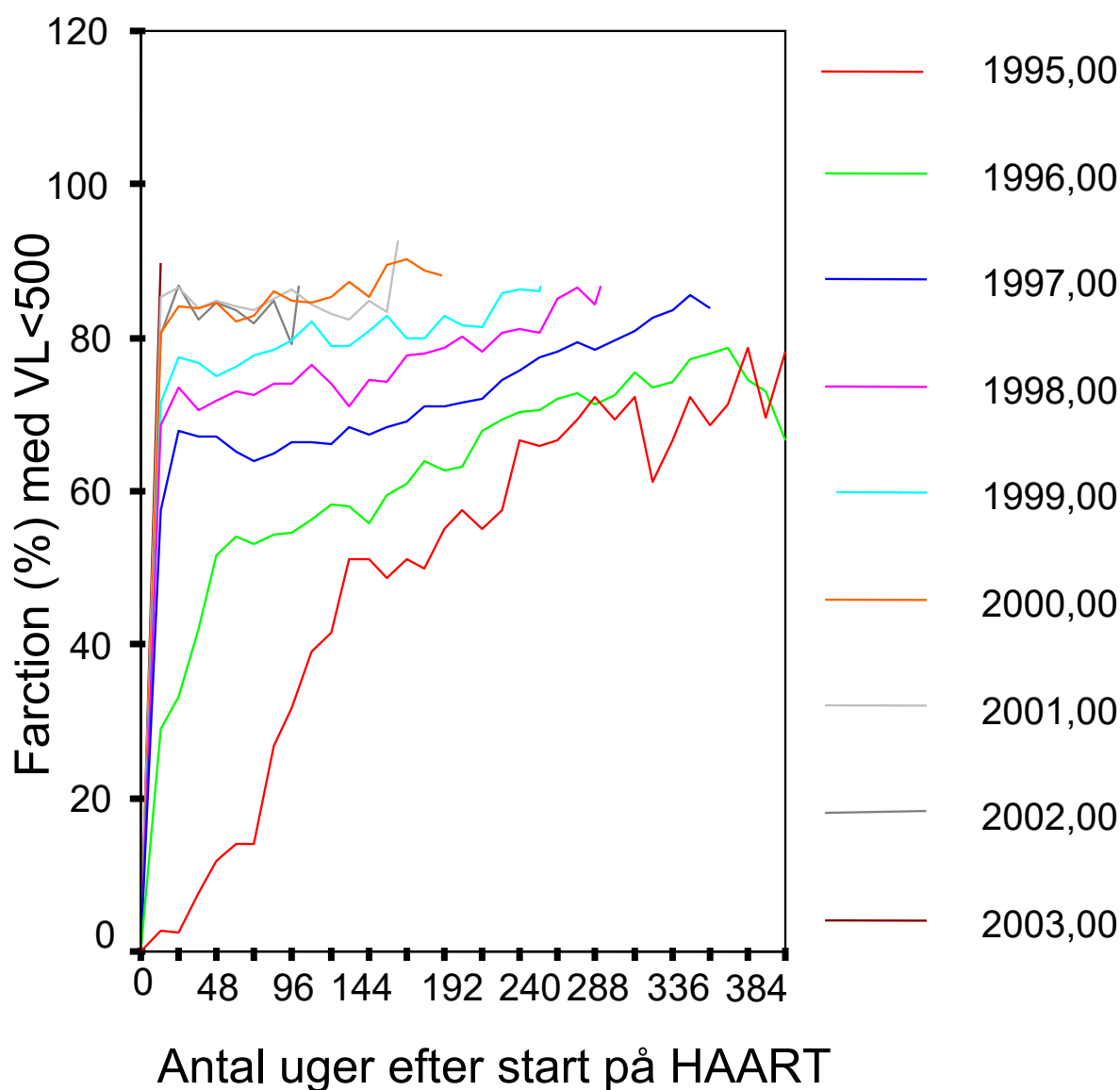


Tid til død eller ny AIDS definerende event
fordelt på behandlingsnaive og non-naive



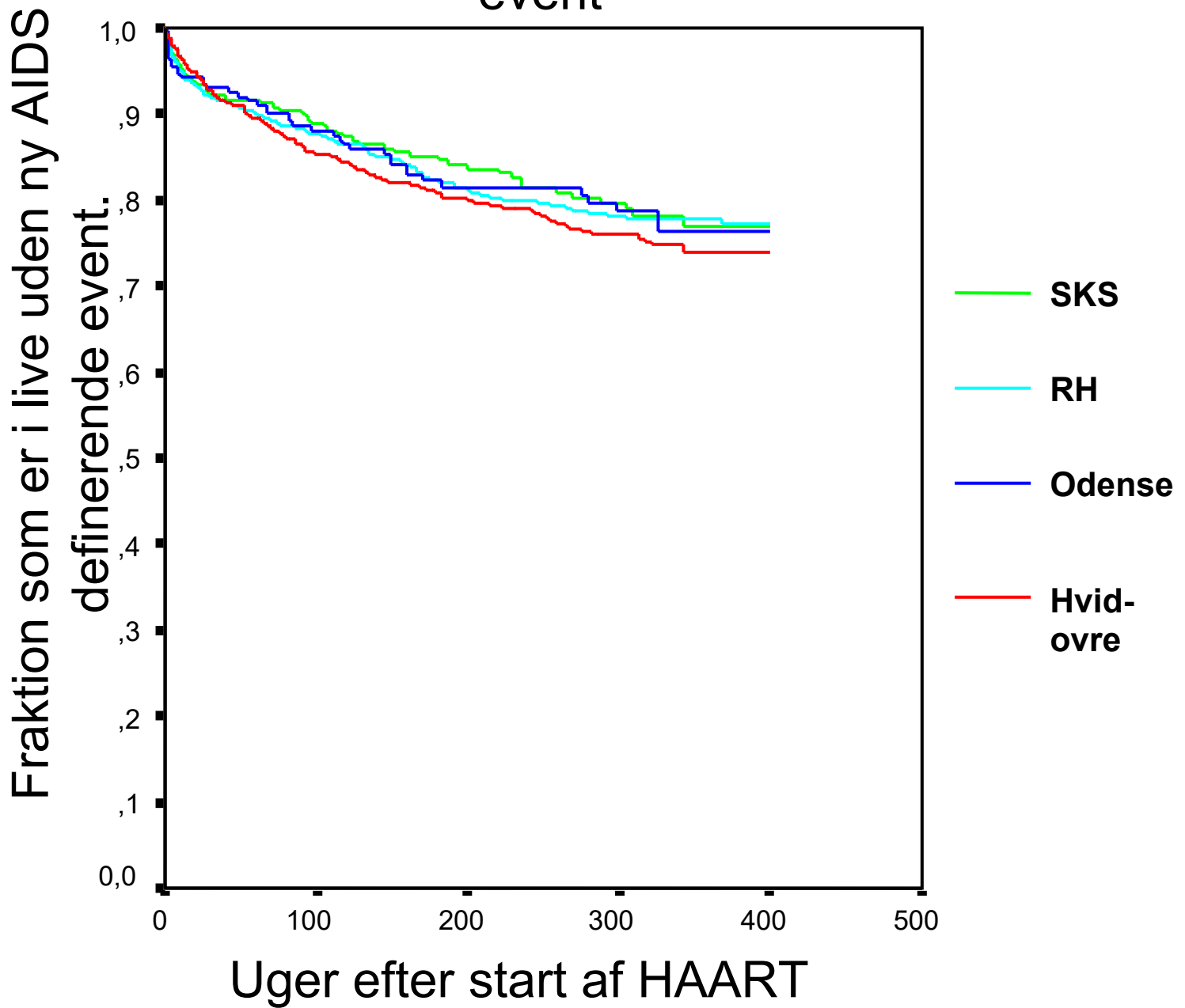
Kvalitetskontrol

Den Danske HIV Kohorte kan også anvendes til kvalitetskontrol. Her eksemplificeret ved fraktionen af patienter, som opnår et VL<500 fordelt på årstal og centre. Data fordelt på centre er offentliggjort med tilladelse fra prof. overlæge, dr. med. Jens Ole Nielsen, prof. overlæge dr. med. Peter Skinhøj, prof. overlæge dr. med. Court Pedersen, overlæge dr. med. Lars Jørgen Østergaard og overlæge, dr. med. Henrik Nielsen som er ansvarlige for de infektionsmedicinske afsnit i hhv. København, Odense, Århus og Ålborg.

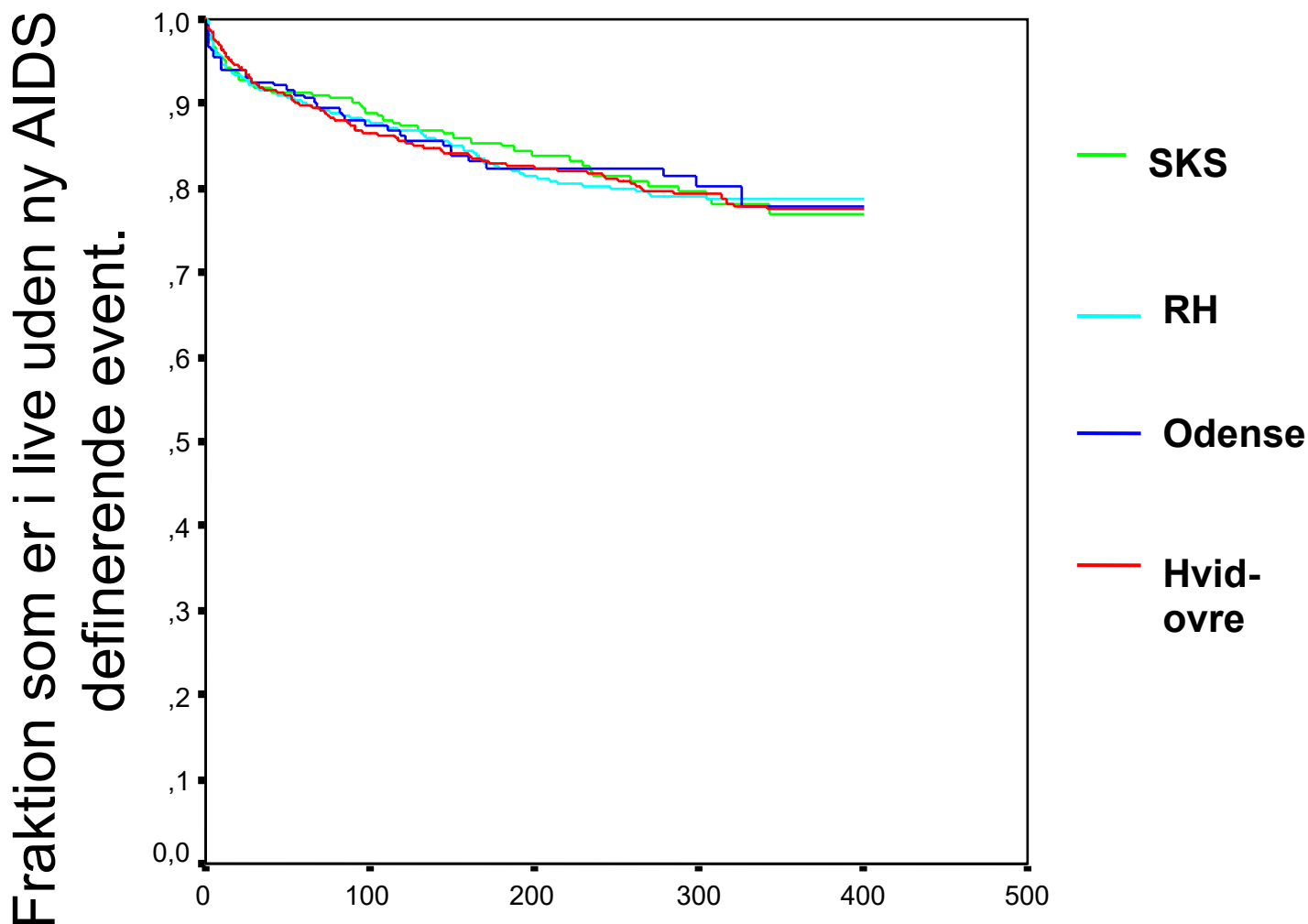


Som det ses, er effekten af HAART målt på fraktionen af patienter, som opnår viral load < 500 tiltaget over tid.

Tid til død eller ny AIDS definerende event



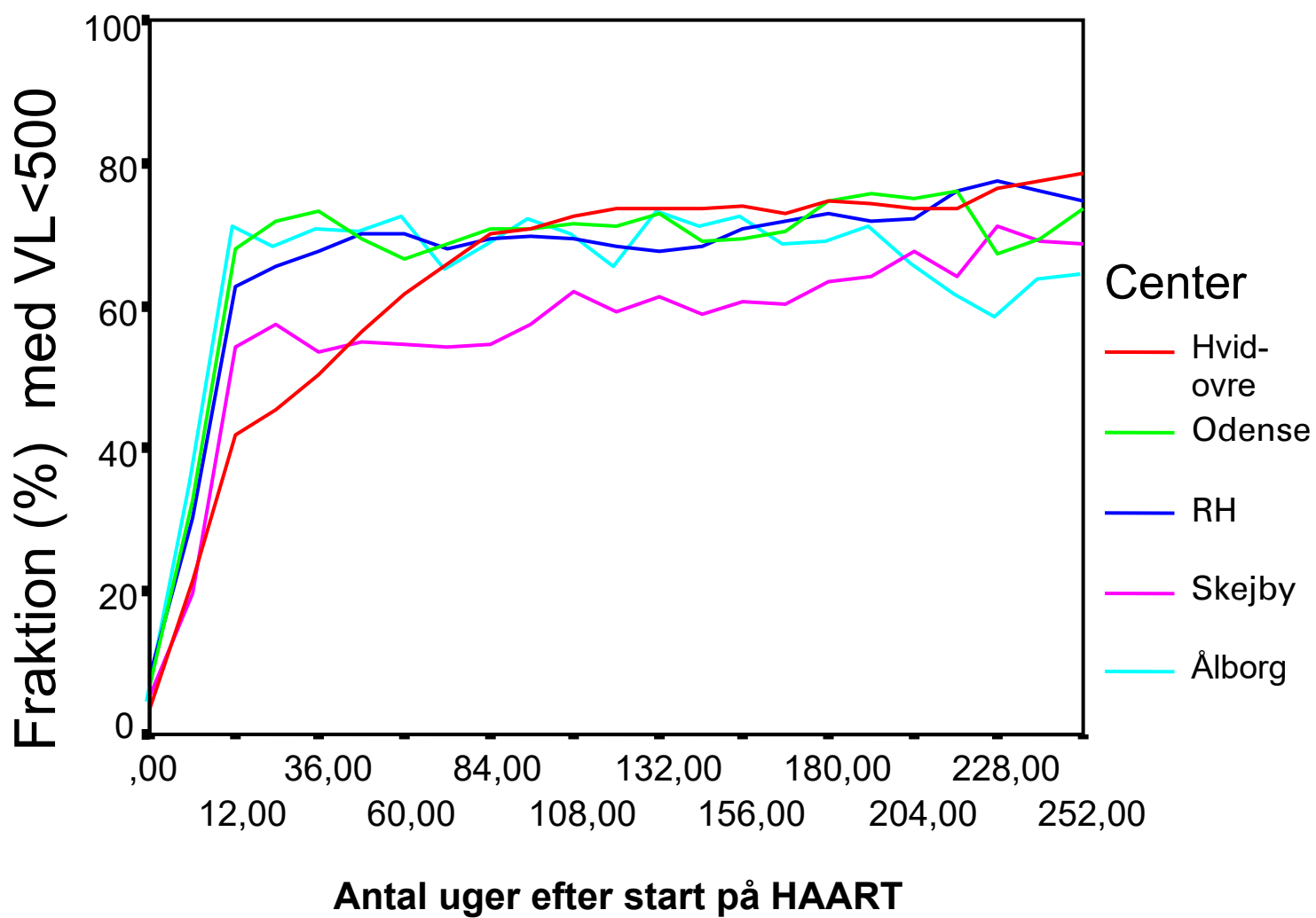
Patienter, som ikke har i. v misbrug som
infektionsvej.
Tid til død eller ny AIDS definerende event
fordelt på centre



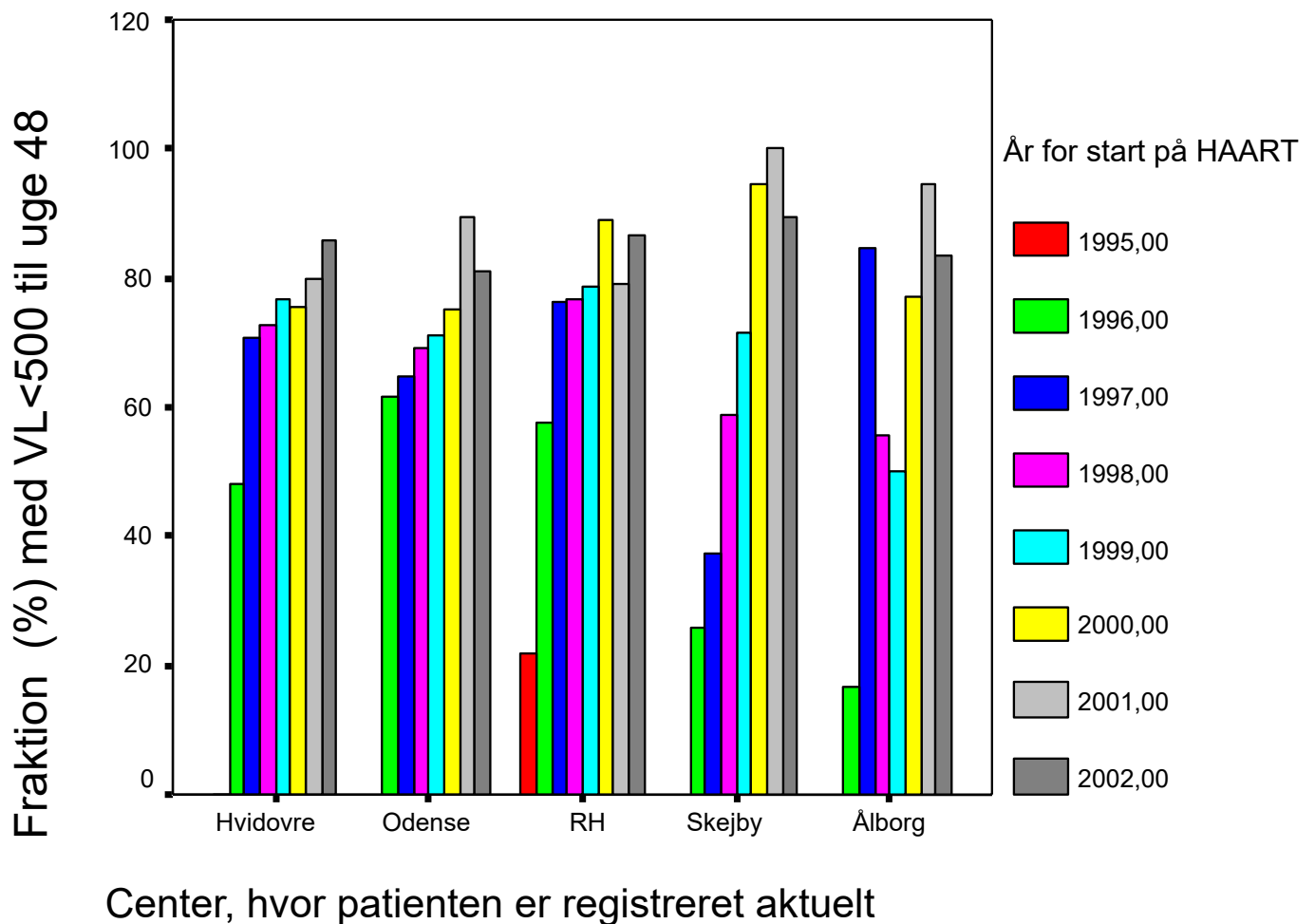
Uger efter start af HAART

Som det ses af overstående figur er tid til død eller AIDS definerende event hos patienter, som **ikke** er inficeret ved i. v. misbrug ens på centre på Rigshospitalet, Hvidovre, Odense og Århus.

Fraktion med VL<500, pr center

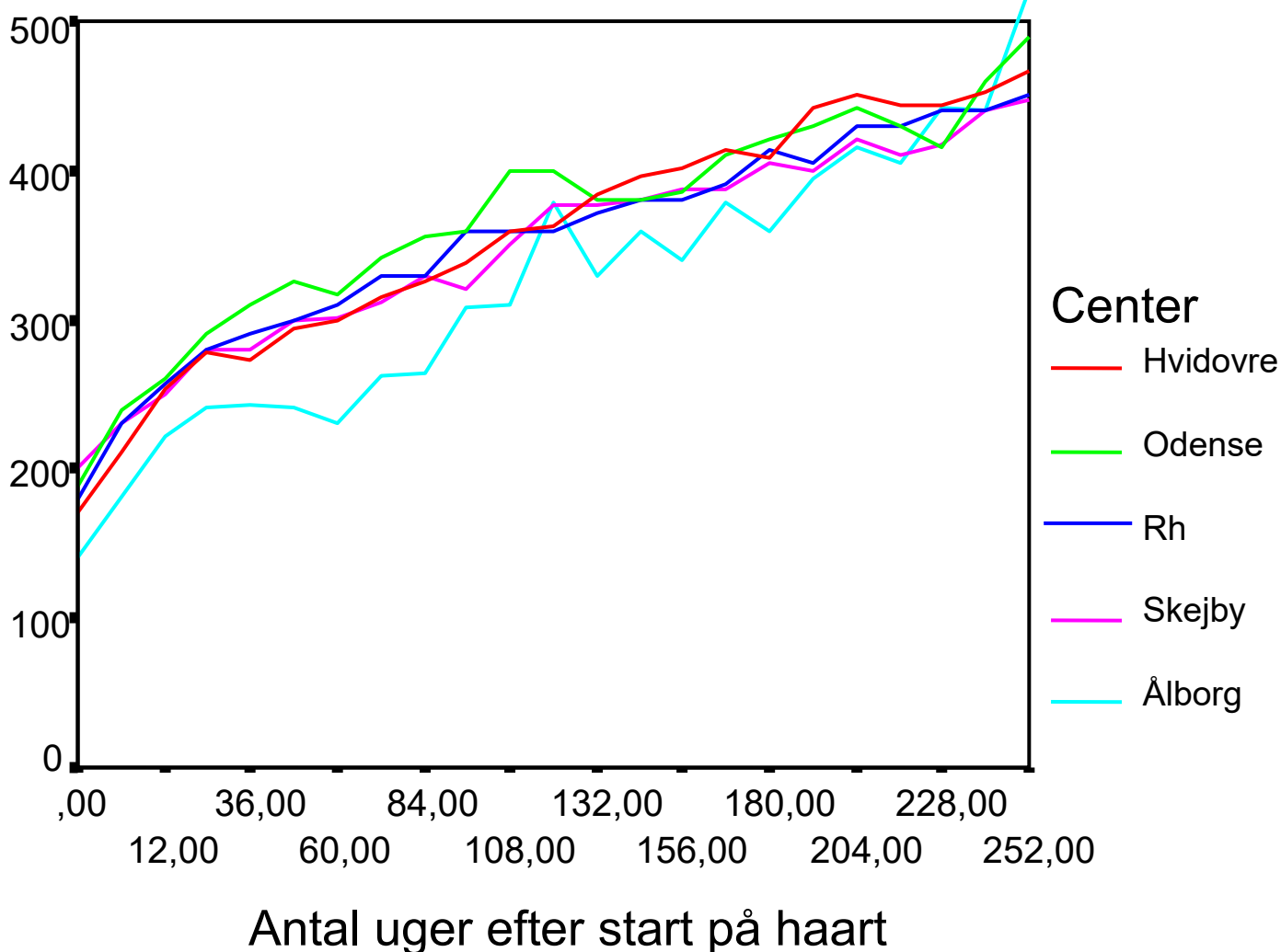


Fraktion med VL<500 efter 48 ugers behandling fordelt på center og årstal



Som det ses af ovenstående figur, er tidligere forskelle mellem centrene i fraktionen af patienter, som opnår viral load < 500 udlignet over tid og resultaterne i 2002 ens på centrene.

Mediane absolutte cd4-tal, fordelt på center og uge efter start af HAART



Som det ses af ovenstående figur, transformeres eventuelle forskelle i virologisk respons sig ikke til en effekt på CD4 tallet.

Spørgeskemaundersøgelser

Med læge Toke Barfod som ankermand, har vi i databasen gennemført en spørgeskemaundersøgelse over mere "bløde" værdier. Formålet er dels at få et indblik i, hvad HIV patienterne, som får HAART, mener om behandlingen, dels at belyse årsager til svigt. Disse data er ved at blive analyseret for sammenhænge med specielt virologisk svigt. Af nedenstående fremgår de rå data fra undersøgelsen, hvor 887 patienter i HAART besvarede spørgeskemaet.

Spørgsmål	Ja	Nej
Har du lønnet arbejde uden for dit hjem?	484 (57%)	360 (43%)
Er du under uddannelse?	74 (9%)	760 (90%)
Modtager du pension/kontanthjælp/dagpenge?	418 (49%)	421 (50%)
Har du børn?	300 (35%)	553 (64%)
Har du fast partner?	491 (57%)	365 (42%)

Spørgsmål	0 dage	1 dag	2 dage	3 dage	4 dage
I løbet af de sidste 4 dage har jeg ikke taget medicin?	713 (84%)	91 (11%)	20 (2%)	4 (0,5%)	12 (1%)

Spørgsmål	0 dage	1 dag	2-3 dage	4-7 dage	8-29 dage	30 dage
I løbet af de sidste 30 dage har jeg ikke taget medicin?	471 (56%)	212 (25%)	113 (13%)	8 (1%)	27 (3%)	11 (1%)

Spørgsmål	Helt uenig	Noget uenig	Noget enig	Helt enig
Jeg mener, det er meget vigtigt at tage alle doser af hiv-medicin	6 (0,7%)	7 (0,8%)	41 (5%)	819 (94)
Jeg er sikker på, at jeg kan tage alle doser af medicinen hver dag	13 (2%)	28 (3%)	153 (18%)	674 (78%)
Jeg har partner, familie eller venner, som vil støtte mig i at ta´medicin	110 (13%)	51 (6%)	125 (15%)	544 (64%)
Jeg har et godt forhold til min læge her i ambulatoriet	12 (1%)	10 (1%)	61 (7%)	788 (90%)
Jeg har et regelmæssigt liv	37 (4%)	72 (8%)	225 (26%)	527 (61%)
Jeg ønsker ikke, at andre skal opdage, at jeg tager medicin	188 (22%)	129 (15%)	238 (27%)	319 (36%)
Jeg har et stort forbrug af alkohol	645 (74%)	130 (15%)	71 (8%)	25 (3%)
Jeg er ofte deprimeret	419 (48%)	159 (18%)	199 (23%)	81 (9%)
Jeg har taget stoffer den sidste måned	809 (94%)	14 (2%)	6 (1%)	30 (4%)
Jeg er meget glad for at være i behandling med HIV-medicin	41 (5%)	31 (4%)	126 (15%)	648 (76%)
Jeg er sikker på, at medicinen har en positiv virkning på mit helbred	13 (2%)	9 (1%)	101 (12%)	729 (85%)
Jeg mener, medicinen skader mere end den gavner	621 (73%)	124 (15%)	63 (7%)	33 (3,9%)

De enkelte antiretrovirale præparater.

Den resterende del af rapporten omhandler data for anvendelse, skift og bivirkninger for de enkelte antiretrovirale præparater. Visse af tabellerne kan måske synes meget detaljerede, men flere af dem er fremkommet efter ønske fra medicinalindustrien.

Såfremt en patient er ophørt med et præparat i mere end 3 måneder betragtes det i de efterfølgende analyser som endeligt seponeret. Derfor vil man se, at en patient undertiden kan genoptage behandlingen med det samme præparat.

For de enkelte præparater er anvendt generiske navne, dog er der anvendt salgsnavne for kombinationspræparater.

Zidovudin

Årstal for start af Zidovudin

Årstal	Antal
1994	8
1995	35
1996	418
1997	593
1998	270
1999	240
2000	206
2001	297
2002	241
2003	149

Antal patienter som starter på HAART hvori Zidovudin indgår (% af de patienter som starter HAART det år)

Årstal	Antal
1994	8 (100%)
1995	35 (97,2%)
1996	414 (83,6%)
1997	580 (78,9%)
1998	248 (80,0%)
1999	213 (70,3%)
2000	175 (71,4%)
2001	245 (86,9%)
2002	192 (91,4%)
2003	133 (91,1%)

Antal patienter i HAART hvori indgår Zidovudin (fordelt på år)

Årstal	Antal
1995	43
1996	457
1997	1006
1998	1061
1999	1155
2000	1207
2001	1424
2002	1638
2003	1608

Start på Zidovudin fordelt på det antal gange man er startet med Zidovudin

Start nummer	Antal
1	2461
2	411
3	81
4	19
5	5
6	1

Første seponering af Zidovudin fordelt på årstal

Årstal	Antal
1995	1
1996	47
1997	231
1998	178
1999	189
2000	134
2001	104
2002	89
2003	61

Antal NRTI i efterfølgende regime

Antal NRTI	Antal
0	145 (13,9%)
1	135 (12,9%)
2	700 (67,0%)
3	64 (6,1%)
4	1(0,1%)

Antiretrovirale præparater som indgår i det første regime anvendt umiddelbart efter seponering af Zidovudin

Præparat	Antal
Zidovudin*	165 (15,8%)
Stavudin	566 (54,2%)
Lamivudin	661 (63,3%)
Didanosin	159 (15,2%)
DDC	13 (1,2%)
Ziagen	167 (16,0%)

*Såfremt, der er afholdt en pause på mere end 3 måneder anses Zidovudin for seponeret, hvorfor behandlingen senere kan initieres igen med Zidovudin.

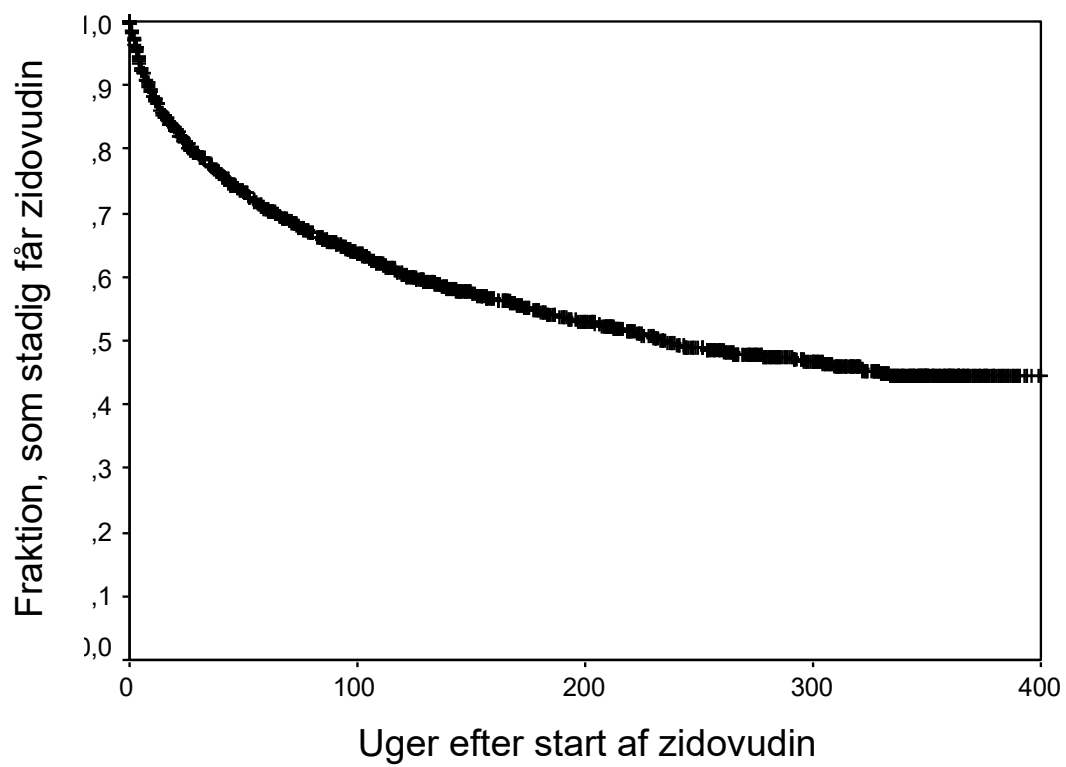
Årsager til seponering af Zidovudin

Årsager	Antal
Virologisk svigt (1)	262 (25,2%)
Abnorm fedtfordeling (2)	1 (0,1%)
Dyslipidæmi (3)	1 (0,1%)
Overfølsomhed (4)	10 (1,0%)
Gastrointestinale bivirkninger(5)	59 (5,7%)
Neurologiske bivirkninger (6)	18 (1,7%)
Nefrologiske bivirkninger (7)	1 (0,1%)
Endokrinologiske bivirkninger (8)	2 (0,2%)
Anden toxicitet (9)	154 (14,8%)
Patientens ønske (10)	88 (8,5%)
Lægens beslutning (11)	81 (7,8%)
Anden årsag (12)	79 (7,6%)
Ukendt (13)	168 (16,2%)
Som led i skift til anden antiretroviral medicin(14)	22 (2,1%)
Problemer med compliance (15)	93 (9,0%)

Årsager til skift af Zidovudin i 2002-2003

Årsager	Antal
Virologisk svigt (1)	40 (15,1%)
Abnorm fedtfordeling (2)	1 (0,4%)
Dyslipidæmi (3)	1 (0,4%)
Overfølsomhed (4)	11 (4,2%)
Gastrointestinale bivirkninger(5)	22 (8,3%)
Neurologiske bivirkninger (6)	8 (3,0%)
Anden toxicitet (9)	55 (20,7%)
Patientens ønske (10)	30 (11,4%)
Lægens beslutning (11)	28 (10,6%)
Anden årsag (12)	22 (8,3%)
Ukendt (13)	1 (0,4%)
Som led i skift til anden antiretroviral medicin(14)	1 (0,4%)
Problemer med compliance (15)	45 (17,0%)

Zidovudin



Lamivudin

Årstal for start af Lamivudin

Årstal	Antal
1994	1
1995	5
1996	459
1997	756
1998	311
1999	278
2000	214
2001	302
2002	224
2003	141
2004	4

Antal patienter som starter på HAART hvori Lamivudin indgår (% af de patienter som starter HAART det år)

Årstal	Antal
1994	1 (12,5%)
1995	5 (13,9%)
1996	387 (78,2%)
1997	693 (94,3%)
1998	295 (95,2%)
1999	256 (84,5%)
2000	191 (78,0%)
2001	274 (97,2%)
2002	206 (98,1%)
2003	135 (92,5%)

Antal patienter i HAART hvori indgår Lamivudin (fordelt på år)

Årstal	Antal
1995	6
1996	462
1997	1198
1998	1401
1999	1577
2000	1656
2001	1866
2002	1985
2003	1971

Start på Lamivudin fordelt på det antal gange man er startet med Lamivudin

Start nummer	Antal
1	2695
2	425
3	98
4	31
5	8
6	3
7	1

Første seponering af Lamivudin fordelt på årstal

Årstal	Antal
1995	0
1996	18
1997	132
1998	147
1999	170
2000	136
2001	111
2002	86
2003	58

Antal NRTI i efterfølgende regime

Antal NRTI	Antal
0	214 (24,6%)
1	144 (16,5%)
2	460 (52,8%)
3	52 (6,0%)
4	1 (0,1%)

Antiretrovirale præparater som indgår i det første regime anvendt umiddelbart efter seponering af Lamivudin

Præparat	Antal
Zidovudin	234 (26,9%)
Stavudin	301 (34,6%)
Lamivudin	236 (27,1%)
Didanosin	229 (26,3%)
DDC	16 (1,8%)
Ziagen	208 (23,9%)

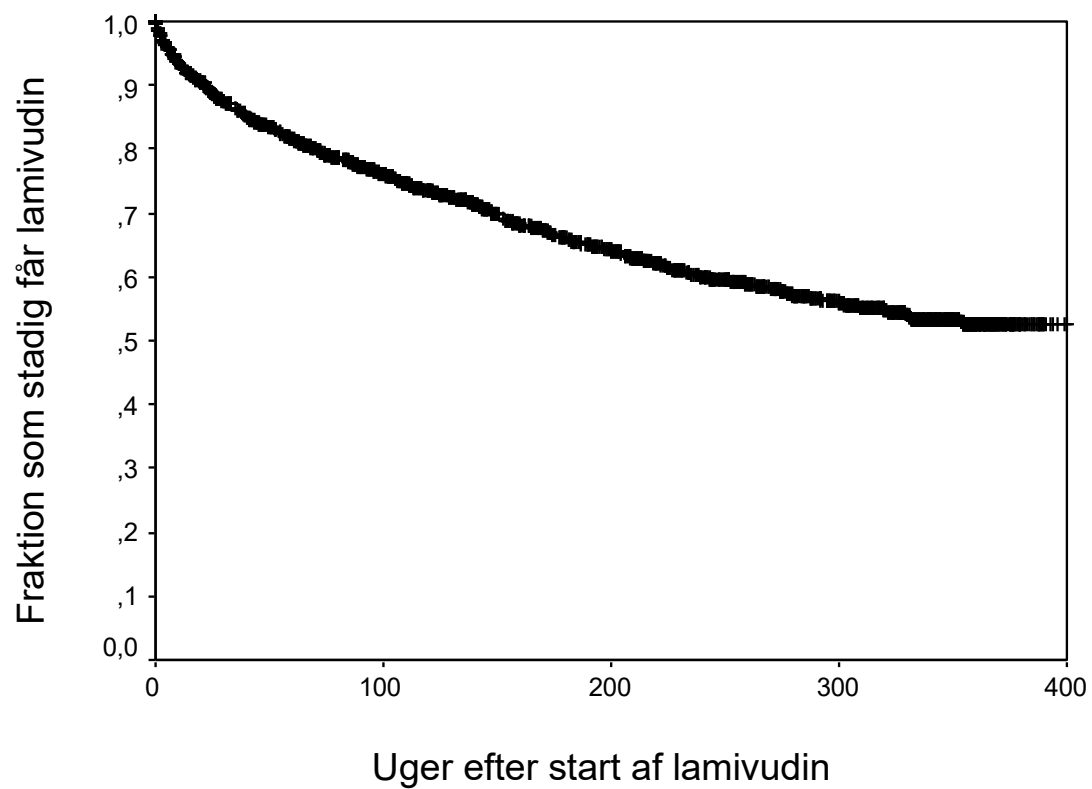
Årsager til seponering af Lamivudin

Årsager	Antal
Virologisk svigt (1)	245 (28,5%)
Abnorm fedtfordeling (2)	3 (0,3%)
Dyslipidæmi (3)	2 (0,2%)
Overfølsomhed (4)	9 (1,0%)
Gastrointestinale bivirkninger(5)	34 (3,9%)
Neurologiske bivirkninger (6)	12 (1,4%)
Nefrologiske bivirkninger (7)	3 (0,3%)
Endokrinologiske bivirkninger (8)	1 (0,1%)
Anden toxicitet (9)	34 (3,9%)
Patientens ønske (10)	117 (13,6%)
Lægens beslutning (11)	74 (8,6%)
Anden årsag (12)	90 (10,5%)
Ukendt (13)	113 (13,1%)
Som led i skift til anden antiretroviral medicin(14)	24 (2,8%)
Problemer med compliance (15)	100 (11,6%)

Årsager til skift af Lamivudin i 2002-2003

Årsager	Antal
Virologisk svigt (1)	72 (24,0%)
Abnorm fedtfordeling (2)	1 (0,3%)
Dyslipidæmi (3)	2 (0,7%)
Overfølsomhed (4)	11 (3,7%)
Gastrointestinale bivirkninger(5)	16 (5,3%)
Neurologiske bivirkninger (6)	7 (2,3%)
Nefrologiske bivirkninger (7)	1 (0,3%)
Endokrinologiske bivirkninger (8)	2 (0,7%)
Anden toxicitet (9)	23 (7,7%)
Patientens ønske (10)	47 (15,7%)
Lægens beslutning (11)	32 (10,6%)
Anden årsag (12)	29 (9,7%)
Som led i skift til anden antiretroviral medicin(14)	4 (1,3%)
Problemer med compliance (15)	53 (17,7%)

Lamivudin



Stavudin

Årstal for start af Stavudin

Årstal	Antal
1994	0
1995	1
1996	102
1997	331
1998	171
1999	206
2000	150
2001	72
2002	37
2003	16

Antal patienter som starter på HAART hvori Stavudin indgår (% af de patienter som starter HAART det år)

Årstal	Antal
1994	0 (0,0%)
1995	1 (2,8%)
1996	70 (14,1%)
1997	150 (20,4%)
1998	59 (19,0%)
1999	76 (25,1%)
2000	62 (25,3%)
2001	13 (4,6%)
2002	8 (3,8%)
2003	4 (2,7%)

Antal patienter i HAART hvori indgår Stavudin (fordelt på år)

Årstal	Antal
1995	1
1996	103
1997	427
1998	540
1999	664
2000	731
2001	690
2002	587
2003	429

Start på Stavudin fordelt på det antal gange man er startet med Stavudin

Start nummer	Antal
1	1086
2	170
3	24
4	9
5	2
6	2
7	1
8	1

Første seponering af Stavudin fordelt på årstal

Årstal	Antal
1995	0
1996	11
1997	69
1998	88
1999	99
2000	116
2001	136
2002	135
2003	63

Antal NRTI i efterfølgende regime

Antal NRTI	Antal
0	86 (12,0%)
1	127 (17,7%)
2	381 (53,0%)
3	121 (16,8%)
4	4 (0,6%)

Antiretrovirale præparater som indgår i det første regime anvendt umiddelbart efter seponering af Stavudin

Præparat	Antal
Zidovudin	298 (41,4%)
Stavudin	63 (8,8%)
Lamivudin	472 (65,6%)
Didanosin	139 (19,3%)
DDC	11 (1,5%)
Ziagen	285 (39,6%)

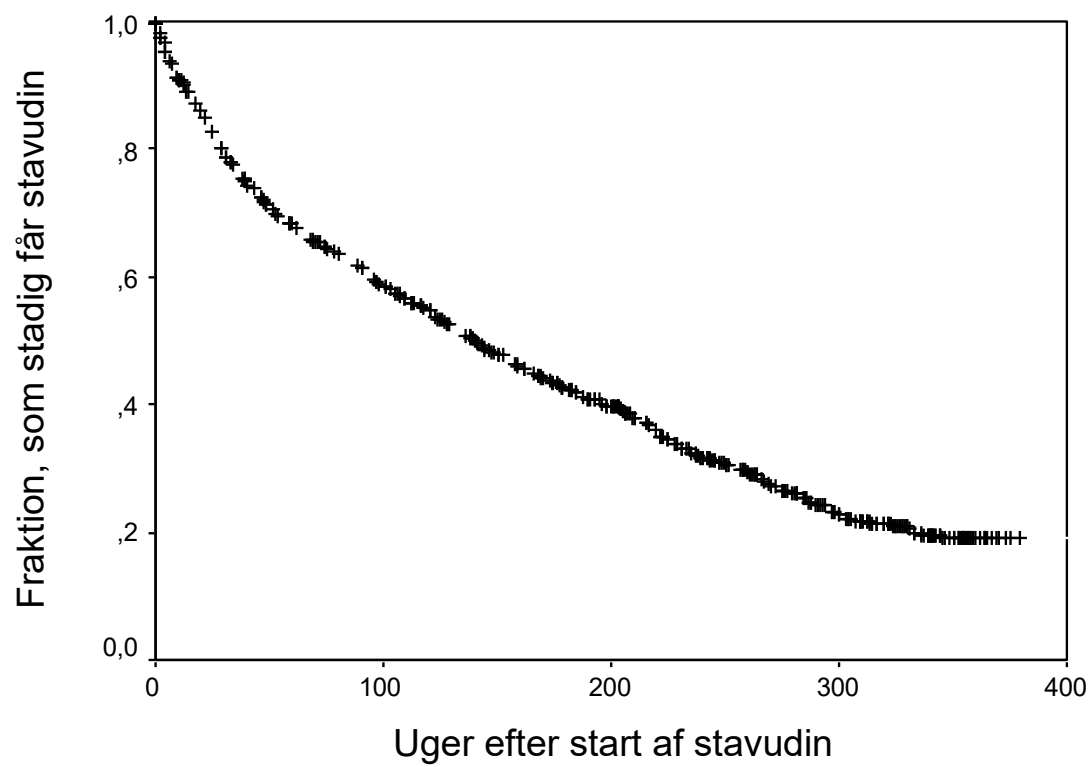
Årsager til seponering af Stavudin

Årsager	Antal
Virologisk svigt (1)	137 (19,2%)
Abnorm fedtfordeling (2)	52 (7,3%)
Dyslipidæmi (3)	13 (1,8%)
Overfølsomhed (4)	3 (0,4%)
Gastrointestinale bivirkninger(5)	33 (4,6%)
Neurologiske bivirkninger (6)	128 (18,0%)
Nefrologiske bivirkninger (7)	5 (0,7%)
Endokrinologiske bivirkninger (8)	1 (0,1%)
Anden toxicitet (9)	34 (4,8%)
Patientens ønske (10)	64 (9,0%)
Lægens beslutning (11)	53 (7,4%)
Anden årsag (12)	34 (4,7%)
Ukendt (13)	77 (10,8%)
Som led i skift til anden antiretroviral medicin(14)	21 (2,9%)
Problemer med compliance (15)	57 (8,0%)

Årsager til skift af Stavudin i 2002-2003

Årsager	Antal
Virologisk svigt (1)	46 (17,8%)
Abnorm fedtfordeling (2)	41 (15,8%)
Dyslipidæmi (3)	10 (3,9%)
Overfølsomhed (4)	1 (0,4%)
Gastrointestinale bivirkninger(5)	10 (3,9%)
Neurologiske bivirkninger (6)	37 (14,3%)
Endokrinologiske bivirkninger (8)	1 (0,4%)
Anden toxicitet (9)	10 (3,9%)
Patientens ønske (10)	24 (9,2%)
Lægens beslutning (11)	32 (12,4%)
Anden årsag (12)	11 (4,3%)
Ukendt (13)	3 (1,2%)
Som led i skift til anden antiretroviral medicin(14)	12 (4,6%)
Problemer med compliance (15)	20 (7,7%)

Stavudin



Didanosin

Årstal for start af Didanosin

Årstal	Antal
1994	0
1995	6
1996	128
1997	51
1998	55
1999	112
2000	134
2001	66
2002	42
2003	23
2004	0

Antal patienter som starter på HAART hvori Didanosin indgår (% af de patienter som starter HAART det år)

Årstal	Antal
1994	0 (0,0%)
1995	6 (16,7%)
1996	120 (24,2%)
1997	27 (3,7%)
1998	7 (2,3%)
1999	50 (16,5%)
2000	51 (20,8%)
2001	12 (4,3%)
2002	5 (2,4%)
2003	1 (0,7%)

Antal patienter i HAART hvori indgår Didanosin (fordelt på år)

Årstal	Antal
1995	6
1996	133
1997	121
1998	123
1999	215
2000	314
2001	326
2002	311
2003	273

Start på Didanosin fordelt på det antal gange man er startet med Didanosin

Start nummer	Antal
1	617
2	98
3	19
4	5
5	0
6	0

Første seponering af Didanosin fordelt på årstal

Årstal	Antal
1995	1
1996	64
1997	66
1998	27
1999	44
2000	53
2001	64
2002	54
2003	32

Antal NRTI i efterfølgende regime

Antal NRTI	Antal
0	33 (8,2%)
1	48 (11,9%)
2	264 (65,3%)
3	58 (14,4%)
4	1 (0,2%)

Antiretrovirale præparater som indgår i det første regime anvendt umiddelbart efter seponering af Didanosin

Præparat	Antal
Zidovudin	218 (54,0%)
Stavudin	104 (25,7%)
Lamivudin	298 (73,8%)
Didanosin	21 (5,2%)
DDC	10 (2,5%)
Ziagen	103 (25,5%)

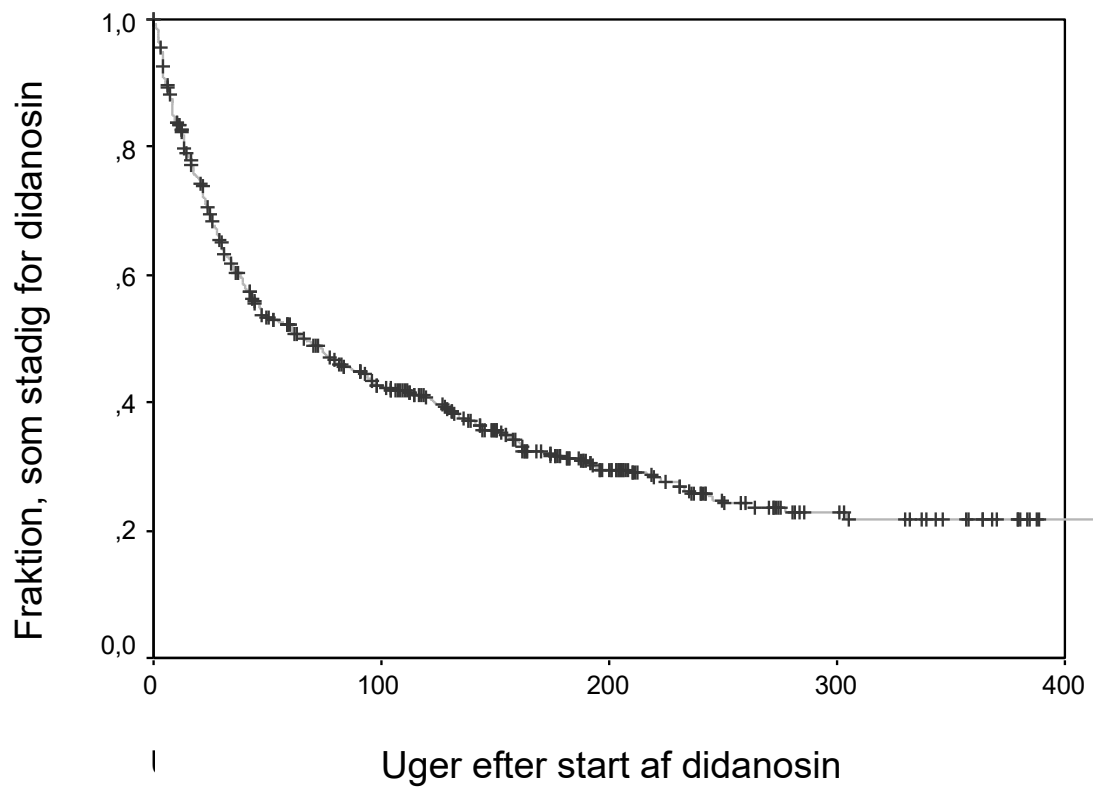
Årsager til seponering af Didanosin

Årsager	Antal
Virologisk svigt (1)	83 (20,5%)
Abnorm fedtfordeling (2)	6 (1,5%)
Dyslipidæmi (3)	4 (1,0%)
Overfølsomhed (4)	2 (0,5%)
Gastrointestinale bivirkninger(5)	51 (12,6%)
Neurologiske bivirkninger (6)	46 (11,4%)
Nefrologiske bivirkninger (7)	2 (0,5%)
Endokrinologiske bivirkninger (8)	1 (0,2%)
Anden toxicitet (9)	21 (5,2%)
Patientens ønske (10)	38 (9,4%)
Lægens beslutning (11)	30 (7,4%)
Anden årsag (12)	18 (4,4%)
Ukendt (13)	54 (13,3%)
Som led i skift til anden antiretroviral medicin(14)	15 (3,7%)
Problemer med compliance (15)	33 (8,2%)

Årsager til skift af Didanosin i 2002-2003

Årsager	Antal
Virologisk svigt (1)	27 (21,8%)
Abnorm fedtfordeling (2)	4 (3,2%)
Dyslipidæmi (3)	3 (2,4%)
Overfølsomhed (4)	0 (0,0%)
Gastrointestinale bivirkninger(5)	6 (4,8%)
Neurologiske bivirkninger (6)	21 (16,9%)
Anden toxicitet (9)	8 (6,4%)
Patientens ønske (10)	17 (13,7%)
Lægens beslutning (11)	12 (9,6%)
Anden årsag (12)	4 (3,2%)
Ukendt (13)	0 (0,0%)
Som led i skift til anden antiretroviral medicin(14)	7 (5,6%)
Problemer med compliance (15)	15 (12,1%)

Didanosin



Zalcitabin

Årstal for start af Zalcitabin

Årstal	Antal
1994	6
1995	27
1996	13
1997	32
1998	11
1999	1
2000	3
2001	5
2002	2
2003	0
2004	0

Antal patienter som starter på HAART hvori Zalcitabin indgår (% af de patienter som starter HAART det år)

Årstal	Antal
1994	6 (75,0%)
1995	27 (75,0%)
1996	10 (2,0%)
1997	15 (2,0%)
1998	1 (0,3%)
1999	0 (0,0%)
2000	0 (0,0%)
2001	1 (0,4%)
2002	0 (0,0%)
2003	0 (0,0%)

Antal patienter i HAART hvori indgår Zalcitabin (fordelt på år)

Årstal	Antal
1995	33
1996	46
1997	58
1998	41
1999	26
2000	21
2001	21
2002	17
2003	16

Start på Zalcitabin fordelt på det antal gange man er startet med Zalcitabin

Start nummer	Antal
1	100
2	2
3	0
4	0
5	0
6	0

Første seponering af Zalcitabin fordelt på årstal

Årstal	Antal
1995	
1996	20
1997	27
1998	14
1999	10
2000	4
2001	4
2002	0
2003	0

Antal NRTI i efterfølgende regime

Antal NRTI	Antal
0	2 (2,5%)
1	16 (20,3%)
2	60 (75,9%)
3	1 (1,3%)
4	0 (0,0%)

Antiretrovirale præparater som indgår i det første regime anvendt umiddelbart efter seponering af Zalcitabin

Præparat	Antal
Zidovudin	36 (45,6%)
Stavudin	31 (39,2%)
Lamivudin	55 (69,6%)
Didanosin	10 (12,7%)
DDC	0 (0,0%)
Ziagen	7 (8,9%)

Årsager til seponering af Zalcitabin

Årsager	Antal
Virologisk svigt (1)	22 (27,8%)
Abnorm fedtfordeling (2)	0 (0,0%)
Dyslipidæmi (3)	0 (0,0%)
Overfølsomhed (4)	0 (0,0%)
Gastrointestinale bivirkninger(5)	2 (2,5%)
Neurologiske bivirkninger (6)	11 (13,9%)
Nefrologiske bivirkninger (7)	0 (0,0%)
Endokrinologiske bivirkninger (8)	0 (0,0%)
Anden toxicitet (9)	2 (2,5%)
Patientens ønske (10)	3 (3,8%)
Lægens beslutning (11)	6 (7,6%)
Anden årsag (12)	10 (12,7%)
Ukendt (13)	15 (19,0%)
Som led i skift til anden antiretroviral medicin(14)	6 (7,6%)
Problemer med compliance (15)	2 (2,5%)

Abacavir

Årstal for start af Abacavir

Årstal	Antal
1994	0
1995	2
1996	0
1997	7
1998	71
1999	173
2000	142
2001	235
2002	223
2003	85
2004	3

Antal patienter som starter på HAART hvori Abacavir indgår (% af de patienter som starter HAART det år)

Årstal	Antal
1994	0 (0,0%)
1995	2 (5,6%)
1996	0 (0,0%)
1997	0 (0,0%)
1998	8 (2,6%)
1999	41 (13,5%)
2000	30 (12,2%)
2001	66 (23,4%)
2002	31 (14,8%)
2003	9 (6,2%)

Antal patienter i HAART hvori indgår Abacavir (fordelt på år)

Årstal	Antal
1995	2
1996	2
1997	9

1998	80
1999	227
2000	328
2001	510
2002	671
2003	668

Start på Abacavir fordelt på det antal gange man er startet med Abacavir

Start nummer	Antal
1	941
2	88
3	12
4	3
5	1
6	1
7	1
8	1

Første seponering af Abacavir fordelt på årstal

Årstal	Antal
1995	0
1996	0
1997	0
1998	25
1999	47
2000	59
2001	80
2002	75
2003	44

Antal NRTI i efterfølgende regime

Antal NRTI	Antal
0	55 (16,9%)
1	53 (16,3%)
2	191 (58,6%)
3	27 (8,3%)

4	0 (0,0%)
---	----------

Antiretrovirale præparater som indgår i det første regime anvendt umiddelbart efter seponering af Abacavir

Præparat	Antal
Zidovudin	148 (45,4%)
Stavudin	67 (20,6%)
Lamivudin	199 (61,0%)
Didanosin	68 (20,9%)
DDC	3 (0,9%)
Ziagen	31 (9,5%)

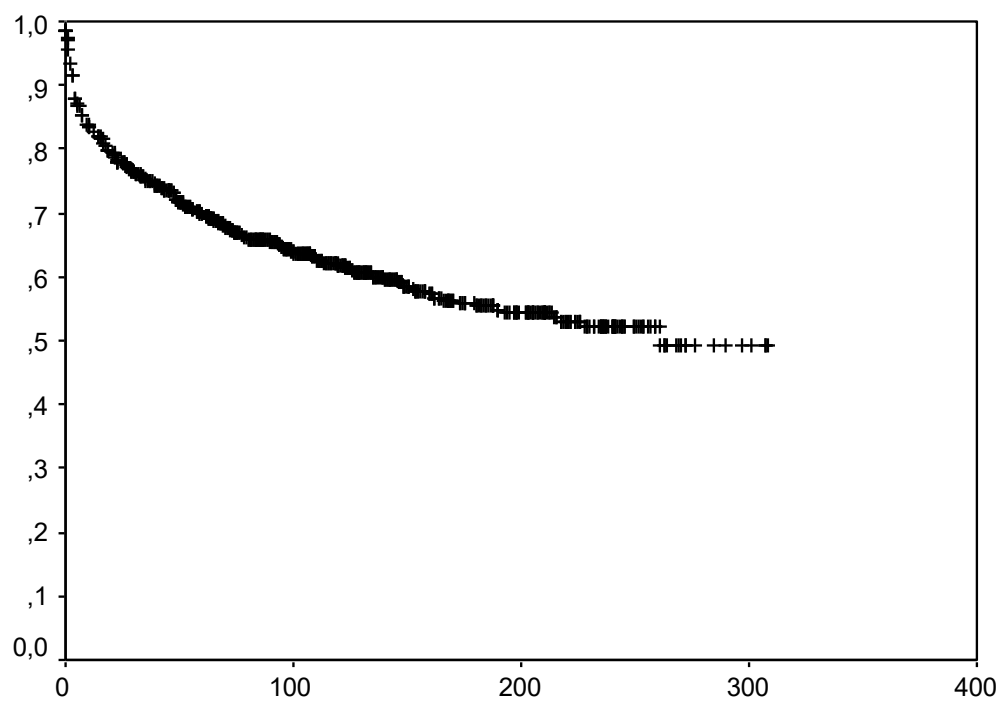
Årsager til seponering af Abacavir

Årsager	Antal
Virologisk svigt (1)	48 (15,2%)
Abnorm fedtfordeling (2)	2 (0,6%)
Dyslipidæmi (3)	0 (0,0%)
Overfølsomhed (4)	46 (14,6%)
Gastrointestinale bivirkninger(5)	25 (7,9%)
Neurologiske bivirkninger (6)	12 (3,8%)
Nefrologiske bivirkninger (7)	2 (0,6%)
Endokrinologiske bivirkninger (8)	1 (0,3%)
Anden toxicitet (9)	34 (10,8%)
Patientens ønske (10)	40 (12,7%)
Lægens beslutning (11)	18 (5,7%)
Anden årsag (12)	19 (6,0%)
Ukendt (13)	34 (10,8%)
Som led i skift til anden antiretroviral medicin(14)	9 (2,9%)
Problemer med compliance (15)	24 (7,6%)
93	1 (0,3%)

Årsager til skift af Abacavir i 2002-2003

Årsager	Antal
Virologisk svigt (1)	27 (16,8%)
Abnorm fedtfordeling (2)	2 (1,2%)
Dyslipidæmi (3)	0 (0,0%)
Overfølsomhed (4)	19 (11,8%)
Gastrointestinale bivirkninger(5)	18 (11,2%)
Neurologiske bivirkninger (6)	3 (1,9%)
Nefrologiske bivirkninger (7)	1 (0,6%)
Anden toxicitet (9)	17 (10,6%)
Patientens ønske (10)	17 (10,6%)
Lægens beslutning (11)	14 (8,7%)
Anden årsag (12)	13 (8,1%)
Ukendt (13)	2 (1,2%)
Som led i skift til anden antiretroviral medicin(14)	6 (3,7%)
Problemer med compliance (15)	22 (13,7%)

Abacavir



Uger efter start af abacavir

Trizivir

Årstal for start af Trizivir

Årstal	Antal
1994	0
1995	1
1996	1
1997	2
1998	16
1999	52
2000	52
2001	184
2002	165
2003	59

Antal patienter som starter på HAART hvori Trizivir indgår (% af de patienter som starter HAART det år)

Årstal	Antal
1994	0 (0,0%)
1995	1 (2,8%)
1996	0 (0,0%)
1997	0 (0,0%)
1998	7 (2,3%)
1999	6 (2,0%)
2000	7 (2,9%)
2001	46 (16,3%)
2002	20 (9,5%)
2003	8 (5,5%)

Antal patienter i HAART hvori indgår Trizivir (fordelt på år)

Årstal	Antal
1995	1
1996	2
1997	4
1998	19
1999	70
2000	110
2001	282
2002	423
2003	397

Start på Trizivir fordelt på det antal gange man er startet med Trizivir

Start nummer	Antal
1	533
2	59
3	22
4	5
5	4
6	2

Første seponering af Trizivir fordelt på årstal

Årstal	Antal
1995	0
1996	0
1997	2
1998	4
1999	15
2000	13
2001	64
2002	51
2003	45

Antal NRTI i efterfølgende regime

Antal NRTI	Antal
0	27 (14,1%)
1	16 (8,4%)
2	45 (23,6%)
3	98 (51,3%)
4	5 (2,6%)

Antiretrovirale præparater som indgår i det første regime anvendt umiddelbart efter seponering af Trizivir

Præparat	Antal
Zidovudin	109 (57,1%)
Stavudin	33 (17,3%)
Lamivudin	143 (74,9%)
Didanosin	23 (12,0%)
DDC	0 (0,0%)
Ziagen	112 (58,6%)

Delaveridin

Årstal for start af Delaveridin

Årstal	Antal
1994	0
1995	0
1996	0
1997	0
1998	2
1999	0
2000	1
2001	0
2002	0
2003	0
2004	0

Antal patienter som starter på HAART hvori Delaveridin indgår (% af de patienter som starter HAART det år)

Årstal	Antal
1994	0 (0,0%)
1995	0 (0,0%)
1996	0 (0,0%)
1997	0 (0,0%)
1998	0 (0,0%)
1999	0 (0,0%)
2000	0 (0,0%)
2001	0 (0,0%)
2002	0 (0,0%)
2003	0 (0,0%)

Antal patienter i HAART hvori indgår Delaveridin (fordelt på år)

Årstal	Antal
1995	0
1996	0
1997	0
1998	2
1999	2
2000	1
2001	1
2002	1
2003	1

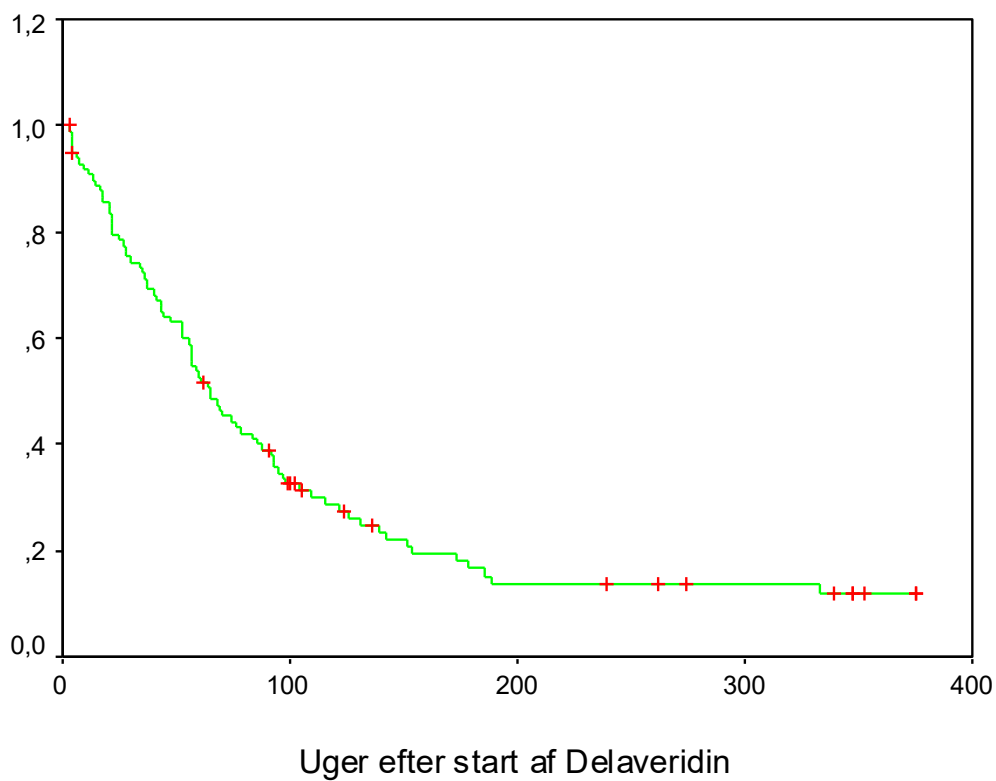
Start på Delaveridin fordelt på det antal gange man er startet med Delaveridin

Start nummer	Antal
1	3
2	0
3	0
4	0
5	0
6	0

Første seponering af Delaveridin fordelt på årstal

Årstal	Antal
1995	0
1996	0
1997	0
1998	0
1999	2
2000	0
2001	0
2002	0
2003	0

Delaveridin



Nevirapin

Årstal for start af Nevirapin

Årstal	Antal
1994	0
1995	0
1996	2
1997	50
1998	129
1999	115
2000	92
2001	53
2002	39
2003	54

Antal patienter som starter på HAART hvori Nevirapin indgår (% af de patienter som starter HAART det år)

Årstal	Antal
1994	0 (0,0%)
1995	0 (0,0%)
1996	2 (0,4%)
1997	5 (0,7%)
1998	47 (15,2%)
1999	57 (18,8%)
2000	38 (15,5%)
2001	11 (3,9%)
2002	6 (2,9%)
2003	6 (4,1%)

Antal patienter i HAART hvori indgår Nevirapin (fordelt på år)

Årstal	Antal
1995	0
1996	2
1997	52
1998	176
1999	247
2000	280
2001	269
2002	260
2003	263

Start på Nevirapin fordelt på det antal gange man er startet med Nevirapin

Start nummer	Antal
1	534
2	32
3	4
4	1
5	1
6	1

Første seponering af Nevirapin fordelt på årstal

Årstal	Antal
1995	0
1996	0
1997	6
1998	41
1999	63
2000	60
2001	59
2002	40
2003	24

Efterfølgende regimers indhold (efter seponering af Nevirapin).

	Intet	nevirapin (7)	Efavirenz (8)	abacavir (11)	efavirenz + abacavir (12)	nevirapin + abacavir (13)	efavirenz + nevirapin (14)	I alt
Intet	36	5	31	35	5	1		113
ritonavir (1)	5			1				6
saquinavir (2)	10							10
indinavir (3)	2			1				3
nelfinavir (4)	42	4	1	9	2			58
boosted saquinavir (5)	25		3	7				35
boosted indinavir (10)	14	1	6	4	2	1		28
kaletra (11)	23		3	14	3			43
I alt	157	10	44	71	12	2		296

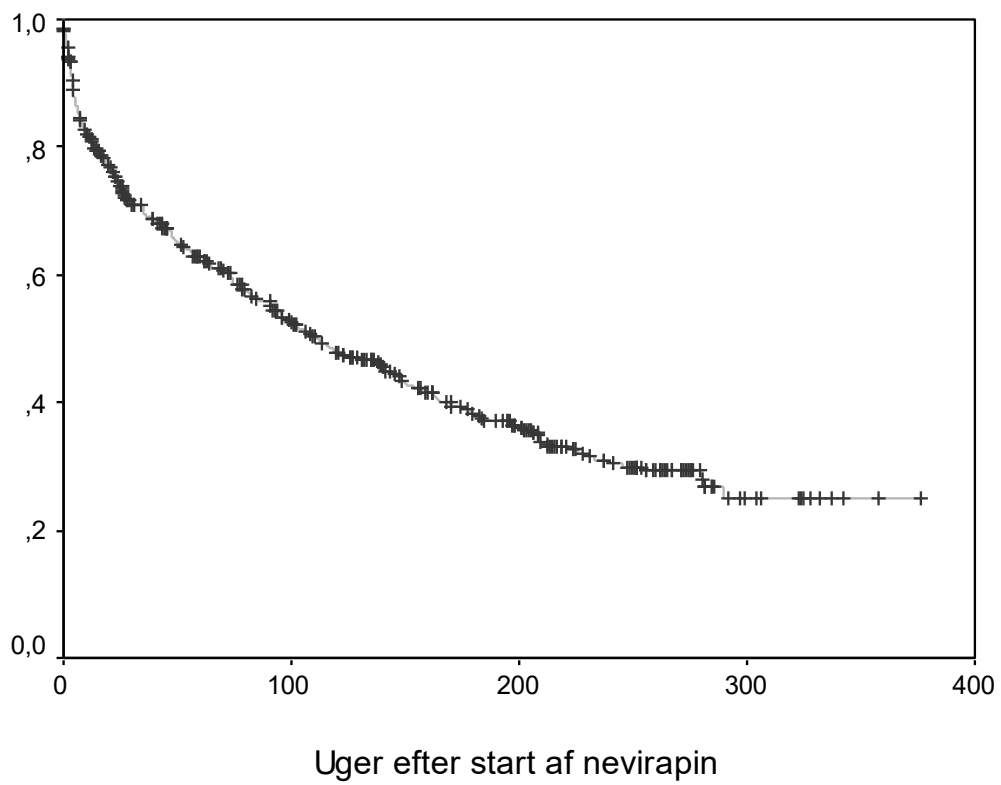
Årsager til seponering af Nevirapin

Årsager	Antal
Virologisk svigt (1)	79 (27,5%)
Abnorm fedtfordeling (2)	1 (0,3%)
Dyslipidæmi (3)	2 (0,7%)
Overfølsomhed (4)	27 (9,4%)
Gastrointestinale bivirkninger(5)	27 (9,4%)
Neurologiske bivirkninger (6)	3 (1,0%)
Nefrologiske bivirkninger (7)	0 (0,0%)
Endokrinologiske bivirkninger (8)	1 (0,3%)
Anden toxicitet (9)	23 (8,0%)
Patientens ønske (10)	27 (9,4%)
Lægens beslutning (11)	14 (4,9%)
Anden årsag (12)	19 (6,6%)
Ukendt (13)	27 (9,3%)
Som led i skift til anden antiretroviral medicin(14)	15 (5,2%)
Problemer med compliance (15)	22 (7,7%)

Årsager til skift af Nevirapin i 2002-2003

Årsager	Antal
Virologisk svigt (1)	20 (24,1%)
Abnorm fedtfordeling (2)	0 (0,0%)
Dyslipidæmi (3)	1 (1,2%)
Overfølsomhed (4)	2 (2,4%)
Gastrointestinale bivirkninger(5)	7 (8,4%)
Neurologiske bivirkninger (6)	1 (1,2%)
Endokrinologiske bivirkninger (8)	2 (2,4%)
Anden toxicitet (9)	3 (3,6%)
Patientens ønske (10)	17 (20,4%)
Lægens beslutning (11)	4 (4,8%)
Anden årsag (12)	15 (18,1%)
Ukendt (13)	0 (0,0%)
Som led i skift til anden antiretroviral medicin(14)	3 (3,6%)
Problemer med compliance (15)	8 (9,6%)

Nevirapin



Efavirenz

Årstal for start af Efavirenz

Årstal	Antal
1994	0
1995	0
1996	1
1997	1
1998	28
1999	192
2000	246
2001	375
2002	325
2003	183
2004	6

Antal patienter som starter på HAART hvori Efavirenz indgår (% af de patienter som starter HAART det år)

Årstal	Antal
1994	0 (0,0%)
1995	0 (0,0%)
1996	1 (0,2%)
1997	1 (0,1%)
1998	3 (1,0%)
1999	21 (6,9%)
2000	61 (24,9%)
2001	181 (64,2%)
2002	163 (77,6%)
2003	112 (76,7%)

Antal patienter i HAART hvori indgår Efavirenz (fordelt på år)

Årstal	Antal
1995	0
1996	1
1997	2
1998	30
1999	217
2000	429
2001	724
2002	917
2003	937

Start på Efavirenz fordelt på det antal gange man er startet med Efavirenz

Start nummer	Antal
1	1357
2	79
3	9
4	0
5	0
6	0

Første seponering af Efavirenz fordelt på årstal

Årstal	Antal
1995	0
1996	0
1997	0
1998	5
1999	40
2000	82
2001	133
2002	125
2003	72

Efterfølgende regimers indhold (efter seponering af Efavirenz).

	Intet	nevirapin (7)	Efavirenz (8)	abacavir (11)	efavirenz + abacavir (12)	nevirapin + abacavir (13)	efavirenz + nevirapin (14)	I alt
Intet	52	53	32	95	3	9		244
ritonavir (1)	4			5				9
saquinavir (2)	5	1		1				7
indinavir (3)	1					1		2
nelfinavir (4)	26	2	1	6		3	1	39
boosted saquinavir (5)	32	1	1	10		1		45
boosted indinavir (10)	29	5	2	9	2	3		50
kaletra (11)	40	7		21	1	1		70
I alt	189	69	36	147	6	18		465

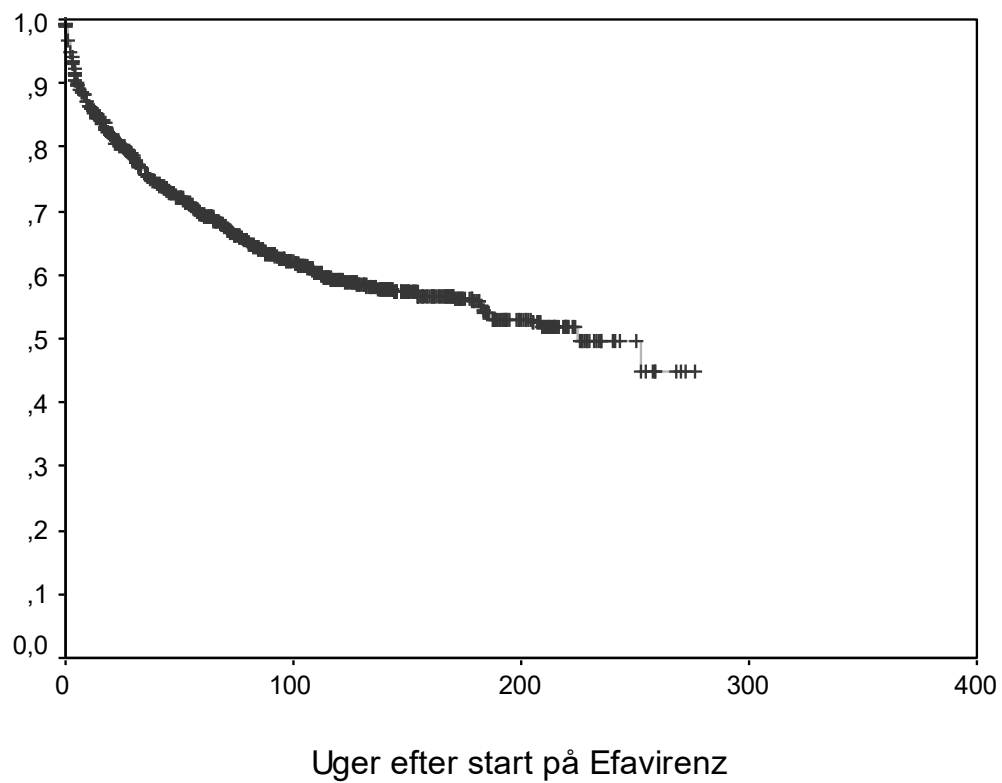
Årsager til seponering af Efavirenz

Årsager	Antal
Virologisk svigt (1)	73 (16,2%)
Abnorm fedtfordeling (2)	2 (0,4%)
Dyslipidæmi (3)	1 (0,2%)
Overfølsomhed (4)	29 (6,4%)
Gastrointestinale bivirkninger(5)	10 (2,2%)
Neurologiske bivirkninger (6)	97 (21,5%)
Nefrologiske bivirkninger (7)	0 (0,0%)
Endokrinologiske bivirkninger (8)	0 (0,0%)
Anden toxicitet (9)	59 (13,1%)
Patientens ønske (10)	63 (13,9%)
Lægens beslutning (11)	25 (5,6%)
Anden årsag (12)	29 (6,5%)
Ukendt (13)	19 (2,2%)
Som led i skift til anden antiretroviral medicin(14)	13 (2,9%)
Problemer med compliance (15)	31 (6,9%)

Årsager til skift af Efavirenz i 2002-2003

Årsager	Antal
Virologisk svigt (1)	37 (15,1%)
Abnorm fedtfordeling (2)	0 (0,0%)
Dyslipidæmi (3)	1 (0,4%)
Overfølsomhed (4)	18 (7,3%)
Gastrointestinale bivirkninger(5)	3 (1,2%)
Neurologiske bivirkninger (6)	57 (23,3%)
Endokrinologiske bivirkninger (8)	1 (0,4%)
Anden toxicitet (9)	34 (13,9%)
Patientens ønske (10)	31 (12,7%)
Lægens beslutning (11)	17 (6,9%)
Anden årsag (12)	15 (6,1%)
Ukendt (13)	1 (0,4%)
Som led i skift til anden antiretroviral medicin(14)	7 (2,9%)
Problemer med compliance (15)	23 (9,4%)

Efavirenz



Non-boosted Ritonavir

Årstal for start af non-boosted Ritonavir

Årstal	Antal
1994	0
1995	2
1996	170
1997	244
1998	62
1999	10
2000	6
2001	8
2002	5
2003	1
2004	1

Antal patienter som starter på HAART, hvori non-boosted Ritonavir indgår (% af de patienter som starter HAART det år)

Årstal	Antal
1994	0 (0,0%)
1995	2 (5,6%)
1996	147 (29,7%)
1997	196 (26,7%)
1998	41 (13,2%)
1999	3 (1,0%)
2000	4 (1,6%)
2001	2 (0,7%)
2002	0 (0,0%)
2003	0 (0,0%)

Antal patienter i HAART, hvori indgår non-boosted Ritonavir (fordelt på år)

Årstal	Antal
1995	2
1996	172
1997	354
1998	263
1999	167
2000	124
2001	105
2002	80
2003	67

Start på non-boosted Ritonavir fordelt på det antal gange man er startet med non-boosted Ritonavir

Start nummer	Antal
1	509
2	28
3	4
4	0
5	0
6	0

Første seponering af non-boosted Ritonavir fordelt på årstal

Årstal	Antal
1995	0
1996	59
1997	160
1998	99
1999	52
2000	22
2001	28
2002	10
2003	6

Efterfølgende regimers indhold (efter seponering af non-boosted Ritonavir).

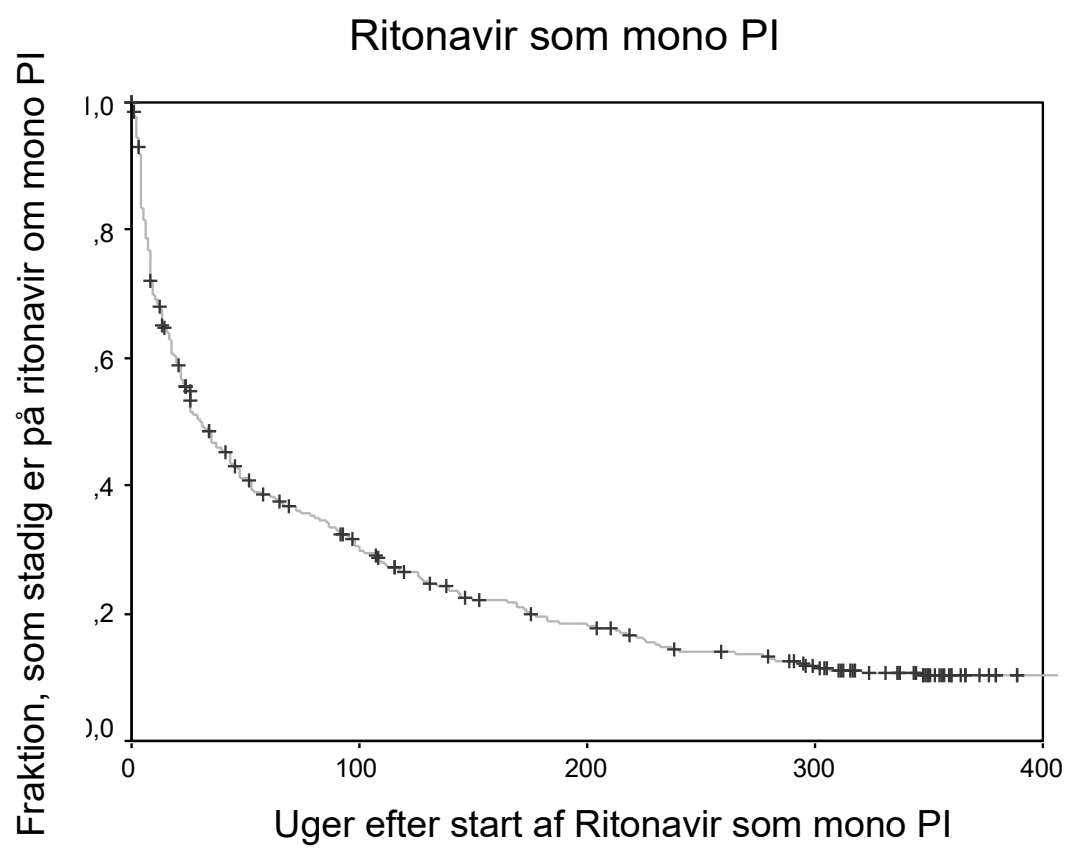
	Intet	nevirapin (7)	Efavirenz (8)	abacavir (11)	efavirenz + abacavir (12)	nevirapin + abacavir (13)	efavirenz + nevirapin (14)	efavirenz + nevirapin (14)
Intet	12	3	17	17	6	1		56
ritonavir (1)	7							7
saquinavir (2)	144		1	1				146
indinavir (3)	13							13
nelfinavir (4)	64	15	1	2		1		83
boosted saquinavir (5)	77	3	3		2	2		87
boosted indinavir (10)	23	1	3	1	5			33
kaletra (11)	6		3	1	2			12
I alt	346	22	28	22	15	4		437

Årsager til seponering af non-boosted Ritonavir

Årsager	Antal
Virologisk svigt (1)	19 (4,4%)
Abnorm fedtfordeling (2)	2 (0,5%)
Dyslipidæmi (3)	4 (0,9%)
Overfølsomhed (4)	3 (0,7%)
Gastrointestinale bivirkninger(5)	134 (30,7%)
Neurologiske bivirkninger (6)	12 (2,8%)
Nefrologiske bivirkninger (7)	0 (0,0%)
Endokrinologiske bivirkninger (8)	1 (0,2%)
Anden toxicitet (9)	19 (4,3%)
Patientens ønske (10)	30 (6,9%)
Lægens beslutning (11)	14 (3,2%)
Anden årsag (12)	24 (5,5%)
Ukendt (13)	166 (40,0%)
Som led i skift til anden antiretroviral medicin(14)	1 (0,2%)
Problemer med compliance (15)	7 (1,6%)

Årsager til skift af non-boosted Ritonavir i 2002-2003

Årsager	Antal
Virologisk svigt (1)	1 (3,6%)
Abnorm fedtfordeling (2)	1 (3,6%)
Dyslipidæmi (3)	0 (0,0%)
Overfølsomhed (4)	1 (3,6%)
Gastrointestinale bivirkninger(5)	7 (25,0%)
Neurologiske bivirkninger (6)	0 (0,0%)
Nefrologiske bivirkninger (7)	0 (0,0%)
Endokrinologiske bivirkninger (8)	0 (0,0%)
Anden toxicitet (9)	3 (10,7%)
Patientens ønske (10)	2 (7,1%)
Lægens beslutning (11)	5 (17,8%)
Anden årsag (12)	8 (28,6%)
Ukendt (13)	0 (0,0%)
Som led i skift til anden antiretroviral medicin(14)	0 (0,0%)
Problemer med compliance (15)	0 (0,0%)



Non-boosted Saquinavir

Årstal for start af non-boosted Saquinavir

Årstal	Antal
1994	6
1995	28
1996	51
1997	188
1998	31
1999	5
2000	6
2001	5
2002	8
2003	6
2004	0

Antal patienter som starter på HAART hvori non-boosted Saquinavir indgår (% af de patienter som starter HAART det år)

Årstal	Antal
1994	6 (75,0%)
1995	28 (77,8%)
1996	49 (9,9%)
1997	158 (21,5%)
1998	17 (5,5%)
1999	0 (0,0%)
2000	1 (0,4%)
2001	0 (0,0%)
2002	1 (0,5%)
2003	0 (0,0%)

Antal patienter i HAART hvori indgår non-boosted Saquinavir (fordelt på år)

Årstal	Antal
1995	34
1996	85
1997	251
1998	192
1999	114
2000	44
2001	38
2002	31
2003	27

Start på non-boosted Saquinavir fordelt på det antal gange man er startet med non-boosted Saquinavir

Start nummer	Antal
1	334
2	28
3	4
4	0
5	0
6	0

Første seponering af non-boosted Saquinavir fordelt på årstal

Årstal	Antal
1995	0
1996	22
1997	96
1998	86
1999	69
2000	11
2001	10
2002	7
2003	4

Efterfølgende regimers indhold (efter seponering af non-boosted Saquinavir).

	Intet	nevirapin (7)	efavirenz (8)	abacavir (11)	efavirenz + abacavir (12)	nevirapin + abacavir (13)	efavirenz + nevirapin (14)	I alt
Intet	23	1	16	5	2	1	1	49
ritonavir (1)	31			1				32
saquinavir (2)	59	2						61
indinavir (3)	10							10
nelfinavir (4)	66	33	1	2		2		104
boosted saquinavir (5)	43	1				1		45
boosted indinavir (10)	2		1					3
kaletra (11)			2	1				3
I alt	234	37	20	9	2	4	1	309

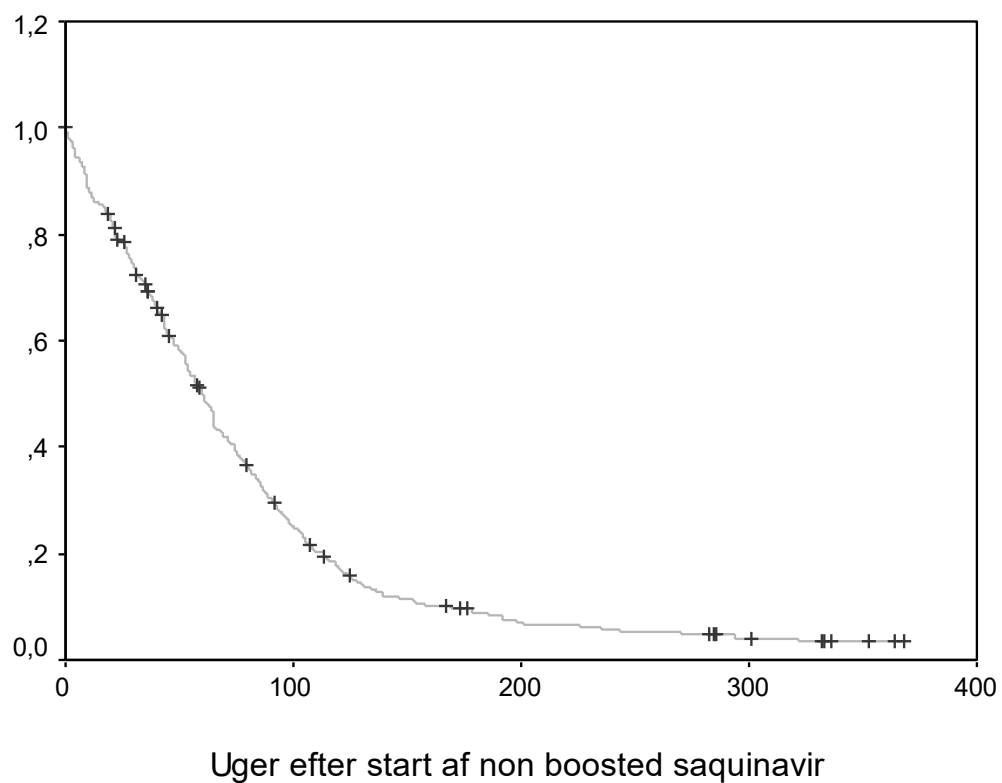
Årsager til seponering af non-boosted Saquinavir

Årsager	Antal
Virologisk svigt (1)	119 (39,0%)
Abnorm fedtfordeling (2)	1 (0,3%)
Dyslipidæmi (3)	3 (1,0%)
Overfølsomhed (4)	3 (1,0%)
Gastrointestinale bivirkninger(5)	10 (3,3%)
Neurologiske bivirkninger (6)	2 (0,7%)
Nefrologiske bivirkninger (7)	0 (0,0%)
Endokrinologiske bivirkninger (8)	0 (0,0%)
Anden toxicitet (9)	8 (2,6%)
Patientens ønske (10)	20 (6,5%)
Lægens beslutning (11)	31 (10,1%)
Anden årsag (12)	27 (8,9%)
Ukendt (13)	56 (18,3%)
Som led i skift til anden antiretroviral medicin(14)	5 (1,6%)
Problemer med compliance (15)	20 (6,6%)

Årsager til skift af non-boosted Saquinavir i 2002-2003

Årsager	Antal
Virologisk svigt (1)	8 (40,0%)
Abnorm fedtfordeling (2)	0 (0,0%)
Dyslipidæmi (3)	1 (5,0%)
Overfølsomhed (4)	0 (0,0%)
Gastrointestinale bivirkninger(5)	3 (15,0%)
Neurologiske bivirkninger (6)	0 (0,0%)
Nefrologiske bivirkninger (7)	0 (0,0%)
Endokrinologiske bivirkninger (8)	0 (0,0%)
Anden toxicitet (9)	0 (0,0%)
Patientens ønske (10)	2 (10,0%)
Lægens beslutning (11)	1 (5,0%)
Anden årsag (12)	1 (5,0%)
Ukendt (13)	0 (0,0%)
Som led i skift til anden antiretroviral medicin(14)	1 (5,0%)
Problemer med compliance (15)	3 (15,0%)

Non-boosted saquinavir



Boosted Saquinavir

Årstal for start af boosted Saquinavir

Årstal	Antal
1994	2
1995	0
1996	40
1997	169
1998	145
1999	133
2000	120
2001	83
2002	47
2003	19

Antal patienter som starter på HAART hvori boosted Saquinavir indgår (% af de patienter som starter HAART det år)

Årstal	Antal
1994	2 (25,0%)
1995	0 (0,0%)
1996	28 (5,7%)
1997	77 (10,5%)
1998	61 (19,7%)
1999	89 (29,4%)
2000	51 (20,8%)
2001	14 (5,0%)
2002	4 (1,9%)
2003	4 (2,7%)

Antal patienter i HAART hvori indgår boosted Saquinavir (fordelt på år)

Årstal	Antal
1995	2
1996	41
1997	207
1998	301
1999	350
2000	386
2001	392
2002	366
2003	328

Start på boosted Saquinavir fordelt på det antal gange man er startet med boosted Saquinavir

Start nummer	Antal
1	759
2	61
3	8
4	1
5	1
6	0

Første seponering af boosted Saquinavir fordelt på årstal

Årstal	Antal
1995	0
1996	4
1997	55
1998	82
1999	94
2000	72
2001	63
2002	57
2003	29

Efterfølgende regimers indhold (efter seponering af boosted Saquinavir).

	Intet	nevirapin (7)	Efavirenz (8)	abacavir (11)	efavirenz + abacavir (12)	nevirapin + abacavir (13)	I alt
Intet	31	14	85	44	13	2	189
ritonavir (1)	4	1	1	2		1	9
saquinavir (2)	39						39
indinavir (3)	20	1			1		22
nelfinavir (4)	75	27	2	4	3	9	120
boosted saquinavir (5)	14						14
boosted indinavir (10)	18	1	3		10	1	33
kaletra (11)	21		3	5	5		34
I alt	222	44	94	55	32	13	460

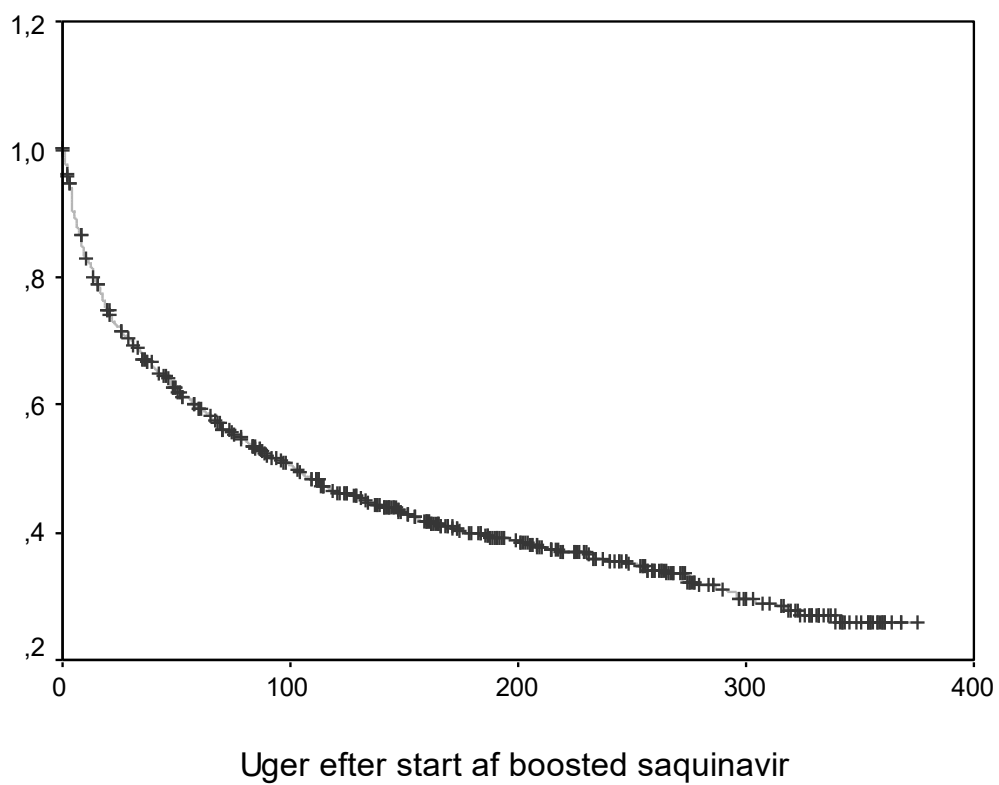
Årsager til seponering af boosted Saquinavir

Årsager	Antal
Virologisk svigt (1)	57 (12,5%)
Abnorm fedtfordeling (2)	13 (2,8%)
Dyslipidæmi (3)	6 (1,3%)
Overfølsomhed (4)	1 (0,2%)
Gastrointestinale bivirkninger(5)	129 (28,2%)
Neurologiske bivirkninger (6)	7 (1,5%)
Nefrologiske bivirkninger (7)	1 (0,2%)
Endokrinologiske bivirkninger (8)	3 (0,7%)
Anden toxicitet (9)	18 (3,9%)
Patientens ønske (10)	48 (10,5%)
Lægens beslutning (11)	20 (4,4%)
Anden årsag (12)	21 (4,6%)
Ukendt (13)	80 (17,4%)
Som led i skift til anden antiretroviral medicin(14)	19 (4,2%)
Problemer med compliance (15)	34 (7,4%)

Årsager til skift af boosted Saquinavir i 2002-2003

Årsager	Antal
Virologisk svigt (1)	4 (4,4%)
Abnorm fedtfordeling (2)	5 (5,5%)
Dyslipidæmi (3)	4 (4,4%)
Overfølsomhed (4)	1 (1,1%)
Gastrointestinale bivirkninger(5)	19 (20,9%)
Neurologiske bivirkninger (6)	1 (1,1%)
Nefrologiske bivirkninger (7)	1 (1,1%)
Endokrinologiske bivirkninger (8)	3 (3,3%)
Anden toxicitet (9)	5 (5,5%)
Patientens ønske (10)	18 (19,8%)
Lægens beslutning (11)	7 (7,7%)
Anden årsag (12)	8 (8,8%)
Ukendt (13)	1 (1,1%)
Som led i skift til anden antiretroviral medicin(14)	3 (3,3%)
Problemer med compliance (15)	11 (12,1%)

Boosted saquinavir



Non-Boosted Indinavir

Årstal for start af non-boosted Indinavir

Årstal	Antal
1994	0
1995	2
1996	304
1997	459
1998	123
1999	25
2000	11
2001	5
2002	7
2003	1
2004	0

Antal patienter som starter på HAART hvori non-boosted Indinavir indgår (% af de patienter som starter HAART det år)

Årstal	Antal
1994	0 (0,0%)
1995	2 (5,6%)
1996	250 (50,5%)
1997	295 (40,1%)
1998	84 (27,1%)
1999	9 (3,0%)
2000	5 (2,0%)
2001	4 (1,4%)
2002	3 (1,4%)
2003	1 (0,7%)

Antal patienter i HAART hvori indgår non-boosted Indinavir (fordelt på år)

Årstal	Antal
1995	2
1996	304
1997	741
1998	691
1999	569
2000	376
2001	227
2002	160
2003	113

Start på non-boosted Indinavir fordelt på det antal gange man er startet med non-boosted Indinavir

Start nummer	Antal
1	937
2	74
3	10
4	2
5	0
6	0

Første seponering af non-boosted Indinavir fordelt på årstal

Årstal	Antal
1995	0
1996	23
1997	164
1998	158
1999	197
2000	142
2001	70
2002	37
2003	9

Efterfølgende regimers indhold (efter seponering af non-boosted Indinavir).

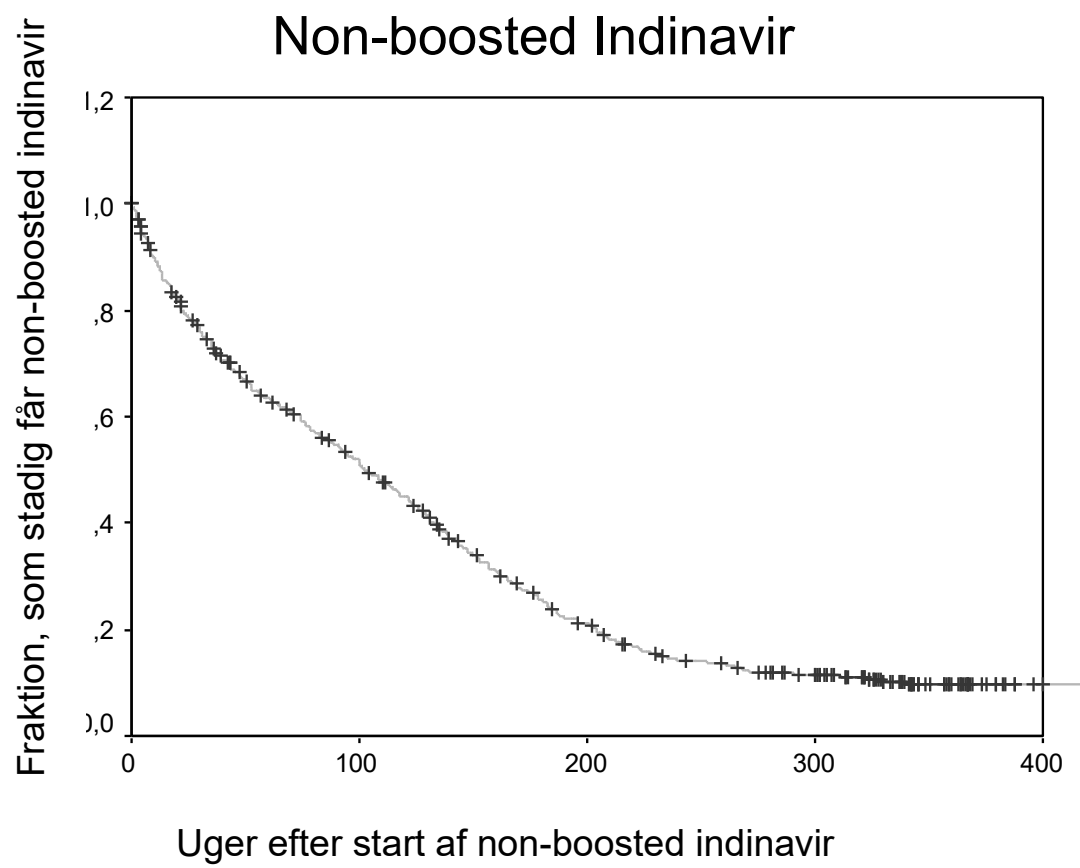
	Intet	nevirapin (7)	Efavirenz (8)	abacavir (11)	efavirenz + abacavir (12)	nevirapin + abacavir (13)	efavirenz + nevirapin (14)	I alt
Intet	57	15	49	39	14	4		178
ritonavir (1)	56			2	1			59
saquinavir (2)	22							22
indinavir (3)	16			1				17
nelfinavir (4)	122	16	3	3	5	3	1	153
boosted saquinavir (5)	96	8	3	2	4	3		116
boosted indinavir (10)	206	7	10	4	13	1		241
kaletra (11)	11		1	2	5	3		22
I alt	586	46	66	53	42	14	1	808

Årsager til seponering af non-boosted Indinavir

Årsager	Antal
Virologisk svigt (1)	93 (11,6%)
Abnorm fedtfordeling (2)	18 (2,2%)
Dyslipidæmi (3)	3 (0,4%)
Overfølsomhed (4)	7 (0,9%)
Gastrointestinale bivirkninger(5)	58 (7,2%)
Neurologiske bivirkninger (6)	8 (1,0%)
Nefrologiske bivirkninger (7)	64 (8,0%)
Endokrinologiske bivirkninger (8)	2 (0,2%)
Anden toxicitet (9)	33 (3,1%)
Patientens ønske (10)	70 (8,8%)
Lægens beslutning (11)	25 (3,1%)
Anden årsag (12)	44 (5,5%)
Ukendt (13)	317 (39,5%)
Som led i skift til anden antiretroviral medicin(14)	16 (2,0%)
Problemer med compliance (15)	44 (5,5%)

Årsager til skift af non-boosted Indinavir i 2002-2003

Årsager	Antal
Virologisk svigt (1)	9 (12,7%)
Abnorm fedtfordeling (2)	2 (2,8%)
Dyslipidæmi (3)	2 (2,8%)
Overfølsomhed (4)	3 (4,2%)
Gastrointestinale bivirkninger(5)	1 (1,4%)
Neurologiske bivirkninger (6)	1 (1,4%)
Nefrologiske bivirkninger (7)	11 (15,5%)
Anden toxicitet (9)	3 (4,2%)
Patientens ønske (10)	12 (16,9%)
Lægens beslutning (11)	10 (14,1%)
Anden årsag (12)	8 (11,2%)
Ukendt (13)	1 (1,4%)
Som led i skift til anden antiretroviral medicin(14)	4 (5,6%)
Problemer med compliance (15)	4 (5,6%)



Boosted Indinavir

Årstal for start af boosted Indinavir

Årstal	Antal
1994	0
1995	1
1996	5
1997	7
1998	17
1999	170
2000	186
2001	82
2002	28
2003	13
2004	0

Antal patienter som starter på HAART hvori boosted Indinavir indgår (% af de patienter som starter HAART det år)

Årstal	Antal
1994	0 (0,0%)
1995	1 (2,8%)
1996	1 (0,2%)
1997	0 (0,0%)
1998	0 (0,0%)
1999	12 (4,0%)
2000	21 (8,6%)
2001	12 (4,3%)
2002	5 (2,4%)
2003	7 (4,8%)

Antal patienter i HAART hvori indgår boosted Indinavir (fordelt på år)

Årstal	Antal
1995	1
1996	6
1997	11
1998	23
1999	186
2000	345
2001	354
2002	276
2003	203

Start på boosted Indinavir fordelt på det antal gange man er startet med boosted Indinavir

Start nummer	Antal
1	509
2	34
3	2
4	1
5	1
6	1
7	1

Første seponering af boosted Indinavir fordelt på årstal

Årstal	Antal
1995	0
1996	2
1997	5
1998	9
1999	35
2000	73
2001	102
2002	77
2003	28

Efterfølgende regimers indhold (efter seponering af boosted Indinavir).

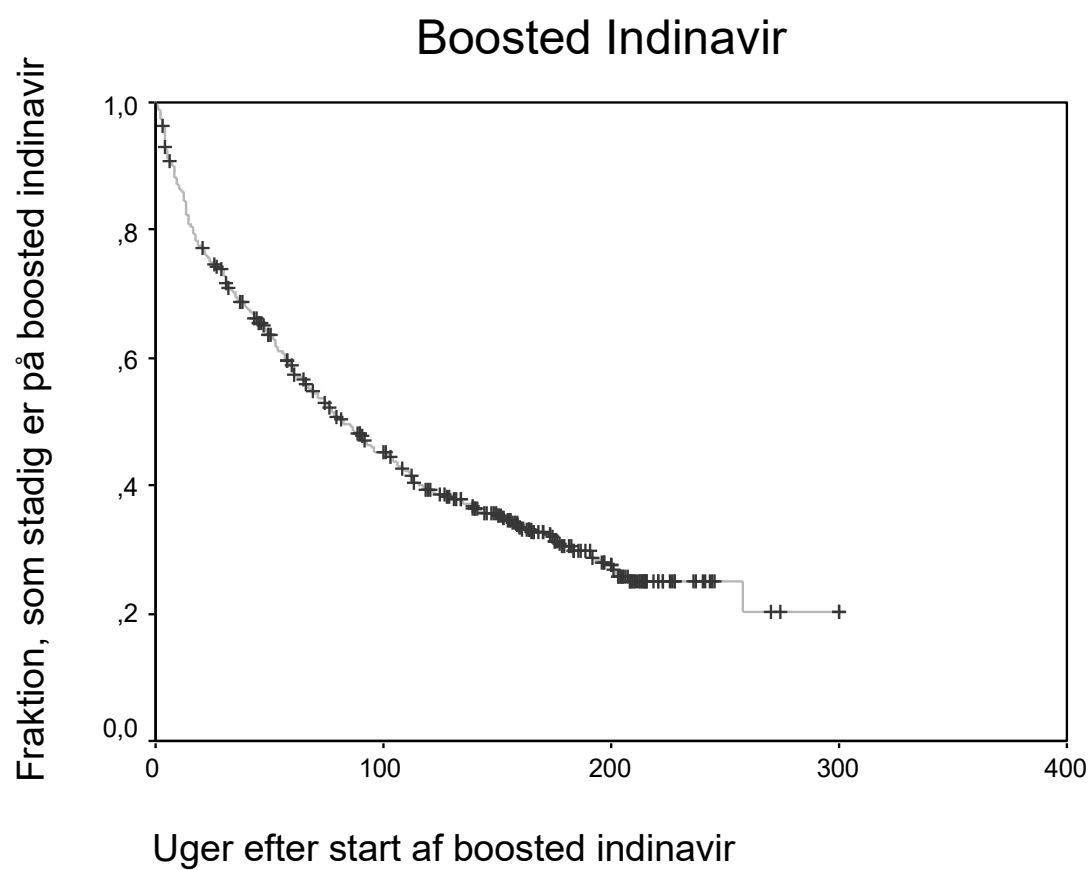
	Intet	nevirapin (7)	Efavirenz (8)	abacavir (11)	efavirenz + abacavir (12)	nevirapin + abacavir (13)	efavirenz + nevirapin (14)	I alt
Intet	17	4	76	44	12	3		156
ritonavir (1)	5		1	3	1			10
saquinavir (2)	28		2	5	1			36
indinavir (3)	3					1		4
nelfinavir (4)	7	1	1		2	1		12
boosted saquinavir (5)	33		2	2	2	1		40
boosted indinavir (10)	4	1	1		2			8
kaletra (11)	36	2	4	11	12	4		69
I alt	133	8	87	65	32	10		335

Årsager til seponering af boosted Indinavir

Årsager	Antal
Virologisk svigt (1)	31 (9,3%)
Abnorm fedtfordeling (2)	19 (5,7%)
Dyslipidæmi (3)	10 (3,0%)
Overfølsomhed (4)	4 (1,2%)
Gastrointestinale bivirkninger(5)	22 (6,6%)
Neurologiske bivirkninger (6)	3 (0,9%)
Nefrologiske bivirkninger (7)	53 (15,8%)
Endokrinologiske bivirkninger (8)	3 (0,9%)
Anden toxicitet (9)	39 (11,7%)
Patientens ønske (10)	28 (8,4%)
Lægens beslutning (11)	16 (4,8%)
Anden årsag (12)	17 (5,1%)
Ukendt (13)	56 (16,7%)
Som led i skift til anden antiretroviral medicin(14)	10 (3,0%)
Problemer med compliance (15)	24 (7,2%)

Årsager til skift af boosted Indinavir i 2002-2003

Årsager	Antal
Virologisk svigt (1)	9 (9,4%)
Abnorm fedtfordeling (2)	10 (10,4%)
Dyslipidæmi (3)	6 (6,3%)
Overfølsomhed (4)	0 (0,0%)
Gastrointestinale bivirkninger(5)	7 (7,3%)
Neurologiske bivirkninger (6)	0 (0,0%)
Nefrologiske bivirkninger (7)	12 (12,5%)
Endokrinologiske bivirkninger (8)	2 (2,1%)
Anden toxicitet (9)	8 (8,3%)
Patientens ønske (10)	12 (12,5%)
Lægens beslutning (11)	10 (10,4%)
Anden årsag (12)	3 (3,1%)
Ukendt (13)	0 (0,0%)
Som led i skift til anden antiretroviral medicin(14)	5 (5,2%)
Problemer med compliance (15)	12 (12,5%)



Nelfinavir

Årstal for start af non-boosted Nelfinavir

Årstal	Antal
1994	0
1995	0
1996	3
1997	63
1998	309
1999	311
2000	101
2001	29
2002	16
2003	6
2004	0

Antal patienter som starter på HAART hvori Nelfinavir indgår (% af de patienter som starter HAART det år)

Årstal	Antal
1994	0 (0,0%)
1995	0 (0,0%)
1996	3 (0,6%)
1997	7 (1,0%)
1998	93 (30,0%)
1999	125 (41,3%)
2000	70 (28,6%)
2001	17 (6,0%)
2002	7 (3,3%)
2003	4 (2,7%)

Antal patienter i HAART hvori indgår Nelfinavir (fordelt på år)

Årstal	Antal
1995	0
1996	3
1997	66
1998	369
1999	627
2000	579
2001	449
2002	329
2003	228

Start på Nelfinavir fordelt på det antal gange man er startet med Nelfinavir

Start nummer	Antal
1	838
2	74
3	5
4	1
5	0
6	0

Første seponering af Nelfinavir fordelt på årstal

Årstal	Antal
1995	0
1996	0
1997	6
1998	64
1999	144
2000	154
2001	122
2002	91
2003	34

Efterfølgende regimers indhold (efter seponering af Nelfinavir).

	Intet	nevirapin (7)	Efavirenz (8)	abacavir (11)	efavirenz + abacavir (12)	nevirapin + abacavir (13)	efavirenz + nevirapin (14)	I alt
Intet	55	29	130	66	24	11	2	317
ritonavir (1)	6		1		2			9
saquinavir (2)	15		1	1	2	2		21
indinavir (3)	6			1				7
nelfinavir (4)	16	3	2	1	1			23
boosted saquinavir (5)	46	6	7	10	8	2		79
boosted indinavir (10)	36	4	10	6	20			76
kaletra (11)	24	2	18	22	11	5		82
I alt	204	44	169	107	68	20	2	614

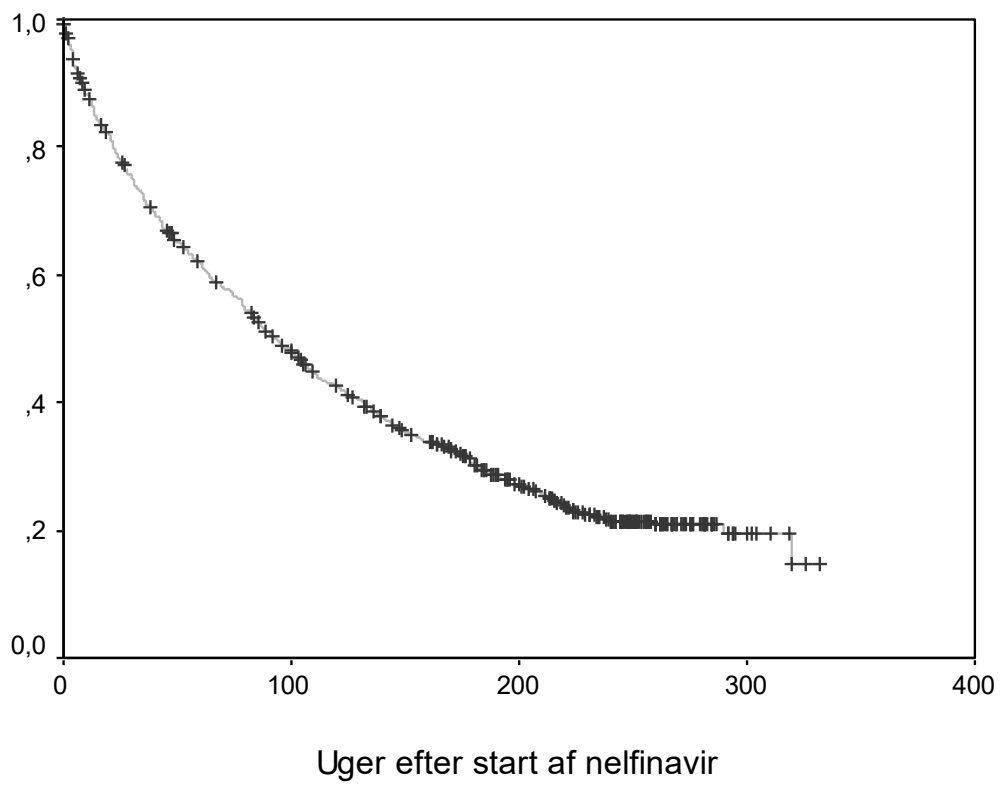
Årsager til seponering af Nelfinavir

Årsager	Antal
Virologisk svigt (1)	147 (24,0%)
Abnorm fedtfordeling (2)	12 (2,0%)
Dyslipidæmi (3)	4 (0,7%)
Overfølsomhed (4)	3 (0,5%)
Gastrointestinale bivirkninger(5)	132 (21,6%)
Neurologiske bivirkninger (6)	3 (0,5%)
Nefrologiske bivirkninger (7)	0 (0,0%)
Endokrinologiske bivirkninger (8)	2 (0,3%)
Anden toxicitet (9)	18 (2,9%)
Patientens ønske (10)	75 (12,3%)
Lægens beslutning (11)	38 (6,2%)
Anden årsag (12)	43 (7,0%)
Ukendt (13)	42 (6,9%)
Som led i skift til anden antiretroviral medicin(14)	34 (5,6%)
Problemer med compliance (15)	59 (9,6%)

Årsager til skift af Nelfinavir i 2002-2003

Årsager	Antal
Virologisk svigt (1)	44 (31,7%)
Abnorm fedtfordeling (2)	2 (1,4%)
Dyslipidæmi (3)	1 (0,7%)
Overfølsomhed (4)	0 (0,0%)
Gastrointestinale bivirkninger(5)	23 (16,5%)
Neurologiske bivirkninger (6)	1 (0,7%)
Endokrinologiske bivirkninger (8)	1 (0,7%)
Anden toxicitet (9)	3 (2,1%)
Patientens ønske (10)	21 (15,1%)
Lægens beslutning (11)	16 (11,6%)
Anden årsag (12)	11 (7,9%)
Ukendt (13)	0 (0,0%)
Som led i skift til anden antiretroviral medicin(14)	8 (5,8%)
Problemer med compliance (15)	8 (5,8%)

Nelfinavir



Kaletra

Årstal for start af Kaletra

Årstal	Antal
1994	0
1995	0
1996	2
1997	0
1998	0
1999	8
2000	71
2001	158
2002	75
2003	67
2004	1

Antal patienter som starter på HAART hvori Kaletra indgår (% af de patienter som starter HAART det år)

Årstal	Antal
1994	0 (0,0%)
1995	0 (0,0%)
1996	2 (0,4%)
1997	0 (0,0%)
1998	0 (0,0%)
1999	8 (2,6%)
2000	4 (1,6%)
2001	12 (4,3%)
2002	2 (1,0%)
2003	13 (8,9%)

Antal patienter i HAART hvori indgår Kaletra (fordelt på år)

Årstal	Antal
1995	0
1996	2
1997	1
1998	1
1999	9
2000	80
2001	232
2002	278
2003	298

Start på Kaletra fordelt på det antal gange man er startet med Kaletra

Start nummer	Antal
1	382
2	29
3	5
4	1
5	0
6	0

Første seponering af Kaletra fordelt på årstal

Årstal	Antal
1995	0
1996	1
1997	0
1998	0
1999	0
2000	6
2001	34
2002	45
2003	28

Efterfølgende regimers indhold (efter seponering af Kaletra).

	Intet	nevirapin (7)	Efavirenz (8)	abacavir (11)	efavirenz + abacavir (12)	nevirapin + abacavir (13)	efavirenz + nevirapin (14)	I alt
Intet	17	5	19	13	4	2		60
ritonavir (1)	3			5				8
saquinavir (2)	5		1					6
indinavir (3)				1				1
nelfinavir (4)	3	1		4				8
boosted saquinavir (5)	8	2		2				12
boosted indinavir (10)	3	1	1	2	1	1		9
kaletra (11)	4	1	1	2				8
I alt	43	10	22	29	5	3		112

Årsager til seponering af Kaletra

Årsager	Antal
Virologisk svigt (1)	17 (15,0%)
Abnorm fedtfordeling (2)	0 (0,0%)
Dyslipidæmi (3)	4 (3,5%)
Overfølsomhed (4)	2 (1,8%)
Gastrointestinale bivirkninger(5)	26 (23,0%)
Neurologiske bivirkninger (6)	3 (2,7%)
Nefrologiske bivirkninger (7)	0 (0,0%)
Endokrinologiske bivirkninger (8)	0 (0,0%)
Anden toxicitet (9)	9 (8,0%)
Patientens ønske (10)	18 (15,9%)
Lægens beslutning (11)	7 (6,2%)
Anden årsag (12)	9 (8,0%)
Ukendt (13)	5 (4,4%)
Som led i skift til anden antiretroviral medicin(14)	5 (4,4%)
Problemer med compliance (15)	8 (7,1%)

Årsager til skift af Kaletra i 2002-2003

Årsager	Antal
Virologisk svigt (1)	16 (17,2%)
Abnorm fedtfordeling (2)	0 (0,0%)
Dyslipidæmi (3)	4 (4,3%)
Overfølsomhed (4)	0 (0,0%)
Gastrointestinale bivirkninger(5)	22 (23,7%)
Neurologiske bivirkninger (6)	3 (3,2%)
Endokrinologiske bivirkninger (8)	0 (0,0%)
Anden toxicitet (9)	7 (7,6%)
Patientens ønske (10)	12 (13,0%)
Lægens beslutning (11)	9 (9,7%)
Anden årsag (12)	6 (6,4%)
Ukendt (13)	0 (0,0%)
Som led i skift til anden antiretroviral medicin(14)	5 (5,4%)
Problemer med compliance (15)	9 (9,7%)

Kaletra

