

# Serie HIV deel 1: Presentatie en beloop van hiv

**Deze inhoudelijke tekst verscheen eerder als verdiepingsmodule hiv bij de NHG Standaard Het Soa Consult. Aflevering één van deze serie gaat over presentatie en beloop van hiv.**

Van de personen die met hiv geïnfecteerd raken ontwikkelt 50 tot 70 procent een acute hiv-infectie. Symptomen van een acute hiv-infectie treden op twee tot zes weken na de overdracht. Dit is het moment dat er een immuunrespons ontstaat op de hiv-infectie met een piek aan virusreproductie. De klachten zijn aspecifiek, overeenkomend met die van bijvoorbeeld mononucleosisinfectiosa en niet obligaat aanwezig. Vooral het voorkomen van deze klachten in combinatie met een huiduitslag is karakteristiek voor acute hiv-infectie.

De huiduitslag kan zich op vele manieren presenteren maar uit zich meestal als een niet-jeukend, niet-pijnlijk maculopapuleus exantheem, met plekjes van ongeveer vijf millimeter doorsnede, met name centraal gelokaliseerd. Minder vaak voorkomend zijn ulcera van huid en slijmvliezen. De ziekteverschijnselen houden een paar dagen tot tien weken aan maar zijn in de meerderheid van de gevallen met twee weken over. (1,2,3)

De diagnose acute hiv-infectie wordt meestal gemist. Naar schatting gaat zestig procent van de mensen met een acute hiv-infectie met klachten naar de dokter en bij slechts twee procent van hen wordt vervolgens hiv-diagnostiek verricht en infectie vastgesteld. 3) De reden hiervoor is waarschijnlijk de algemeenheid van de symptomen. Wordt de diagnose acute hiv-infectie wel gesteld of vermoed, dan dient de patiënt direct te worden verwezen naar een hiv-behandelcentrum, zodat bekeken kan worden of er moet worden gestart met behandeling (cART).

## Latente periode

Na een primaire infectie volgt een latente periode met een mediane duur van tien jaar. In deze fase vindt virusreproductie voornamelijk plaats in het lymfoïde weefsel en treedt er een geleidelijke daling op van het aantal CD4-T-cellen. CD4-T-cellen spelen een belangrijke rol in de cellulaire afweer en zijn een primair doelwit van hiv-infectie. Bij sommige patiënten kan in deze fase een gegeneraliseerde lymfadenopathie worden gevonden. Door aantasting van het immuunapparaat kunnen er bij het voortschrijden van infectie vaker banale infecties zoals urineweginfecties, bronchitis en folliculitis voorkomen. Ook kunnen algemene symptomen optreden, zoals nachtzweeten, moeheid en aanhoudende diarree. Als de hiv diagnose onbekend is dient bij bepaalde 'indicatorziekten' een hiv-test in de huisartsenpraktijk te volgen. (6,7)

Wanneer het aantal CD4-T-cellen daalt tot onder de tweehonderd per microliter kunnen opportunistische infecties en maligniteiten ontstaan. Aandoeningen als toxoplasmose, een infectie met het cytomegalievirus en lymfomen komen vaak pas voor bij zeer lage aantallen CD4-T-cellen, lager dan vijftig per microliter. Een groot deel van sterfte bij mensen met hiv wordt tegenwoordig veroorzaakt door niet-aids-gerelateerde ziekten zoals andere vormen van kanker, hart- en vaatziekten en ziekten van nieren of lever. (1,2)

Vijf tot vijftien procent van de mensen met hiv valt in de groep van Long-Term Nonprogressors. Zij behouden een normaal aantal CD4-T-cellen en hebben een lage viral load.

## Casus I:

*Bert de Vries*

De heer De Vries, alleenstaand, 33 jaar, vraagt om een visite. Hij meldt griepklachten te hebben, hij is al tien dagen beroerd, erg slap en moe, heeft koorts (38,9 C), algehele malaise, geen eetlust, uitslag op de huid, diarreeklachten, droge hoest en bijkomend hoofdpijn. Er lijkt geen verbetering op te treden en hij voelt zich niet in staat om naar de praktijk te komen.

Bert staat 4 jaar ingeschreven in de praktijk, hij heeft een blanco voorgeschiedenis en heeft slechts twee keer het spreekuur bezocht, seksuele voorkeur onbekend.

Tijdens de visite worden bovengenoemde bevindingen bevestigd. Bij verder uitvragen blijkt hij vier tot zes keer daags ontlasting te hebben, brijig met een spoortje bloed.

Bij lichamelijk onderzoek ziet Bert er matig ziek uit, over de longen wordt normaal, vesiculair ademgeruis en over de buik levendige peristaltiek gehoord. De buik is matig druppijnlijk, geen loslaatpijn of défense en lever, milt noch andere weerstanden zijn palpabel. Lymfklieren in nek, oksels en liezen zijn niet vergroot. Op de huid, vooral de romp, is een maculopapuleus exantheem te zien, niet jeukend en niet pijnlijk.

Eerste inschatting: een gastro-enteritis of een ander viraal beeld met exantheem.

Toch de seksvraag gesteld: hij blijkt inderdaad seks te hebben met mannen. Echter hij zegt dat hij twee weken geleden nog de soa-poli heeft bezocht en vorige week te horen kreeg: soa- en hiv testen negatief. Op de vraag of hij onlangs nog seks heeft gehad komt het antwoord: ongeveer vijf weken geleden seks gehad (o.a. onbeschermd receptief anaal contact), met een voor hem onbekende man, ontmoet via Grindr.

Het volgende beleid wordt ingezet: Faeces- en bloedonderzoek nog dezelfde middag, met op aandringen van de dokter nogmaals herhaling van de hiv-test. De volgende dag komt de telefonische melding van de microbioloog: er is sprake van een zwak positieve hiv-test. Bevestiging moet nog volgen. Echter gezien de klachten van de patiënt volgt dezelfde middag verwijzing naar een naburig hiv-centrum.

### **Vragen naar seksuele oriëntatie**

Veel artsen denken dat ze op de hoogte zijn van de seksuele voorkeur van hun patiënt. Echter de praktijk leert dat de dokter het alleen zekerder kan weten als er ook daadwerkelijk naar wordt gevraagd. De kunst is dan om een man niet te 'beschuldigen' van homoseksualiteit, maar de vraag te stellen met volgende toelichting. "Dit soort griepachtige klachten komen ook wel voor bij een acute hiv-infectie, daarom wil ik u graag iets vragen? Of u het afgelopen jaar seks hebt gehad met een man?"

### **Casus II:**

*Mikel Ganix*

Mikel, 28 jaar oud, komt opnieuw op het spreekuur. Hij kwam het afgelopen jaar zes keer eerder, vanwege hardnekkige genitale wratten aan zijn penis, recidiverende folliculitis op zijn billen en zijn borst en seborroïsch eczeem in het gelaat. Ook klaagde hij over moeheid en matig slapen met wisselend nachtzweeten. U weet dat hij een moeilijke tijd achter de rug heeft, is een jaar geleden gescheiden van zijn eerste vriendin met wie hij zeven jaar heeft samengewoond. De scheiding is moeizaam verlopen met veel ruzie, mede doordat hij er buitenrelationele sekscontacten op na hield, waar zijn vriendin pas later achter kwam.

U heeft tot nu toe de klachten toegeschreven aan zijn stressvolle situatie. Nu komt hij vanwege toenemende moeheid, een bijkomende hardnekkige droge hoest en hij heeft het gevoel minder lucht te hebben. Hij wil graag bloedonderzoek, omdat hij maar niet opknapt. Bij lichamelijk onderzoek hoort u een normaal vesiculair ademgeruis, O<sub>2</sub> saturatie: 95 procent, temperatuur: 37,2C. Hij vertelt dat hij de laatste maanden ook veel meer is gaan roken.

Uw eerste inschatting is dat zijn klachten zouden kunnen passen bij reactief hoesten op viraal infect of moeheid als gevolg van veranderende omstandigheden en besluit bloedonderzoek aan te vragen. Bij het invullen van de aanvraag blijft u pen hangen bij de hiv-test. U besluit de seksvraag te stellen: 'Heeft hij wel eens betaald voor seks, heeft hij sekspartners gehad uit hiv-endemische gebieden of heeft hij wel eens seks gehad met mannen in de afgelopen jaren?'

Mikel kijkt u enigszins wat verschrikt aan en stamelt dat hij meerdere mannelijke sekspartners heeft gehad en dat daarom de scheiding ook zo heftig is verlopen.

Met deze extra informatie besluit u het bloedonderzoek uit te breiden met testen op hiv, hepatitis B en C en lues en een röntgenfoto van de longen te laten maken. Hij gaat dezelfde dag nog langs het ziekenhuis. Aan het eind van de middag wordt u gebeld door de radioloog: De thorax laat afwijkingen zien, met mogelijk verdenking: Pneumocystis jiroveci-pneumonie. Mikel wordt hierop direct doorgestuurd naar de hiv-behandelaar.

Auteurs: Adrie Heijnen en Rob Hermanussen , beiden huisarts te Amsterdam, beiden verbonden aan de Huisarts Adviesgroep Seksuele Gezondheid van het Nederlands Huisartsen genootschap

### **Literatuurlijst**

1. LCI-richtlijn Hivinfectie 2005, laatst gewijzigd 2012

[http://www.rivm.nl/Bibliotheek/Professioneel\\_Praktisch/Richtlijnen/Infectieziekten/LCI\\_richtlijnen/LCI\\_richtlijn\\_Hivinfectie](http://www.rivm.nl/Bibliotheek/Professioneel_Praktisch/Richtlijnen/Infectieziekten/LCI_richtlijnen/LCI_richtlijn_Hivinfectie)

2. Fauci A, Lane H. Human Immunodeficiency Virus Disease: AIDS and Related Disorders. Harrison's Online, Chapter 189.

3. Prins JM. Seriesoa: hiv-infectie. Soaids magazine. 2008 December

<http://www.seksoa.nl/artikelen/serie-soa-hiv-infectie/>

4. <http://www.plospathogens.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.ppat.1003211>

5. <http://www.aidsmap.com/French-researchers-report-14-patients-in-remission-after-controlling-HIV-for-over-4-years-off-treatment/page/2602347/>

6. HIV indicator conditions: guidance for implementing HIV testing in adults in health care settings. HIV in Europe; 2012.

7. Sullivan AK, Raben D, Reekie J, Raymond M, Mocroft A, et al. Feasibility and effectiveness of indicator condition-guided testing for HIV: Results from HIDES 1 (HIV Indicator Disease across Europe Study) PLoSOne. 2013:e52845.

Foto's ter beschikking gesteld door prof. dr. H. de Vries.

Auteur(s): Adrie Heijnen en Rob Hermanussen, beiden huisarts te Amsterdam, beiden verbonden aan de Huisarts Adviesgroep Seksuele Gezondheid van het Nederlands Huisartsen genootschap.