Hiv screening door de huisarts.

Een kwaliteitsverbeterend project.

Nadia Cimini, Vrije Universiteit Brussel

Promotor: Prof. Dr. Vansintejan Johan, Vrije Universiteit Brussel

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2018 – 2019

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Abstract

Achtergrond: Screenen in de huisartsenpraktijk is noodzakelijk om een hiv-infectie vroegtijdig te diagnosticeren en op die manier de geassocieerde morbiditeit en mortaliteit te reduceren. Bovendien zal op deze manier ook de secundaire transmissie naar andere individuen verminderen.

Doel: Het doel van deze studie is achterhalen hoe de hiv-screening in de huisartsenpraktijk gebeurt en als dit kan verbeterd worden door het nieuw advies voor hiv-screening door huisartsen te implementeren.

Methode: Naar aanleiding van de nieuwe aanbeveling voor hiv-screening die tot stand kwam door de samenwerking van verschillende Vlaamse organisaties, rees het idee om deze aanbeveling in het wijkgezondheidscentrum Daenshuis in Aalst te implementeren. Om in kaart te brengen hoe de screening naar hiv actueel verloopt zullen er eerst interviews plaatsvinden met de verschillende artsen om te achterhalen welke aanbevelingen nu al toegepast worden. Nadien zal de onderzoeker tijdens het artsenoverleg dat volgt op de goedkeuring van de ethische commissie de nieuwe aanbeveling toelichten en aan de andere artsen vragen deze te implementeren in de praktijk.

Resultaten: De resultaten worden op basis van beschrijvende statistiek weergegeven.

Conclusie: Hiv heeft een grote impact wereldwijd op de mortaliteit en morbiditeit van de aangedane personen. Het blijft dan ook noodzakelijk om als zorgverlener in gesprek te gaan met de patiënt over de screening om zo het taboe dat er nog steeds heerst te doorbreken. Bovendien moet de zorgverlener de hiv-test zien als deel van een routine onderzoek om er zo voor te zorgen dat steeds meer infecties vroegtijdig worden opgespoord, zodat hiv een chronische en leefbare aandoening wordt.

TREFWOORDEN: HIV, SCREENING, PREVENTIE, TESTEN, HUISARTS, EERSTE LJJN, DIAGNOSE

Afkortingen

Aids: acquired immunodeficiency syndrome

HBV: hepatitis B virus

HBC: hepatitis C virus

Hiv : humaan immunodeficiëntie virus

ECDC: Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding

ITG: Instituut voor Tropische Geneeskunde

MSM: mannen die seks hebben met mannen

SOI: seksueel overdraagbare infectie

WHO: wereldgezondheidsorganisatie

Inleiding

Het humaan immunodeficiëntie virus (hiv) heeft een grote impact op de volksgezondheid wereldwijd als we kijken naar het aantal seropositieven en wetende dat een groot aantal onbewust is van zijn status (1). Bovendien is het wereldwijd de zesde grootste oorzaak van sterfte (2).

Een vroegtijdige detectie van een hiv-infectie is op verschillende vlakken zeer belangrijk (3). Ten eerste is het geweten dat de meerderheid van de nieuwe infecties het resultaat zijn van hoog-risico gedrag tussen individuen die hun hiv-status niet kennen (3) (4). De meerderheid van de patiënten die de diagnose gekregen hebben reduceren hun risico gedrag (5). Ten derde zal de levensverwachting van de patiënt aanzienlijk toenemen indien een behandeling met antiretrovirale middelen kan gestart worden voordat de suppressie van het immuunsysteem in gang wordt gezet en het lichaam aangevallen wordt door levensbedreigende opportunistische infecties (4) (6). De antiretrovirale behandeling zal er ook voor zorgen dat de virale lading ondetecteerbaar laag wordt en zo het risico op hiv transmissie drastisch verminderd wordt (7).

Screenen en testen zijn de eerste stappen om individuen die seropositief zijn te identificeren en op die manier zo snel mogelijk de juiste zorg te kunnen bieden zodat de morbiditeit en mortaliteit die geassocieerd is met hiv/aids daalt en secundaire transmissie naar andere individuen beperkt blijft (8) (9). Met de geschikte zorg en behandeling hoeft hiv geen ziekte meer te zijn die onvermijdelijk tot de dood zal lijden, maar kan het een chronische en leefbare aandoening zijn (2)(10).

Het gebeurt jammer genoeg nog al te vaak dat een hiv-infectie niet noodzakelijk tot een onmiddellijke diagnose leidt hoewel de tijdsspanne tussen infectie en diagnose steeds korter wordt (11).

Epidemiologie

In 2012 leefden naar schatting 35,3 miljoen mensen met hiv in de wereld (12). Dit aantal werd mede mogelijk gemaakt doordat steeds meer patiënten toegang krijgen tot antiretrovirale middelen waardoor de overleving van personen die met hiv leven drastisch verbetert (12).

In 2015 werden in Europa 29727 nieuwe gevallen van hiv gediagnosticeerd en gerapporteerd wat neerkomt op een incidentie van 6,3 per 100000 inwoners (9). Het aantal personen die met hiv leven in Europa werd in hetzelfde jaar geschat op 810000, waarvan 122000 personen of 15 % niet bewust waren van hun status (9).

In 2017 werden in België 890 nieuwe diagnoses van hiv-infecties vastgesteld wat overeenstemt met gemiddeld 2,4 nieuwe diagnoses per dag of een incidentie van 78 per miljoen inwoners (11). In

datzelfde jaar werd het aantal mensen dat in België met hiv leeft, geschat op 18 908 personen (prevalentie van 1,7 per 1000 inwoners) waarvan 2059 (10,9 %) nog niet gediagnosticeerd waren (11).

De grootste leeftijdsgroep van de nieuwe hiv-diagnoses was deze van 25 tot 49 jaar (69 %) (11). Twintig procent werd vastgesteld bij de 50-plussers, 10 % in de leeftijdsgroep van 15 tot 24 jaar, en 1 % bij de groep jonger dan 15 jaar (11).

Van alle hiv-diagnoses, die in 2017 werden vastgesteld, hadden 300 personen (44 %) de Belgische nationaliteit; 198 (29 %) hadden een Afrikaanse nationaliteit en 111 (16 %) hadden een andere Europese nationaliteit (11).

De vermoedelijke overdrachtswijze was voor 71 % van de nieuwe diagnoses gekend (11). Het aandeel van de homoseksuele overdracht bedroeg 48,6 %(11). De heteroseksuele overdracht bedroeg 48,3 % (11). Voornamelijk 94 % van de vrouwen en slechts 28 % van de mannen rapporteerden een hiv-infectie via heteroseksuele overdracht (11). De andere overdrachtswijzen bestonden uit intraveneus druggebruik (1,1 %) en perinatale overdracht (0,7 %) (11).

De gerapporteerde overdrachtswijze en de nationaliteit van de geïnfecteerde personen lijken sterk gecorreleerd (11). Mannen, die seks hebben met mannen (MSM), hebben vooral de Belgische of een andere Europese nationaliteit (11). Mannen en vrouwen die het virus hebben opgelopen via heteroseksuele betrekkingen zijn vooral afkomstig van sub-Saharaans Afrika (11).

Na de epidemiologische gegevens van de nieuwe diagnoses gelezen te hebben lijkt het niet verwonderlijk dat er in het verleden in België studies zijn geweest bij MSM en personen die afkomstig zijn uit sub-Saharaans Afrika.

In 2010 werd de prevalentie van hiv getest bij MSM die verschillende locaties bezoeken in Gent en Antwerpen, gaande van clubs waar seks toegestaan is over normale gay clubs tot specifieke clubs voor jonge MSM. De prevalentie varieert afhankelijk van het seksueel risico gedrag tussen 1,4 % en 14,5 % (13). Deze gemeenschap lijkt zich erg bewust te zijn van hun risico aangezien 88 % ooit getest is voor hiv en de helft hiervan zelfs een test onderging in het afgelopen jaar (13).

Het finaal rapport van het TOGETHER project, dat onder andere de toegenomen hiv prevalentie van personen afkomstig uit sub-Saharaans Afrika in Antwerpen bestudeert, stelt dat er niet enkel moet gekeken worden naar het seksueel risico gedrag, maar ook naar factoren die hun kwetsbaarheid bloot geven zoals de socio-economische en legale problemen (14). Opvallend is wel dat 39 % van de deelnemers het afgelopen jaar seksueel risico gedrag heeft vertoond. Hieronder behoren gedwongen seks, betaalde seks, polygamie, verschillende seks partners en risico gedrag gedurende Afrikaanse of Europese reizen (14).

Het is ook geweten dat patiënten uit sub-Saharaans Afrika na hun diagnose niet zelden van de radar verdwijnen en niet meer in medische opvolging zijn totdat ze ernstig ziek zijn (14).

Opsporing van hiv

Een infectie met hiv doorloopt verschillende fases. Gedurende de vroege fase, die zich manifesteert in de eerste zes maanden na de infectie, ervaart de patiënt vaak een acuut retroviraal syndroom of gegeneraliseerde symptomen die een acute virale infectie doen vermoeden (2) (3). Deze vroege tekens (koorts, nausea of braken, gewichtsverlies, artralgie of myalgie, faryngitis, orale ulcera, rash en lymfadenopathieën) worden vaak gemist door clinici, hoewel 50 % tot 90 % van de patiënten symptomen vertonen (2) (3). De latente fase wordt gekarakteriseerd door een periode van ongeveer 10 jaar waarin patiënten asymptomatisch kunnen zijn (3). Gedurende de finale fase zal de immuundeficiëntie toenemen, wat zich dan zal uiten met opportunistische infecties en de ontwikkeling van aids (3).

Zoals blijkt uit een onderzoek in Canada zijn er twee grote hiaten in de kennis over het onderwerp bij de zorgverleners (10). Enerzijds wordt het percentage patiënten die met hiv leven en onbewust zijn van hun hiv-status onderschat en anderzijds is er een gebrek aan bewustzijn dat hiv-patiënten vaak symptomatisch zijn tijdens de acute infectie (10). Bovendien vermelden de helft van de deelnemers aan diezelfde enquête dat ze geen hiv-test aanbieden als deel van een routine controle (10). Dit alles zorgt voor gemiste kansen om hiv vroegtijdig op te sporen.

Een hiv-test kan in België verkregen worden via huisartsen of specialisten. Daarnaast bieden drie Aids Referentiecentra laagdrempelige en anonieme hiv screeningsdiensten voor bepaalde doelgroepen aan (11). Tenslotte worden gedecentraliseerde hiv screeningsprojecten, in een niet-klinische omgeving, ontwikkeld in samenwerking met Aids Referentiecentra en terreinorganisaties, om het prioritair doelpubliek nog beter te bereiken (11).

In België werden in 2017 in totaal 714382 hiv-tests terugbetaald (11). Hiermee heeft België in vergelijking met andere Europese landen een relatief hoog en constant hiv-testcijfer (van 63 per 1000 inwoners) (11). Het valt op te merken dat het totale testcijfer bij vrouwen hoger was dan bij mannen (74/1000 versus 53/1000) (11).

Laattijdige diagnoses blijven een persisterend probleem binnen Europa, hoewel de tijdsspanne tussen infectie en diagnose wel daalt (3,8 jaar in 2015) (9). Een diagnose wordt volgens de internationale consensus definitie als laattijdig beschouwd indien het aantal CD4 lymfocyten lager is dan 350 cellen/mm^3 of wanneer men het aidsstadium reeds bereikt heeft op het moment van de hiv-diagnose (11).

Ook in de mindset van de zorgverleners zou er een shift moeten komen zodat hiv zoals elke andere infectieziekte benaderd wordt. Ze moeten zich dus bewust zijn van het feit dat een vroege diagnose cruciaal is voor een adequate behandeling en preventie (15).

Het lijkt vanzelfsprekend dat het testen zo veel mogelijk in de huisartsenpraktijk zou moeten plaatsvinden, aangezien de drempel tot de eerstelijnszorg het laagst is en de huisarts het best het risicogedrag van de patiënten kan inschatten. Bovendien ziet de huisarts de patiënten het vaakst en kan op deze manier zonder taboe over de screening spreken en de hiv-test deel laten uitmaken van een routine onderzoek.

Voorspellers

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) definieert de populaties die extra aandacht nodig hebben als zij die kwetsbaar zijn en een hoog risico lopen om hiv te krijgen (12). Wereldwijd worden volgende risicogroepen steeds aangehaald: intraveneuze druggebruikers, sekswerkers, MSM, transgenders, gevangenen, seksuele partners van hiv-geïnfecteerde personen en partners van at-risk individuen (1) (2) (16). In de meeste, zo niet alle, epidemische contexten zijn er disproportioneel veel hiv-infecties bij de hoog-risico populaties (12).

Aangezien hiv en het hepatitis B virus (HBV) gelijkaardige transmissie routes hebben, komen co-infecties regelmatig voor en worden ze geassocieerd aan lange termijn morbiditeit en mortaliteit die de impact van de individuele infecties overschrijdt (16).

Hetzelfde geldt voor het hepatitis C virus (HCV) en hiv, die zowel overlappende transmissie wijzen als getroffen populaties hebben (17). Personen, die met hiv leven en geen behandeling krijgen, zullen minder waarschijnlijk HCV spontaan verwijderen, ze hebben hogere virale ladingen van HCV en zullen een snellere ziekte progressie doormaken van het HCV dan personen zonder hiv-infectie (18). Wereldwijd leven er naar schatting 2,3 miljoen hiv-positieve personen met een HCV co-infectie (17).

Barrières en opportuniteiten om te testen

Op Europees niveau kunnen de barrières die gevonden worden om te testen onderverdeeld worden in drie groepen die zich situeren op niveau van de patiënt, de zorgverlener en op beleidsniveau (15). De redenen waarom patiënten zich niet laten testen zijn voornamelijk de perceptie dat ze geen verhoogd risico hebben op besmetting, zelfs als ze hoog-risico gedrag vertonen of leven in regio's met een hoge prevalentie (4). Bovendien hebben patiënten schrik voor de ziekte of het feit dat het resultaat openbaar gemaakt zal worden en verminderde toegang tot de gezondheidszorg (15).

Zorgverleners slagen er nog altijd niet in om een hiv-test routinematig aan te bieden, omdat ze denken dat patiënten zullen weigeren. Het is aangetoond dat een hiv-test sneller geaccepteerd zal worden als het deel uitmaakt van een routine onderzoek (4).

Er is dus nog steeds veel inzet nodig om dit stigma te reduceren en de test te accepteren, bijvoorbeeld door testen als routine te beschouwen eerder dan zich enkel te richten op risico populaties (1).

Het Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding (ECDC) beveelt herhaald testen van hoog-risico personen aan hoewel jaarlijks testen, zelfs in populaties met een hoge prevalentie, door verschillende economische modellen niet als kosten-efficiënt wordt gezien (1). Een systematic review uit 2018 bekijkt de kosten-efficiëntie van herhaald testen in verschillende landen met een hoog inkomen. De conclusie blijkt te zijn dat éénmalig screenen van de algemene bevolking bij een extreem lage hiv prevalentie en zelfs herhaald screenen van de algemene bevolking in landen met een hogere hiv prevalentie kosten-efficiënt is (1). Voornamelijk herhaald screenen van hoog-risico groepen blijkt uitzonderlijk interessant (1). Hieronder werden intraveneuze druggebruikers en personen uit endemische gebieden gerekend.

Zoals eerder vermeld leidt een nieuwe hiv-infectie niet noodzakelijk tot een onmiddellijke diagnose. Het tijdstip van diagnose wordt beïnvloed door verschillende factoren zoals de trage progressie van de ziekte waardoor het lang kan duren vooraleer de eerste symptomen optreden, alsook de beschikbaarheid en de frequentie van testactiviteiten (11).

90-90-90

De verenigde naties hebben zich ertoe verbonden om tegen 2020 de ambitieuze 90-90-90 target te halen om op die manier de aids epidemie een halt toe te roepen (19). Dat wilt zeggen dat 90 % van alle mensen die met hiv leven tegen dan hun hiv-status zullen kennen. Van de gediagnosticeerde hiv-infecties zullen 90 % een ononderbroken antiretrovirale therapie ontvangen. Bovendien zullen 90 % van de personen die deze therapie ontvangen een virale suppressie hebben.

Aanbeveling in België

In het kader van het HERMETIC onderzoeksproject, ontwikkelde het Instituut voor Tropische Geneeskunde (ITG) een aanbeveling voor hiv-screening door de huisarts. Het is namelijk geweten dat de huisarts een sleutelrol zal spelen indien hiv-diagnoses vroegtijdig gesteld willen worden. De focus moet verlegd worden van een “patient initiated” naar een “provider initiated” screening. Dit wilt zeggen dat de (huis)arts vaker zelf het voortouw moet nemen en een test actief moet aanbieden. Er moet niet gewacht worden tot de patiënt zelf met die vraag komt.

Naar aanleiding van de nieuwe aanbeveling voor hiv-screening, rees het idee om deze aanbeveling in onze praktijk (wijkgezondheidscentrum Daenshuis in Aalst, de stageplaats van de hoofdonderzoeker) te implementeren aangezien er actueel nog geen eensgezind consensus bestaat over hoe en wanneer de hiv-screening wordt aanbevolen aan de patiënten. De zeven artsen die op het ogenblik van de studie tewerkgesteld waren, bleken allen enthousiast om deel te nemen. Bovendien blijkt Aalst erg geliefd te zijn bij Afrikanen, die voordien in Brussel woonden en uitgeweken zijn naar een stad waar het goedkoper is om te wonen met een goede treinverbinding naar Brussel. Aangezien een wijkgezondheidscentrum deel uitmaakt van de forfaitaire geneeskunde, trekt het meestal patiënten aan in moeilijkere financiële en sociale situaties. Ook de praktijk in Aalst bleek hier geen uitzondering op te zijn met zijn groot aantal patiënten uit sub-Saharaans Afrika en andere hoog-prevalentie gebieden. De prevalentie van hiv zal dus hoger zijn dan in de algemene Belgische bevolking wat een vroegtijdige opsporing nog noodzakelijker maakt.

Onderzoeksvraag

Hoe gebeurt de hiv-screening in de huisartsenpraktijk? Kan dit verbeterd worden door het nieuw advies voor hiv-screening door huisartsen te implementeren in de praktijk?

Methode

Om in kaart te brengen hoe de screening naar hiv actueel verloopt zullen er eerst interviews plaatsvinden met de verschillende artsen om te achterhalen welke aanbevelingen nu al toegepast worden. Op dat moment zal er ook een data-extractie gebeuren door de hoofdonderzoeker aan de hand van het elektronisch medisch dossier (pricare) om te bepalen hoeveel hiv-positieve patiënten reeds geregistreerd zijn. Dit gebeurt volledig anoniem en er zullen dus nooit patiëntengegevens verzameld worden.

Nadien zal de onderzoeker tijdens het artsenoverleg dat volgt op de goedkeuring van de ethische commissie de nieuwe aanbeveling toelichten en aan de andere artsen vragen deze te implementeren in de praktijk. Hierbij zal er benadrukt worden welke patiënten een verhoogd risico hebben (MSM, mensen uit sub-Saharaans Afrika en andere hoog-prevalentiegebieden (ook als ze reeds lang in België verblijven of hier geboren zijn), en injecterende druggebruikers) en zal de aanbeveling zijn om deze patiënten minstens jaarlijks te testen of om de 3 maanden indien ze risicogedrag vertonen. Mensen die seksuele contacten hebben met iemand uit de 3 voorgaande groepen hebben ook een hoog risico en bij deze patiënten zal er samen met hen een afweging gemaakt worden op basis van gedrag.

Naast deze hoog-risico patiënten zullen de artsen ook aangemaand worden om altijd een hiv-test voor te stellen bij patiënten die aandoeningen hebben die indicatief zijn voor een hiv-infectie. Hieronder verstaan we patiënten met een seksueel overdraagbare infectie (SOI), HBV of HCV (acuut of chronisch), dysplasie van de baarmoederhals, herpes zoster, seborrhoïsche dermatitis/exantheem (langdurig en terugkerend), onverklaarde koorts (meer dan 38°C, herhaaldelijk gemeten, geen aanwijsbare oorzaak na 1 week) of onverklaarde leukocytopenie/trombocytopenie (langer dan 4 weken).

Bij de volgende groep patiënten zal een hiv-test niet steeds aanbevolen worden, maar wordt er een afweging gemaakt op basis van afkomst en gedrag. Patiënten die hiervoor in aanmerking komen zijn deze met onverklaard gewichtsverlies, onverklaarde lymfadenopathie, onverklaarde orale candidiasis, onverklaarde chronische diarree, ernstige of atypische psoriasis, onverklaarde perifere neuropathie of terugkerende longontsteking.

Telkens als de test voorgesteld wordt zal de patiënt een mondeling akkoord moeten geven vooraleer de test daadwerkelijk uitgevoerd zal worden.

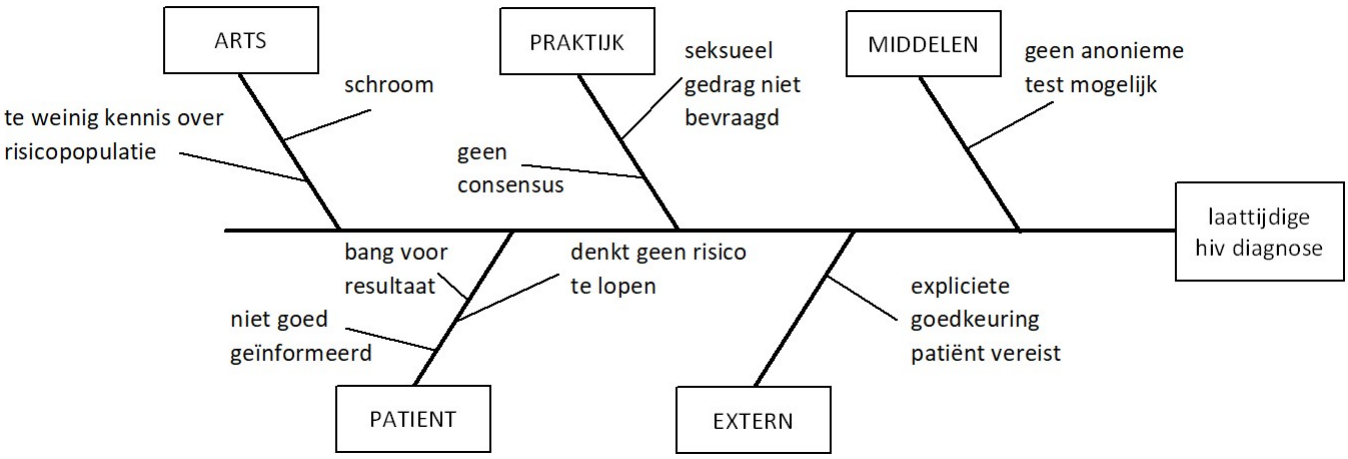
Om de implementatie van de aanbeveling vlotter te laten verlopen zullen op het moment van de toelichting steekkaarten uitgedeeld worden die elke arts in zijn kabinet legt (bijlage 1).

Op het einde van het eerste opleidingsjaar, augustus 2018, zal er een nieuwe data-extractie gemaakt worden en zal er gekeken worden hoeveel nieuwe (vroegtijdige) opsporingen de implementatie van de aanbeveling tot gevolg heeft. Deze gegevens zullen anoniem verwerkt worden en de gegevens van de patiënt zullen nooit gebruikt worden tijdens de verwerking van de resultaten.

De studie werd goedgekeurd door de Ethische Commissie van het UZ Brussel (bijlage 2).

Voorafgaand aan de implementatie van de aanbeveling werd er met de verschillende artsen gekeken naar mogelijke factoren die ertoe leiden dat een laattijdige hiv diagnose plaatsvindt. De resultaten zijn terug te vinden in onderstaande visgraatanalyse.

Figuur 1 - Visgraatanalyse



Resultaten

Testen voor de implementatie van de aanbeveling

Voordat de nieuwe aanbeveling geïmplementeerd werd in de praktijk bleek er geen eensgezind consensus te zijn over wie wanneer te testen. Het grootste deel van de artsen verklaarde te testen als de patiënt er zelf om vroeg of in het kader van risicovol seksueel gedrag. Twee van de zeven artsen vermeldden ook soms te testen op basis van afkomst, dit werd echter ook door deze artsen niet systematisch gedaan.

Hiv-positieve patiënten

Van de 2143 meerderjarige patiënten in de praktijk bleken er bij aanvang 25 hiv-positief te zijn (1,2 %). Deze zijn bovendien allen afkomstig uit sub-Saharaans Afrika.

Patiënten die in aanmerking komen voor testing

Van de overige 2118 patiënten kwamen 756 in aanmerking voor een hiv-test als we kijken naar de aanbeveling.

De grootste groep (679 of 90 %) zijn patiënten die uit hoog-risico gebieden komen en dan voornamelijk uit sub-Saharaans Afrika (674 of 89 %). De overige 5 patiënten (0,6 %) komen uit andere hoog-risico gebieden. Opvallend in deze groep is het groot aantal patiënten die afkomstig zijn uit Congo (364 of 54 %), gevolgd door Angola (58 of 8,6 %), Rwanda (58 of 8,6 %) en Burundi (54 of 8 %).

Tabel 1 - Hoog-risico gebieden

	Aantal (%)	Geslacht	Leeftijd (gemiddelde, mediaan)
Sub-Saharaans Afrika	674 (89)	M: 304 V: 370	18 – 68 (37, 37) 18 – 76 (36, 35)
- Congo	364 (54)	M: 157 V: 207	18 – 68 (37, 37) 18 – 76 (35, 34)
- Angola	58 (8,6)	M: 30 V: 28	19 – 54 (38, 39) 26 – 71 (38, 36)
- Rwanda	58 (8,6)	M: 30 V: 28	19 – 51 (35, 36) 19 – 55 (37, 37)
- Burundi	54 (8)	M: 24 V: 30	19 – 49 (37, 39) 19 – 54 (37, 38)
- Guinee	40 (5,9)	M: 16	19 – 52 (28, 22)

		V: 24	21 – 51 (37, 39)
- Kameroen	38 (5,6)	M: 14 V: 24	19 – 37 (30, 31) 23 – 47 (34, 35)
- Togo	22 (3,2)	M: 12 V: 10	20 – 58 (42, 44) 18 – 46 (31, 33)
- Nigeria	17 (2,5)	M: 5 V: 12	34 – 47 (41, 40) 24 – 45 (37, 40)
- Ivoorkust	7 (1)	M: 5 V: 2	28 – 59 (42, 39) 32 – 34
- Ghana	6 (0,9)	M: 4 V: 2	18 – 53 (36, 37) 40 – 42
- Tsjaad	4 (0,6)	M:2 V: 2	48 – 52 44 – 46
- Sierra Leone	2 (0,3)	M: 2	36 – 43
- Benin	1 (0,1)	M: 1	38
- Gabon	1 (0,1)	V: 1	37
- Liberia	1 (0,1)	M: 1	27
- Tanzania	1 (0,1)	M: 1	64
Ander hoog-risico gebied	5 (0,6)	M: 1 V: 4	35 19 – 52 (36, 36)
- Dominicaanse republiek	2 (40)	V: 2	19 – 42
- Suriname	2 (40)	V: 2	30 – 52
- Haïti	1 (20)	M: 1	35

De tweede grootste groep wordt gevormd door de patiënten die eerder al besmet zijn geweest door een hepatitis virus. In totaal gaat het hier over 47 patiënten (6,1 %) waarvan er 34 besmet zijn met het HBV, 12 met het HCV en 1 persoon met beide virussen.

Tabel 2 - Hepatitis infectie

	Aantal (%)	Geslacht	Leeftijd (gemiddelde, mediaan)
Hepatitis	47	M: 34 V: 13	21 – 47 (39, 41) 28 – 45 (39, 41)
- B	34	M: 28 V: 6	21 – 47 (39, 40) 28 – 45 (38, 41)
- C	12	M: 6 V: 6	39 – 44 (41, 41) 32 – 44 (40, 44)
- B+C	1	V: 1	38

Verder kwamen nog 16 patiënten (2,1 %) in aanmerking omdat ze een andere SOI hadden opgelopen (10 chlamydia, 4 syfilis en 2 herpes genitalis), 10 MSM (1,3 %) en 4 vrouwen die een dysplasie van de baarmoederhals hebben (0,5 %).

Personen die getest zijn

Van de 756 patiënten die in aanmerking kwamen voor een test, hebben er 190 (25 %) effectief een test ondergaan.

Van de personen die getest zijn, zijn er 162 (85 %) afkomstig uit hoog-risico gebieden, gevolgd door 12 personen die een andere SOI hadden opgelopen (6,3 %), 10 patiënten met HBV (5,3%) en 6 MSM (3,2 %).

Te vermelden valt het aantal vrouwen uit hoog-risico gebieden dat getest is (98 of 60 %), waarvan de grootste groep afkomstig was uit Congo (69 of 70 %).

Alle uitgevoerde testen waren negatief.

Tabel 3 - Geteste personen

	Aantal (%)	Geslacht
Hoog-risico gebieden	162 (85)	M: 64 V: 98
- Congo	94 (58)	M: 25 V: 69
- Rwanda	16 (9,9)	M: 10 V: 6
- Angola	12 (7,4)	M: 8

		V: 4
- Burundi	12 (7,4)	M: 8 V: 4
- Guinee	8 (4,9)	M: 2 V: 6
- Nigeria	5 (3,1)	M: 3 V: 2
- Ghana	4 (2,5)	M: 2 V: 2
- Kameroen	4 (2,5)	M: 2 V: 2
- Togo	4 (2,5)	M: 2 V: 2
- Dominicaanse republiek	1 (0,6)	V: 1
- Liberia	1 (0,6)	M: 1
- Sierra Leone	1 (0;6)	M: 1
SOI	12 (6,3)	M: 8 V: 4
- Chlamydia	8 (67)	M: 6 V: 2
- Herpes genitalis	2 (17)	V: 2
- Syfilis	2 (17)	M: 2
Hepatitis B	10 (5,3)	M: 6 V: 4
MSM	6 (3,2)	

Personen die niet getest zijn

Van de 756 patiënten die in aanmerking komen voor een hiv-test hebben 566 patiënten geen test gehad (75 %). De redenen hiervoor kunnen ingedeeld worden in 3 groepen: 243 patiënten (43 %) weigerde een test, 198 patiënten (35 %) kwamen in de periode dat het onderzoek liep niet op consultatie en 125 patiënten (22 %) werden minder dan 1 jaar geleden al getest.

Meer als de helft van de patiënten die de test weigerde, zijn vrouwen uit hoog-risico gebieden (129 of 53). Opnieuw komt de grootste groep van die vrouwen uit Congo (66 of 51 %).

Tabel 4 - Weigering

	Aantal (%)	Geslacht
Hoog-risico gebieden	218 (90)	M: 89 V: 129
- Congo	118(54)	M: 52 V: 66
- Angola	30 (14)	M: 12 V: 18
- Burundi	22 (10)	M: 10 V: 12
- Guinee	14 (6,4)	M: 2 V: 12
- Kameroen	10 (4,6)	V: 10
- Togo	10 (4,6)	M: 6 V: 4
- Rwanda	8 (3,7)	M: 4 V: 4
- Benin	1 (0,5)	M: 1
- Dominicaanse republiek	1 (0,5)	V: 1
- Gabon	1 (0,5)	V: 1
- Haïti	1 (0,5)	M: 1
- Nigeria	1 (0,5)	V: 1
- Tanzania	1 (0,5)	M: 1
Hepatitis	19 (7,8)	M: 18 V: 1
- B	14 (74)	M: 14
- C	4 (21)	M: 4
- B+C	1 (5,3)	V: 1
Dysplasie baarmoederhals	4 (1,6)	
MSM	2 (0,8)	

De meeste patiënten die in aanmerking kwamen voor een test, maar deze niet kregen omdat ze zich niet hebben aangemeld op de raadpleging tijdens het onderzoek, zijn mannen uit hoog-risico gebieden (108 of 55 %). Ook hier is de grootste groep afkomstig uit Congo (56 of 52 %).

Tabel 5 - Geen consult

	Aantal (%)	Geslacht
Hoog-risico gebieden	182 (92)	M: 108 V: 74
- Congo	96 (53)	M: 56 V: 40
- Rwanda	20 (11)	M: 12 V: 8
- Kameroen	16 (8,8)	M: 8 V: 8
- Angola	12 (6,6)	M: 6 V: 6
- Guinee	12 (6,6)	M:10 V: 2
- Burundi	8 (4,4)	M: 4 V: 4
- Ivoorkust	6 (3,3)	M: 4 V: 2
- Togo	4 (2,2)	M: 4
- Tsjaad	4 (2,2)	M: 2 V: 2
- Ghana	1 (0,5)	M: 1
- Nigeria	1 (0,5)	V: 1
- Sierra Leone	1 (0,5)	M: 1
- Suriname	1 (0,5)	V: 1
Hepatitis	10 (5,1)	M: 6 V: 4
- B	8 (80)	M: 6 V: 2
- C	2 (20)	V: 2

SOI	4 (2,0)	M: 4
- Chlamydia	2 (50)	M: 2
- Syfilis	2 (50)	M: 2
MSM	2 (1)	

Bijna 60 % van alle patiënten die het afgelopen jaar een hiv-test onderging zijn vrouwen uit hoog-risico gebieden (73 van de 125).

Tabel 6 - Minder dan 1 jaar geleden getest

	Aantal (%)	**Geslacht**
Hoog-risico gebieden	117 (94)	M: 44 V: 73
- Congo	56 (48)	M: 24 V: 32
- Rwanda	14 (12)	M: 4 V: 10
- Burundi	12 (10)	M: 2 V: 10
- Nigeria	10 (8,5)	M: 2 V: 8
- Kameroen	8 (6,8)	M: 4 V: 4
- Guinee	6 (5,1)	M: 2 V: 4
- Angola	4 (3,4)	M: 4
- Togo	4 (3,4)	V: 4
- Ghana	1 (0,9)	M: 1
- Ivoorkust	1 (0,9)	M: 1
- Suriname	1 (0,9)	V: 1
Hepatitis	8 (6,4)	M: 4 V: 4
- C	6 (75)	M: 2 V: 4
- B	2 (25)	M: 2

Discussie

Na het gesprek aangegaan te zijn met de collega's om uit te zoeken hoe het testen gebeurde vooraleer het onderzoek van start ging, bleek al gauw dat er nood was aan een consensus op praktijk niveau. Iedereen was het er ook over eens dat screening binnen de praktijk op dezelfde manier zou moeten gebeuren, onafhankelijk van bij welke arts de patiënt zich op dat moment bevindt.

Het aanvankelijk vermoeden dat de specifieke patiënten populatie van deze praktijk een groter aantal seropositieve personen zou bevatten dan de gemiddelde Belgische populatie werd ook bevestigd met de 25 hiv-positieve patiënten (prevalentie van 12 op 1000 patiënten ten opzichte van 1,7 per 1000 Belgische inwoners (11). Dit aantal kan verklaard worden door het groot aantal patiënten afkomstig uit sub-Saharaans Afrika (prevalentie van 3 per 100 mannen en 6,1 per 100 vrouwen) (14).

Het is niet verwonderlijk dat de meeste patiënten die in aanmerking komen voor een hiv-test afkomstig zijn uit hoog-risico gebieden en dan voornamelijk uit sub-Saharaans Afrika aangezien één van de redenen om deze studie uit te voeren en de aanbeveling te implementeren in deze specifieke praktijk net was omdat een groot aantal van de patiënten uit deze gebieden afkomstig is.

Opvallend is wel dat de intraveneuze druggebruikers helemaal niet ter sprake komen. De meest waarschijnlijke reden is allicht dat deze patiënten niet zo gemakkelijk tot bij de huisarts geraken en als dat dan toch eens gebeurt, vermelden ze misschien niet altijd hun gewoonten en wordt er niet expliciet naar gevraagd door de zorgverlener.

Het klein percentage patiënten, die effectief een test onderging, zal niet verwonderen, aangezien uit studies blijkt dat patiënten zich niet altijd bewust zijn van het feit dat ze een verhoogd risico hebben op besmetting, zelfs als ze hoog-risico gedrag vertonen of leven in regio's met een hoge prevalentie (4). Bovendien hebben patiënten schrik voor de ziekte of het feit dat het resultaat openbaar gemaakt zal worden en verminderde toegang tot de gezondheidszorg (15).

De patiënten afkomstig uit sub-Saharaans Afrika weigeren al sneller een test (218 van de 674 of 32 %). Dit kan verklaard worden door het stigma dat in de Afrikaanse populatie groter is en het cultuurgebonden taboe rond seksualiteit (14).

De MSM maken slechts een klein deel uit van de patiëntenpopulatie, maar ook hier zien we een grote toegankelijkheid van deze groep voor een hiv-test aangezien 60 % de test onderging. Van de overige 40 % kwam de helft niet op consultatie in de studieperiode. Dit hoog percentage viel te verwachten als we weten uit de studie die uitgevoerd is in Gent en Antwerpen dat 88 % van deze hoog-risico populatie ooit getest in voor hiv en de helft zelfs in het afgelopen jaar (13).

De studie heeft geen nieuwe vroegtijdige infecties kunnen opsporen, maar bij de artsen is er wel een verandering in denkwijze opgetreden in die zin dat de hiv-test in bepaalde gevallen deel moet uitmaken van een routine bloedonderzoek. Bovendien is het aanreiken van de test opnieuw een gelegenheid om de patiënten te informeren en te sensibiliseren. Alleen op deze manier kan het taboe rond hiv doorbroken worden, want nog al te vaak hebben patiënten schrik om uitgesloten te worden.

Het bovenstaande wordt nogmaals bevestigd door het feit dat 43 % van de personen die in aanmerking komt voor een test deze resoluut weigerde.

Opvallender is dan weer dat 22 % van de patiënten die in aanmerking komt voor een test het afgelopen jaar ook al een test onderging. De praktijk was zonder consensus toch al goed op weg om bepaalde patiënten regelmatig te screenen.

Men dient ook in het achterhoofd te houden dat een groot deel van de patiënten, die getest dienen te worden, niet op consultatie gekomen zijn in de periode van het onderzoek, voornamelijk omdat het over het algemeen gaat over verder gezonde personen, die niet vaak op consult komen. Nog een reden om de hiv-test bij deze personen deel te laten uitmaken van een routine bloedonderzoek.

De veroudering van de hiv-populatie dankzij de verbetering in levensverwachting sinds de introductie van de antiretrovirale behandelingen stelt ons voor nieuwe uitdagingen. De hiv-patiënt is niet langer een patiënt die voornamelijk door de specialist opgevolgd wordt, maar een patiënt met een chronische ziekte die een globale medische opvolging nodig heeft. Hierbij zal er rekening moeten gehouden worden met zijn comorbiditeiten en groeiende polyfarmacie.

De aanbeveling lijkt een goed startpunt om de hiv-epidemie een halt toe te roepen, maar tijdens de implementatie in de praktijk blijkt het toch moeilijk om heel de risico populatie te bereiken. Zo komt een groot deel van de doelgroep niet op consultatie omdat ze zich goed voelen. Dit zou mogelijks verbeterd kunnen worden door nauwer samen te werken met de verschillende gemeenschappen.

De sterkte van de studie is het groot aantal patiënten in de eerstelijns zorg die in aanmerking komen voor een hiv-test, zodat deze zeer laagdrempelig kon aangeboden worden.

De grootste zwakte van deze studie is het feit dat slechts een klein aantal van de personen die in aanmerking kwamen ook daadwerkelijk een test ondergingen. Bovendien was het onverwacht dat geen enkele nieuwe, vroegtijdige diagnose kon vastgesteld worden.

Conclusie

Hiv heeft een grote impact wereldwijd op de mortaliteit en morbiditeit van de aangedane personen. Het blijft dan ook noodzakelijk om als zorgverlener in gesprek te gaan met de patiënt over de screening om zo het taboe dat er nog steeds heerst te doorbreken. Bovendien moet de zorgverlener de hiv-test zien als deel van een routine onderzoek om er zo voor te zorgen dat steeds meer infecties vroegtijdig worden opgespoord, zodat hiv een chronische en leefbare aandoening wordt.

Referenties

1. Bert F, Gualano MR, Biancone P, et al. Cost-effectiveness of HIV screening in high-income countries: a systematic review. Health Policy. 2018;122(5):533–47
2. Rumbwere Dube BN, Marshall TP, Ryan RP, et al. Predictors of human immunodeficiency virus (HIV) infection in primary care among adults living in developed countries: a systematic review. Syst Rev. 2018;7(1):82.
3. Wood E, Kerr T, Rowell G, et al. Does this adult patient have early HIV infection? The rational clinical examination systematic review. JAMA. 2014;312(3):278–85.
4. Liggett A, Futterman D, Umanski GI, et al. Missing the mark: ongoing missed opportunities for HIV diagnosis at an urban medical center despite universal screening recommendations. Fam Pract. 2016;33(6):644–8.
5. Dombrowski JC, Harrington RD, Golden MR, et al. Evidence for the long-term stability of HIV transmission-associated sexual behavior following HIV diagnosis. Sex Transm Dis. 2013;40(1):41-5.
6. Kitahata MM, Gange SJ, Abraham AG, et al. Effect of early versus deferred antiretroviral therapy for HIV on survival. N Engl J Med. 2009;360(18):1815-26.
7. Cohen MS, Chen YG, McCauley M, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. N Engl J Med. 2011;365(6):493-505.
8. Traversy GP, Austin T, Yau J, et al. Assessing uptake of national HIV screening and testing guidance—Part 1: Awareness, use and usefulness. Can Commun Dis Rep. 2017;43(12):262–6.
9. Pharris A, Quinten C, Noori T, et al. Estimating HIV incidence and number of undiagnosed individuals living with HIV in the European Union/European Economic Area, 2015. Euro Surveill. 2016;21(48).
10. Traversy GP, Austin T, Yau J, et al. Assessing uptake of national HIV screening and testing guidance—Part 2: Knowledge, comfort and practice. Can Commun Dis Rep. 2017;43(12):267–71.
11. Sasse A, Deblonde J, Jamine D, et al. Epidemiologie van AIDS en HIV-infectie in België. Toestand op 31 december 2017. Sciensano. 2018.
12. Fettig J, Swaminathan M, Murrill CS, et al. Global epidemiology of HIV. Infect Dis Clin North Am. 2014;28(3):323–37.
13. Vanden Berghe W, Nöstlinger C, Buvé A, et al. A venue-based HIV prevalence and behavioural study among men who have sex with men in Antwerp and Ghent, Flanders, Belgium, October 2009 to March 2010. Euro Surveill. 2011;16(28)

14. Loos J, Nöstlinger C. TOGETHER Project. Action research with sub-Saharan African migrants (SAM) to improve HIV prevention through a better understanding of the HIV epidemic. https://www.hivsam.be/wp-content/uploads/2015/10/TOGETHER-Project-Final-Report.pdf. Accessed April 2019
15. Deblonde J, De Koker P, Hamers F, et al. Barriers to HIV testing in Europe: a systematic review. Eur J Public Health. 2010;20(4):422–32.
16. Leumi S, Bigna JJ, Amougou MA, et al. Global, regional, and national prevalence of hepatitis B infection in the general and key populations living with HIV: a systematic review and meta-analysis protocol. Syst Rev. 2018;7(1):146.
17. Platt L, Easterbrook P, Gower E, et al. Prevalence and burden of HCV co-infection in people living with HIV : a global systematic review and meta-analysis. Lancet Infect Dis. 2016;16(7):797–808.
18. Thomas DL, Astemborski J, Rai RM, et al. The natural history of hepatitis C virus infection: host, viral and environmental factors. JAMA. 2000;284(4):450-6.
19. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). 90-90-90 An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en.pdf. Accessed April 2019.

Bijlagen

Bijlage 1 - Steekkaart



Advies hiv-screening door huisartsen

Screenen voor hiv is belangrijk voor de patiënt en de volksgezondheid. **De helft van de hiv-patiënten in België wordt te laat gediagnosticeerd.** Gemiddeld zitten er 23 maanden tussen een hiv-infectie en de diagnose. In die periode is er risico op hiv-transmissie. **De kans op transmissie is quasi nihil wanneer de hiv-patiënt medicatie neemt**, een stabiele ondetecteerbare virale lading heeft (tijdens de laatste 6 maanden) en geen andere seksueel overdraagbare infectie. **Tijdige opstart van hiv-medicatie verhoogt ook de levenskwaliteit en levensduur van de patiënt en is kosteneffectief** op lange termijn. Huisartsen zijn uitstekend geplaatst om hiv vroegtijdig op te sporen. Daarom is het aangeraden om naast uw huidige screening (zoals bijv. van zwangere vrouwen of op vraag van de patiënt) ook proactief en routinematig een hiv-test voor te stellen aan onderstaande groepen.

STEL PROACTIEF EEN HIV-TEST VOOR AAN:

Patiënten met een verhoogd risico

Hoe vaak testen?

- ✓ Mannen die seks hebben met mannen
- ✓ Mensen uit sub-Saharaans Afrika en andere hoog-prevalentielanden (ook als ze reeds lang in België verblijven of hier geboren zijn)
- ✓ Injecterende druggebruikers

→ Minstens jaarlijks, bij risicogedrag om de 3 maanden. Maak samen met je patiënt een afweging.

- ✓ Mensen die seksueel contact hadden met iemand uit voorgaande groepen

→ Maak samen met je patiënt een afweging op basis van gedrag

Zie ook: http://www.bhiva.org/documents/guidelines/testing/glineshivtest08.pdf

Patiënten met aandoeningen indicatief voor een hiv-infectie

- ✓ Seksueel overdraagbare infecties
- ✓ Hepatitis B of C (acuut of chronisch)
- ✓ Dysplasie van de baarmoederhals
- ✓ Herpes zoster
- ✓ Seborrhoïsche dermatitis/ exantheem (langdurig en terugkerend)
- ✓ Onverklaarde koorts (> 38°C, herhaaldelijk gemeten, geen aanwijsbare oorzaak na 1 week)
- ✓ Onverklaarde leukocytopenie/ trombocytopenie (langer dan 4 weken)

→ Stel ALTIJD een hiv-test voor

- ✓ Onverklaard gewichtsverlies
- ✓ Onverklaarde lymfadenopathie
- ✓ Onverklaarde orale candidiasis
- ✓ Onverklaarde chronische diarree
- ✓ Ernstige of atypische psoriasis
- ✓ Onverklaarde perifere neuropathie
- ✓ Terugkerende longontsteking

→ Maak een afweging op basis van afkomst en gedrag

zie ook: http://hiveurope.eu/Portals/0/Guidance.pdf.pdf

INSTITUTE OF TROPICAL MEDICINE ANTWERP · ISP WIV · domus medica · SENSOA PRAAT OVER SEKS · Vlaanderen is zorg

Achtergrond informatie: Groepen met een verhoogd hiv-risico

Hiv-prevalentie in Vlaanderen

Mannen die seks hebben met mannen (MSM)

- ✓ Algemeen: 4,9%
- ✓ Grote variatie: 14,5% bij bezoekers MSM seksclubs en 1,4% bij jongeren

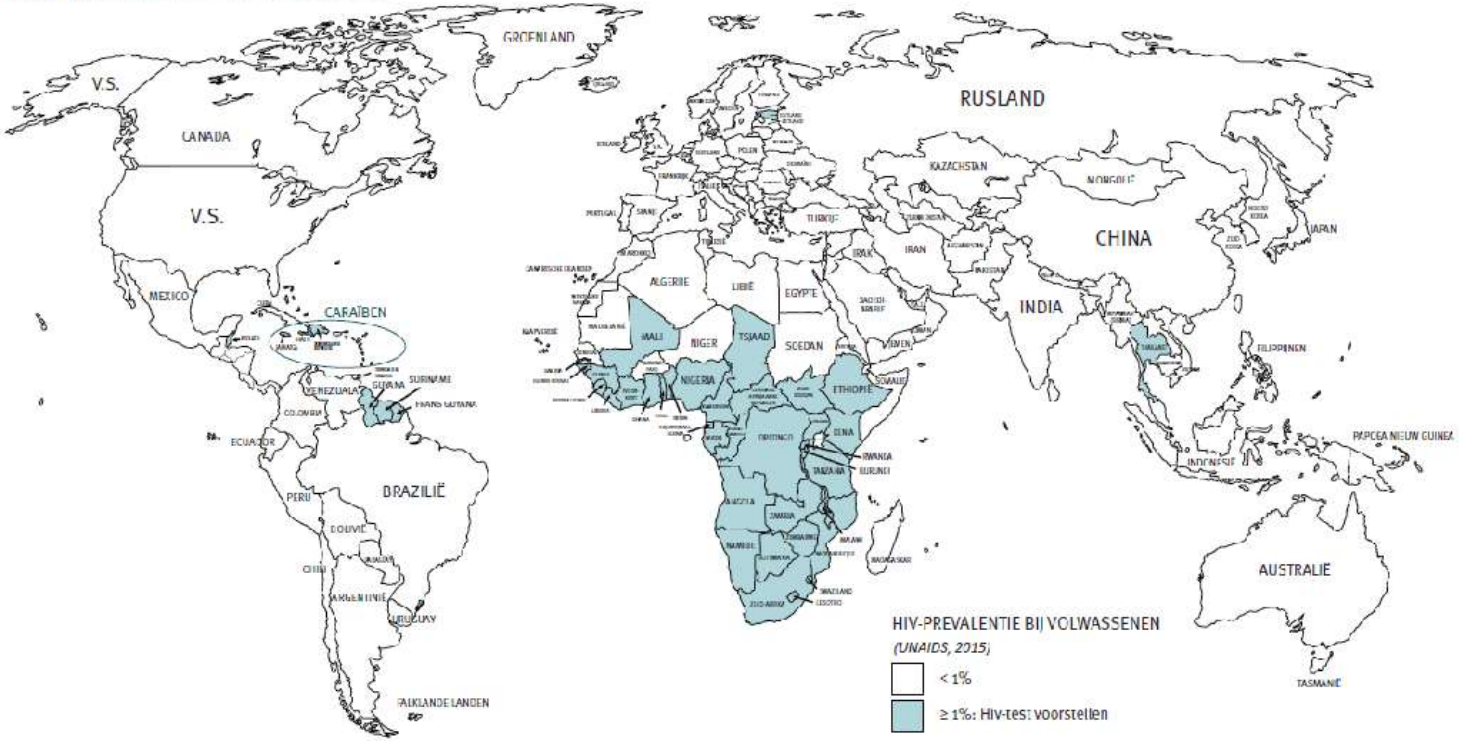
Zie ook: Vanden Berghe et al. Eurosurveillance 2011; 16(28)

Mensen afkomstig uit sub-Sahara Afrika:

- ✓ Algemeen: 4,8%
- ✓ Gender verschillen: 5,9% bij vrouwen en 4,2% bij mannen
- ✓ 27% van de hiv-positieven heeft zijn infectie in België opgelopen

Zie ook: http://www.hivsam.be/wp-content/uploads/2015/10/TOGETHER-Project-Final-Report.pdf

Hiv-prevalentie in de wereld



Bijlage 2 - Goedkeuring Ethische Commissie

Universitair Ziekenhuis Brussel

VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK (O.G. 016)
Reflectiegroep Biomedische Ethiek
Laarbeeklaan 101
1090 BRUSSEL

Tel + 32 2 477 55 84
Fax + 32 2 477 55 94
commissie.ethiek@uzbrussel.be

PROF. DR. J. VANSINTEJAN
VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE
VUB

Brussel, 18-04-2018

Ons Kenmerk: **2018/111**

ADVIES VAN DE COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK

Betreft:
HIV screening door de huisarts, een kwaliteitsverbeterend project
B.U.N. 143201835765

Na kennis genomen te hebben van de documenten betreffende het bovenvermelde project, inclusief het aangepaste adviesaanvraagformulier dd 13-Apr-2018 en het aangepaste protocol versie 2 dd 13-Apr-2018, besluit de Commissie Medische Ethiek tijdens haar vergadering van 18 april 2018

dat de voorziene studie mag ondernomen worden.

Deze goedkeuring blijft geldig voor de duur van het project. De Commissie wenst een jaarlijks overzicht van de stand van zaken van het project te ontvangen. De studieresultaten dienen overgemaakt te worden aan de Commissie bij het beëindigen van de studie. Zij herinneren de verantwoordelijke van het experiment eraan dat dit experiment onder zijn persoonlijke verantwoordelijkheid zal worden uitgevoerd. Het gunstig advies van de Commissie betekent geenszins dat de Commissie de verantwoordelijkheid van het experiment op zich neemt. De Commissie Medische Ethiek werkt en is georganiseerd volgens de richtlijnen van ICH-GCP.

Met de meeste hoogachting,

prof. dr. M. Deneyer, voorzitter

Cc: FAGG, Departement R&D, Eurostation blok 2, Victor Hortaplein 40 / 40, 1060

154_01