

## 'Als je niet over seks praat, is een goede diagnostiek, behandeling en counseling niet mogelijk'

Jan van Bergen is huisarts in Amsterdam-Bijlmer, programmaleider bij Soa/Aids Nederland, voorzitter van de SeksHAG en bijzonder hoogleraar *Hiv en soa in de eerste lijn* aan de UvA. In een interview vertelt hij over de nieuwste ontwikkelingen op het gebied van soa en waarom het huisartsenconsult over seksuele problematiek staat of valt bij een open communicatie.

### Altijd al interesse

Van Bergen zet zich sinds jaar en dag in voor het onderwerp seksuologie. Hoe is deze belangstelling ontstaan? 'Die is er al vanaf mijn geneeskundeopleiding. Seksualiteit is erg belangrijk in het leven. Dat geldt voor jezelf, maar ook voor je patiënten. Die vinden het niet altijd gemakkelijk om te praten over hun problemen en onzekerheden, maar als je hen daarmee kunt helpen, kan dat tot veel "verlichting" leiden en versterk je de arts-patiëntrelatie. In Nederland zijn we gelukkig goed in het bespreekbaar



maken van lastige onderwerpen: dit is wat er gebeurt en laten we daar nou gewoon over praten.

Tijdens mijn "tropenjaren" in Zambia en Nicaragua raakte ik geïnteresseerd in seksueel overdraagbare infecties. In ontwikkelingslanden zijn soa en hiv de op een na belangrijkste oorzaak van gezondheidsverlies bij vrouwen. Die overlijden daar aan gewone soa, bijvoorbeeld door een PID of een buitenbaarmoederlijke zwangerschap.'

### Stokjes en gaatjes

'Praten over seks in de spreekkamer, daar gaat het allemaal om', meent Van Bergen. 'Doe je dat niet, dan is een goede diagnostiek, behandeling en counseling niet mogelijk. Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat huisartsen amper laten testen op anale soa. Maar bij mannen die seks hebben met mannen zijn de meeste soa's, en vooral chlamydia, anaal en niet urethraal gelokaliseerd. Vraagt een man echter om een soa-test, dan wordt veelal zijn urine onderzocht. Waarom stelt de huisarts in zo'n geval niet de goede vragen? Dat kan heel simpel. "Wilt u een soa-test? Dan moet ik u een paar vragen stellen." En dan niet: "Bent u homo?", maar wel: "Heeft u seks met mannen, vrouwen of beide?" Zo'n vraag levert al heel veel informatie op en alleen dan steek je het goeie stokje in het goeie gaatje...'

### Dubbele infecties bij vrouwen

Anale seks komt ook voor in heteroseksuele relaties. Moet de vraagstelling aan vrouwen daar dan niet eveneens op inspelen? Van Bergen: 'Jazeker! Vooral ook omdat er bij vrouwen vaak sprake is van dubbele infecties, vaginaal én anaal; bij mannen is de infectie vaak geïsoleerd op één plek. Het is ook van belang om daar goed naar te vragen bij vrouwen omdat het consequenties kan hebben voor je medicatievoorschrift. Bij een vaginale chlamydia is een eendagsbehandeling met azitromycine wel voldoende, maar bij een anale infectie geef je liever een kuur doxycycline van een week. Mogelijk is dat ook een oorzaak van recidieven, al weten we dat nu nog niet zeker.'

### Stiekem overgedragen aandoeningen

En wanneer moet een huisarts bij keelklachten denken aan een soa? Van Bergen: 'Chlamydia komt niet zo vaak voor in de keel. Gonorrhoe kan wel tonsillitis geven, maar in 90% van de gevallen zijn er geen klachten. Helaas kun je chlamydia en gonorrhoe, of die nou anaal, oraal of genitaal zijn gelokaliseerd, ook overbrengen als je geen symptomen hebt. Het zijn dus vooral "stiekem overgedragen aandoeningen". Bij homoseksuelen met plasbuisinfecties die zeggen veilig te vrijen, denken huisartsen vaak: Dat zal wel! Maar zo iemand kan keurig een condoom gebruiken bij anale seks en zijn infectie hebben opgelopen tijdens orale seks. Zo ook kwam de syfilisepidemie van een paar jaar geleden voort uit vooral orale seks. Maar om overdracht op anderen tegen te gaan is het opsporen van orale infecties vooral van belang bij mensen met veel wisselende contacten uit risicogroepen, zoals mensen met betaald sekswerk en mannen die seks hebben met mannen.'

### Meevallende complicaties

'Veel infecties gaan vanzelf over, en dat geldt ook voor soa', stelt Van Bergen. Maar zijn de complicaties van syfilis op lange termijn dan niet heel ernstig? Van Bergen: 'Dat klopt. Het natuurlijk beloop van syfilis is onderzocht in het ethisch verwerpelijke Tuskegee-onderzoek in Amerika; Clinton heeft daarvoor nog zijn excuses aangeboden. Tot 1970 zijn daar Afro-Amerikaanse mannen in gevangenis niet behandeld voor syfilis. Bij eenderde leidde dat tot ernstige complicaties, zoals neurologies. Maar hoewel de meeste mensen wel HPV-infecties doormaken, zijn complicaties daarvan uiterst zeldzaam. En ook de complicaties van chlamydia zijn lange tijd overschat; we weten nu dat het vermoedelijk slechts bij 1% van de gevallen leidt tot sub- of infertiliteit. Anderzijds, chlamydia komt zo vaak voor, dat zelfs dat ene procentje toch nog een probleem is.'

### Herpes in de slaapkamer

'Een verschuiving is ook zichtbaar bij de herpesvirussen', vertelt Van Bergen.

‘Vroeger had iemand meestal een koortslip door HSV type 1, óf een genitale besmetting door HSV type 2. Tegenwoordig wordt herpes genitalis in 50% van de gevallen door HSV-1 veroorzaakt.’

Komt die verschuiving doordat jongeren meer aan orale seks doen dan vroeger? Van Bergen: ‘Wellicht dat dat ook meespeelt. Maar in de grote gezinnen van vroeger moesten meerdere kinderen nogal eens de slaapkamer delen. Je liep dan vaak al jong een koortslip op en bouwde zo antistoffen op. Tegenwoordig vindt de eerste besmetting meestal pas in de puberteit plaats, met als gevolg een toename van de genitale variant.’

### Hiv: test and treat!

‘Bij hiv, nog niet zo lang geleden een terminale besmetting, kunnen we nu een goede behandeling geven’, vervolgt Van Bergen. ‘Als iemand zijn medicijnen nu maar goed inneemt, is zijn levensverwachting vrijwel normaal. Bovendien is een goed behandelde patiënt bijna of geheel niet meer infectieus. Belangrijk is ook het *test and treat*-principe: je moet zo snel mogelijk bij iemand met een positieve hiv-test met de behandeling starten.’

### Het Amsterdamse H-team

In Nederland zijn er nog steeds elk jaar duizend nieuwe hiv-infecties. Hoe kan dat nou als je niet meer infectieus bent zodra je wordt behandeld? Van Bergen: ‘Zo’n 30% van alle hiv-besmette mensen is nooit getest. Vandaar de oproep aan alle risicogroepen om zich vooral wél te laten testen: dat geldt voor alle mannen die seks hebben met mannen én voor mensen uit hiv-endemische gebieden. We hebben hier in Amsterdam het *H-team* opgericht, dat aan hiv een halt wil toeroepen. Het gaat dan vooral om een eerdere opsporing, want meer dan 40% van de hiv-besmette mensen komt te laat in de zorg en bij migranten uit sub-Sahara-Afrika is dat zelfs meer dan 60%. Het is toch raar... we testen Hindoestaanse migranten wél proactief op suiker, maar migranten uit endemische gebieden niet op hiv! Ik vind dat we bij het registreren van nieuwe patiënten moeten vragen naar etniciteit

én seksuele voorkeur; dat is belangrijk voor je kwaliteit van zorg. Net zoals we bij hypertensie en hepatitis B en C cultuurspecifiek handelen, kan dat dan ook bij hiv. Daartoe zou bijvoorbeeld een alert in *NHGDoc* kunnen worden opgenomen.’

### Over- en onderdiagnostiek

‘Het advies luidt om mannen die seks hebben met mannen minimaal jaarlijks te testen op hiv’, stelt Van Bergen. ‘Je hebt hun nu ook echt iets te bieden. Maar ook is het slechter om één hiv-diagnose te missen dan om een keertje te veel te testen. Er is nog een wereld te winnen, want er is sprake van onderdiagnostiek bij homomannen en mensen uit endemische gebieden. Ook wordt niet verder getest op hiv bij indicatorziekten als herpes zoster, een pfeifferachtig beeld of een andere gediagnosticeerde soa. Anderzijds is er overdiagnostiek bij jongeren met laagrisico seksuele contacten. Dan is er geen indicatie voor een test anders dan op chlamydia, maar het lab tekent soms dankbaar af bij allerlei andere soa. Vanwege de kosten willen sommige mensen al die soa-tests niet meer doen; die gaan dan naar internet of de drogist. En doe-het-zelftests zijn notoir onbetrouwbaar.’

Maar jongeren willen nu eenmaal alles via internet, dus valt die strijd nog wel te winnen? ‘Je kunt ook tests bestellen waarmee je thuis materiaal afneemt dat je bij een erkend lab kunt laten nakijken. Dan krijg je wél een goede uitslag. Maar ook is het belangrijk op welk moment, op welke soa en op welke locaties je test. Een goede digitale beslisboom is dus zeker nodig! Hoe dan ook, die ontwikkelingen gaan snel. De *point of care test* komt eraan en straks kan het ongetwijfeld ook via je smartphone.’

### Grenzen en vaccineren

‘We moeten wel zorgen dat we seks bij jongeren niet te veel medicaliseren; het gaat om seksuele gezondheid en niet alleen om ziekte’, meent Van Bergen. ‘Het belangrijkste wat jongeren moeten leren is praten over wat ze wel en niet

willen. Het merendeel van de meisjes geeft aan dat ze liever nog wat langer hadden gewacht met hun eerste keer en de belangrijkste soa bij de jeugd is nog altijd zwangerschap. Je moet dus leren je grenzen aan te geven, maar ook te zeggen wat je wél lekker en prettig vindt!’

Als het gaat om jongeren heeft Van Bergen nog een ander stokpaardje: de HPV-vaccinatie. ‘Waarom vaccineren we wel meisjes en geen jongens? Ja, het HPV veroorzaakt baarmoederhalskanker, maar ook kanker van de mond, keel, penis en anus. En homomannen hebben een veel grotere kans op anale kanker dan vrouwen op baarmoederhalskanker. Bovendien: waarom vaccineren we alleen tegen de HPV-typen 16 en 18? Je kunt ook vaccineren tegen de HPV-typen die genitale wratten veroorzaken; in landen waar ze dat doen zijn de wratten bijna uitgeroeid. In Nederland doen we dat niet omdat die wratten niet dodelijk zijn, maar je zult ze maar hebben! Als ik een dochter had, zou ik geen seconde twijfelen en haar het uitgebreide vaccin geven.’

### CCC en LSD in het consult

Heeft Van Bergen tot slot nog tips voor de spreekkamer van de huisarts? ‘Een goed soa-consult bevat de drie C’s: een Correcte diagnose en therapie; Counseling over veilig vrijen en Contacten opsporen voor het waarschuwen en behandelen van partners. Veel mensen zien tegen dat laatste op, maar het kan tegenwoordig zelfs via sms en dat maakt het al een stuk makkelijker. Heel goed vind ik de filmpjes op [Thuisarts.nl](http://Thuisarts.nl) over hoe je het bespreekbaar kunt maken. Als je dat kunt zien, zegt dat veel meer dan welk verhaal ook. En wat betreft de Counseling: zorg dat je “spoort” met je patiënt: niet preken, geen dingen zeggen die alle jongeren weten. Vraag: ‘Hoe zou jij je voelen als je een soa oploopt?’ Vanuit dat gevoel kun je beter uitleggen dat de pil niet tegen soa beschermt. Om zinnig, effectief en emotioneel maatwerk te leveren blijft LSD de basis: luisteren, samenvatten en doorvragen...’ ■

Ans Stalenhoef