

# Hiv-screening bij zwangeren – haken en ogen

LJG VEEHOF, RJ HINLOOPEN

## Inleiding

Naar aanleiding van het rapport 'Herziening Hivtest beleid' van de Gezondheidsraad besloot minister Borst in november 1999 tot een actiever hiv-testbeleid bij zwangere vrouwen.<sup>1</sup> Gynaecologen, huisartsen, kinderartsen en verloskundigen werden via een brief (d.d. 23 december 1999) van de Hoofdinspecteur voor de curatieve somatische gezondheidszorg opgeroepen alle zwangeren in staat te stellen zich op hiv te laten testen. Wat betekent dit voor huisartsen? Is dit een wenselijk en uitvoerbaar beleid?

## Veranderde inzichten

Reden voor een actiever hiv-testbeleid zijn de veranderde inzichten met betrekking tot behandeling van hiv. De kans op verticale transmissie van het hiv-virus van moeder op kind ligt tussen de 15 en 30 procent. Van de besmette kinderen ontwikkelt 25-30 procent aids in het eerste levensjaar, overlijdt 17 procent in het eerste jaar en moet de rest levenslang antiviraal behandeld worden. Transmissie vindt plaats tijdens zwangerschap of partus. Als een hiv-positieve moeder borstvoeding geeft, wordt deze kans nog eens verhoogd met 14 procent. Vruchtwaterpunctie, een bloeding of langdurig gebroken vliezen tijdens de bevalling doet de kans op transmissie stijgen.

Met de huidige medicatie kan de kans op transmissie inmiddels worden teruggebracht tot enkele procenten. Door behandeling van de moeder met een combinatie van antivirale middelen wordt de kans op overdracht tijdens de zwangerschap verminderd met 67 procent. Het geven van flesvoeding in plaats van borstvoeding doet de kans op transmissie verminderen met 14 procent. Het verrichten van sectio caesarea doet de kans op besmetting ook nog verminderen. Al met al een risicoreductie van 15-30 naar 2 procent. Voor het kind dus een behoorlijke winst, ook al is nog niets bekend over de nadelige consequenties die het kind kan gaan ondervinden van het gebruik van antivirale midde-

## Samenvatting

**Veehof LJG, Hinloopen RJ. Hiv-screening bij zwangeren – haken en ogen. Huisarts Wet 2000;43(13): 574-5.**

Sinds een jaar adviseert de overheid een actiever testbeleid bij zwangere vrouwen. Door betere behandelingsmogelijkheden kan het risico van hiv-transmissie worden teruggebracht van 30% tot 2%. Hiervoor is het noodzakelijk dat artsen en verloskundigen risicogroepen identificeren, maar de criteria hiervoor zijn ruim. Het aanbieden van een hiv-test in het begin van de zwangerschap contrasteert met het 'in blijde verwachting zijn'. Beter is het daarom om hierover vóór de zwangerschap een beslissing te nemen; anders dreigt verdere medicalisering van de zwangerschap.

Vakgroep Huisartsgeneeskunde,  
Rijksuniversiteit Groningen, Antonius  
Deusinglaan 4, 9713 AW Groningen.  
dr. L.J.G. Veehof en mw. R.J. Hinloopen,  
beiden huisarts.

len door de moeder tijdens de zwangerschap (denk aan DES en Softenon).

## Uitgangspunt

Het uitgangspunt van de minister is dat het beleid gestoeld is op vrijwilligheid en *informed consent*, dat wil zeggen uitgaat van expliciete informatie op maat en toestemming van de vrouw. Als nadelen worden genoemd medicalisering van de zwangerschap, nadelen op het vlak van werken en verzekeringen, en het perspectief van de vrouw in kwestie, niet alleen in medische zin (er is nog altijd geen genezing mogelijk), maar met name ook in psychosociaal opzicht (draagkracht/draaglast, aanwezigheid van sociale steun, enzovoort).

Concreet zegt de inspectie in de brief: 'Het is niet de bedoeling alle zwangeren te testen, de arts dient door enkele eenvoudi-

ge vragen (cursivering LV en RH) vast te stellen of de zwangere tot een risicogroep behoort.' Waarop de volgende risicogroepen worden genoemd: seropositieve partner; intraveneus drugsgebruik; na 1980 woonachtig in of afkomstig uit een gebied waar aids endemisch is, of daar een medische behandeling hebben ondergaan; tussen 1980 en 1985 een bloedtransfusie hebben gehad; een partner uit een van deze groepen hebben gehad, veel seksuele partners of een biseksuele partner hebben gehad.

## Consequenties

Ondanks alle onzekerheid over de nadelige consequenties voor het kind, lijken de voordelen van een test voor de hiv-positieve moeder en haar kind de nadelen te overtreffen. Maar wat betekent dit in de huisartspraktijk? Hoe groot is de kans dat een actief testende huisarts inderdaad een hiv-positieve vrouw opspoor?

Om met dat laatste te beginnen: klein. Als de resultaten van onderzoeken onder populaties zwangeren in Amsterdam geëxtrapoleerd worden naar het hele land, zou dat betekenen dat de kans op een positieve hiv-test bij een vrouw uit een risicogroep 3 op 1000 is, en bij een vrouw die niet tot een risicogroep behoort 3 op 10.000.<sup>2,3</sup> De kansen buiten Amsterdam liggen ongetwijfeld lager, en dat in een huisartspraktijk met gemiddeld 40 nieuwe zwangerschappen per normpraktijk per jaar. Met andere woorden: ook al zouden huisartsen met alle zwangere vrouwen gesprekken voeren over testen, dan zou het merendeel zelden tot nooit een positieve testuitslag binnenkrijgen. Dit maakt het lastig om gemotiveerd met deze screening verder te gaan.

Bijna alle vrouwen met wie de gesprekken worden gevoerd, worden ten onrechte ongerust gemaakt. De oplossing hiervoor zou kunnen zijn om de risicogroepen nader aan te scherpen. Zoals de inspectie het nu formuleert, komt ongeveer iedereen in aanmerking, terwijl dat duidelijk niet de bedoeling is. De genoemde risicofactoren zijn zeer breed te interpreteren. Dit geldt

met name voor de risicofactor verschillende seksuele partners. De grote meerderheid van de vrouwen zal in haar leven meer dan één seksuele partner hebben gehad en/of zal ooit een partner hebben gehad wiens handel en wandel niet exact bekend waren.

Een vergelijking met de screening van zwangere vrouwen op lues ligt voor de hand. De incidentie van lues bevindt zich al jaren rond de 1/100.000. Congenitale lues bleef beperkt tot enkele gevallen per jaar: 6 in 1991 en 0 in 1995. Screening van zwangere vrouwen wordt echter voortgezet op grond van een gunstige kosten-batenverhouding. Deze positieve kosten-batenanalyse wordt veroorzaakt door de hoge kosten van diagnostiek, therapie en controle van een kind met congenitale lues.<sup>4</sup>

Voor handhaving van deze screening pleit ook dat het screeningsprogramma eenvoudig is, goed registreerbaar en goedkoop, en dat het geen grote ongemakken voor de zwangere veroorzaakt (huidige kosten TPHA-screeningstest: NLG 5,35 exclusief afnamekosten).<sup>5</sup> In een recent onderzoek werd ook geconcludeerd dat universele screening van zwangere vrouwen in Amsterdam op hiv een gunstige kosteneffectiviteit heeft.<sup>6</sup>

### Vragen en emoties

Lijkt op grond van deze overwegingen screening op hiv bij (Amsterdamse!) zwangere vrouwen gewenst, het ter sprake brengen van risico's op hiv en het aanbieden van een hiv-antistoffentest kunnen bij de vrouw en haar partner veel vragen en emoties oproepen. Er is een groot verschil met de routinematige luestest. Vrijwel iedere vrouw reageert daarop met: 'doe

---

In de serie 'Zwangerschap & Kraambed' verschenen eerder het commentaar 'Kind en badwater' (nr. 2) en de artikelen 'Koorts in het kraambed' (nr. 2), 'Prenatale zorg: van ritueel naar rationeel handelen' (nr. 3), 'Naweeën – Gepresenteerde morbiditeit in het eerste jaar post partum' (nr. 4), 'Seks tijdens zwangerschap en periode post partum' (nr. 5), 'Doodgeboorte – Het rouwproces van de ouders en de rol van de hulpverleners' (nr. 6), 'Werken tijdens de zwangerschap en post partum' (nr. 7), 'Zwangerschap en sport' (nr. 8), 'Klachten bij een dreigende miskraam' (nr. 9), 'Verloskundig actieve huisartsen' (nr. 10) en 'Fluor vaginalis tijdens de zwangerschap' (nr. 11).

---

maar, dat heb ik toch niet.' Bovendien is een nieuw gediagnosticeerde lues vooralsnog te behandelen. Hiv roept echter veel meer vragen en angsten op. En persoonlijke vragen, zoals: wil ik dat weten? Stel dat ik het heb, wat dan? Wil ik dan wel een kind? Maar ook: wat betekent het gebruik van antivirale middelen in de zwangerschap? Wat zijn de nadelige gevolgen daarvan voor mijn kind? Vragen waar nog geen antwoord op te geven is.

Een dergelijk gesprek aan het begin van een jonge zwangerschap is niet gemakkelijk en zal ook veel tijd kosten. Het heeft alle kenmerken van een slecht-nieuwsgesprek: 'blij met de zwangerschap? Leuk voor je, maar heb je wel aan hiv gedacht?' Testen voordat de zwangerschap tot stand is gekomen, lijkt dan een veel zinniger optie. Het onderwerp is dan over het algemeen minder beladen, de consequenties zijn minder verstrekkend.

### Conclusie

- Alle vrouwen die zwanger willen worden of het zijn, hebben recht op een hivtest.
- Het beste moment om hierover na te denken, is vóór de zwangerschap. Door middel van voorlichting en folders zou aan deze fase meer aandacht besteed moeten worden.
- Als vrouwen eenmaal zwanger zijn, ligt er een taak voor huisarts en verloskundige. Deze taak wordt door de inspectie te simpel afgeschilderd.
- De definiëring van risicogroepen is te breed en verdient aanscherping. Op regionaal niveau moeten er afspraken komen tussen huisartsen en verloskundigen – wie doet er wat.

### Literatuur

- 1 Gezondheidsraad. Beraadsgroep infectie en immuniteit. Herziening van het hiv testbeleid. Den Haag: Gezondheidsraad, 1999.
- 2 Van den Hoek JAR, Mulder-Folkerts DKF, Dukkers NHTM, et al. Surveillance van aids en hiv-infectie in Amsterdam, 1997. Ned Tijdschr Geneesk 1998;142:2861-5.
- 3 Bindels PJE, Mulder-Folkerts DKF, Schutte MF, et al. Resultaten van de screening op hiv antistoffen bij zwangere vrouwen in de Amsterdamse peilstations, 1988-1995. Ned Tijdschr Geneesk 1996;140:2296-8.
- 4 Gruteke A, et al. Preventie van congenitale syfilis; economische evaluatie met cijfers van de Streeklaboratoria voor de Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 1995.
- 5 Heringa M. Computerondersteunde screening in de prenatale zorg [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1998.
- 6 Postma MJ, Van den Hoek JAR, Beck EJ, et al. Farmaco-economischevaluatie van universele hiv-screening in de zwangerschap; een kosteneffectiviteitsanalyse voor Amsterdam. Ned Tijdschr Geneesk 2000;144:749-54. ■