De rol van de huisarts in de preventie van seksueel overdraagbare aandoeningen: een evidence-based werkmodel

Haio: BROSIUS Isabel , U.A.
Promotor: PEREMANS Lieve , U.A.
Praktijkopleider: Andreakou Venetia , SCHOOFS Hubert , VANDEN BROECKE - PNEUMOLOGIE Edwin , Verdickt Marino

Context: Seksueel overdraagbare aandoeningen (soa?s) vormen een belangrijk gezondheidsprobleem in onze maatschappij omwille van hun toenemende frequentie en de impact van de complicaties van onbehandelde infecties. Er is nood aan een werkmodel voor een globale aanpak van het probleem, in de context van de Vlaamse huisartsenpraktijk, met aandacht voor zowel counseling als screening van de verschillende soa?s.

Onderzoeksvraag: We proberen een antwoord te vinden op volgende klinische vragen: Hoe selecteer ik als huisarts de patiënten die in aanmerking komen voor een soa-screening? Welke patiënten moet de huisarts screenen en waarop? Hoe voert hij praktisch de screening uit en hoe vaak? Welke primair preventieve, pre-test- en post-testcounseling moet de huisarts bieden? Hoe organiseert de huisarts partneropsporing en waarschuwing?

Methode: De online richtlijnzoekers GIN en National Clearinghouse en de websites van specifieke richtlijnontwikkelaars werden tussen november 2011 en juni 2012 doorzocht. Alleen de relevante richtlijnen die voldoende hoog scoren op het criterium ?methodologie? van Agree II werden weerhouden. De kernboodschappen werden beoordeeld op hun toepasbaarheid in de Vlaamse huisartsenpraktijk en zo nodig aangepast. Vervolgens werden niveaus van evidentie en graden van aanbeveling toegekend volgens GRADE. Een aanvullende zoekopdracht werd uitgevoerd via PubMed en de Cochrane Library.

Resultaten: De huisarts doet minimaal ??n keer een seksuele risico-inschatting bij elke patiënt en noteert zijn bevindingen in het dossier. De leeftijd, afkomst, seksuele geaardheid en het risicogedrag van de patiënt bepalen of hij/zij gescreend wordt. Screening op gonorroe en chlamydia gebeurt aan de hand van DNA-amplificatietesten op eerstestraalsurine en afhankelijk van de blootstelling op rectale en/of keelwissers. Screening voor syfilis, hepatitis B, hepatitis C en HIV gebeurt op serum, met respectievelijk een treponemale test zoals TPPA, HBsAg, anti-HCV-antistoffen en een combinatie van anti-HIV-1 en -HIV-2- antistoffen en antigeen. MSM (mannen die seks hebben met mannen), prostituees en HIV-patiënten krijgen de meest uitgebreide screening. Vrouwen met risicogedrag worden getest op chlamydia, gonorroe en HIV. Bij screening op vraag kan een chlamydia-test volstaan. De huisarts motiveert de screening en legt de testprocedure uit. Een negatieve test wordt zo nodig herhaald na de ?window-periode?. De post-testcounseling na een positieve testuitslag laat ruimte voor emoties en vragen van de patiënt. Patiënten met een diagnose van syfilis, hepatitis B of C, of HIV worden verwezen, chlamydia en gonorroe worden door de huisarts behandeld. De huisarts geeft de patiënt de keuze tussen ?patient referral? en ?provider referral? om de partner(s) te contacteren en volgt het resultaat op. Risicopatiënten worden jaarlijks getest. Testen moet altijd samengaan met gedragsgerichte counseling op maat van de patiënt en met de nadruk op promotie van condoomgebruik.

Conclusie: Een evidence-based aanpak van soa?s vereist primaire preventie onder de vorm van counseling en secundaire preventie onder de vorm van. De huisarts kan deze taken opnemen.