

# AIDS en de huisarts

DRS. J. K. VAN WIJNGAARDEN EN LODE WIGERSMA\*

Het Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) is een nieuwe ziekte, die de huisarts voor deels nieuwe, deels bekende problemen stelt. In dit artikel wordt vooral aandacht besteed aan de grootste risicogroep met betrekking tot AIDS, de homoseksuele mannen met veel wisselende contacten. Daarnaast wordt ingegaan op de groep intraveneuze druggebruikers en de hemofiliëpatiënten.

## Inleiding

De laatste maanden is veel aandacht besteed aan het Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), zowel in de massamedia, als in de medische vakpers. Zo werden in *Huisarts en Wetenschap* al eerder, in vraag-en-antwoord vorm, een aantal aspecten van dit nieuwe ziektebeeld besproken.<sup>1</sup>

Het epidemische karakter van de angst en onrust rond AIDS overtreft dat van de ziekte zelf vele malen. De gegevens over de ziekte zijn vaak op sensationele wijze wereldkundig gemaakt via de massamedia. De vele mysterieuze aspecten, het gecompliceerde karakter van het ziektebeeld en de toch al negatief gekleurde belangstelling voor de risicogroepen, hebben geleid tot buitenproportionele publiciteit.

Het resultaat is een sterke onrust, in de eerste plaats onder degenen die tot de risicogroepen (menen te) behoren, maar in de Verenigde Staten blijft het daartoe niet beperkt. In toenemende mate wordt een vijandige houding merkbaar tegenover (potentiële) AIDS-patiënten. De homoseksuele populatie vormt hierbij veruit het grootste doelwit. Het gevolg is dat homoseksualiteit en de homoseksuele subcultuur met toenemend wantrouwen worden beschouwd. Met name de (machtige) groeperingen in de Verenigde Staten die recht, orde en moraal prediken, maken gebruik van de AIDS-hysterie om de staf te breken over allerlei seksuele en morele vrijheden.

In Nederland loopt het niet zo'n vaart met de paniek. Niettemin moet er rekening mee worden gehouden, dat de on-

gerustheid hier ook zal toenemen, naarmate het aantal AIDS-patiënten stijgt.

In juni van dit jaar is gestart met een grote voorlichtingscampagne, die vooral tot doel had de voornaamste risicogroep – homoseksuele mannen met veel wisselende seksuele contacten – over de ziekte te informeren. In een op grote schaal verspreide folder wordt geadviseerd bij mogelijke AIDS-verschijnselen naar de huisarts te gaan.

De kans dat de huisarts daadwerkelijk iemand met AIDS op het spreekuur zal krijgen, is vooralsnog gering. Gegeven de grote ongerustheid die AIDS heeft teweeggebracht, en de vaagheid van de symptomen waarmee de ziekte begint, zullen wél steeds meer huisartsen in aanraking komen met vragen en klachten die hiermee in verband worden gebracht. Het ligt voor de hand dat dergelijke vragen en klachten vooral bij homoseksuele mannen leven, ongeacht de frequentie waarmee zij van sekspartner wisselen. Een begrip als „veel wisselende seksuele contacten” is immers dermate vaag, dat alleen strikt monogaam levende homoseksuele paren zich niet tot deze risicogroep zullen rekenen.

Uitgaande van de belangrijkste risicogroep zullen wij in deze bijdrage proberen te inventariseren, welke mogelijkheden en moeilijkheden zich kunnen voordoen bij de hulpverlening door de huisarts op dit – vrijwel onontgonnen – terrein.

## Epidemiologie

AIDS is een nieuw syndroom, dat naar alle waarschijnlijkheid voor 1979 in de westerse wereld niet voorkwam.

In 1982 verscheen in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* een eerste artikel naar aanleiding van verontrustende berichten uit de Verenigde Staten.<sup>2</sup> Men was daar op het spoor gekomen van dit nieuwe ziektebeeld, toen op verschillende plaatsen tegelijk melding werd gemaakt van jonge mannen die identieke, zeldzame aandoeningen vertoonden. Het syndroom leek aanvankelijk alleen voor te komen bij homoseksuele mannen met zeer veel wisselende contacten. Dat is de achtergrond van de abjecte betiteling „homoziekte”, die de pers aan dit syndroom heeft meegegeven.

Er zijn op het ogenblik in de hele wereld meer dan 2000 patiënten bekend, waarvan ruim 90 procent in de Verenigde Staten (*tabel*). In Frankrijk en België worden relatief veel patiënten gezien afkomstig uit landen in Centraal-Afrika. Zo zijn alleen al in België dertig AIDS-patiënten gediagnostiseerd, die op een enkeling na allen afkomstig zijn uit Zaïre of Rwanda. Welke omvang de ziekte in deze landen zelf heeft aangenomen, is nog onbekend.

In Nederland zijn tussen april 1982 en oktober 1983 twaalf AIDS-patiënten gemeld, van wie er zeven zijn overleden.

De oorzaak van AIDS is onbekend, maar de ziekte vertoont epidemiologisch het karakter van een infectieziekte (waarschijnlijk een virusinfectie).<sup>3</sup> Gezien het verspreidingspatroon van de ziekte, vindt de overdracht vrijwel zeker plaats via bloed en intiem seksueel contact, waarbij moet worden aangetekend dat genitaal-vaginaal contact weinig risico lijkt op te leveren. De verspreiding vertoont grote gelijkenis met die van hepatitis B.

Uit onderzoek is gebleken dat binnen een aantal risicogroepen op soms grote schaal immunologische afwijkingen zijn te vinden, zonder dat de betekenis daarvan duidelijk is. De consequentie hiervan zou kunnen zijn, dat AIDS op zichzelf beschouwd kan worden als een opportunistische infectie.<sup>4</sup>

Het risico bestaat dat AIDS niet beperkt blijft tot de reeds genoemde groepen, maar langzamerhand „diffundeert” naar andere populaties. Een dergelijk patroon is te verwachten bij een infectieziekte die zijn eerste bloei beleeft in nauw omschreven gemeenschappen waarbinnen intensieve onderlinge contacten bestaan.

\* Respectievelijk AIDS-beleidscoördinator Nederland, en huisarts/medewerker aan het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Universiteit van Amsterdam.

In Nederland is AIDS nu nog zeer zeldzaam. Op grond van gegevens uit de Verenigde Staten is echter te verwachten dat het aantal gevallen aanzienlijk zal toenemen. Gelet op de lange incubatietijd, de onduidelijke symptomatologie, de diagnostische problemen en de verdubbeling van het aantal patiënten per halfjaar, moeten we vrezen dat de tot nu toe bekende gevallen het topje van een ijsberg vormen.

### Onduidelijke signalen

Contacten met homoseksuele patiënten zijn niet voor iedere huisarts even vanzelfsprekend.<sup>5</sup> Wanneer een huisarts opmerkelijk weinig homo's in zijn/haar praktijk kent, of problemen ondervindt in het contact met homoseksuele patiënten, dan schort er iets aan de voorwaarden voor een goed hulpverleningsproces. Reflectie op die voorwaarden is dan vereist. Kan men de noodzakelijke openheid, belangstelling en empathie opbrengen? Bestaat de bereidheid om lacunes in kennis en inzicht op te vullen? De huisarts kan, zoals bekend, veel van patiënten leren door aandachtig te luisteren en open te staan voor hetgeen zij te zeggen hebben. Wanneer een consult dreigt vast te lopen, is de huisarts degene die de vraag aan de orde moet stellen, waarom dit gebeurt. Bij een (homoseksuele) patiënt die zijn huisarts bezoekt vanwege zijn ongerustheid over AIDS, kan de boodschap nog verder aan het oog onttrokken worden door angst. Het is bekend dat (verborgen) angst voor een ernstige ziekte een belangrijke oorzaak is voor *patient delay*.<sup>6</sup> Anderzijds kan de angst van de arts om een ernstige ziekte bij een patiënt te moeten constateren, respectievelijk hem dit mee te delen, tot misplaatste bagatellisering en geruststelling leiden en daardoor tot nog verder uitstel. Dit is ook het geval indien de arts slecht op de hoogte is van

het ziektebeeld en de dreiging die ervan uitgaat.

Deze valkuilen kan men vermijden door bedacht te zijn op signalen die op het eerste gezicht moeilijk te duiden zijn. Te denken valt aan vage lichamelijke klachten, gepaard gaande met een angst die buiten proporties lijkt. Een andere mogelijkheid is dat er zichtbare afwijkingen zijn die de arts opvallen, terwijl de patiënt vermijdt erover te spreken. De ongerustheid kan voorts verborgen zijn in een (terloops) verzoek om een algehele *check-up*, een verwijzing naar de internist of dermatoloog, een laboratoriumonderzoek, of in een specifieke vraag naar de betekenis van een bepaald symptoom.

In al deze gevallen is een omzichtige verkenning geboden: er komen immers allerlei onderwerpen aan de orde die voor velen nog steeds in de taboesfeer liggen: homoseksualiteit, geslachtsziekte, seksuele technieken en promiscuïteit.

### Verdenking

Als het gesprek eenmaal op AIDS is gekomen, zal de huisarts in principe niet anders te werk gaan dan hij gewoon is. Na het bespreken van de redenen voor de ongerustheid en de aard van de klachten is reeds een eerste, voorlopige selectie mogelijk: wel of geen verhoogd risico, respectievelijk verdenking.

Zo zal de exploratie al vele gegevens opleveren die, althans voor de huisarts, geruststellend dan wel verdacht zijn. Een uitgebreide anamnese en gericht lichamelijk onderzoek zijn aangewezen bij degenen die een duidelijk verhoogd risico lopen en/of verdachte symptomen hebben, en soms ook bij niet-verdachte patiënten die blijven aandringen op verder onderzoek. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van een checklist (*figuur*). Deze checklist stelt de arts in

staat te bepalen, in welke mate de diagnose AIDS waarschijnlijk is. Daarbij zijn de volgende overwegingen van groot belang:

- Behoort de patiënt tot de risicogroep? Hierbij moet worden bedacht dat mannen met zeer veel wisselende seksuele (slijmvlies-slijmvlies) contacten het grootste risico lopen. Het kan daarbij gaan om vele honderden partners. Ook een voorgeschiedenis van vele seksueel overdraagbare aandoeningen is een signaal dat de betrokkene tot de risicogroep behoort. Als de patiënt veel seksuele contacten heeft gehad met mannen uit „risicogebieden” in de Verenigde Staten (New York, San Francisco en Los Angeles), is het risico eveneens verhoogd.
- Is er sprake van een continu verslechterende conditie gedurende langere tijd, met symptomen als algemene malaise, gewichtsverlies, temperatuursverhoging, nachtzweeten, sterke vermoeidheid en gegeneraliseerde lymfadenopathie (met name wanneer deze in combinatie voorkomen)?
- Zijn er aanwijzingen voor de specifieke ziektebeelden die ten gevolge van AIDS optreden (opportunistische infecties of Kaposi-sarcoom)?

De huisarts kan grofweg drie groepen patiënten verwachten:

1. Patiënten bij wie redelijkerwijs kan worden uitgesloten dat er AIDS in het spel is.
2. Patiënten bij wie de mogelijkheid van AIDS niet kan worden uitgesloten, zonder dat er echter sprake is van een snel verslechterend beeld en zonder dat er aanwijzingen zijn voor manifeste opportunistische infecties dan wel Kaposi-sarcoom. Hierbij gaat het om patiënten die tot de risicogroep behoren en klachten hebben die op een prodromaal stadium van AIDS kunnen wijzen. Een voorbeeld hiervan is een toestand van gegeneraliseerde lymfadenopathie die niet verandert in de loop van de tijd, zoals nog weleens gezien wordt bij homoseksuele mannen.<sup>7</sup>

In de eerste plaats moeten dan andere oorzaken van de klachten worden uitgesloten. Uit de gegevens van het monitoringsproject blijkt dat slecht gedefiniëerde toestanden, zoals niet gespecificeerde virusinfecties, algemene malaise en surmenage, een hoge incidentie en prevalentie hebben, terwijl zij tevens als zelfstandige diagnose worden geregistreerd. Inzicht in deze morbiditeitsgegevens is van groot belang voor de interpretatie van klachten en symptomen die op AIDS kunnen wijzen.<sup>8</sup>

Tabel. AIDS in de Verenigde Staten.

Risicogroepen <sup>a</sup>	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%
Homoseksueel/biseksueel	1427	76,0	—	—	1427	71,2
Intraveneus druggebruiker	273	14,5	66	50,8	339	16,9
Haïtiaan	91	4,9	14	10,8	105	5,2
Hemofiliepatiënt	15	0,8	—	—	15	0,7
Anders/onbekend	72	3,8	50	38,4	122	6,1
<b>Totaal</b>	<b>1878</b>	<b>100,0</b>	<b>130</b>	<b>100,0</b>	<b>2008</b>	<b>100,0</b>

<sup>a</sup> Gevallen met meer dan één risicofactor zijn alleen in de eerste risicogroep ondergebracht. Bron: Center for Infections Diseases, Centers for Disease Control, Weekly surveillance report (augustus 1983).

Differentieel-diagnostisch komen vooral de volgende aandoeningen in aanmerking: virale infecties als mononucleosis infectiosa, hepatitis B; cytomegalievirus-infectie en rubella, toxoplasmose, lues II, tbc en maligne aandoeningen van het lymfatisch systeem.

In de tweede plaats zijn de progressie en de duur van de klachten van belang voor de beoordeling van het beeld. Als er geen andere oorzaken voor de klachten gevonden worden, maar wel sprake is van een relatief constant beeld, is een terughoudend beleid gerechtvaardigd.

**3.** Patiënten die tot de risicogroep behoren, met een snel verslechterend beeld en/of aanwijzingen voor opportunistische infecties dan wel Kaposi-sarcoom.

Aanwijzingen voor opportunistische infecties zijn:

– hoesten en kortademigheid, als deze gepaard gaan met neusvleugelen en tachypnoe, vaak zonder het opgeven van sputum;

– aanhoudende diarree, vooral wanneer deze samengaat met een Candida-infectie in de mond of een hardnekkige herpesinfectie en klachten van algemene malaise en aanzienlijk gewichtsverlies.

Aan een Kaposi-sarcoom moet met name gedacht worden bij het vrij plotseling verschijnen van een of meer paarsrode, meestal licht verheven plekken op de huid met een enigszins langwerpige vorm, die niet jeuken en overal gelokaliseerd kunnen zijn en niet zijn te duiden als hematoom of bloedblaar.

Bij hoesten en kortademigheid kan een thoraxfoto differentieel-diagnostisch van belang zijn. Wel moet op de aanvraag dan expliciet vermeld worden, dat aan een pneumocystis carinii-pneumonie gedacht wordt. Bij diarree is een differentieel-diagnostische overweging dat bepaalde (parasitaire) darminfecties, zoals amoebiasis en lamblia's, bij homoseksuele mannen niet ongebruikelijk zijn.<sup>9</sup>

De aldus verkregen gegevens stellen de huisarts in staat een redelijk betrouwbare hypothese ten aanzien van de verdenking op AIDS te formuleren, zeker wanneer er een goed contact met de patiënt bestaat.

### Verwijzen of niet?

In de meeste gevallen zal de huisarts kunnen concluderen dat er geen verdenking bestaat op AIDS. Hij kan dan volstaan met het geruststellen van de patiënt en eventueel verder zoeken naar andere oorzaken van de klachten. An-

derzijds moeten patiënten met aanwijzingen voor opportunistische infecties dan wel Kaposi-sarcoom worden verwezen naar een specialist.

Moeilijker wordt het wanneer de hypothese „dubieus” luidt. Men realiseert zich dat de geneeskunde hier zeer weinig te bieden heeft. De diagnose AIDS wordt immers op basis van de gevolgen van de ziekte gesteld, dat wil zeggen op basis van de aanwezigheid van opportunistische infecties dan wel het Kaposi-sarcoom. Zijn hiervoor geen aanwijzingen, dan geeft verdere diagnostiek geen verder uitsluitel. Wel is de kans groot dat de ongerustheid toeneemt, vooral als een immuniteitsstoornis gevonden wordt (die immers zowel reversibel als irreversibel kan zijn).

Geruststelling is hier echter evenmin op zijn plaats. De onduidelijkheid zal voorlopig moeten blijven bestaan. Hooguit kan de hypothese worden getoetst via consultatie van een deskundige instantie of specialist.\* Ook kan de patiënt

worden verwezen naar een „gewone” internist ter uitsluiting van andere oorzaken voor zijn klachten.

Bij blijvende onzekerheid zal verdere begeleiding en controle door de huisarts noodzakelijk zijn. Richtsnoer daarbij zijn de mate van ongerustheid van de patiënt en de aard van zijn verschijnselen. Wanneer de verdenking op AIDS toeneemt, zal op een gegeven moment toch verdere specialistische diagnostiek moeten plaatsvinden.

Gezien de slechte prognose zijn de gevolgen van een positieve diagnose immens. Daarom is grote zorgvuldigheid geboden bij de verwijzing, de diagnostiek en het vaststellen van de diagnose: „een beetje AIDS”, „subklinische AIDS”, „pré-AIDS” en dergelijke bestaan niet, in tegenstelling tot wat eerder is gepu-

\* Mogelijkheden hiervoor zijn: Polikliniek Interne Geneeskunde Academisch Medisch Centrum, telefoon 020-5669111; GG & GD Amsterdam, afdeling Volksgezondheid, telefoon 020-5555911.

### Wat is AIDS?

Zoals de Engelse benaming aangeeft, is AIDS een syndroom dat gekenmerkt wordt door een verworven immunodeficiëntie. Aannemelijk is gemaakt dat vooral de T-helper cellen (een subpopulatie van de lymfocyten) worden aangetast, en dat deze uiteindelijk vrijwel geheel uit het perifere bloed verdwijnen.

Het gedeeltelijk wegvallen van de immuniteit heeft drie gevolgen:

- Het optreden van opportunistische infecties: infecties door micro-organismen die onder normale immunologische condities niet pathogeen zijn. Als een van de belangrijkste infecties wordt veel gezien: een pneumonie door de pneumocystis carinii.

- Een ernstig verloop van banale infecties. Voorbeelden zijn uitgebreide genitale herpesinfecties, candida-infecties in de mond en in de slokdarm.

- Het optreden van die vormen van kanker, die met een virale genese in verband worden gebracht. Veelal wordt het Kaposi-sarcoom gezien, dat bij patiënten met AIDS een ernstig beloop heeft.

De oorzaak van AIDS is niet bekend. Vermoedelijk gaat het om een tot nu toe onbekend virus, dat al langer endemisch voorkomt in bepaalde streken in Afrika en recent (omstreeks 1979) geïntroduceerd is in de westerse wereld.

De prognose is somber; de mortaliteit bedraagt tot nog toe 40 procent. De vijfjaars overleving is waarschijnlijk zeer gering. Patiënten bezwijken aan de ernstige (opportunistische) infecties en/of de verschillende vormen van kanker.

Vermoedelijk bedraagt de incubatietijd

van het AIDS-agens tussen de zes maanden en twee of meer jaar. Het beloop van de ziekte is sluipend en geleidelijk progressief. Een veelheid van betrekkelijk vage symptomen kan zich, geïsoleerd dan wel in combinatie, voordoen: algemene malaise, temperatuurverhoging, nachtzweeten, gewichtsverlies, diarree, lymflierzwellingen, droge hoest en kortademigheid. Paarsrode, licht verheven plekken op de huid kunnen wijzen op Kaposi-sarcoom.

De diagnose is een klinische, bij gebrek aan een betrouwbare laboratoriumtest. De verhouding tussen T-helper cellen en T-suppressor cellen in het perifere bloed is weliswaar steeds gestoord bij AIDS, maar dit kan ook bij andere infectieziekten (tijdelijk) het geval zijn. Mogelijk is deze ratio zelfs binnen de risicogroepen bij een groot aantal personen permanent gestoord.<sup>4</sup> Het vinden van een gestoorde ratio kan de diagnose dus slechts ondersteunen. Overigens is de test alleen uitvoerbaar in gespecialiseerde centra.

Bij AIDS-patiënten zijn ook diverse virusen in het bloed aangetroffen, waarvan verondersteld is dat ze misschien in oorzakelijk verband staan met Humaan AIDS onder meer het Humaan T-cel Leukemie Virus. Dit staat echter niet vast.

De klinische diagnose berust op de aanwezigheid van Kaposi-sarcoom en/of opportunistische infecties bij tevoren niet-immunodeficiënte personen onder de 60 jaar.

Er is tot nu toe geen patiënt beschreven bij wie de immuniteit zich weer hersteld heeft na het stellen van de diagnose. Bestrijding van de gevolgen van AIDS is de enige mogelijkheid tot therapeutische behandeling.

bliceerd.<sup>10</sup> Het hanteren van deze terminologie schept verwarring en onnodige onrust. Diagnostische tests die voor AIDS kenmerkende afwijkingen van immunologische of serologische aard kunnen vaststellen, ontbreken immers. De tweede lijn zal veelal uitgebreid onderzoek verrichten om de ziekte uit te sluiten. Onderdeel van de diagnostiek is de bepaling van de zogenaamde T4/T8-ratio; de verhouding tussen T-helper- en T-suppressorcellen in het perifere bloed. De meest gelukkige uitkomst is natuurlijk als alles normaal is: de patiënt kan definitief gerustgesteld worden. Juist bij diegenen die behoren tot de risicogroe-

pen voor AIDS, blijken er echter vaak immunologische afwijkingen te bestaan. Hoewel het verband tussen deze afwijkingen en AIDS niet vaststaat en deze afwijkingen, voor zover bekend, geen eenduidige prognostische betekenis hebben, leert de ervaring dat een afwijkende T4/T8 ratio een versterking van de ongerustheid geeft en min of meer invaliderend kan werken. Het voordeel dat sommige patiënten door dergelijke tests gerustgesteld kunnen worden, omdat er geen afwijkingen zijn, weegt niet op tegen het nadeel dat anderen opgescheept worden met een probleem dat moeilijk verwerkt wordt. Een en ander pleit voor de nodige terug-

houdendheid ten aanzien van verdere diagnostiek en verwijzing naar gespecialiseerde centra. De huisarts zal in eerste instantie zoveel mogelijk het beleid in eigen beheer moeten uitstippelen, in samenspraak met de patiënt en eventueel in overleg met de specialist. Gezien de vele onduidelijkheden is dat een moeilijke en onzekere weg voor arts en patiënt.

### Risico's en preventie

Op korte termijn is geen geneesmiddel of vaccin tegen AIDS te verwachten, ondanks intensieve research. Primaire en secundaire preventie bieden voorlopig de enige mogelijkheid om het aantal patiënten zo beperkt mogelijk te houden.

Ten aanzien van homoseksuele mannen is de belangrijkste risicofactor het aantal wisselende contacten.<sup>11</sup> Verwacht mag worden dat het risico om AIDS op te lopen, afneemt wanneer men zich beperkt tot een kleine groep vaste sekspartners. De huisarts realiseert zich overigens dat een dergelijk advies in die richting ingrijpende gevolgen kan hebben voor iemands levensstijl.

Veelal zal ook de vraag aan de orde komen, welke seksuele technieken het meeste risico met zich meebrengen. Daarover is geen uitsluitsel te geven. Uit geen enkel onderzoek is bijvoorbeeld vast komen te staan dat anaal contact het meest riskant is. Wel is het theoretisch aannemelijk dat onbeschermd slijmvlies-slijmvlies contact in de transmissie een grotere rol speelt dan bijvoorbeeld wederzijdse masturbatie. De huisarts kan geen algemene richtlijnen geven die absolute zekerheid voor de patiënt opleveren. De onzekerheid kan het beste in alle openheid besproken worden.

Voor AIDS-patiënten en hun eventuele partners geldt, dat zij leven moeten met een tijdbom. Bovendien zijn zij naar alle waarschijnlijkheid besmettelijk en kunnen zij de ziekte overdragen, hetzij via seksueel contact, hetzij via bloed. Daarop dient de huisarts met nadruk te wijzen. Absolute restricties ten aanzien van seksuele contacten kunnen niet worden opgelegd. De patiënt draagt zelf de verantwoordelijkheid om zijn seksualiteit zo te organiseren, dat hij daarmee anderen niet in gevaar brengt. Absoluut af te raden zijn onbeschermde slijmvlies-slijmvlies contacten, van welke aard dan ook. Wanneer toch seksueel contact gewenst wordt, zijn wederzijdse masturbatie of eventueel genitaal-anaal contact met condoom aan te raden.

Figuur. AIDS-checklist<sup>a</sup>

<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Klachten</b> (indien ja, sinds wanneer?)</li> <li>- gewichtsverlies</li> <li>- moeheid</li> <li>- koorts</li> <li>- nachtzweet</li> <li>- misselijkheid</li> <li>- braken</li> <li>- diarree</li> <li>- hoesten</li> <li>- kortademigheid</li> <li>- lymfklierzwellingen</li> <li>- huidveranderingen</li> <li>- andere klachten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- afwijkingen rond anus</li> <li>- afwijkingen van de huid</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Doorgemaakte ziekten</b> (indien van toepassing, hoe vaak?)</li> <li>- lues</li> <li>- gonorrhoe</li> <li>- HSV labialis</li> <li>- HSV genitalis</li> <li>- hepatitis A</li> <li>- hepatitis B</li> <li>- mononucleosis</li> <li>- andere ziekten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Seksuele anamnese</b></li> <li>- seksuele gerichtheid (homo-, hetero-, biseksueel)</li> <li>- aantal seksuele partners laatste zes maanden</li> <li>- geschat totaal aantal partners</li> <li>- geen anonieme contacten/sporadisch anonieme contacten, veel anonieme contacten</li> <li>- alleen actief/vooral actief/actief-passief/vooral passief/alleen passief</li> <li>- anaal-genitaal contact</li> <li>- oraal-genitaal contact</li> <li>- oraal-anaal contact</li> <li>- passief-gewelddadig contact</li> <li>- in Nederland in contact met inwoner(s) uit vs</li> <li>- in Nederland in contact met inwoner(s) uit Caraïbisch gebied</li> <li>- 5 in Nederland in contact met inwoner(s) uit Centraal Afrika</li> <li>- seksueel contact gehad met bekende AIDS-patiënt</li> <li>- bekend met AIDS-patiënt(en)</li> <li>- seksuele contacten in de vs gehad</li> <li>- seksuele contacten in Caraïbisch gebied gehad</li> <li>- seksuele contacten in Centraal Afrika gehad</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Familie-anamnese</b></li> <li>- komen erfelijke afwijkingen voor? zo ja, welke?</li> <li>- komen stoornissen in de afweer tegen infecties voor?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Medicijngebruik laatste vijf jaar</b></li> <li>- „poppers”</li> <li>- drugs intraveneus</li> <li>- andere medicijnen (zo ja, welke?)</li> <li>- bloedtransfusies</li> <li>- immunoglobuline</li> <li>- hepatitis B-vaccin</li> <li>- andere bloedprodukten</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Lichamelijk onderzoek</b></li> <li>- lengte</li> <li>- gewicht</li> <li>- Quetelet's index</li> <li>- pols</li> <li>- bloeddruk</li> <li>- lymfomen (rechts, links, beiderzijds): occipitaal, retro-auriculair, cervicaal, submentaal, supraclaviculair, infraclaviculair, axillair, inguinaal)</li> <li>- afwijkingen hals/hoofd</li> <li>- afwijkingen hart</li> <li>- afwijkingen longen</li> <li>- afwijkingen buikorganen</li> <li>- afwijkingen extremiteiten</li> <li>- afwijkingen oogfundus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Bloeddonor geweest?</b></li> </ul>

<sup>a</sup> Ontwikkeld door de afdeling Interne Geneeskunde van het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam.

Het bevorderen van vroegtijdige medische controle en begeleiding van patiënten met (angst voor) AIDS heeft diverse voordelen. Verdere verspreiding van de ziekte kan worden ingeperkt door te wijzen op het gevaar anderen te besmetten. Wanneer een patiënt daadwerkelijk AIDS heeft, is zijn algehele conditie van eminent belang voor de succesvolle bestrijding van de vele infecties die optreden. Met name pneumocystis carinii pneumonie kan goed antibiotisch behandeld worden, mits men er vroeg bij is.

Bij elke patiënt zal daarom een zorgvuldige afweging dienen plaats te vinden tussen enerzijds het klinische beeld (zijn er werkelijk aanwijzingen voor AIDS die verwijzing rechtvaardigen) en anderzijds de angst van de patiënt, die juist een contra-indicatie voor verwijzing kan vormen. Het bezwaar van vroegtijdige medische bemoeienis is gelegen in het risico, mensen nodeloos als ziek te (helpen) bestempelen. Dit geldt uiteraard vooral voor diegenen bij wie geen werkelijke verdenking op AIDS bestaat. De huisarts heeft uit de aard van zijn functie verscheidene mogelijkheden om dit risico te beperken.

### Opvang en begeleiding

AIDS-patiënten en hun partners, maar ook diegenen die ongerust zijn en/of verdachte symptomen hebben, kunnen een beroep blijven doen op de huisarts, zowel voor medische bewaking als voor opvang. Vrijwel steeds zullen angst en onzekerheid op de voorgrond staan, ook als er geen directe aanleiding tot ongerustheid is. Daarom dient eigenlijk steeds te worden nagegaan of enige vorm van ondersteuning of begeleiding gewenst dan wel noodzakelijk is. Van belang is daarbij dat de huisarts op de hoogte is van de opvangmogelijkheden die de patiënt zichzelf verschaffen kan. De ziekte heeft een sterk wisselend beloop, afhankelijk van de infecties en de verschillende vormen van kanker die de kop kunnen opsteken. De patiënt met AIDS zal dan ook vaak niet continu in het ziekenhuis behoeven te verblijven. De prognose is slecht, waardoor de patiënt er rekening mee moet houden dat hij binnen afzienbare tijd komt te overlijden.

Deze twee factoren maken verwerking van de ziekte buitengewoon moeilijk. Evenals dit bij patiënten met kanker het geval is, kan de huisarts in de begeleiding van dit proces een belangrijke rol spelen. Indien het probleem kwantitatief toeneemt, kan overwogen worden

zelfhulpgroepen op te richten, gezien het specifieke karakter van de problematiek. De ervaring met zulke groepen in de Verenigde Staten is gunstig. Initiatieven hiertoe kunnen echter het beste vanuit de risicogroepen zelf worden genomen.

De geringe besmettelijkheid maakt enige vorm van isolatie van AIDS-patiënten onnodig. Angst voor alledaagse sociale, medische en verpleegkundige contacten met patiënten is ongegrond. Ook in ziekenhuizen worden geen andere maatregelen genomen dan bij patiënten met hepatitis B. Vooral in het belang van de AIDS-patiënten zelf, dient hun omgeving goed op de hoogte te zijn van de geringe besmettelijkheid en de wijze waarop de besmetting plaatsvindt.

### Intraveneuze druggebruikers en hemofiliepatiënten

Een tweede risicogroep in Nederland wordt gevormd door de intraveneuze druggebruikers. Hoewel in ons land binnen deze groep tot nu toe geen slachtoffers zijn gevallen, is dit, gezien de ontwikkelingen in de Verenigde Staten, zeker te verwachten.

De omgang met deze verslaafden stelt de huisarts voor vele problemen, waaraan er door de mogelijkheid van AIDS nog eens één wordt toegevoegd. De diagnostiek wordt bemoeilijkt doordat verschillende symptomen die kunnen wijzen op AIDS, toch al veelvuldig in deze groep worden gezien. Men denke aan de vaak slechte algehele conditie en diverse complicaties van het intraveneus toedienen van drugs. Hier geldt des te meer, dat de arts bedacht moet zijn op aanwijzingen voor opportunistische infecties (met name diarree, in tegenstelling tot de obstipatie die gewoonlijk aanwezig is bij deze patiënten) en/of Kaposi-sarcoom.

Ten aanzien van de preventie ligt de nadruk op hygiëne bij het spuiten en het gebruiken van schone naalden. Al geruime tijd wordt in Amsterdam getracht een systeem te ontwikkelen voor het op ruime schaal verstrekken van naalden, zonder dat deze pogingen veel succes lijken te hebben.

In Nederland zijn maatregelen genomen om het risico van besmetting via bloedtransfusie of transfusie met bloedproducten zoveel mogelijk te beperken. Zo is de invoer van bloedproducten uit de Verenigde Staten gestopt. Via een folder die op grote schaal door vrijwel alle bloedbanken is verspreid, is aan de risicogroepen gevraagd, voorlopig af te zien van het geven van bloed.

Hoewel de berichten aanvankelijk alarmerend waren, lijkt de kans om via besmet bloed AIDS op te lopen, gering. Dit blijkt uit het feit dat het aantal hemofiliepatiënten met AIDS (vijftien in totaal in de Verenigde Staten) gering is en vrijwel constant blijft. In Nederland zijn er tot nu toe geen hemofiliepatiënten met AIDS. Bij ongerustheid kan hierop gewezen worden. Daarnaast is verwijzing mogelijk naar de behandelend specialist en/of de Nederlandse Vereniging van Haemofiliepatiënten, die haar leden uitgebreid geïnformeerd heeft over de mogelijke risico's ten aanzien van AIDS.

### Besluit

Het is niet eenvoudig op het vrijwel onontgonnen terrein van een nieuwe ziekte een beleidsvoorstel te formuleren voor de huisarts. De problemen waarvoor hij komt te staan, zijn op het eerste gezicht bekend van andere zeldzame en ernstige ziekten: onduidelijke signalen, angst, uitstel, aspecten van begeleiding en preventie. Bij nader inzien is er echter veel meer aan de hand. AIDS is een nieuwe, onbekende en dodelijke ziekte. De dreiging die ervan uitgaat, verontvondt zeer velen. Het verspreidingspatroon kan verstrekkende maatschappelijke gevolgen hebben voor de risicogroepen, zoals dat nu reeds in de Verenigde Staten het geval is. Op individueel niveau zijn barrières in het arts-patiënt contact te verwachten bij het bespreken van onderwerpen die vaak nog in de taboesfeer liggen.

Het is een weg vol hindernissen en zorgen, maar die zijn de huisarts niet vreemd.

### Dankbetuiging

Met dank aan Drs. S. A. Danner, Drs. J. H. Moerkerk, Drs. R. A. Coutinho en mevrouw Drs. M. van Loon.

<sup>1</sup> Huisman J. Vragen en antwoorden over het AIDS Epidemiologische notities. Huisarts en Wetenschap 1983; 26: 196-7.

<sup>2</sup> Geerling J. Verworven immuundeficiëntie en het sarcoom van Kaposi bij homoseksuele mannen. Ned Tijdschr Geneesk 1982; 126: 631-3.

<sup>3</sup> Curran JW. AIDS, two years later. N Engl J Med 1983; 309: 609-10.

<sup>4</sup> Fahey JL, Detels R, Gottlieb M. Immune cell augmentation (with altered T subset ratio) is common in healthy homosexual men. N Engl J Med 1982; 308: 842-3.

Vervolg literatuur op p. 462.