

## Serie hiv deel 4: Testen op hiv

**Deze inhoudelijke tekst verscheen eerder als verdiepingsmodule hiv bij de NHG Standaard Het Soa Consult.**

Het niet of pas laat vaststellen van een hiv-infectie heeft verregaande consequenties voor de persoon zelf en voor de samenleving. Wanneer een hiv-infectie in een gevorderd stadium wordt gediagnosticeerd, dan is de levensverwachting ruim tien jaar korter dan wanneer de infectie in een vroeg stadium wordt vastgesteld. 1)

Nederlands onderzoek berekende dat 25 procent van MSM die geen weet heeft van zijn hiv-infectie, 90 procent van de nieuwe infecties genereert. 2, 3) Terwijl de diagnose de mogelijkheid geeft tot behandeling.

In 2011 verscheen gerandomiseerd onderzoek waarin werd aangetoond dat vroegtijdige behandeling van hiv de kans op overdracht naar de partner verkleint met 96 procent, 'treatment as prevention'. 4)

In Nederland wordt bij 43 procent van de hiv-geïnfecteerden de diagnose gesteld bij een aantal CD4-T-cellen kleiner dan 350 per microliter. Bij 10 tot 15 procent van de hiv-infecties wordt direct aids gediagnosticeerd. 5) Een studie in Rotterdam liet zien dat vooral bij mensen ouder dan 50 jaar en bij mensen afkomstig uit hiv-endemische gebieden, de diagnose laat gesteld wordt. 6)

Niet of pas in een laat stadium testen kan deels worden verklaard door patiëntfactoren en deels door artsfactoren. Patiënten kunnen weerstand voelen tegen een hiv-test bijvoorbeeld uit angst voor de gevolgen van een positieve uitslag of omdat ze denken dat behandeling toch niet zal helpen of veel bijwerkingen heeft. Ook kunnen patiënten niet aan een hiv-test denken omdat ze geen klachten hebben of omdat ze denken dat ze geen risico lopen op besmetting. 7)

Artsfactoren kunnen zijn: de late invoering van een actiever testbeleid in de richtlijnen in Nederland of de weerstand om over seksualiteit en soa te praten. De lage prevalentie van hiv in de algemene bevolking zal ook bijdragen aan de vaak geringe alertheid voor dit ziektebeeld.

### **Voorbeeldcasus I: Nieuwe relatie**

Janneke de Vries, 28 jaar komt op het spreekuur. Ze heeft sinds enkele maanden een relatie met Joost ten Have, 29 jaar. Zij wil enerzijds weer terug op de pil en anderzijds wil ze een soa check. Ze heeft met Joost afgesproken dat ze elk naar hun eigen huisarts gaan en zich laten testen op zo'n beetje alles wat seksueel overdraagbaar is en zeker ook op hiv. Tot nog toe hebben ze samen gevreeën met condoom, daar willen ze van af.

Risico inventarisatie bij haar levert op dat ze twee langdurige relaties heeft gehad met Nederlandse mannen. In beide relaties heeft ze zonder condoom gevreeën nadat ze daarvoor ook een soa en hiv-test hadden laten doen. Haar laatste check is van vijf jaar geleden.

Volgens de nieuwe NHG SOA standaard zou met onderzoek op chlamydia kunnen worden volstaan of zelfs helemaal geen onderzoek. Haar risico wordt verwaarloosbaar klein ingeschat. Dit deelt u mee aan Janneke. Omdat ze met haar partner heeft afgesproken dat ze zich alle twee zouden laten testen komt u samen tot het compromis: testen op chlamydia en op hiv. Er wordt afgesproken dat ze de uitslagen via de mail krijgt toegestuurd.

Joost heeft ook een ontmoeting met zijn huisarts. Die vindt het in eerste instantie onzin om überhaupt te testen. Zo'n gezonde Hollandse jongen, waarom zou die een soa of hiv hebben? Joost blijft echter bij zijn standpunt, omdat hij dat met Janneke heeft afgesproken en ook omdat hij, twee jaar geleden, een jaar stage heeft gelopen in Zuid-Afrika waar hij met een aantal Afrikaanse vrouwen seks heeft gehad. Overigens wel altijd met condoom. Na terugkomst in Nederland heeft hij twee korte relaties met vrouwen gehad en met hen heeft hij ook altijd condooms gebruikt. Hij heeft nog nooit eerder een soa- of hiv-test laten doen. Hij heeft ook nooit klachten gehad die ook

maar in de richting wezen dat er op dat gebied iets aan de hand zou kunnen zijn. De huisarts raadpleegt de NHG-Standaard en besluit dat Joost het bij het rechte eind heeft. Joost krijgt van de huisarts een laboratorium formulier met de Big Five, onderzoek naar chlamydia, gonorrhoe, hiv, lues en hepatitis B. De afspraak wordt gemaakt dat hij zelf belt voor de uitslag.

## **NHG-Standaard**

De NHG-Standaard 'Het Soa-consult' geeft drie verschillende momenten waarbij door de huisarts tot testen op hiv over kan worden gegaan.

### **1. Testen bij een soa-testverzoek of gelopen risico op soa's**

Bij een soa-testverzoek of -klachten wordt bij risicogroepen geadviseerd op hiv te testen. De risicogroepen zijn MSM, prostituees en prostituanten (risicocontact in de zes maanden voorafgaand aan het consult), personen afkomstig uit een soa-endemisch gebied (1e en 2e generatie), personen met wisselende contacten (drie of meer partners in de zes maanden voorafgaand aan het consult) en aan personen met een partner uit een van de voorgaande groepen.

Risicogroep of risicogedrag? Het blijft lastig om alle MSM over één kam te scheren, zo'n 50 procent gedraagt zich ofwel monogaam of houdt zich consequent aan de vrij veilig adviezen.

### **2. Pro-actief testen bij risicogroepen**

De NHG-standaard adviseert om MSM en mensen met veel wisselende contacten een tot twee keer per jaar te testen op hiv en prostituees vier keer per jaar. 8) De Britse National Institute for Clinical Evidence-richtlijnen adviseren huisartsen in gebieden met een hiv-prevalentie groter dan twee per duizend, proactief op hiv te testen bij inschrijving van een nieuwe patiënt en wanneer er bloed wordt geprikt. Ook zou daar bij alle ziekenhuisopnames op hiv getest moeten worden. 9) Deze achtergrondprevalentie wordt in Nederland gehaald in vrijwel alle grootstedelijke gebieden.

Bij mensen uit risicogroepen die de laatste jaren geen seks hebben gehad of die de laatste jaren seks hebben in een monogame relatie, valt te overwegen eenmalig te testen.

### **3. Testen naar aanleiding van klachten**

Ook klachten kunnen reden zijn voor een hiv-test. Dit kunnen symptomen zijn die wijzen op de diagnose acute hiv-infectie of de aanwezigheid van een hiv-gerelateerde aandoening, zoals bijvoorbeeld tuberculose. Ook aandoeningen waarbij een verhoogde hiv-prevalentie voorkomt, zoals bij andere soa's, herpes zoster en hepatitis B en C kunnen redenen zijn om op hiv te testen. Aandoeningen als subcorticale dementie of een polyneuropathie, of waarbij hiv een belangrijke invloed op de prognose heeft, zoals bij aandoeningen waarbij gestart moet worden met immuunsuppressiva of cytostatica zijn ook reden om aan hiv te denken en erop te testen. 10)

## **Hoe testen?**

Testen op hiv kan via het huisartsenlaboratorium, in een soa-polikliniek, door middel van een sneltest op de eigen praktijk en het kan worden uitgevoerd door de patiënt zelf met een thuistest.

Bij hiv-testen wordt getest op de aanwezigheid van antilichamen, al dan niet in combinatie met een bepaling van het p24-antigeen (deze combinatie wordt hiv-combo test genoemd). De periode tussen infectie en het aantonen van antilichamen dan wel p24antigeen wordt de windowfase van de test genoemd. Antilichamen tegen hiv zijn aantoonbaar vanaf drie tot twaalf weken na infectie. p24Antigeen is een viraal manteleiwit. Dit eiwit is eerder in het bloed aantoonbaar dan antilichamen. Bepaling van p24-antigeen, kan de windowfase met drie tot elf dagen bekorten. 11,12) Onderzoek naar de aanwezigheid van hiv-RNA (= de viral load) in het bloed, kan de windowfase nog verder bekorten. Virusdeeltjes zijn in het bloed aantoonbaar vanaf negen tot elf dagen na infectie. Deze test kent echter veel vals-positieve uitslagen en wordt daarom gereserveerd voor patiënten waarbij een zeer hoge

verdenking op hiv-infectie bestaat zoals bij symptomen die passen bij een acute hiv-infectie en heeft geen plek in de algemene huisartspraktijk. 12)

Een hiv-infectie kan pas met zekerheid worden uitgesloten wanneer er drie maanden na het contact waarover iemand zich zorgen maakt, geen antilichamen worden gevonden (na post-exposure profylaxe ofwel PEP wordt een periode van zes maanden gehanteerd).

Bij onderzoek naar de aanwezigheid van antilichamen wordt er in het huisartsenlaboratorium en op de soa-polikliniek een ELISA-test uitgevoerd, tegenwoordig meestal gecombineerd met een antigeen bepaling (P24 de combo test, ook wel 4e generatie elisa genoemd). Vals-positieve testuitslagen komen weinig voor maar fout-positieve uitslagen kunnen veroorzaakt worden door kruisreactiviteit en niet-specifieke immuunreactiviteit. Vals-negatieve uitslagen zijn eveneens zeldzaam. Vals-negatieve uitslagen komen vooral voor als gevolg van testen in de windowfase. Alle positieve uitslagen dienen te worden bevestigd met een confirmatietest om vals-positieve uitslagen uit te sluiten. 11,12,13) De uitslag van de ELISA-test is meestal al binnen een dag bekend maar de uitslag van de confirmatietest laat tot één week op zich wachten. Hoewel de meeste uitslagen van negatieve hiv-testen dus al met één dag bekend zijn, is het raadzaam uitslagen standaard een week na bloedafname te agenderen om zo ook de uitslag van een eventuele confirmatietest mee te kunnen nemen.

Hiv-sneltesten kunnen in de praktijk zelf worden uitgevoerd. Sneltesten zijn ELISA-testen. Voor de gebruiker werken ze op een vergelijkbare manier als een zwangerschapstest, waarbij bloed (geen urine zoals bij een zwangerschapstest) moet worden aangebracht op de teststrip. De uitslag is na enkele minuten bekend. Positieve uitslagen dienen te worden bevestigd door een confirmatietest, een immuno blot. 14)

Het gebruik van zelftests wordt over het algemeen afgeraden. Bij zelftests vindt geen counseling plaats en wordt over het algemeen alleen op hiv getest. Sommige zelftesten kennen naast vals-positieve uitslagen ook vals-negatieve uitslagen. Zeker voor acute hiv-infecties vertegenwoordigen deze snel- en thuis testen dus een probleem. De speeksel-hiv-zelftest heeft bijvoorbeeld een sensitiviteit van 92 procent, zodat een op de twaalf testen bij hiv-geïnfecteerde individuen vals negatief zal zijn. 15)

### **Pre-test informatie en post-test counseling**

In het pre-test gesprek worden motieven, risicogedrag en suspecte klachten geïnventariseerd. Samen met de patiënt wordt een inschatting gemaakt van het risico op een positieve uitslag en worden afspraken gemaakt over hoe de uitslag wordt meegedeeld. Bij het verzoek tot screening en zeker bij laag seksueel risicogedrag, kan dit afgehandeld worden door de assistente of POH-er als zij zich daartoe bekwaam voelen.

De benadering bij het pre-testgesprek is laagdrempelig een hiv test te doen vanwege de gezondheidswinst bij een positieve uitslag. Het streven is normalisering van de hiv-test in de huisartspraktijk. De huidige richtlijnen adviseren bij het aanvragen van een hiv-test te werken volgens het 'opting-out'-principe: wanneer op geleide van klachten of als screenend instrument getest gaat worden, dan wordt dit als zodanig aan de patiënt meegedeeld. Er hoeft geen toestemming te worden gevraagd maar de patiënt kan de hiv-test wel weigeren. 16)

Het verdient aanbeveling bij het aanvragen van de hiv-test al af te spreken hoe de uitslag gegeven zal gaan worden. Er bestaan hiervoor geen richtlijnen. De wijze van communicatie hierover met de patiënt wordt bepaald door de kans op een positieve uitslag en van zijn of haar incasserend vermogen. Het heeft de voorkeur patiënten met een groot risico op een positieve testuitslag de uitslag te geven in een volgend consult op de praktijk. Is het risico klein of geeft de patiënt aan niet voor een volgend consult te willen komen dan kan de uitslag telefonisch worden gegeven. Een tussenweg kan zijn de uitslag te verzenden als e-mail of sms, met teksten als 'het onderzoek heeft geen afwijkingen opgeleverd' en bij positieve uitslagen 'de onderzoeken hebben afwijkingen opgeleverd, kunt u een afspraak maken voor mijn spreekuur?'. 17)

Geadviseerd wordt te vertellen dat de uitslag pas een week na bloedafname bekend is, het laboratorium heeft dan de tijd om zo nodig een confirmatietest te doen.

### **Voorbeeldcasus 2: Big Five**

Dirk van Houten, 67 jaar komt op het spreekuur. Hij komt voor de jaarcontrole van zijn DM type 2 en de hoge bloeddruk. Hij heeft het in de afgelopen jaren zwaar gehad. Drie jaar geleden is Peter, zijn partner, op 74-jarige leeftijd plotseling overleden aan een groot CVA.

De arts ziet wat twinkelingen in de ogen van Dirk en vraagt hoe het met hem gaat. Hij vertelt dat hij een half jaar geleden een nieuwe man heeft leren kennen op wie hij behoorlijk verkikkerd is geraakt.

De huisarts is twee maanden geleden op een nascholing geweest en heeft daar kennis genomen van pro actief testen op hiv, zeker ook bij mensen die opnieuw in het relatiecarrousel stappen. De huisarts trekt de stoute schoenen aan en vraagt het een ander. Dirk moet een beetje lachen als de huisarts begint over de noodzaak van safe seks en reageert met: "Dat is op onze leeftijd toch niet meer aan de orde?" Overigens voelt Dirk zich beter dan ooit, nadat hij zo'n vier maanden geleden een nare griep heeft gehad.

De huisarts stelt voor om voor de zekerheid testen te laten doen voor de Big Five en hij adviseert Dirk dat zijn nieuwe man het ook laat doen. Na wat gemopper stemt Dirk er mee in. Hij spreekt met de huisarts af dat hij het eerst ter sprake gaat brengen bij zijn nieuwe liefde en dat hij, afhankelijk van diens reactie, zal besluiten om het onderzoek wel of niet te laten doen.

Dan komen de uitslagen bij de huisarts binnen: Dirk blijkt zowel positief te zijn voor lues als voor hiv. De huisarts besluit om pro-actief te reageren. Dezelfde dag wordt Dirk telefonisch verzocht om op het spreekuur te komen voor de bespreking van zijn testuitslagen.

### **Literatuurlijst**

1. Nakagawa F, Lodwick RK, Smith CJ, et al. Projected life expectancy of people with HIV according to timing of diagnosis. *AIDS* 2012;26:335-43
2. Marks G, Crepaz N, Janssen RS. Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. *AIDS* 2006;20:1447-50.
3. Bezemer D, et al. A resurgent HIV-1 epidemic among men who have sex with men in the era of potent antiretroviral therapy. *AIDS* 2008;22:1071-77
4. Cohen M, Chen Y, McCauly M. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med*. 2011;365:493-505
5. Van Sighem A, Smit C, Holman R, Gras L, Stolte I, Bezemer B, de Wolf F. [Monitoring Report 2012](#). Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection in the Netherlands. Amsterdam, Stichting Hiv Monitoring, 2012.
6. Schouten M, Van Velde R, Snijdwind I, Verbon A, Rijnders B, Van der Ende M. Late diagnose van hiv-patienten in Rotterdam. Risicofactoren en gemiste kansen. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2013;157:A5731
7. Schwarcz S, Richards TA, Frank H, Wenzel, Chin Hsu L, Chi-Sheng J, Murphy J, Dilley J. Identifying barriers to HIV testing: personal and contextual factors associated with late HIV testing. *AIDS Care* 2011; 23:892-900
8. Van Bergen JEAM, Dekker JH, Boeke AJP, Kronenberg E, Van der Spruit R, Burgers J, Bouma M, Verlee L. NHG-Standaard Het soa-consult (eerste herziening) 2013 in print
9. Strategy, policy and commissioning on HIV testing and prevention: Providing HIV testing in primary and secondary care. NICE Guidelines March 2011

10. [HIV Indicator Conditions](#): Guidance for implementing routine HIV testing in adults in health care settings. Kopenhagen, 2012
11. [LCI-richtlijn](#) Hivinfectie 2005, laatst gewijzigd 2012
12. Geretti A. HIV testing and monitoring. *Medicine* 2009 37:326-29
13. Detection of acute HIV infection in two evaluations of a new HIV diagnostic testing algorithm — United States, 2011–2013. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2013; 62(24):489-94.
14. Branson B, Handsfield H, Lampe M, Janssen R, Taylor A, Lyss S, Clark J. Revised Recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. [MMWR Recommendations and reports](#) 2006;55(RR14):1-17
15. Arnold C. At-home HIV test poses dilemmas and opportunities. *Lancet* 2012;380:1045-46 28) De [hiv-zelftest](#). Amsterdam, Soa Aids Nederland.
16. [Standpunt adviescommissie](#) actief testen en counselen: Aanscherpen actief testbeleid onder doelgroepen noodzakelijk. Amsterdam, 2007.
17. HIV Indicator Conditions: [Guidance](#) for Implementing HIV Testing in Adults in Health Care Settings. Hiv in Europe, 2014.

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