

Hiv bij migranten

Ysbrand van der Vleugel, Tatiana Mouhebat

Niet-westerse migranten in Nederland hebben meer te kampen met soa- en hiv-problematiek dan autochtone Nederlanders. Wanneer zij vragen hebben over hiv en soa gaan ze vaak eerder naar de huisarts dan naar een Centrum voor Seksuele Gezondheid. Dat betekent dat huisartsen bij deze groep migranten extra alert moeten zijn op symptomen die kunnen wijzen op een hiv-indicatoraandoening.

WEL EEN HIV-INDICATORAANDOENING, GEEN DIAGNOSE

Bij migranten met een niet-westerse migratieachtergrond, en vooral bij degenen onder hen met een asielachtergrond, zoals vluchtelingen, wordt vaker de diagnose hiv gesteld dan bij autochtone heteroseksuele mannen en vrouwen.^{1,2} Deze migranten zijn in het algemeen afkomstig uit hiv-endemische gebieden en lopen een groter risico op besmetting omdat ze leven in en vluchten door oorlogsgebied.^{3,4} Er is bij patiënten afkomstig uit Sub-Saharaans Afrika vaker sprake van een late diagnose en ze komen ook later in zorg.^{1,2}

Opmerkelijk is dat 60% van de mensen die vijf jaar voorafgaand aan de diagnose hiv hadden de huisarts bezocht met een aandoening of met klachten die kunnen wijzen op een hiv-infectie, dus met een hiv-indicatoraandoening. Bij een derde van deze mensen is in het jaar voorafgaand aan de diagnose bloed geprikt, waarbij er geen onderzoek naar het human immunodeficiency virus (hiv) of ander seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's) is gedaan.⁵

Vergeleken met autochtone Nederlanders gaan mensen met een migratieachtergrond voor soaproblematiek eerder te rade bij de huisarts, dan bij een Centrum voor seksuele gezondheid (CSG).⁶ Daarnaast is naar schatting bij 12% van de met hiv besmette mensen de positieve hiv-status niet bekend, waardoor deze groep een bron blijft van nieuwe besmettingen.⁷

CASUS

Amina is een 32-jarige vrouw, kort geleden uit Syrië gekomen, die voor de tweede keer op het spreekuur komt in verband met een griepachtig beeld. Ze blijft moe, transpireert veel en voelt zich koortsig. Haar huisarts ziet een niet-zieke vrouw. Bij lichamelijk onderzoek vindt hij geen bijzonderheden, behalve wat opgezette klieren in het halsgebied. Een onschuldige luchtwegvirus lijkt het meest waarschijnlijk en hij besluit spontaan herstel af te wachten. Een half jaar later is Amina 7 kilo afgevallen en heeft ze voortdurend diarree. De ontlastingskwaken zijn negatief, maar de hiv-test is positief.

HIV-ENDEMISCHE LANDEN

In 2017 was 83% van de heteroseksuele mannen en vrouwen

die in Nederland hiv-positief werden bevonden afkomstig uit een hiv-endemisch gebied.¹ Volgens het RIVM is hiv in de hele wereld endemisch, met uitzondering van West Europa, Noord-Amerika, Nieuw-Zeeland en Australië. In de als hiv-endemisch te beschouwen gebieden bestaat geen betrouwbaar surveillancesysteem voor soa's en hiv. Het RIVM stelt daarom dat het soa- en hiv-percentages in die landen hoog kan zijn. Dit betekent dat we ervan uit moeten gaan dat alle mensen met een niet-westerse migratieachtergrond, dus ook alle asielzoekers en vluchtelingen, uit hiv-endemisch landen komen.⁸

In Nederland zijn cijfers over hiv en andere soa's beschikbaar via de CSG's. Daar vindt registratie van epidemiologische gegevens plaats, inclusief de herkomst van patiënten. De CSG's deden in 2016 143.139 soa-consulten. Voor huisartsen ligt dit aantal in 2016 op 281.300. Ongeveer twee derde van alle soaconsulten vindt dus plaats in de huisartsenpraktijk.^{2,9}

VERVOLG CASUS

De huisarts verneemt in een uitgebreid gesprek met Amina's echtgenoot, die twee jaar eerder uit Syrië naar Nederland was gevlucht, dat hij tijdens zijn verblijf in het asielzoekerscentrum (AZC) onbeschermd seksueel contact heeft gehad met een andere vrouwelijke vluchteling. Ook bij hem blijkt de hiv-test positief te zijn. De huisarts verwijst Amina en haar man naar een hiv-centrum.

Amina heeft een CD4-count van 250/mm³; bij haar echtgenoot is deze 150/mm³. Allebei hebben ze een hoge *viral load*. Amina denkt dat ze bij haar twee zwangerschappen in Syrië wél op hiv is getest en 'toen was alles goed'. In het hiv-centrum worden ze intensief bijgestaan door een hiv-consulent, die hen niet alleen voorlichting geeft op medisch vlak, maar ook de psychosociale situatie in kaart brengt.

BESCHOUWING

Huisartsen mogen er niet van uitgaan dat hiv of andere soa's in een AZC worden uitgesloten. Bij migranten met een asielachtergrond wordt tijdens verblijf in een AZC geen medisch onderzoek verricht, behalve naar tuberculose (tb). In de Verenigde Staten en Canada vindt in vluchtelingencentra naast screening op tb wel onderzoek naar hiv en hepatitis-B plaats. Het is bekend dat vluchtelingen in oorlogsgebieden blootstaan aan allerlei ontberingen, waaronder seksueel misbruik en geweld. Dit geldt zowel voor mannen als voor vrouwen en kinderen. Misbruik kan plaatsvinden door vijandelijke troepen en mensensmokkelaars, maar ook tijdens het verblijf in vluchtelingenkampen en in het AZC. Mensen met een asielachtergrond (vluchtelingen) zijn daardoor kwetsbaarder voor soa's en hiv.^{3,4}



Mensen met een migratieachtergrond gaan voor soapproblematiek eerder naar de huisarts dan naar een Centrum voor Seksuele Gezondheid.

Foto: Shutterstock

Mogelijk maakten Amina's griepsymptomen deel uit van het beeld van een acute hiv-infectie. Haar huisarts dacht in eerste instantie niet aan een hiv-indicatoraandoening. De belangrijkste hiv-indicatoraandoeningen zijn gonorrhoe, syfilis, hepatitis B en C, mononucleose (een pfeifferachtig beeld dat kan wijzen op een acute hiv-infectie), herpes zoster en een niet nader verklaarde recidiverende pneumonie. Daarnaast kunnen onverklaarde klachten, zoals chronische diarree of gewichtsverlies, indicatoren zijn voor een hiv-infectie. Wanneer sprake is van een van deze klachten of aandoeningen moet de (huis)arts een hiv-test overwegen.^{5,9,10}

Hiv zien we in Nederland vaker bij niet-westerse immigranten

Huisartsen zijn veelal niet op de hoogte van de hiv-status van migranten zoals Amina en haar echtgenoot. Bij Amina heeft besmetting waarschijnlijk plaatsgevonden ná haar aankomst in Nederland.

Bij mensen afkomstig uit Sub-Saharaans Afrika zien we een opvallende trend. De hiv-besmettingen in de groep die vóór 2015 werd gediagnosticeerd vonden overwegend plaats buiten

Nederland: 81% besmetting in Sub-Saharaans Afrika, 16% in Nederland. De besmettingen die in of ná 2015 werden vastgesteld vonden echter in 57% van de gevallen plaats in Sub-Saharaans Afrika en voor 41% in Nederland.¹ Dit wijst erop dat verspreiding van het hiv-virus doorgaat nadat vluchtelingen het hiv-endemische gebied hebben verlaten. Dat kan betekenen dat AZC's en huisartsenpraktijken méér aandacht moeten besteden aan voorlichting en risico-inventarisatie.

Toen een half jaar later bij Amina de diagnose werd gesteld was de CD4-count aanzienlijke gedaald. Dit past net als bij haar man bij een late diagnose, waarvan immers sprake is bij $CD4 < 350/mm^3$.^{1,14}

Mensen bij wie de hiv-diagnose vroeg wordt gesteld (bij $CD4 > 350/mm^3$) en die meteen met behandeling starten reageren beter op de behandeling, en hebben een geringere ziektelast en een betere prognose.^{10,11}

Bovendien zijn ze niet besmettelijk meer zodra het hiv-virus tijdens de behandeling ondetecteerbaar is geworden, wat natuurlijk bijdraagt aan het terugdringen van de verspreiding van het hiv-virus.

De casus illustreert enerzijds het belang van een brede differentieële diagnose bij een aspecifiek ziektebeeld. Anderzijds maakt deze het nut van gepaste aandacht voor hiv en soa's duidelijk: door hiv en soa's ter sprake te brengen wordt het mogelijk om informatie te delen en patiënten bewust te maken

van de mogelijkheid van een proactieve test.

Hiv zien we in Nederland vaker bij niet-westerse immigranten, vooral bij migranten uit Sub-Saharagebieden, Suriname en de Antillen. Ook blijkt het percentage positieve tests van het totaal aantal verrichte tests hoger bij mensen die tot een risicogroep behoren. Het percentage positieve hiv-tests bij heteroseksuele mannen uit Nederland is 0,02 en bij vrouwen uit Nederland 0,01. Bij heteroseksuele mannen uit Sub-Saharaans Afrika is het 0,63, bij vrouwen uit dit gebied 0,48.²

Vrouwen en heteroseksuele mannen met hiv uit Latijns-Amerika, Zuid- en Zuidoost-Azië, het Caraïbisch gebied, Suriname en Sub-Saharaans Afrika komen vaker laat in zorg.¹ De reden hiervan is niet precies bekend. Bij migranten vormen mogelijk onbekendheid met het Nederlandse gezondheidszorgsysteem en een gebrek aan kennis en vaardigheden op het gebied van gezondheid een belemmering. Ook kunnen culturele opvattingen een rol spelen.^{6,13} Een positieve hiv-diagnose heeft voor veel mensen in de migrantengroepen grote sociaal-maatschappelijke consequenties en kan onder andere tot sociale uitsluiting leiden. Op het spreken over seksualiteit en hiv rusten vaak taboes. Migrantenvormen stellen betrouwbare online informatie op prijs (bijvoorbeeld via Zanzu.be). Ook huisartsen kunnen van dit soort informatie gebruikmaken tijdens gesprekken over seksuele gezondheid.¹²

Het is belangrijk dat u als huisarts bij niet-westerse migranten kijkt naar het risico op soa's en hiv, óók wanneer ze daar zelf geen vragen over hebben. Maak het risico op een hiv-infectie bespreekbaar en geef de patiënt informatie. Vervolgens kunt u overwegen om laagdrempelig en proactief een test aan te bieden, óók wanneer de patiënt daar niet direct om heeft gevraagd. Het is natuurlijk belangrijk om voor dit soort gesprekken voldoende tijd te nemen en eventueel de hulp van een tolk aan te bieden. Vraag vervolgens eerst toestemming om een aantal vragen te stellen met betrekking tot seksualiteit en hiv.

CONCLUSIE

Deze casus laat zien welke rol u kunt spelen bij het beperken van de verspreiding van het hiv-virus. Wees alert op de aanwezigheid van symptomen die kunnen wijzen op een hiv-indicatoraanvonding en breng expliciet het risico op besmetting met hiv ter sprake. Vroegdiagnostiek leidt immers tot een beperking van de gezondheidsschade. ■

LITERATUUR

1. Van Sighem A, Boender S, Wit F, Smit C, Matser A, Reiss P, et al. Monitoring Report 2018 Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection in the Netherlands. Amsterdam: Stichting HIV Monitoring, 2018.
2. Visser M, Van Aar F, Op de Coul ELM, Slurink IAL, Van Wees DA, Hoenderboom BM, et al. Sexually transmitted infections in the Netherlands in 2017. Bilthoven: RIVM, 2018.
3. Desgrees-du-Lou A, Pannetier J, Ravalihasy A, Le Guen M, Gosselin A, Panjo H, et al. Is hardship during migration a determinant of HIV infection? Results from the ANRS PARCOURS study of sub-Saharan African migrants in France. *AIDS* 2016;30:645-56.
4. Amnesty International. Migranten op de vlucht voor geweld, misbruik en uitbuiting. Amsterdam: Amnesty International, 2016.
5. Joore IK, Arts DL, Kruijer MJ, Moll van Charante EP, Geerlings SE, Prins JM, et al. HIV indicator condition-guided testing to reduce the number of undiagnosed patients and prevent late presentation in a high-prevalence area: a case-control study in primary care. *Sex Transm Infect* 2015;91:467-72.
6. Huisarts-migrant.nl. HIV infectie.
7. Pharris A, Quinten C, Noori T, Amato-Gauci AJ, Van Sighem A, the ECDC HIV/AIDS Surveillance and Dublin Declaration Monitoring Networks. Estimating HIV incidence and number of undiagnosed individuals living with HIV in the European Union/European Economic Area, 2015. *Euro Surveill* 2016;21: pii:30417.
8. RIVM. Lijst soa/hiv-endemische landen. Bilthoven: RIVM Nederland.
9. Van Bergen JEAM, Dekker JH, Boeke AJP, Kronenberg EHA, Van der Spruit R, Burgers JS, et al. NHG-Standaard Het soa-consult. *Huisarts Wet* 2013;56:450-63.
10. Joore IK, Op de Coul ELM, Bom BCI, Van Sighem AI, Geerlings SE, Prins JM, et al. Proactiever testen op hiv is nodig. *Huisarts Wet* 2017;60:24-6.
11. The INSIGHT START Study Group, Lundgren JD, Babiker AG, Gordin F, Emery S, Grund B, et al. Initiation of antiretroviral therapy in early asymptomatic HIV infection. *N Engl J Med* 2015;373:795-807.
12. De Neef M, De Vries J, Van der Vlucht I. Praten over relaties en (seksuele) gezondheid. Een verkenning onder Syrische vluchtelingen in Nederland. Utrecht: Rutgers, Kenniscentrum seksualiteit, 2017.
13. Mouhebat T. Waarom verdient soa- en hiv-zorg voor asielzoekers extra aandacht? Amsterdam: Soa Aids, 2018.
14. Op de Coul ELM, Van Sighem A, Brinkman K, Van Benthem BH, Van der Ende ME, Geerlings S, et al. Factors associated with presenting late or with advanced HIV disease in the Netherlands, 1996-2014: results from a national observational cohort. *BMJ Open* 2016;6:e009688.

Van der Vleugel Y, Mouhebat T. Hiv bij migranten. *Huisarts Wet* 2019;62:DOI:10.1007/s12445-019-0282-9.
seksHAG, Huisarts Advies Groep Seksuele Gezondheid, Amsterdam: Y. van der Vleugel, huisarts, ysvleugel@hotmail.com. Soa Aids Nederland, Amsterdam: T. Mouhebat, beleidsmedewerker etnische minderheden. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.