

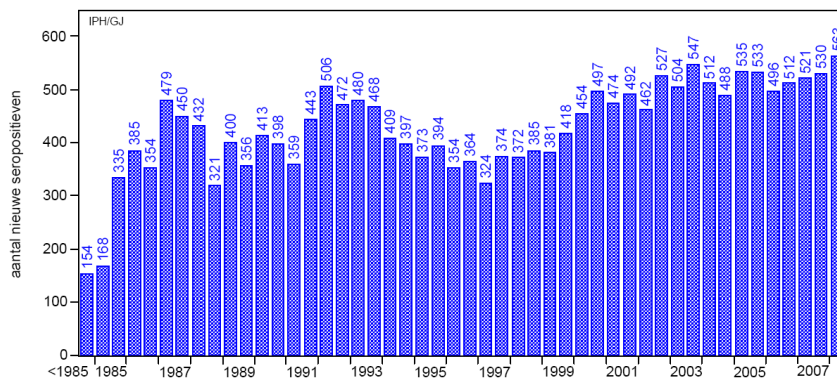
HIV

EPIDEMIOLOGIE

Tussen 1997 en 2000 heeft men een stijgende trend vastgesteld van het jaarlijks aantal nieuw gediagnosticeerde HIV-infecties (+36%), gevolgd door een minder grote stijging tussen 2000 en 2003 (+11%) en een tendens naar stabilisatie tussen 2003 en 2007. In het eerste semester van 2008 werden 563 nieuwe gevallen van HIV gediagnosticeerd. Het betreft het hoogste aantal geregistreerd tijdens een semester (1). Bij de geïnfecteerde personen vindt men 1.6 maal meer mannen dan vrouwen.

Bij de Belgische mannen bij wie er een risicofactor gekend is, hebben 67.8% seksuele contacten gehad met een andere man en 3.6% verklaren intraveneuse drugs te hebben gebruikt. Overdracht via heteroseksuele weg zou verantwoordelijk zijn voor 24.8% van de HIV-infecties. Voor de vrouwen met Belgische nationaliteit wordt een heteroseksuele overdracht genoemd in 80.1% van de gevallen (1).

De situatie is erg verschillend bij seropositieve personen van andere nationaliteiten. De heteroseksuele overdracht overheerst er voor beide geslachten (1).



Figuur 1: aantal nieuwe HIV-diagnoses in België, per semester (1)

INCUBATIEPERIODE

- Periode tussen HIV-besmetting en acuut retroviraal syndroom: meestal 2 tot 4 weken (2).
- Periode tussen HIV-besmetting en seroconversie (window fase): meestal 4 tot 6 weken maar afhankelijk van de transmissieroute en de viral load kan dit schommelen van 2 weken (bv. na bloedtransfusie) tot in zeer zeldzame gevallen meer dan zes maanden. Postexpositie behandeling vertraagt het optreden van seroconversie. (2).
- Periode tussen HIV-infectie en diagnose AIDS: varieert van minder dan een jaar tot meer dan vijftien jaar. Dankzij de behandeling met anti-retrovirale middelen is de progressie naar AIDS nu sterk geremd (2).

KLINISCH BEELD

Acuut retroviraal syndroom

Geschat wordt dat 50-70% van de personen die met HIV-1 geïnfecteerd raken een acuut retroviraal syndroom ontwikkelen (2). Het begin van de klachten situeert zich tussen 1 en 6 weken na blootstelling aan het virus met een piek op 3 weken (3). De typische presentatie is een mononucleosis-achtig beeld met één of meer van volgende symptomen: algehele malaise, hoofdpijn, koorts, lichtschuwheid, lymfadenopathie, moeheid, pijn achter de ogen, spierpijn, keelpijn, perifere neuropathie en maculopapulaire huiduitslag. De klachten zijn gewoonlijk mild en zelflimiterend. Soms blijft een gegeneraliseerde lymfadenopathie bestaan zonder andere symptomen (2-3).

Latente infectie

Vervolgens blijft de met HIV geïnfecteerde persoon meestal klachtenvrij totdat AIDS zich ontwikkelt. Niet altijd is deze latente fase asyptomatisch: klachten van moeheid, lymfadenopathie, diarree, orofaryngeale candidiasis en nachtzweeten kunnen optreden nog voor de diagnose AIDS is gesteld (2). Factoren die de snelheid van de ziekteprogressie beïnvloeden zijn o.a. immunologische, virale en genetische factoren (2).

AIDS

AIDS kan zich in vele vormen manifesteren. Door het tekortschieten van het immuunapparaat ontstaat een scala aan ziektebeelden. Op de voorgrond staan opportunistische infecties (o.a. *Candida* oesofagitis, TBC, *Pneumocystis jiroveci* pneumonie, ...), neurologische ziektebeelden (o.a. perifere neuropathie, HIV-encefalopathie,...) en maligniteiten (o.a. lymfomen) (2).

WIE TESTEN

De CDC guidelines van 2006 geven volgende aanbevelingen (4):

a) SCREENING

- Een routinematige HIV-screening is aangeraden voor alle patiënten tussen 13 en 64 jaar tenzij de incidentie van HIV lager is dan 0.1%.
- Alle patiënten bij wie een behandeling voor TBC wordt opgestart, moeten gescreend worden op HIV.
- Alle patiënten die consulteren voor een SOA moeten gescreend worden op HIV tijdens elk bezoek voor een nieuwe klacht, onafhankelijk van het feit dat de patiënt risicogedrag vertoont voor een HIV-infectie.
- Personen met een hoog risico op HIV moeten minstens jaarlijks getest worden. Hoog risico-personen zijn o.a. intraveneuse druggebruikers en hun partners, prostituees, partners van HIV-patiënten en homo's of heteroseksuele personen die zelf of van wie de partner meer dan één sekspartner had sinds hun laatste HIV-test. Herhaaldelijk testen van personen die niet tot deze risicogroepen behoren moet gebeuren op basis van het klinisch oordeel.
- Bij accidentele contacten met bloed- of lichaamsvochten in de gezondheidszorg, moet de patiënt zo snel mogelijk op de hoogte worden gesteld van het incident en getest worden op HIV (tenzij het resultaat van een recente HIV-test voorhanden is).
- Patiënten moeten aangemoedigd worden zich te laten testen op HIV voor ze een nieuwe seksuele relatie aangaan.
- Alle zwangeren moeten zo vroeg mogelijk tijdens de zwangerschap gescreend worden op HIV. Screenen op HIV moet eveneens een standaard item zijn in de preconceptionele zorg.

b) DIAGNOSTISCH TESTEN

Alle patiënten met symptomen die consistent zijn met een HIV-infectie of een opportunistische ziekte karakteristiek voor AIDS, moeten getest worden op HIV.

DIAGNOSE

De standaard screeningstest voor het opsporen van HIV, is een enzyme immunoassay (2,5). Positieve resultaten moeten verder geconfirmeerd worden met een Western Blot techniek (2,5).

De belangrijkste oorzaak van een vals negatief resultaat is dat de test werd uitgevoerd tijdens het tijdsinterval tussen HIV-infectie en seroconversie, de zgn. windowfase. Klassiek stelt men 6 maanden voor als window- periode. Sindsdien zijn de testtechnieken echter verbeterd en ziet men dat na drie maanden het merendeel van alle voorheen gezonde HIV-geïnfecteerde personen positief is met de ELISA-test (2,6). De laatste generatie testen combineren het opsporen van antistoffen met detectie van het p24 antigen (een viraal antigen dat gedetecteerd kan worden in de periode voor het opkomen van de antistoffen). Hierdoor wordt de window-periode nog kleiner. Er verschenen echter publicaties over een tweede window-periode waarin het p24 antigen reeds gedaald zou zijn tot onder de detectielimiet en de antistoffen nog niet detecteerbaar zouden zijn (7).

In het MCH gebruiken wij twee verschillende enzyme immuno-assays als screeningstest. Deze testen detecteren zowel antistoffen tegen HIV als het p24 antigen. Indien minstens 1 van beide testen een positief resultaat geeft, wordt het staal verstuurd naar het UZ Gasthuisberg voor verdere confirmatie door middel van een immunoblot.

Markers voor progressie van de ziekte omvatten enerzijds het bepalen van de viral load en anderzijds het bepalen van het aantal CD4-lymfocyten (2).

THERAPIE

Behandeling van HIV gebeurt onder de vorm van een combinatietherapie (HAART = highly active anti-retroviral therapy). Doel is een ondetecteerbare viral load (<50 copies/ml) na 6 maanden (2).

Referenties:

1. WIV. HIV/AIDS in België. Toestand op 30 juni 2008. Semestrieel rapport nr. 67.
2. <http://www.rivm.nl>: HIV infectie. Acquired immunodeficiency syndrome (aids).
3. Sterling TR, Chaisson RE. 2005. General clinical manifestations of human immunodeficiency virus infection. p. 1546-1566. *In* Mandell G.L., *et al.* Principles and Practices of Infection Diseases, 6th edition, Churchill Livingstone, Philadelphia.
4. Revised Recommendations for HIV Testing of Adults, Adolescents, and Pregnant Women in Health-Care Settings. MMWR 2006; 55(RR14); 1-17.
5. Uptodate versie 17.1. www.utdol.com. Serologic tests for the diagnosis of HIV-infection.
6. Recommendations for partner services programs for HIV infection, syphilis, gonorrhea, and Chlamydial infection. MMWR 2008; 57(RR09); 1-63.
7. Maldarelli F. 2005. Diagnosis of Human Immunodeficiency Virus infection. p. 1506-1527. *In* Mandell G.L., *et al.* Principles and Practices of Infection Diseases, 6th edition, Churchill Livingstone, Philadelphia.

B. Van Meensel, M. Lontie

De labomailings kunnen ook op internet worden teruggevonden: <http://www.mcharts.be> (kies 'labo' en vervolgens 'labomailing')