

PRAKTIJKTOOL



# SEKSUEEL OVERDRAAGBARE INFECTIES AANPAK IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

KAREN SMETS

**domus**  
medica



# SEKSUEEL OVERDRAAGBARE INFECTIES AANPAK IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

KAREN SMETS

# INHOUD

Inleiding .....	1
Begrippen en definities .....	2
Lijst met afkortingen .....	3
Methode .....	4
Klinische vraag 1: Wanneer neem je een soi-anamnese af? .....	5
Klinische vraag 2: Wat is de inhoud van een soi-anamnese? .....	9
Klinische vraag 3: Wanneer test je op welke soi? .....	13
Klinische vraag 4: Hoe test je op de verschillende soi? .....	22
Klinische vraag 5: Hoe behandel je de verschillende soi? .....	28
Klinische vraag 6: Wat is de inhoud van pretestcounseling? .....	33
Klinische vraag 7: Wat is de inhoud van posttestcounseling? .....	35
Kernboodschappen .....	37
Bijlagen .....	44
Nuttige links .....	63
Literatuur .....	64



## OMSCHRIJVING

---

**Smets K. Praktijktool Seksueel overdraagbare infecties: aanpak in de huisartsenpraktijk. Antwerpen: Domus Medica vzw; 2017.**

## AUTEUR

---

Karen Smets is huisarts in het wijkgezondheidscentrum De Zilveren Knoop te Lier. Ze is voor Domus Medica themaverantwoordelijke seksuele gezondheid. Binnen deze functie volgt zij o.a. het Vlaams soa-overleg op en is ze lid van de stuurgroep 'huisartsen' van Sensoa. Ze werkte enkele jaren als arts in het team van Ghapro vzw.

Afbeelding omslag: Yeko Photo Studio/Bigstockphoto.com

**Disclaimer** Het opstellen van dit document is een werk van lange adem geweest waaraan de uiterste zorg is besteed. Desondanks kan Domus Medica u geen perfect resultaat garanderen, en is Domus Medica, behalve in geval van bedrog of opzettelijke fout, niet (mede)aansprakelijk voor eventuele onvolledigheden of onjuistheden, noch voor eventuele schade, overlast of ongemakken van welke aard dan ook die het gevolg zouden zijn van het gebruik, op welke wijze dan ook, van dit document. Domus Medica is evenmin (mede)aansprakelijk voor op dit document en/of de daarin opgenomen informatie gebaseerde beslissingen, handelingen of nalatigheden. Dit document heeft enkel een informatieve waarde. Aan de inhoud ervan kunnen bijgevolg op geen enkele wijze rechten of plichten ontleend worden. Dit document mag evenmin worden gezien als een vervanging van een professioneel oordeel door iemand met de daartoe vereiste kwalificaties, kennis en bekwaamheid. Incorrecte gegevens of tekortkomingen geven geen recht op een financiële compensatie.

De vermelding van bepaalde rechtspersonen of producten betekent geenszins dat deze worden aanbevolen boven andere gelijkaardige bedrijven of producten. Indien verwezen wordt naar informatie verspreid door een derde, is Domus Medica niet aansprakelijk voor de informatie verspreid door deze derde. De volledige inhoud van dit document wordt beheerst door het Belgische recht en kan enkel aan de bevoegdheid van de Belgische rechtbanken worden onderworpen.

## INLEIDING

Het blijkt niet zo vanzelfsprekend te zijn om in de huisartsenpraktijk het onderwerp 'seks' ter sprake te brengen. De patiënt zelf durft niet goed het thema aan te snijden, maar ook de arts weet vaak niet goed hoe en wanneer hij\* best hierover doorvraagt.

In België zien we een toename van de incidentie van seksueel overdraagbare infecties (soi) zoals chlamydia, gonorrhoe en syfilis.<sup>1</sup> Deze infecties verlopen vaak asymptomatisch. Bovendien is er een risico op complicaties met drastische gevolgen: PID, EUG, tubaire infertiliteit, verminderde motiliteit van spermatozoiden,... Er is ook een risico op perinatale overdracht.

Om de huisarts te ondersteunen en aan te moedigen het onderwerp ter sprake te brengen en meer opportunistisch te gaan screenen naar soi, is deze praktijktool ontwikkeld. Deze praktijktool is dan ook specifiek ontwikkeld voor toepassing binnen de huisartsenpraktijk: door de huisarts, maar ook door de verpleegkundige.

Op volgende klinische vragen biedt deze tool een antwoord:

- wanneer neem je een soi-anamnese af?
- wat is de inhoud van een soi-anamnese?
- wanneer test je op welke soi?
- hoe test je op de verschillende soi?
- hoe behandel je de verschillende soi?
- wat is de inhoud van pretestcounseling?
- wat is de inhoud van posttestcounseling?

---

\* In deze tekst wordt gemakshalve verwezen naar de arts en patiënt met 'hij', ook al is de arts of de patiënt een vrouw.

## BEGRIPPEN EN DEFINITIES

### 'Zeer groot' risico en 'groot' risico

Met 'zeer groot' risico bedoelen we dat er in die situatie een redelijke kans is besmet te geraken met ernstige, niet of moeilijk te genezen seksueel overdraagbare infecties (soi), zoals hiv en hepatitis B en C. Natuurlijk kan men in dergelijke situatie ook besmet geraken met minder ernstige, wel te behandelen soi, zoals syfilis, chlamydia, gonorrhoe.

Met 'groot' risico bedoelen we een situatie waarbij er vooral kans is besmet te geraken met deze minder ernstige soi, maar waarbij de kans om een besmetting met ernstigere soi op te lopen, zeer klein is. Deze soi zijn minder ernstig, op voorwaarde dat men ze in een vroeg stadium vaststelt en adequaat behandelt! Indien niet, kunnen ze ernstige complicaties tot gevolg hebben, zoals PID, proctitis, epididymitis, orchitis,...

### Receptieve seks versus insertieve seks

De termen 'receptieve' en 'insertieve' seks worden vooral gebruikt wanneer het over anale seks gaat.

Met 'receptieve' seks wordt bedoeld dat de persoon over wie gesproken wordt, de 'ontvanger' is: hij of zij wordt gepenetreerd ter hoogte van de mond, de vagina of de anus.

Deze term wordt meestal gebruikt bij anale seks. Receptieve anale seks: de persoon wordt anaal gepenetreerd.

Met 'insertieve' seks wordt bedoeld dat de persoon over wie gesproken wordt, de 'gever' is: hij of zij penetreert de partner met een lichaamsdeel (penis, vinger, tong,...) of een voorwerp. Deze term wordt overwegend gebruikt wanneer een man met de penis zijn partner (man of vrouw) anaal penetreert. Insertieve anale seks: de man penetreert met de penis de anus van zijn partner (man of vrouw).

### Prostitu e) en prostituant

Een prostitu e) is iemand (man=prostitu e of vrouw=prostitutee) die wordt betaald voor seks. Een correctere, minder stigmatiserende term is 'sekswerker'.

Een prostituant(e) is iemand (man of vrouw) die betaalt voor seks.

### Nulpuntmeting

Met deze term bedoelen we een resultaat van een screening dat gebruikt kan worden als referentie. Zo kan het toch zinvol zijn om een screening uit te voeren, ook al schat je het risico op het eerste zicht niet erg hoog in. Een anamnese betreffende seksuele gezondheid is immers niet altijd zo betrouwbaar.

Blijkt de screening negatief, dan kan dit eventueel meespelen als je een volgende keer bij deze patiënt een risico-inschatting moet maken, zeker wanneer je niet op je anamnese kunt vertrouwen, bv. bij een ernstige taalbarrière. Als de volgende keer de patiënt toch positief test, dan weet je dat de besmetting gebeurd moet zijn in de periode tussen de huidige en de vorige screening. Dit helpt als je mogelijk besmette partners moet proberen in te lichten.

### Soa en soi

Het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) gebruikt de meer courante term 'soa'. In dit document hebben we gekozen om het medisch correctere 'soi' te hanteren als term.



## AFKORTINGEN

ARC	Aidsreferentiecentrum
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CLIA	Chemiluminescent Immunoassay
EMD	Elektronisch Medisch Dossier
EUG	Extra-uteriene graviditeit
HAV	Hepatitis A Virus
HBV	Hepatitis B Virus
HCV	Hepatitis C Virus
Hiv	Human Immunodeficiency Virus
HPV	Humaan Papillomavirus
IM	Intramusculair
IUSTI	International Union against Sexually Transmitted Infections
IV	Intraveneus
LGV	Lymfogranuloma venereum
MSM	Mannen die (ook) Seks hebben met Mannen
NAAT	Nucleic Acid Amplification Test
PCR	Polymerase Chain Reaction
PEP	Post-Exposure Prophylaxis
PID	Pelvic Inflammatory Disease
PrEP	Pre-Exposure Prophylaxis
RPR	Rapid Plasma Reagin
SM	Sadomasochisme
Soi	Seksueel Overdraagbare Infectie(s)
TPHA	Treponema pallidum Haemagglutinatietest
TPPA	Treponema pallidum Particle Agglutination test
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory test
VSV	Vrouwen die Seks hebben met Vrouwen
WOG	Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie

## METHODE

Deze praktijktool vertrekt vanuit twee documenten.

Eenzijds vanuit de masterthesis huisartsgeneeskunde van Isabel Brosius, die zij schreef in 2013 aan de Universiteit Antwerpen met als titel 'De rol van de huisarts in de preventie van seksueel overdraagbare aandoeningen: een evidence- based werkmodel'.<sup>2</sup> Deze thesis tracht een evidence-based antwoord op bovenstaande klinische vragen te geven.

Anderzijds steunt deze praktijktool op het document 'Leidraad voor medische consultaties bij sekswerkers', gepubliceerd in maart 2014 en geschreven door de artsen werkzaam bij Ghapro vzw en Pasop vzw.<sup>3</sup> Deze leidraad is gebaseerd op de door de professionals in het werkveld meest aangehaalde internationale richtlijnen, zoals o.a. de richtlijnen van de CDC en IUSTI. De medewerkers van Ghapro vzw en Pasop vzw gaven hiervoor hun volle toestemming en medewerking.

Isabel Brosius heeft aan de hand van het AGREE II-instrument een aantal richtlijnen geselecteerd.<sup>4</sup> In deze richtlijnen is ze vervolgens gaan zoeken naar antwoorden op de eerder vermelde klinische vragen. Afhankelijk van de sterkte van onderbouwing van de gevonden antwoorden, formuleerde ze aanbevelingen waaraan ze een GRADE toekende (*zie bijlage 1*).<sup>5</sup> Deze werkwijze toont zeer goed welke richtlijnen kwalitatief hoogstaand zijn en welke minder en geeft ook goed aan of er onderbouwde antwoorden op de klinische vragen te vinden zijn en hoe sterk deze onderbouwing is. Keerzijde van de medaille is dat sommige vragen onvoldoende beantwoord blijven, omdat er bijvoorbeeld wel een antwoord gevonden kon worden, maar door de werkwijze niet behouden werd.

Daarom is deze praktijktool een aanvulling op de antwoorden van de masterthesis. Het moet duidelijk zijn dat de gegeven aanvullingen niet tot stand zijn gekomen volgens een strikte methodologie. Daar waar de artsen van Ghapro vzw, Pasop vzw en de auteur van dit document inschatten dat er mogelijk praktische informatie ontbrak in de thesis om vlot verder te kunnen in de dagelijkse praktijk, hebben zij op basis van de reeds vernoemde leidraad en hun eigen expertise aanvullingen gedaan.

Er zal in deze praktijktool een duidelijk onderscheid gemaakt worden tussen enerzijds de informatie die uit de thesis komt en dus bekomen is volgens een strikte methodologie en waaraan een GRADE is toegekend en anderzijds de informatie die extra werd toegevoegd.

## KLINISCHE VRAAG 1: WANNEER NEEM JE EEN SOI-ANAMNESE AF?

---

Een soi-anamnese in de huisartsenpraktijk kan worden afgenomen bij volgende types consulten:

- preventief consult (*masterthesis, GRADE 1D*)
- consult seksuele gezondheid (*masterthesis, GRADE 1D*)
- consult reproductieve gezondheid (*masterthesis, GRADE 1D*)
- consult reisadvies (*masterthesis, GRADE 1D*)

Frequentie van afname van een soi-anamnese:

- zeer groot soi-risico: 1 keer per jaar (*aanvulling*)
- laag tot groot soi-risico: minimaal 1 keer en herhaal bij consultaties in kader van seksuele en reproductieve gezondheid (*masterthesis GRADE 1D en aanvulling*)

Randvoorwaarden voor het afnemen van een seksuele anamnese zijn: een gewaarborgde confidentialiteit en afdoende communicatieve vaardigheden van de arts. (*masterthesis, GRADE 1D*)

De huisarts noteert zijn bevindingen in de relevante sectie van het elektronisch medisch dossier. (*masterthesis, GRADE 1D*)

---

### Preventief consult

- Afnemen van een cervixuitstrijkje

Hoewel we als huisarts nog niet de gewoonte hebben om in het kader van een preventief consult een soi-anamnese uit te voeren, past dit hierin perfect.

Een ideale gelegenheid hiervoor is het afnemen van een uitstrijkje. In deze consulten kan de huisarts immers gemakkelijk de reden voor het stellen van deze toch wat intiemere vragen kaderen: gezien de grote rol van HPV – een o.a. seksueel overgedragen virus – in het ontstaan van cervixkanker, is de link naar andere soi eenvoudig gelegd.

### Consult seksuele gezondheid

- Soi-bloedname op vraag van patiënt
- Urogenitale klachten

Wanneer een patiënt specifiek vraagt naar een bloedname voor soi of wanneer hij urogenitale klachten heeft, is het niet moeilijk om in een dergelijke situatie door te vragen over seksueel gedrag. De patiënt zal zelf de link leggen en aanvaarden dat je dergelijke vragen stelt. De huisarts moet immers kunnen inschatten of een bloedname echt nodig is, of misschien eerder of bijkomend een PCR-test (bv. voor chlamydia) op urine of een wisser. Ook de locatie van afname van een wisser dient de huisarts te weten, dus moet hij weten of de patiënt orale/ vaginale/ anale seks heeft gehad. Dateert het risicovol seksueel contact al van langer geleden of van de voorbije dagen? Heeft de patiënt in tussentijd nog andere seksuele contacten gehad,...? Enkel bloed afnemen en standaard hiv, syfilis en HBV aankruisen zonder méér, volstaat dus zeker niet.

Zijn er op het moment van consulteren klachten aanwezig, dan doe je best een lichamenlijk onderzoek (*zie bijlage 2*).

Let op: de patiënt durft niet altijd duidelijk zeggen dat hij specifiek een bloedname voor soi

wenst en vraagt dan bv. een bloedname voor een ‘algemene en volledige check-up’. Durf als huisarts door te vragen naar wat hij daarmee juist bedoelt. Vaak ligt hieronder een vraag naar testen op soi.

### Consult reproductieve gezondheid

- (Nood)anticonceptie
- Advies preconceptie
- Bij diagnose van zwangerschap en op 6 maanden zwangerschapsduur
- Abortus arte provocatus
- Cervicale ingreep

Consulten met bovenstaande thema's als inhoud, zijn eveneens gelegenheden om het onderwerp seks en soi ter sprake te brengen.

Zeker bij een vraag naar noodanticonceptie is de link naar soi snel gelegd. Er is immers recent een onbeschermd seksueel contact geweest, dus dient hier niet alleen een ongewenste zwangerschap vermeden te worden, maar dient ook het risico op soi ingeschat te worden. Hetzelfde geldt bij vaststelling van een zwangerschap of vraag naar abortus. Een zwangerschap is niet zelden het ongeplande of zelfs ongewilde gevolg van een onbeschermd seksueel contact. Het risico op soi is bij een zwangerschap in die omstandigheden groter dan bij een normaal geplande zwangerschap.

Uit het Sexpert-onderzoek blijkt dat 1 op 4 zwangerschappen ongepland is. Ongepland is daarom niet ongewenst: 1 op 3 ongeplande zwangerschappen blijkt uiteindelijk wel gewenst. Meestal eindigen de blijvend ongewenste zwangerschappen in een abortus: in 2011 werden er in Vlaanderen 8205 abortussen verricht (dit is ongeveer 5 op 1000 vrouwen of 10% van alle zwangerschappen).<sup>6</sup>

Bij een **preconceptieadvies** is de nood aan inschatting van het soi-risico waarschijnlijk kleiner, gezien de vrouw/ het koppel zich bewust voorbereid op een gewenste zwangerschap. Toch kan het zinvol zijn om na te gaan of in het verleden reeds een risico-inschatting voor soi gebeurd is en om te kijken of er bij een hoog risico in het verleden ook adequaat gescreend is geweest. Een eventueel opgelopen soi in het verleden kan best vòòr de conceptie behandeld worden om mogelijke complicaties ten gevolge van de soi zelf of de toegepaste medicatie tijdens de zwangerschap te vermijden. Dit betekent dus dat de huisarts niet alleen bij de vrouw een anamnese en eventueel tests afneemt, maar evengoed bij haar partner. Indien het koppel geen bezwaar heeft, kun je de anamnese in hetzelfde consult bij zowel man als vrouw afnemen. Is de partner niet aanwezig op het consult, dan nodig je hem best nog eens apart hiervoor uit.

Is de **zwangerschap** een gevolg van een risicovol seksueel contact (of zijn er tijdens de zwangerschap nog nieuwe risicovolle contacten geweest), dan is het zinvol om op 6 maanden zwangerschapsduur (en eventueel nòg later) te hertesten op sommige soi.

Ook bij **cervicale ingrepen**, zoals het inbrengen van een noodspiraal of het uitvoeren van een abortus via zuigcuretage, maar ook in geval van een conisatie, is het aan te raden op voorhand te screenen op vooral chlamydia en gonorrhoe, om te vermijden dat men eventueel aanwezige kiemen hogerop inbrengt en zo een PID zou veroorzaken.

## Consult reisadvies

Idealiter heeft de huisarts een gesprek met de patiënt vóór deze een verre reis maakt. Zo kunnen tijdig de nodige vaccinaties in orde gebracht worden en een algemeen reisadvies gegeven worden.<sup>7</sup> Ook advies m.b.t. seks past hierbij. In andere werelddelen kunnen bepaalde soi endemisch zijn en is de kans om ze op te lopen sowieso groter (*zie bijlage 3*). Vragen naar seksuele gewoonten is daarom niet overbodig.

Heb je als huisarts niet de kans gehad vooraf een gesprek te hebben, maar verneem je later dat de patiënt een verre reis gemaakt heeft naar een soi-endemisch gebied, vraag je ook best naar mogelijk gelopen risico's.

## Hoe frequent neem je een soi-anamnese af?

Het is natuurlijk ideaal om een zo 'up-to-date' mogelijke risico-inschatting te hebben, maar bij een groot aantal patiënten zal het niet nodig zijn om dergelijke anamnese (of delen ervan) frequent opnieuw te bevragen, bv. bij langer getrouwde/ samenwonende monogame koppels. Toch is het ook bij deze groep belangrijk om als huisarts alert te blijven. Uit onderzoek blijkt immers dat in Vlaanderen ontrouw binnen de partnerrelatie voorkomt bij 1 op 4 mannen en bij 1 op 5 vrouwen.<sup>6</sup> Maar ook als koppel kun je risico lopen, zoals in het geval van 'swingers'. Swingers zijn (hetero)stellen die seksuele contacten hebben met andere koppels. In het swingersmilieu komt onbeschermde seks vaak voor. ([www.seksualiteit.be](http://www.seksualiteit.be)) Het is moeilijk om een concrete termijn voor herhaling van een soi-anamnese vast te leggen, maar de afname ervan zal de huisarts juist een beeld geven van het soi-risicoprofiel van de patiënt die voor hem zit. Het lijkt dan logisch om bij mensen met een groot risico (delen van) de anamnese sneller te herhalen. Ook bij jonge mensen lijkt het logisch dat de huisarts de anamnese vaker herhaalt, gezien het frequenter wisselen van seksuele partners in deze groep.

Deze indeling volgens soi-risico wordt in de masterthesis niet gemaakt. De auteur van deze praktijktool vond, in overleg met artsen van Ghapro vzw, het zinvol om dit wél te doen. Immers, personen met een zeer groot risico op soi kunnen de ene keer er bepaalde seks-technieken op na gehouden hebben en een andere keer weer andere. Dit heeft impact op de screening, nl. op welke locaties van het lichaam je de staalafnames gaat focussen.

### Een voorstel voor afnamefrequentie van een soi-anamnese:

- bij zeer groot risico: 1 keer per jaar
- bij laag tot groot soi-risico: minimaal 1 keer en herhaal bij consultaties in kader van seksuele en reproductieve gezondheid

Let op: een anamnese is niet 100% betrouwbaar. Zelfs in een context waar openlijk over seks gepraat kan worden, worden er wel vaker dingen verzwegen. Het al of niet praten over seks, kan ook cultureel gebonden zijn. Zo staan sommige culturen niet open voor MSM (mannen die (ook) seks hebben met mannen)-contacten en worden deze dus verzwegen, terwijl deze contacten wel plaatsvinden. Herhalen van het onderwerp en informeren over de risico's, kan eventueel wel de spreekwoordelijke deur open laten en na verloop van tijd toch ervoor zorgen dat de patiënt gaat praten.

Isabel Brosius geeft in haar thesis verder nog aan dat er belangrijke randvoorwaarden zijn opdat een seksuele anamnese zou slagen. Ten eerste moet voor de patiënt zeer duidelijk zijn dat **confidentialiteit gewaarborgd** is. Het kan nodig zijn dit ook expliciet te vermelden. Ten tweede dient de arts over **voldoende communicatieve skills** te beschikken. Ten slotte dient **alles genoteerd** te worden in het **EMD**.

## KLINISCHE VRAAG 2: WAT IS DE INHOUD VAN EEN SOI-ANAMNESE?

---

De inhoud van een soi-anamnese betreft volgende onderwerpen:

- seksuele partner(s): man/ vrouw/ beide?
  - partnergerelateerde risico's
  - seksuele gewoonten
  - medische voorgeschiedenis
  - anticonceptiegebruik
  - druggebruik: huidig en vroeger
  - eigen afkomst én afkomst van de partner
- (masterthesis, geen GRADE gegeven en aanvulling)*
- 

Dezelfde inhoudelijke elementen worden ook vermeld in de thesis. Ze komen aan bod in de tekst, maar er is geen GRADE aan toegekend.

Artsen van Ghapro vzw en de auteur van dit document vonden het belangrijk bij deze inhoud méér achtergrondinformatie te geven dan vermeld in de thesis. Daarom wordt er in dit hoofdstuk dieper ingegaan op de genoemde elementen.

### Seksuele partners

- **Seks met mannen, met vrouwen of met beide?**

Je vraagt na of de patiënt seks heeft met mannen, met vrouwen of met beide.

Uit het jaarlijkse soa-rapport van het WIV blijkt elk jaar opnieuw dat de bevolkingsgroep 'mannen die seks hebben met mannen' (MSM) een zeer groot risico op soi lopen. Bij deze bevolkingsgroep zal je dus frequenter een soi-anamnese en screening dienen te plannen.<sup>1</sup>

Let op! Bij de vraagstelling vraag je best expliciet naar het al dan niet seks hebben met mannen of vrouwen of beide en beter niet of de patiënt hetero-, homo- of biseksueel is. Een patiënt kàn antwoorden dat hij niet homoseksueel is maar wel seks heeft met hetzelfde geslacht. Dit komt bv. voor bij commerciële sekswerkers of bij patiënten die om culturele redenen dit niet willen of kunnen zeggen.

### Partnergerelateerde risico's

- **Twee of méér partners in de laatste 6 maanden?**
- **Nieuwe partner in de laatste 6 maanden?**
- **Partner afkomstig uit soi-endemisch gebied?**
- **Partner met een diagnose van soi?**

Antwoordt de patiënt op één van bovenstaande vragen ja, dan ga je screenen.

Heeft de patiënt in de voorbije zes maanden twee of méér seksuele partners gehad, dan heeft deze persoon een verhoogd risico op soi en ga je dus screenen. Dit geldt ook indien de patiënt een nieuwe partner heeft gekregen in de voorbije zes maanden en hiermee onbeschermd betrekkingen heeft gehad.

Heeft de patiënt in de voorbije zes maanden onbeschermd seks gehad met een partner afkomstig uit een soi-endemisch gebied (*zie bijlage 3*), dan is screening eveneens aan te raden, tenzij deze partner zich reeds vóór het seksueel contact liet testen en negatief bleek voor soi. Maar...let op! Dit kan een vals gevoel van veiligheid geven. De test bij de partner

moet immers op het juiste moment afgenomen zijn. Indien de test plaatsvond in de zogenaamde window-fase van een besmetting, is deze negatief. Bij twijfel is het aangeraden toch te screenen.

Heeft de patiënt onbeschermd seks gehad met een partner die zelf in de voorbije zes maanden een soi-diagnose kreeg, dan krijgt deze patiënt ook best een soi-test aangeboden.

## Seksuele gewoonten

- **Orale en/of vaginale en/of anale seks?**
- **(Correct) condoomgebruik bij zowel orale, als vaginale als anale seks?**
- **(Hygiënisch) gebruik van seksspeeltjes?**
- **Extremere vormen van seksueel gedrag: fisting, bondage, sm, plas/ kakseks,...**

Met seksuele gewoonten bedoelen we: orale/ vaginale/ anale seks al dan niet met (correct) condoomgebruik, het (hygiënische) gebruik van seksspeeltjes en het erop nahouden van 'extremere' vormen van seksueel gedrag zoals 'fisting', maar ook 'bondage', sm, plas/ kakseks,...

Vragen naar seksuele gewoonten doe je voornamelijk wanneer je beslist hebt te gaan screenen, om te weten op welke locatie je eventueel stalen moet afnemen. Heeft bijvoorbeeld een homoseksuele man enkel receptief anaal seksueel contact, dan is het niet zinvol een PCR voor opsporing chlamydia of gonorrhoe op urine uit te voeren, maar wel een anale wisser af te nemen. Andersom, heeft de patiënt nooit anale seks, dan hoeft je op die plaats ook niet te gaan testen.

Let op! Het is wel duidelijk dat hierover praten zowel voor de patiënt als voor de arts, niet zo vanzelfsprekend is. De anamnese is dan vaak niet erg betrouwbaar. Daarom krijgt standaard testen op de vier mogelijke locaties (oraal, vaginaal, urine en anaal), onafhankelijk van de anamnese, de voorkeur. Dit is echter kostelijk!

Toch kan het van belang zijn om zelfs nog vóór je beslist hebt te gaan screenen, weet te hebben van bepaalde seksuele gewoonten. Het is namelijk zo dat bij anale seks het risico op soi sowieso groter is. Dit geldt ook wanneer men bv. aan 'fisting' doet (het inbrengen van vuisten vaginaal/ anaal) of andere voorwerpen gebruikt waarbij scheuren van het slijmvlies gemakkelijk kunnen voorkomen.

## Medische voorgeschiedenis

- **Heeft de patiënt ooit een soi gehad?**
- **Heeft de patiënt ooit een ongeplande zwangerschap meegemaakt?**
- **Heeft de patiënte ooit een abortus (arte provocatus) laten uitvoeren?**
- **Heeft de patiënte ooit een HPV-positief uitstrijkje voor baarmoederhalskanker gehad?**

Vraag na of de patiënt ooit een soi gehad heeft en indien ja, welke soi. Check of deze soi adequaat behandeld is/zijn. Screen zeker indien er nog andere actuele risicofactoren aanwezig zijn. Als het niet duidelijk is of de patiënt nu al dan niet een soi gehad heeft, dan kan het zinvol zijn om zelfs in de afwezigheid van andere risicofactoren, de screening toch te herhalen en dit om meerdere redenen: 1) om na te gaan of de mogelijke soi adequaat behandeld is geweest of dat er sprake is van een chronische infectie; 2) om te beschikken over een eigen 'nulmeting' voor verdere follow-up.



Heeft de patiënt (ook mannen!) ooit een ongeplande zwangerschap meegemaakt, dan is het mogelijk dat de conceptie het gevolg is geweest van een onbeschermd en dus mogelijk risicovol seksueel contact. Wees alert en vraag door. Screen indien dit nog niet eerder gebeurde of indien hier onduidelijkheid rond is. Hetzelfde geldt wanneer ooit een abortus werd uitgevoerd. Heeft de patiënte ooit een HPV-positief uitstrijkje gehad, vraag dan eveneens door en screen indien er nooit eerder een screening op soi plaatsvond of indien hier onduidelijkheid rond is. Een infectie met HPV is immers een soi.

### Anticonceptiegebruik

Bij een soi-anamnese is het nooit verkeerd stil te staan bij het al dan niet gebruiken van anticonceptie.

Blijkt uit de anamnese dat er frequent seksueel contact is maar zonder kindwens, dan adviseer je best het gebruik van een adequaat (aangepast aan de noden van de persoon in kwestie) anticonceptief middel. Blijkt er enkel een condoom gebruikt te worden ter contraceptie, sta je best ook even stil bij wat te doen indien het condoom scheurt en ga je na of eventueel een extra contraceptief middel dient geassocieerd te worden. Vraag na of de patiënt het condoom op een correcte manier gebruikt (zie bijlage 4) of beter nog: laat de patiënt op een kunstpenis tijdens de consultatie het gebruik demonstreren. Correct condoomgebruik betekent: aangebracht bij aanvang van het seksueel contact, geen twee condooms over elkaar gebruikt, (correct) glijmiddel gebruikt, onmiddellijk verwijderd na het contact en een nieuw condoom aangebracht onmiddellijk bij aanvang van een nieuw seksueel contact 'in dezelfde beurt' met dezelfde persoon.

**Andersom is het ook van belang dat je erop wijst dat enkel het condoom (correct gebruikt!) beschermt tegen soi en geen enkel ander anticonceptiemiddel.**

Vertelt de patiënt je dat hij enkel de methode van 'coitus interruptus' toepast of enkel een condoom gebruikt en dit niet (altijd) op correcte manier doet, is er mogelijk een risico op soi. Screen dan indien er nog minstens één andere actuele risicofactor aanwezig is.

### Druggebruik vroeger en nu

- **Intraveneus druggebruik: risico op besmetting met HBV, HCV en hiv**
- **Middelengebruik in het algemeen (ook alcohol en geneesmiddelen): leidt tot onveilig seksueel gedrag en hierdoor verhoogd risico op soi**

Je vraagt best naar zowel het huidig druggebruik, als naar het gebruik in het verleden. Iemand kan zeggen dat hij vandaag geen drugs gebruikt, maar mogelijk gebruikte hij wel in het verleden. Afhankelijk van het soort gebruik, is er ook risico op soi.

Zo is er bij intraveneus druggebruik een risico op via bloed overdraagbare ziekten, door gebruik van besmette naalden. Het gaat hier vooral om een risico op besmetting met hepatitis B en C en hiv.

Let op! Ook bij snuiven van drugs, is besmetting met bovenstaande ziekten mogelijk, door gebruik van besmet hulpmateriaal ('snuifrietjes') voor het opsnuiven van drugs zoals cocaïne. Daarnaast is middelengebruik in het algemeen een reden om te screenen op soi, ook op andere soi dan de hierboven vernoemde. Immers, de inname van drugs, maar ook van alcohol en/of andere (genees)middelen maakt dat condooms sneller weggelaten worden bij het vrijen of dat ze foutief gebruikt worden. Dit geeft dan weer een verhoogd risico op soi.<sup>8</sup>

## Eigen afkomst

In de soi-anamnese nemen we ook de vraag naar eigen afkomst op en dit om alert te zijn op het aanbieden van een soi-screening bij mensen afkomstig uit soi-endemische gebieden (zie bijlage 3). Hier denken we in de eerste plaats aan hiv. Zo gebeurt het frequent dat mensen uit Sub-Saharaans Afrika, in eigen land nooit getest werden. Het is dan aan de (huis)arts die in contact komt met deze mensen, minstens een test op hiv aan te bieden, maar liefst ook op HBV en HCV. Voor meer informatie en ondersteuning kun je terecht op de website van het hiv-SAM project: [www.hivsam.be](http://www.hivsam.be). Dit project is gestart ter bevordering van seksuele gezondheid en hiv-preventie in de gemeenschappen van Sub-Saharaans-Afrikaanse migranten in Vlaanderen.

Een belangrijke bedenking hier is dat men bedacht moet zijn op culturele drempels in praten over seks. Zo zullen bv. homoseksuele contacten in een islamitische cultuur vaak ontkend worden.

Dit geldt dus ook voor mensen die hier geboren zijn en voor hen die uit niet-endemische gebieden komen. Men moet in praten over seks breder denken dan aan hiv alleen.

Denk bijvoorbeeld ook aan jonge nieuwkomers uit Pakistan, Afghanistan,... In hun land van herkomst is het niet gewoon om over seks te praten. Ze worden hier geconfronteerd met een ander seksueel gedrag. Ze maken hierdoor vaker een versnelde seksuele ontwikkeling door, wat in sommige gevallen kan leiden tot seksuele klachten zoals vroegtijdige zaadlossing. Doordat hun eigen kennis zeer beperkt is of soms foutief, kan dit op zich weer leiden tot risicovolle seksuele contacten.

### KLINISCHE VRAAG 3: WANNEER TEST JE OP WELKE SOI?

- Het is niet nodig om in elke situatie op alle soi te testen. Op welke soi je screent, hangt af van het risico op soi. (*masterthesis, verschillende GRADES naargelang het type risico + aanvulling*)
- We maken hierbij een onderscheid tussen 'zeer groot' en 'groot' risico. (*aanvulling*)

Uit de thesis waarnaar dit werkmodel refereert, blijkt ook dat het niet wordt aanbevolen om standaard in elke situatie op alle soi te testen. Op welke soi men screent, is afhankelijk van het risico op soi. Afhankelijk van het type risico of de risicocategorie waartoe men behoort, geeft de thesis een verschillende gradatie van aanbeveling (GRADE) voor het aanbieden van screening:

GRADE	1	2
<b>A</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zwangere vrouwen</li> <li>• Vrouwen die een abortus wensen</li> </ul>	
<b>B</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hiv-positieve patiënten</li> <li>• Soi gehad in laatste 12 maanden</li> <li>• Indien cervicale ingreep gepland</li> <li>• Indien partner een bewezen soi heeft of een soi vermoed kan worden o.b.v. klachten</li> </ul>	
<b>C</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MSM</li> <li>• Prostitué(e)s</li> <li>• Leeftijd tussen 15-34 jaar</li> <li>• IV-druggebruikers</li> <li>• Patiënten zelf afkomstig uit hiv/HBV-endemische gebieden of partner hieruit afkomstig</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inconsistent condoomgebruik</li> <li>• Nieuwe seksuele partner in laatste 6 maanden</li> <li>• ≥2 sekspartners in laatste 12 maanden</li> <li>• Patiënten die zelf een soi-screening vragen</li> </ul>

Artsen van Ghapro vzw en de auteur van dit document hadden nog volgende aanvullingen en opmerkingen bij de hierboven vermelde risicofactoren:

- Screening zou niet alleen bij prostituté(e)s aangeboden moeten worden, maar ook bij prostituanten.
- De leeftijdscategorie 15-34 jaar verdient inderdaad bijzondere aandacht, gezien in deze leeftijdsgroep soi zoals chlamydia maar ook gonorrhoe frequenter voorkomen, maar is op zichzelf een onvoldoende wegend argument om te gaan screenen. Er moet minstens één andere risicofactor aanwezig zijn, zoals het hebben van een nieuwe partner in de laatste zes maanden.
- Bij IV-druggebruikers dient er zeker screening aangeboden te worden, maar ook bij druggebruik in het algemeen, omdat men onder invloed van middelen (ook alcohol of bepaalde geneesmiddelen) sneller risicovolle seksuele contacten heeft.<sup>8</sup>
- Bij patiënten of hun partner die afkomstig zijn uit hiv- en HBV-endemische gebieden, dient zeker screening op deze infecties aangeboden te worden. Men stelt echter voor om ook te screenen op HCV gezien de hoge endemiciteit in bepaalde landen (*zie bijlage 3*) en er

toch ook een kans bestaat op seksuele overdracht zeker bij zeer risicovol seksueel gedrag. Oorzaken van de hoge endemiteit in deze landen zijn: geen screening van bloeddonoren (bv. ten gevolge van onvoldoende middelen om dit te organiseren), gebruik van niet-steriele naalden in de medische sector of bij druggebruik, verticale transmissie, zeer risicovol seksueel gedrag,... Zeer risicovol seksueel gedrag: anale insertieve seks zonder condoom, fishten zonder handschoen, delen van anale douchekoppen, delen van anale seksspeeltjes,... Dit risicovol seksueel gedrag kan voorkomen bij bepaalde groepen MSM (zie voor meer info en advies: [www.mannenseks.be](http://www.mannenseks.be)) (zie bijlage 5 voor transmissiekansen hiv naargelang het seksueel gedrag).

- Indien de patiënt zelf vraagt om gescreend te worden op soi, is dit zeker een moment om stil te staan bij de reden van deze vraag en om na te gaan of er effectief een risico op soi bestaat. Op zichzelf is het een onvoldoende argument om te gaan screenen.
- Aanbieding van screening bij mensen met zeer risicovol seksueel gedrag (zie verder).

In de thesis wordt de uitgebreidheid van screening (met GRADE) vermeld per elk hogerop genoemde risicofactor:

	Chlam	Gon	Syf	HBV	HCV	Hiv	GRADE
MSM Prostitué(e)s	x	x	x	x*	x	x	syf: 1B hiv:1C rest: 2C
Hiv-positief	x	x	x	x	x		1 C
Soi <12 maanden	x	x	(x)	(x)		x	2 C
Vrouwen <25 jaar inconsequent. condoomgebruik nieuwe partner ≥2 partners/ 12 maanden abortus° cervicale ingreep°	x	x				x	2 C  1 B
Hiv/ HBV endemisch gebied				x*		x	2 C
IV druggebruik				x*	x	x	1 C
Zwangerschap			x	x*	x	x	1 A
Partner met diagnose van soi	(x)	(x)	(x)	(x)*	(x)	(x)	1 B
Screening op vraag	x	(x)	(x)	(x)*		(x)	2 C
Partner van risicopatiënt	(x)	(x)	(x)	(x)*	(x)	(x)	2 C

\* Indien niet gevaccineerd.

° Voornamelijk voor chlamydia aangetoond, maar extrapoleerbaar naar gonorrhoe.

(x) Afhankelijk van de soi of het soi-risico.

De auteur van dit werkmodel stelt in overleg met artsen van Ghapro volgende aanvullingen voor:

	Chlam	Gon	Syf	HBV	HCV	Hiv	GRADE
MSM Prostitué(e)s	x	x	x	x*	x	x	syf: 1B hiv:1C rest: 2C
Hiv-positief	x	x	x	x	x		1 C
Soi <12 maanden	x	x	(x)	(x)	(x)	(x)	2 C
Vrouwen <25 jaar inconsequent. condoomgebruik nieuwe partner ≥2 partners/ 12 maanden abortus° cervicale ingreep°	x	x	(x)	(x)*	(x)	(x)	2 C    1 B
Hiv/ HBV endemisch gebied			x	x*	x	x	2 C
IV druggebruik	x	x	x	x*	x	x	1 C
Zwangerschap	x	x	x	x*	x	x	1 A
Partner met diagnose van soi	(x)	(x)	(x)	(x)*	(x)	(x)	1 B
Screening op vraag	x	(x)	(x)	(x)*	(x)	(x)	2 C
Partner van risicopatiënt	(x)	(x)	(x)	(x)*	(x)	(x)	2 C

\* Indien niet gevaccineerd.

° Voornamelijk voor chlamydia aangetoond, maar extrapolieerbaar naar gonorrhoe.

(x) Afhankelijk van de soi of het soi-risico.

Argumenten voor deze aanvullingen:

- Een soi gehad in de voorbije twaalf maanden: in de thesis wordt in deze situatie standaard een hiv-test voorgesteld, maar dit lijkt overshooting. Het lijkt zinvoller een hiv-test aan te bieden afhankelijk van de soi die opgelopen werd en hiermee samenhangend afhankelijk van het risico ('zeer groot' versus 'groot'). Om dezelfde reden werd bij deze situatie ook de screening naar syfilis en HCV voorgesteld, eveneens afhankelijk van het risico.
- Bij vrouwen jonger dan 25 jaar, bij inconsistent condoomgebruik, nieuwe partner, ≥2 partners in een jaar: hier werd ook het screenen naar syfilis en HCV toegevoegd afhankelijk van het risico ('zeer groot' versus 'groot'). Het screenen naar hiv werd tussen haakjes geplaatst om dit ook weer niet standaard voor te stellen, maar het te laten afhangen van het risico.
- In geval van een abortus of een cervicale ingreep ligt de focus vooral op screening naar chlamydia en gonorrhoe om het veroorzaken van een opstijgende infectie tijdens de ingreep te vermijden. Toch kan deze situatie een aanleiding zijn om wat meer aandacht te besteden aan een seksuele anamnese. Als hieruit dan blijkt dat er een risico op soi bestaat, kan afhankelijk van het risico ('zeer groot' versus 'groot') een uitgebreidere screening aangeboden worden.

- Hiv- en HBV-endemisch gebied. Hier werd HCV aan toegevoegd om bij mensen afkomstig uit HCV-endemische gebieden, die bovendien vaak overlappen met gebieden waar HBV en hiv endemisch zijn, ook screening naar HCV aan te bieden. Ook syfilis werd toegevoegd, omdat het niet zelden is dat op deze manier syfilis ontdekt wordt. Zo heb je ook ineens een 'nulmeting'.
- In de thesis wordt vooral IV druggebruik vermeld als reden om te gaan screenen op via bloed overdraagbare infecties. Zoals echter eerder al aangehaald, leidt druggebruik in het algemeen, dus ook drugs die niet IV gebruikt worden, tot risicovoller seksueel contact. Een bredere screening, ook naar chlamydia en gonorrhoe, wordt daarom aangeraden.
- Bij zwangerschap is ook screening naar chlamydia en gonorrhoe toegevoegd. Dit is zeker aan te raden bij zwangerschappen die tot stand zijn gekomen in minder gunstige situaties (bv. ongewenste/ ongeplande zwangerschap).
- Bij screening op vraag is ook de screening naar HCV toegevoegd. Hierop ga je screenen indien er een 'zeer groot' soi-risico is.

Om in de dagelijkse praktijk sneller te kunnen beslissen of men nu een volledige screening dient aan te bieden dan wel een gedeeltelijke, heeft de auteur van dit werkmodel in overleg met artsen van Ghapro vzw, ervoor gekozen om de hierboven vermelde risico's en de genoemde aanvullingen op te splitsen in twee categorieën, namelijk een categorie 'zeer groot' risico enerzijds en een categorie 'groot' risico anderzijds.

Met 'zeer groot' risico bedoelen we dat er in die situatie een redelijke kans is besmet te geraken met ernstige, niet- of moeilijk te genezen soi, zoals hiv en hepatitis B en C. Natuurlijk kan men in dergelijke situatie ook besmet geraken met minder ernstige, wel te behandelen soi, zoals syfilis, chlamydia, gonorrhoe.

Met 'groot' risico bedoelen we een situatie waarbij er vooral kans is besmet te geraken met deze minder ernstige soi, maar waarbij de kans om een besmetting met ernstigere soi op te lopen, zeer klein is. Let op: deze soi zijn minder ernstig, op voorwaarde dat men ze in een vroeg stadium vaststelt en adequaat behandelt! Indien niet, kunnen ze ernstige complicaties tot gevolg hebben, zoals PID, proctitis, epididymitis, orchitis,...

Er bestaan nog enkele andere soi die we hier verder niet bespreken, omdat ze onbehandeld meestal niet leiden tot complicaties. Voor een korte bespreking hiervan, verwijzen we naar *bijlage 6*.

### **Zeer groot risico**

Er is sprake van een zeer groot risico op soi bij:

- Hoog risicovol seksueel gedrag
- (Zeer) frequent wisselende partners (>3 partners in laatste 6 maanden), prostitutie (prostitué(e)s + prostituanten), groepsseks ('gangbang'), partnerruil ('swingen'),...
- Gedrag met groot risico op scheurtjes van het slijmvlies: anale seks, fisting,...
- Mannen die seks hebben met mannen (MSM)
- Hiv-positieve patiënten
- Bij seksueel contact met een partner uit een soi-endemisch gebied of zelf afkomstig zijn uit een soi-endemisch gebied en nooit eerder getest geweest
- Druggebruik

- **Diagnose van soi in voorbije 12 maanden**
- **Partner met soi-diagnose**
- **Zwangerschap**

De situaties ‘diagnose van soi in de voorbije 12 maanden’ en ‘partner met een soi-diagnose’ worden geplaatst onder ‘zeer groot’ risico. Vaak kunnen patiënten niet goed aangeven om welke soi het gaat/ging en weten ze zelf niet of ze volledig en correct gescreend zijn geweest. Als de diagnose door jezelf gesteld is, kun je natuurlijk inschatten of het nodig is (opnieuw) een volledige screening aan te bieden. Werd de diagnose elders gesteld en beschik je niet over de testresultaten, dan doe je best een volledige screening.

Zwangerschap staat in bovenstaande lijst vermeld, niet omdat zwangerschap op zich een groot risico is op soi uiteraard, maar wel omdat het bij een zwangerschap van belang is te weten of er mogelijke soi aanwezig zijn om complicaties tijdens de zwangerschap en verticale transmissie te voorkomen. Daarom is het zinvol om in het begin van de zwangerschap, bv. bij de diagnose of een eerste bloedname, ook te screenen op soi zoals in volgende kader beschreven. Zijn er tijdens de zwangerschap nog risicovolle contacten geweest, dan herhaal je de screening bv. op het moment van zes maanden zwangerschapsduur en ongeveer een week vóór de uitgerekende bevallingsdatum.

Bij een zeer groot risico op soi screen je op volgende ziekten:

- **Via bloedname: hiv 1+2, HBV en HCV, syfilis**
- **Via afname voor PCR: chlamydia, gonorrhoe (bij voorkeur op alle mogelijke locaties: anaal, keel, vaginaal, cervix, urine)**
- **Uitsluitend afkomst uit soi-endemisch gebied zonder andere risicofactoren: hiv, HBV, HCV en syfilis.**

Bij personen afkomstig uit soi-endemische gebieden, ga je vooral screenen op hiv en HBV en HCV, maar ook op syfilis. Het is niet zelden dat syfilis op die manier gevonden wordt. Bij onduidelijkheid over correcte behandeling in het verleden of bij aanwezigheid van latente syfilis ga je behandelen. Zo heb je een betrouwbaar ‘nulpunt’.

## **Hoe lang na het gelopen risico voer je de screening uit?**

In de thesis zegt men dat

- **Indien het risicovol contact plaatsvond in de 6 weken voorafgaand aan de screening, zal de huisarts de screening voor syfilis, hepatitis B en C en hiv herhalen na 3 maanden. Voor hepatitis C wordt een bijkomende controle op 6 en 9 maanden gedaan. (GRADE 2C)**
- **Bij twijfel over therapietrouw herhaalt de huisarts de test 6 weken na behandeling voor chlamydia en 1 week na behandeling voor gonorrhoe om de genezing te bevestigen. (GRADE 2C)**
- **In geval van een negatieve testuitslag raadt de huisarts tijdens posttestcounseling het volgende aan:**
  - **patiënten die minder dan 6 weken voor de test op syfilis, hepatitis B of C en hiv een risicovol (seksueel) contact hadden, moeten opnieuw getest worden over 4 weken voor hiv en over 3 maanden voor de andere soi. (GRADE 2C)**
  - **patiënten die geen risicocontact hadden in de voorbije 6 weken zijn zeker negatief. (geen GRADE gegeven)**

Om volgende redenen zou de auteur van dit werkmodel in overleg met artsen van Ghapro vzw dit advies wat willen aanpassen:

- Patiënten die in de voorbije zes weken geen seksueel contact gehad hebben, zijn waarschijnlijk negatief. De kans is inderdaad klein, maar niet nul. Er werd ook geen GRADE gegeven bij deze aanbeveling.
- Er zijn verschillen in de gegeven adviezen ('syfilis, HBV, HCV en hiv hertesten na 3 maanden en HCV ook op 6 en 9 maanden' versus 'bij een negatief testresultaat hiv hertesten na 4 weken en de andere soi na 3 maanden').

Daarom stellen zij volgende adviezen voor:

Hoe lang na het gelopen risico voer je in geval van een 'zeer groot' risico, de screening uit:

Risico $\geq 3$ maanden	Doe nu een volledige screening
Risico $< 3$ maanden maar $\geq 2$ weken geleden	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Bij een eerste screening (of je hebt geen gegevens hierover)*: doe nu een volledige screening en herhaal de bloedname 3 maanden na het risico.</li> <li>2) Gaat het niet om een eerste screening: test op chlamydia en gonorrhoe (bij voorkeur op alle locaties) en doe een bloedname 3 maanden na het risico.</li> </ol>
Risico $< 2$ weken geleden	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Bij een eerste screening (of je hebt geen gegevens hierover): doe een volledige screening 2 weken** na het risico en herhaal de bloedname 3 maanden na het risico.</li> <li>2) Gaat het niet om een eerste screening: test op chlamydia en gonorrhoe (bij voorkeur op alle locaties) 2 weken na het risico en doe een bloedname 3 maanden na het risico.</li> </ol> <p>Let op: bij hoog risico op besmetting met hiv of HBV, verwijz voor toediening Post-Exposure Profylaxis (PEP) en eventueel sneltest voor hiv (zie verder).</p>

\* Het is steeds interessant om over een 'nulpuntmeting' te beschikken en zo op iets te kunnen terugvallen bij verdere follow-up of bij nieuwe klachten. Indien je dus geen gegevens hebt over vroegere screening, voer je bij voorkeur een volledige screening uit, zoals hogerop in de kader vermeld. Hierbij is het zeer nuttig de vaccinatiestatus voor HBV van de persoon in kwestie te kennen. Controleer daarvoor Vaccinnet of voer een bloedname uit indien via Vaccinnet geen gegevens beschikbaar zijn. Blijkt uit de bloedname geen bescherming, maar de patiënt vermeldt toch een mogelijke HBV-vaccinatie in het verleden (titers kunnen na verloop van tijd niet meer detecteerbaar zijn), dan kun je een eenmalige booster toedienen en de serologie controleren na zes weken. Is de patiënt in het verleden reeds gevaccineerd geweest, dan ga je een heel duidelijke titerstijging van HBs-antistoffen in het bloed vaststellen. Is dit niet het geval, dan is een volledige vaccinatie aan te raden, zeker bij mensen die een zeer groot risico lopen op soi.

\*\* Indien er klachten optreden sneller dan twee weken na blootstelling, wacht je toch best met screening op chlamydia en gonorrhoe tot twee weken erna. Een test kan in deze periode immers vals negatief zijn. Om onnodige extra kosten van screeningstests te vermijden, test je dus best pas ineens ten vroegste twee weken na het risicovol contact. Het is wél zinvol om toch al een klinisch onderzoek te doen en na te gaan of de klachten kunnen voortkomen van eventuele scheurtjes, kloofjes, ulcera, vesikels, aanwezigheid van schaamluizen,... of van banale infecties zoals candida. Een rechtstreeks microscopisch onderzoek of een kweek van afnamemateriaal kan dan aanvullend gedaan worden.

## Groot risico

Er is sprake van een groot risico bij:

- **nieuwe partner in de laatste 6 maanden ('seriële monogamie')**
- **eenmalig onveilig contact met (onbekende) partner**
- **planning van een abortus arte provocatus of na de uitvoering ervan indien ervóór geen screening gebeurde**
- **planning van een cervicale ingreep**



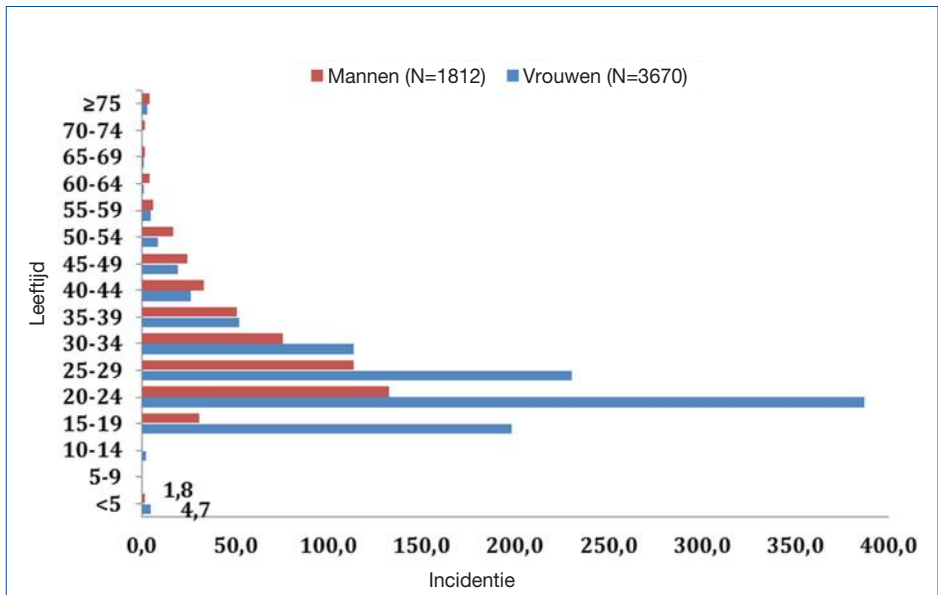
Veel jongeren hebben wisselende seksuele partners. Niet in de zin van ‘meerdere partners tegelijkertijd’, maar meerdere opeenvolgend achter elkaar. Als je hen vraagt of ze een vaste relatie hebben, zullen ze ‘ja’ antwoorden. Je vraagt dan ook best hoe lang ze deze relatie al hebben. Niet zelden is het antwoord dan ‘enkele maanden’.

Let ook op met de vraagstelling of ze in de voorbije zes maanden een nieuwe partner hebben, omdat bv. een eenmalig onveilig contact hiertoe niet gerekend zal worden. Vraag dus, indien ze aangeven geen nieuwe partner te hebben, of ze eventueel wel seksuele betrekkingen gehad hebben.

Infecties met chlamydia en gonorroe komen bij de leeftijdsgroep van jongeren het meest frequent voor. Dit mag blijken uit onderstaande grafieken.

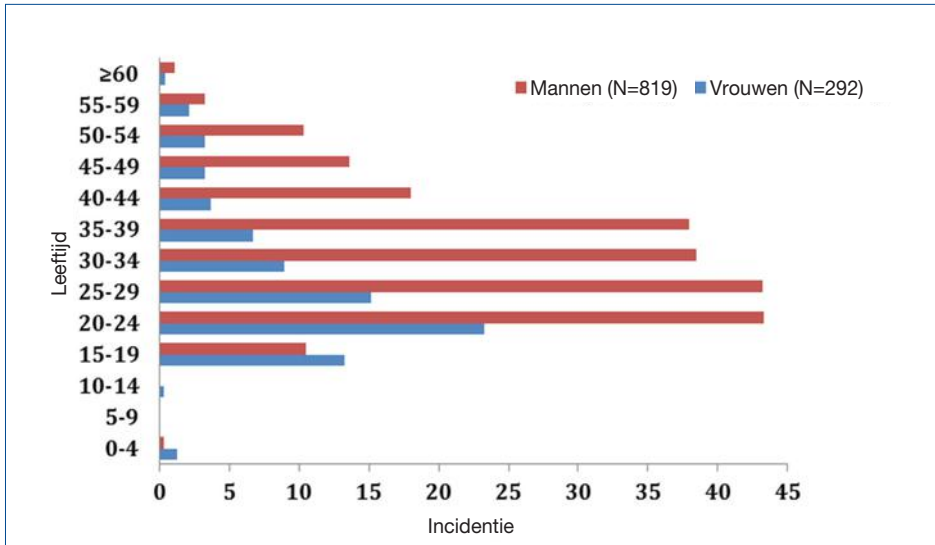
Figuur 1 toont de gerapporteerde leeftijds- en geslachtsspecifieke incidentie (/100 000 inw.) voor *chlamydia* in België in 2014 (cijfers WIV).<sup>1</sup> Hier is duidelijk op te zien dat een chlamydia-infectie frequenter voorkomt bij vrouwen dan bij mannen. De infectie komt het meest voor bij vrouwen tussen 20 en 24 jaar, maar ook nog in de leeftijdscategorieën 15-19 jaar en 25-29 jaar. Ook bij mannen zie je een gelijkaardige leeftijdsspecifieke tendens voor de leeftijdscategorie 20-24 jaar, behalve dat chlamydia-infecties minder voorkomen in de leeftijdsgroep 15 tot 19 jaar en méér in iets oudere leeftijdscategorieën.

Figuur 1: Leeftijds- en geslachtsspecifieke incidentie van chlamydia-infecties in België (2014).<sup>1</sup>



Figuur 2 toont de gerapporteerde leeftijds- en geslachtsspecifieke incidentie (/100 000 inw.) voor *gonorroe* in België in 2014 (cijfers WIV).<sup>1</sup> Hierop is duidelijk te zien dat een gonokokken-infectie frequenter voorkomt bij mannen dan bij vrouwen, maar ook bij vrouwen in dezelfde leeftijdscategorieën als chlamydia-infecties vaak voorkomen.

Figuur 2: Leeftijds- en geslachtsspecifieke incidentie voor gonorrhoe in België (2014).<sup>1</sup>



Bij een groot risico screen je op volgende ziekten:

- via bloedname: HBV, syfilis (en eventueel hiv)
- via afname voor PCR: chlamydia/ gonorrhoe (bij voorkeur op alle mogelijke locaties: anaal, keel, vaginaal, cervicaal, urine)

Hoe lang na het gelopen risico, voer je in geval van een 'groot' risico, de screening uit:

Risico ≥3 maanden	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Bij een eerste screening (of je hebt geen gegevens hierover)*: doe nu een volledige screening</li> <li>2) Gaat het niet om een eerste screening: <ul style="list-style-type: none"> <li>· én HBV-bescherming is in orde en syfilisserologie was bij vorige screening die minder dan 3 jaar geleden gebeurde negatief: test nu enkel op chlamydia en gonorrhoe, bij voorkeur op alle locaties;</li> <li>· indien HBV-bescherming niet in orde of test voor syfilis &gt;3 jaar geleden of bij een vorige bloedname was syfilisserologie positief: test opnieuw voor syfilis en vaccineer tegen HBV.</li> </ul> </li> </ol>
Risico <3 maanden maar ≥2 weken geleden	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Bij een eerste screening (of je hebt geen gegevens hierover)*: doe nu een volledige screening en herhaal de bloedname 3 maanden na het risico</li> <li>2) Gaat het niet om een eerste screening: <ul style="list-style-type: none"> <li>· én HBV-bescherming is in orde en syfilisserologie was bij vorige screening die minder dan 3 jaar geleden gebeurde negatief: test nu enkel op chlamydia en gonorrhoe, bij voorkeur op alle locaties;</li> <li>· indien HBV-bescherming niet in orde of test voor syfilis &gt;3 jaar geleden of bij een vorige bloedname was syfilisserologie positief: test opnieuw voor syfilis en vaccineer tegen HBV.</li> </ul> </li> </ol>

<p>Risico &lt;2 weken geleden</p>	<p>1) Bij een eerste screening (of je hebt geen gegevens hierover)*: doe nu een bloedtest voor HBV, hiv en syfilis; doe een PCR-test voor chlamydia en gonorrhoe 2 weken na het risico (bij voorkeur alle locaties) en herhaal de bloedname 3 maanden na het risico.</p> <p>2) Gaat het niet om een eerste screening:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· én HBV-bescherming is in orde en syfilisserologie was bij vorige screening die minder dan 3 jaar geleden gebeurde negatief: test enkel op chlamydia en gonorrhoe, bij voorkeur op alle locaties, 2 weken na het risico;</li> <li>· indien HBV-bescherming niet in orde of test voor syfilis &gt;3 jaar geleden of bij een vorige bloedname was syfilisserologie positief: test ook opnieuw voor syfilis en vaccineer tegen HBV.</li> </ul>
---------------------------------------	---

\* Het is steeds interessant om over een 'nulpuntmeting' te beschikken en zo op iets te kunnen terugvallen bij verdere follow-up of bij nieuwe klachten. Indien je dus geen gegevens hebt over vroegere screening, voer je bij voorkeur een volledige screening uit, zoals hogerop in de kader vermeld. Hierbij is het zeer nuttig de vaccinatiestatus voor HBV van de persoon in kwestie te kennen. Controleer daarvoor Vaccinnet of voer een bloedname uit indien via Vaccinnet geen gegevens beschikbaar zijn. Blijkt uit de bloedname geen bescherming, maar de patiënt vermeldt toch een mogelijke HBV-vaccinatie in het verleden (titers kunnen na verloop van tijd niet meer detecteerbaar zijn), dan kun je een eenmalige booster toedienen en de serologie controleren na zes weken. Is de patiënt in het verleden reeds gevaccineerd geweest, dan ga je een heel duidelijke titerstijging van HBs-antistoffen in het bloed vaststellen. Is dit niet het geval, dan is een volledige vaccinatie aan te raden, zeker bij mensen die een zeer groot risico lopen op soi.

## KLINISCHE VRAAG 4: HOE TEST JE OP DE VERSCHILLENDE SOI?

### Via bloedname

Hiv	Antistoffen (ELISA) Indien positief: confirmatietest op zelfde staal (IMMUNOBLOT)	<i>Thesis (GRADE 2C)</i>
HBV	HBsAg HBSAS om vaccinatiestatus te kennen	<i>Thesis (GRADE 2C)</i>
HCV	Antistoffen Indien positief: HCV RNA-bepaling	<i>Thesis (GRADE 2C)</i>
Syfilis	Treponemale test	<i>Thesis (GRADE 2C)</i>

### Via lokale staalafname

Chlamydia	NAAT (PCR)	<i>Thesis (GRADE 1B)</i>
Gonorrhoe	NAAT (PCR)	<i>Thesis (GRADE 1B)</i>

### Via bloedname

Via een bloedname wordt er gescreend op hiv, hepatitis B en C en syfilis.

#### Hiv

De serologische bloedtest blijft 'standard of care' voor hiv-diagnostiek.

De huidige derde en vierde generatie ELISA-testen hebben een hoge sensitiviteit (99,9-100%) en specificiteit (99,4-100%).

Bij een positieve reactie van een ELISA-test op hiv moet op hetzelfde serummonster een bevestigingstest worden uitgevoerd, de immunoblot. De immunoblot wordt gedaan ter confirmatie van de aanwezigheid van antistoffen en ter differentiatie tussen hiv-1 en hiv-2. Het labo zal bij een positieve ELISA-test het staal zelf doorsturen naar een gespecialiseerd labo (ARC) voor de uitvoering van dergelijke confirmatietest.

Pas na het verstrijken van de windowfase, wat bij het merendeel van de hiv-geïnfecteerde personen na maximaal drie maanden is, sluit een negatieve testuitslag een infectie met hiv uit. Let op: het gebruik van postexpositie behandeling (PEP) kan een seroconversie uitstellen, waardoor de windowfase verlengd wordt.

In de afgelopen jaren zijn er verschillende hiv-sneltesten ontwikkeld die antistoffen aantonen in urine, bloed en/of speeksel. Deze testen zijn vaak minder specifiek, waardoor de test in de juiste omstandigheden moet worden afgenomen. Het resultaat zegt bijvoorbeeld niets over onveilige contacten die minder dan drie maanden geleden zijn. Het is belangrijk om goed op de hoogte te zijn van de validatie en het juiste gebruik van deze testen, wanneer je deze wil gebruiken. Sommige ARC of gespecialiseerde centra maken hier gebruik van. Vraag zo nodig advies bij deze gespecialiseerde centra. Na een sneltest is het belangrijk om een serologische confirmatietest uit te voeren (*zie bijlage 7 voor adressenlijst ARC*).

#### Hepatitis B

Om te weten of iemand besmet is met HBV, bepaal je HBsAg. Is HBsAg positief, dan bepaal

je HBeAg bij. Blijkt HBeAg positief, dan wijst dit op actieve virusreproductie en is de patiënt erg besmettelijk.

Het is mogelijk dat HBsAg negatief is en er toch sprake is van een chronische 'low level' infectie (zeer lage kans op transmissie), HBcAS zal dan wel positief zijn. Dit komt zo uitzonderlijk voor dat het niet aanbevolen wordt om in de huisartsenpraktijk ook HBcAS bij een eerste bloedname mee te bepalen.

Het is handig om ineens de vaccinatiestatus van de patiënt te kennen en daarom ook HBsAS aan te kruisen (*zie bijlage 8 voor interpretatie van de resultaten*).

## Hepatitis C

Om te weten of er ooit contact is geweest met HCV, bepaal je anti-HCV antistoffen. Hiermee weet je echter nog niet of de infectie nog actief is, want eens besmet, blijft deze test levenslang positief.

Vind je dus anti-HCV antistoffen, dan bepaal je ook HCV RNA. Als het bloed van de patiënt HCV RNA bevat, weet je dat de infectie nog actief is en er een overleg met de hepatoloog nodig is om het verdere beleid te plannen. Is er geen RNA te vinden, dan is er geen actieve infectie, dit door spontane klaring of na therapie. De test kost ongeveer 60 euro.

### Indicaties voor terugbetaling

- Hepatitis C virus RNA (EDTA/S) (max. 1x per indicatie)
  - HCVRNA1 \_ kind van HCV-positieve moeder
  - HCVRNA2 \_ bevestiging van HCV-positieve serologie
  - HCVRNA3 \_ vermoeden van HCV bij immuungecompromitteerde of dialysepatient
  - HCVRNA4 \_ symptomen na prikaccident met een HCV-positieve persoon
- Voorbehouden aan artsen-specialisten gastro-enterologie
  - HCVRNAQ \_ hepatitis C virus kwantitatief tijdens therapie (max. 4x per medicatie episode)
  - HCVGEN \_ hepatitis C virus genotypering bij start therapie (max. 1x)

## Syfilis

Voor het screenen op syfilis kun je gebruikmaken van treponemale en niet-treponemale serologische testen (*zie bijlage 8 voor interpretatie van de resultaten*).

Aanbevolen wordt om voor een primaire screening gebruik te maken van een treponemale test en voor follow-up van de therapie een niet-treponemale test. Bij een eerste positieve treponemale test, kun je op hetzelfde staal een andere treponemale test laten uitvoeren om eventuele vals-positieve resultaten uit te sluiten.

- Treponemale testen die reageren op specifieke treponemale antistoffen:
  - de Treponema-pallidum HemAgglutinatie-reactie (TPHA) of Treponema pallidum Particle Agglutination Assay (TPPA), MicroHaemAgglutinatie test voor T. pallidum (MHATP);
  - de Fluorescent Treponemal Antibody-absorbed (FTA-abs)-test: meer specifiek dan TPHA/TPPA;
  - verschillende Enzyme Immuno Assay (EIA) tests. Variant: CLIA (Chemo Luminiscentie Immuno Assay). Deze is objectiever om af te lezen en sensitiever dan TPHA. Immunoblot of Westernblot kunnen gebruikt worden als confirmatie van zwak reactieve resultaten van CLIA.

Deze testen blijven echter levenslang positief, ook na adequate behandeling (mits reeds

positieve antistoffen bij start behandeling). Dus indien er onzekerheid bestaat of de patiënt ooit behandeld is voor syfilis, moet VDRL/RPR bij bepaald worden.

- Niet-treponemale testen die reageren op niet-specifieke treponemale antistoffen:
  - de Venereal Diseases Research Laboratory (VDRL) test;
  - de Rapid Plasma Reagin (RPR)-test.

Deze worden positief vier tot acht weken na de infectie. Denk er daarom aan om bij vaststelling bij klinisch onderzoek van een ulcus suggestief voor syfilis, dat een dergelijke test nog geen titerstijging weergeeft. Indien de anamnese en de kliniek correleren met een verhaal suggestief voor syfilis, start je best een behandeling en hoef je niet te wachten tot een eventuele titerstijging vier tot acht weken later. Het is wel raadzaam om na toediening van behandeling aan hand van de titer het succes van de behandeling op te volgen.

Bij een onbehandelde infectie bereiken deze testen hun hoogste titer tijdens de secundaire en vroeg-latente fase om nadien terug af te nemen. Na verloop van tijd zal echter minstens 25% van de onbehandelde patiënten negatief worden met deze test.

VDRL/RPR worden voornamelijk gebruikt voor follow-up van de therapie: na behandeling worden zij negatief binnen 1-2 jaar afhankelijk van de titerhoogte voor behandeling. Een viervoudige verandering in titer is noodzakelijk om een significant verschil aan te tonen. Hiervoor moeten de stalen getest worden met dezelfde techniek en in hetzelfde laboratorium.

### **Via lokale staalafname voor uitvoering PCR chlamydia en/of gonorrhoe**

Met lokale afname wordt bedoeld: op de plaats in het lichaam waar het risico werd opgelopen. In geval van receptieve orale seks is dat in de keel, in geval van receptieve anale seks is dat ter hoogte van de anus, bij penetrerende seks is dat ter hoogte van de urethra (vnl. door afname van urine, eventueel via urethrale afname maar deze is pijnlijk), bij vaginale seks is dat ter hoogte van cervix, vagina of urethra (in dat laatste geval vnl. via urine, eventueel via urethrale afname maar dit wordt in de praktijk bijzonder weinig gedaan gezien dit pijnlijk is). Daarom is het dus van belang in je anamnese de seksuele gewoonten na te vragen.

Hogerop werd al aangegeven dat een seksuele anamnese niet altijd betrouwbaar is. Daarom is het meest ideale een staal voor chlamydia en gonorrhoe standaard op alle mogelijke locaties af te nemen. Dit is echter duur. Testen voor chlamydia worden momenteel enkel terugbetaald bij patiënten onder de 21 jaar en bij patiënten die duidelijke klachten hebben verdacht voor chlamydia met een maximum aantal van twee testen per jaar. Bij een vrouw zou je indien je op alle mogelijke locaties zou testen, in één keer vijf testen voor chlamydia afnemen (keel, urethra, vagina, cervix, anus). Om deze redenen, maar ook uit praktische overwegingen, lijkt het de meest pragmatische oplossing te zijn om te streven naar een zo betrouwbaar mogelijk antwoord uit de seksuele anamnese en de staalafname te focussen op de lichaamslocatie waar het seksueel contact heeft plaatsgevonden en/of waar er klachten zijn.

## Staalafname voor screening op chlamydia en/of gonorrhoe (voorkeur PCR)

Plaats van staalafname	Wanneer een staal afnemen?	Hoe een staal afnemen?
Vagina	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Penetratie door penis/ eventueel door besmet sekspeeltje</li> <li>· Gelikt worden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Bij voorkeur door een arts: cervicale (liefst) of vaginale wisser</li> <li>· Eventueel door de patiënt zelf: vaginale wisser (liefst) of eerstestraal-urine</li> </ul>
Penis	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Penetratie van vagina, mond, anus van partner</li> <li>· Gepijpt worden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Bij voorkeur door een arts: urethrale wisser (pijnlijk)</li> <li>· Eventueel door patiënt zelf: eerste-straal-urine</li> </ul>
Keel	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Diepe penetratie door penis</li> <li>· Bij pijpen of likken (van vagina of anus) van partner</li> </ul>	Door een arts: keelwisser: achteraan in de keel (tonsillen + achterste keelwand)
Anus	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Penetratie door penis/ eventueel door besmet sekspeeltje</li> <li>· Gelikt worden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Bij voorkeur door een arts: anale wisser (mucosa net voorbij de sfincter)</li> <li>· Eventueel door de patiënt zelf: anale wisser (mucosa net voorbij de sfincter)</li> </ul>

Vraag zeker advies aan het labo waarmee je samenwerkt i.v.m. de aanbevolen afnametechnieken, gebruikte materialen, interpretatie van testresultaten,... Er kunnen individuele verschillen zijn tussen type wissers, validatie voor plaats van afname (bv. niet alle wissers zijn gevalideerd voor anale stalen, kweek en DNA-test zijn verschillende analysemethodes,...). Een juiste interpretatie van resultaten hangt hiervan sterk af.

Ook zelfafname (wisser wordt door patiënt afgenomen) en bewaren van stalen (in de koelkast of niet) kunnen invloed hebben op resultaten. Het is belangrijk om dit vooraf met het laboratorium te bespreken en op de hoogte te blijven van eventuele updates.

Denk eraan dat de wijze van staalafname ook een invloed kan hebben op juiste resultaten. Het is daarom belangrijk om de patiënt goed te instrueren hoe de zelfafname moet gebeuren. Bij twijfel is het altijd beter om zelf de afname te doen. Literatuur geeft aan dat afname door een arts beter is, vooral omdat deze vaak beter rijft bij afname van een wisser. Doch een zelfafname kan voor sommige patiënten de drempel om te testen verlagen.

### Staalafname door een arts

Cervicaal	Dit kan enkel mits inbrengen van een speculum. Neem de cervix tussen de bladen van het speculum en breng de wisser in het ostium. Duw de wisser vervolgens iets dieper, zodat deze volledig omgeven is door cervicaal slijmvlies en draai de wisser volledig rond zijn as. Steek de wisser in het transportmedium.
Vaginaal	Breng de wisser in de vagina in en draai enkele malen rond (probeer hierbij goed tegen de vaginawand te wrijven). Daarna wordt de wisser in het transportmedium gestoken. Er is geen speculum nodig.

Urethraal	Dit is een pijnlijke afname. Je neemt de penis vast met je ene hand en trekt hem mooi in één lijn, je duwt met duim en wijsvinger het ostium open en brengt de wisser naar binnen. Langzaam breng je hem 1 cm diep. Dan draai je de wisser om zijn as. Verwijder de wisser langzaam en steek hem in het transportmedium.
Keel	Je laat de patiënt omhoog kijken, de tong uitsteken en 'aa' zeggen, zodat je een goed zicht hebt op de tonsillen en de keelachterwand. Je strijkt goed langs de keelachterwand en langs de pijlers en de tonsillen. Waarschuw de patiënt vooraf voor de braakreflex. Steek de wisser in het transportmedium (opgelet: vraag na welke wisser gevalideerd is: kweek en/of DNA-test).
Anus	Bij voorkeur met een proctoscoop: je hebt zicht op het slijmvlies en kan gericht stalen afnemen (voorbij de sfincter ani, t.h.v. het slijmvlies). Het kan ook zonder proctoscoop, maar let er dan op dat je de wisser zeker tot voorbij de sfincter brengt zodat je een staal afneemt t.h.v. slijmvlies (opgelet: vraag na welke wisser gevalideerd is: kweek en/of DNA-test).

### Staalafname door de patiënt zelf

Urine	Zowel gonorrhoe als chlamydia kan op urine worden bepaald. Het betreft een eerstestraal-urine (spreek af met het labo over de hoeveelheid, ongeveer 10-20 ml, een urinepotje mag niet vol zijn!). De patiënt heeft bij voorkeur de laatste 2 uur niet geplast.
Vaginaal	Het is voldoende dat de wisser in de vagina gestoken wordt (vaginale wand). Het is niet noodzakelijk dat de wisser helemaal tot tegen de cervix wordt aangebracht. De wisser wordt enkele malen bewogen (draaibeweging waardoor wrijven tegen de vaginawand) en dan in het transportmedium gestoken.
Anaal	De wisser wordt anaal ingebracht net voorbij de sfincter. De wisser wrijft goed langs de wanden (zijdant, t.h.v. het slijmvlies). De wisser wordt in het transportmedium gestoken.
Urethraal	Dit is een pijnlijke afname. De penis wordt gestrekt in één lijn gehouden. Het ostium wordt opgeduwd en de wisser wordt naar binnen gebracht (ongeveer 1 cm). De wisser wordt gedraaid en nadien in het transportmedium gestoken.

### Chlamydia

DNA-amplificatietesten (PCR) genieten de voorkeur voor een screening naar chlamydia wegens een hoge sensitiviteit en specificiteit.

Dergelijke testen kunnen uitgevoerd worden op stalen afkomstig van vagina, cervix, urethra, anus, keel. Bespreek met het labo of de test gevalideerd is voor de verschillende afnameplaatsen.

Bij vrouwen is een afname cervicaal sensitiever dan een afname vaginaal. Een vaginale afname is dan weer sensitiever dan een test op urine.

Opgelet! In geval van Lymfogranuloma venereum (LGV) zal een chlamydia DNA-amplificatietest positief zijn. Gespecialiseerde laboratoria kunnen een genotypering uitvoeren om LGV te bevestigen. Dit is zeker aanbevolen wanneer er hieromtrent een vermoeden is, bv. bij MSM met symptomen van proctitis of wanneer een anaal staal positief is op chlamydia. De behandeling van LGV is immers verschillend van een non-LGV chlamydia! De aanvraag moet zo snel mogelijk gebeuren en op een apart formulier. Je bespreekt best met je laboratorium hoe je dit doet.

LGV is een soi veroorzaakt door andere serotypes van chlamydia trachomatis dan die die



de klassieke anogenitale infecties veroorzaken (serotypes D t.e.m. K), met name serotypes L1, L2 en L3. LGV veroorzaakt een proctitis tot proctocolitis, met een veel ernstiger ziektebeeld dan een proctitis veroorzaakt door de 'klassieke' anogenitale chlamydia. Tot tiental jaren geleden, werd LGV in België enkel als een import-soi gezien. LGV werd geïmporteerd uit landen zoals Oost- en West-Afrika, India, Zuid-Oost-Azië, Zuid-Amerika en de Caraïben. Nu zien we in België vaak ernstige vormen van proctocolitis bij MSM (cijfers uit het soa-rapport 2013 van het WIV: in 2013 werden 45 bevestigde gevallen van LGV gerapporteerd door het Nationaal Referentiecentrum (NRC) voor soi; alle geïnfecteerden waren MSM tussen 25 en 43 jaar en hiv-positief). De L-serotypes dringen, in tegenstelling tot de 'klassieke' anogenitale serotypes, door tot in de dieper gelegen submucosa met als gevolg heviger immunologische reacties wat kan leiden tot sterke opzetting van de lymfeklieren in de anogenitale regio.<sup>9</sup>

### **Gonorrhoe**

Ook voor screening naar een infectie met gonokokken, genieten DNA-amplificatietesten de voorkeur o.w.v. een zeer hoge sensitiviteit bij zowel symptomatische als asymptomatische infecties.

DNA-amplificatie kan uitgevoerd worden op stalen afkomstig van vagina, cervix, urethra, anus, keel. Bespreek ook hier met het labo of de test gevalideerd is voor de verschillende afnameplaatsen.

De sensitiviteit blijft even hoog na zelfafname – mits juiste instructies – van een vaginale wisser. Bij vrouwen is een DNA-amplificatietest op een vaginaal staal sensitiever dan op urine en wordt daarom aanbevolen boven een urinetest.

DNA-amplificatie is de eerste keuze bij het testen van anale en keelstalen.

Toch kan het voor testen op gonorrhoe soms nuttig zijn om een cultuur uit te voeren (via wisser in transportmedium). Op deze manier kan een antibiogram bepaald worden en kan men gericht behandelen. Vraag aan het labo voor welke antibiotica resistentie getest wordt. Volg daarnaast ook de lokale epidemiologie voor gonokokkeninfecties mee op zodat je toch 'blind' een antibioticum kan starten wanneer een antibiogram niet mogelijk is. Antibioticaresistentie bij de gonokok neemt immers de laatste jaren sterk toe. De resistentie van gonokokken tegenover chinolonen stijgt ook in België (62,6% in 2010) en de eerste gevallen van resistentie tegen ceftriaxon werden gerapporteerd in Europa.<sup>10</sup> Het afnemen van een cultuur voor gonokokken wordt daarom aanbevolen bij aanhoudende klachten wanneer men therapiefalen vermoedt.

Houd steeds rekening met de mogelijkheid van een vals-negatief testresultaat van een kweek!

Een cultuur kan genomen worden van materiaal afkomstig uit cervix, vagina of urethra. Bespreek met het labo of de test gevalideerd is voor de verschillende afnameplaatsen. Een cultuur van urine is mogelijk, maar houd rekening met vals-negatieven. Een DNA-amplificatietest is hier beter.

Stalen voor kweken van gonokokken best op kamertemperatuur bewaren, niet in de koelkast.

## KLINISCHE VRAAG 5: HOE BEHANDEL JE DE VERSCHILLENDE SOI?

Deze vraag was niet opgenomen in de lijst met klinische vragen die Isabel Brosius in haar masterthesis bestudeerde. Om alle informatie omtrent preventie, screening, behandeling en counseling van soi in één document samen te hebben, werd deze info hier toegevoegd. De informatie hieronder is gebaseerd op de medische leidraad van Ghapro vzw en Pasop vzw.

Hiv	Verwijs naar een ARC
HBV	Verwijs naar een hepatoloog en raad screening aan voor alle familieleden
HCV	Verwijs naar een hepatoloog
Syfilis	Intramusculaire injectie van benzathine benzylpenicilline Aantal injecties afhankelijk van het stadium
Gonorroe	Ceftriaxone 500 mg IM + 2 g azithromycine per os
Chlamydia	Vaginaal, urine, keel: azithromycine 1 g single dosis per os Anaal: doxycycline 100 mg 2x/dag per os gedurende 7 dagen  LGV: doxycycline 100 mg 2x/dag per os gedurende 21 dagen

### Hiv

In geval van een positieve hiv-confirmatietest verwijs je onmiddellijk door naar een gespecialiseerd centrum voor behandeling en follow-up (zie *bijlage 7 voor een adressenlijst van de verschillende ARC*).

### Hepatitis B

Is de patiënt positief getest op HBsAg, dan verwijs je best door naar een hepatoloog voor follow-up en eventuele behandeling (interferon). Ook familieleden worden dan best getest en verwezen bij een positief testresultaat.

Is HBsAg en HBsAS negatief, bekijk dan de nood tot vaccineren (zie *verder*).

Voor hepatitis B bestaat er, in tegenstelling tot hepatitis C, geen echte behandeling. De meerderheid van de infecties geneest spontaan. Een 10% blijft chronisch drager. Voor deze mensen is er een mogelijkheid tot behandeling met interferon. Er zijn echter heel wat bijwerkingen en er is geen garantie op genezing. Follow-up is dus bij patiënten die HBsAg positief zijn, zeer belangrijk. Zorgen voor een leversparende levensstijl (opletten met drugs, alcohol, bepaalde medicijnen) kan bijdragen aan het genezingsproces. Preventie via vaccinatie is daarom bij patiënten met een hoog risico ten eerste aan te bevelen! ([www.seksualiteit.be](http://www.seksualiteit.be))

### Hepatitis C

Bij een positieve RNA-test, verwijs je naar de hepatoloog voor verdere behandeling en follow-up. De standaardbehandeling voor hepatitis C (7 genotypes, waarvan genotype 1 meest frequent in Europa) bestaat sinds jaren uit een combinatie van interferon a-2a of interferon a-2b en ribavirine. Deze behandeling geeft een eradicatiegraad van 45 tot 50%. Ze wordt echter slecht verdragen en er zijn belangrijke contra-indicaties. Boceprevir en telaprevir

waren de eerste middelen die rechtstreeks specifieke eiwitten van het HCV inhiberen. Ze worden voorgesteld voor de behandeling van chronische hepatitis C door HCV van het genotype 1, in associatie met peginterferon en ribavirine. Hiermee bekomt men een hogere eradicatorgraad (65 tot 75%), maar altijd ten koste van een hoog risico van ongewenste effecten en medicamenteuze interacties. Men dient ook rekening te houden met de hoge kostprijs van deze antivirale middelen.

Meer recent werden een aantal nieuwere inhibitoren van HCV-eiwitten (o.a. asunaprevir, daclatasvir, dasabuvir, ledipasvir, ombitasvir, simeprevir, sofosbuvir) onderzocht in gerandomiseerde studies bij HCV-geïnfecteerde patiënten. Deze studies verschillen onderling sterk. De resultaten zijn echter zeer positief: hoge eradicatorgraad (>90%) en dit met een laag risico van ongewenste effecten en medicamenteuze interacties. De recent verschenen studies hebben echter een te korte follow-up om het risico van recidief en de veiligheid op lange termijn te kunnen evalueren. Hun werkzaamheid, de korte behandelingsduur van 3 tot 6 maanden, het gebruiksgemak van toediening langs orale weg en het feit dat associëren van interferon met deze geneesmiddelen in bepaalde gevallen niet nodig is, zijn reële voordelen. Hun zeer hoge kostprijs (ongeveer 30 000 tot 50 000 euro per behandeling) blijft echter een belangrijke hinderpaal. In België zijn sofosbuvir (Sovaldi®) en simeprevir (Olysio®) sinds kort gecommercialiseerd. Gezien de prevalentie van hepatitis C (geschat op 70 000 in België) en de kostprijs van deze behandelingen zal het in eerste instantie nodig zijn om te bepalen welke patiënten prioritair zouden kunnen baat hebben van een dergelijke behandeling. (Bron: Behandeling van hepatitis C – Folia Pharmacotherapeutica, September 2014.)

## Syfilis

De behandeling hangt af van het stadium waarin de ziekte zich bevindt (*zie ook bijlage 8*).

Stadium	Behandeling	Follow-up
Primair, secundair en vroeg latent stadium	Benzathine benzylpenicilline 2,4 milj IE IM op dag 1  Zwangere: idem op dag 1, 8 en 15	Via VDRL: 1e jaar 3 maandelijks 2e jaar 6 maandelijks Hiv-positieven: idem + screening op neurosyfilis (*) na 1 jaar
Laat latent stadium of syfilis van onbepaalde duur	Benzathine benzylpenicilline 2,4 milj IE IM op dag 1, 8 en 15	Via VDRL: 1e jaar 3 maandelijks 2e jaar 6 maandelijks Screening op neurosyfilis (*) bij symptomen voor start behandeling en zonder symptomen sowieso na 1 jaar
Tertiaire stadium Neurosyfilis Congenitale syfilis	Behandeling in gespecialiseerde setting	VDRL jarenlang opvolgen Congenitaal: 3 maandelijks gedurende 2 jaar

(\*) Screenen op neurosyfilis doe je via een klinisch neurologisch onderzoek en een lumbaalpunctie. Je verwijst dus best naar een neuroloog.

Intramusculaire injectie van benzathine benzylpenicilline (Penadur®) wordt toegediend in het bovenste buitenste kwadrant van de M. Gluteus maximus. Deze injectie is pijnlijk. Daarom kan men de helft van het solvens van Penadur® vervangen door een oplossing met lidocaïne 1%. Hierdoor is de inspuiting minder pijnlijk.

### Gonorrhoe

Opgelet! Een infectie met gonokokken kan gecompliceerd verlopen. De behandeling van dergelijke complicaties verschilt van de 'klassieke' behandeling.

De behandeling van een niet-gecompliceerde gonokokkeninfectie bestaat uit eenmalige toediening van: **ceftriaxone 500 mg IM + 2 g azithromycine per os.**

Opmerking: door de hoge dosis antibiotica kan de patiënt soms braken. Waarschuw de patiënt hiervoor en vraag zeker na bij controle.

Cave ceftriaxone:

- Bij gebruik van orale hormonale anticonceptie dienen bijkomende maatregelen genomen te worden (condoomgebruik) tot één maand na behandeling.

Behandel en wacht niet op testuitslagen wanneer:

- je op basis van de kliniek een sterk vermoeden hebt (symptomen aanwezig);
- de partner een bewezen gonorrhoe heeft.

Het is niet noodzakelijk een 'test of cure' uit te voeren na behandeling, behalve bij een keel-infectie wordt dit wel aangeraden of wanneer je ernstige twijfels hebt over de compliance. Als je een controletest wil doen, dan doe je dit minimaal twee weken na de inname van de medicatie en aan de hand van een DNA-test. Hou bij positieve testresultaten rekening met de mogelijkheid van vals-positieven. Een DNA-test maakt immers geen onderscheid tussen een dode of een levende bacterie. Chlamydia leeft bovendien intracellulair en het kan daarom tot zes weken na behandeling duren vooraleer alle DNA uit het lichaam is. Gonorrhoe leeft extracellulair en zal sneller geklaard zijn. Indien de persoon in kwestie geen klachten (meer) heeft, kan je dus ook langer wachten dan twee weken.

Bij persisterende klachten of bij behandeling met een tweede keuze antibioticum, doe je best een controletest aan de hand van een cultuurafname met antibiogram vanaf drie tot zeven dagen na de behandeling.

Denk bij een herhaalde positieve test ook aan de mogelijkheid van herinfectie!

### Chlamydia

Opgelet! Een infectie met chlamydia kan gecompliceerd verlopen. De behandeling van dergelijke complicaties verschilt van de 'klassieke' behandeling.

De behandeling van een ongecompliceerde chlamydia-infectie:

- Vaginaal, urine, keel: **azithromycine 1 g single dose per os**
- Anaal: **doxycycline 100 mg 2x/dag per os gedurende 7 dagen**

## LGV: doxycycline 100 mg 2x/dag per os gedurende 21 dagen

Cave doxycycline:

- niet gebruiken tijdens zwangerschap of bij borstvoeding
- geeft overgevoeligheid voor licht (zon, zonnebank)
- niet liggend slikken om slokdarmirritatie te voorkomen
- bij gebruik van orale hormonale anticonceptie dienen bijkomende maatregelen genomen te worden (condoomgebruik)

Behandel en wacht niet op testuitslagen wanneer:

- je op basis van de kliniek een sterk vermoeden hebt (symptomen aanwezig);
- de partner een bewezen chlamydia-infectie heeft;
- er een risico is dat de patiënt niet terugkomt voor de bespreking van de resultaten en zo een behandeling zou mislopen.

Follow-up na behandeling: DNA-amplificatietesten maken geen verschil tussen dode en levende micro-organismen. Een testresultaat kan vier tot zes weken na behandeling nog positief zijn. Een 'test of cure' wordt daarom niet aanbevolen bij chlamydia.

Denk ook altijd aan een risico op herinfectie (bv. onbehandelde partner, nieuw onveilig contact,...)!

### Behandeling van gecompliceerde infecties in de anogenitale regio

Complicatie	Behandeling indien veroorzaakt door soi	Behandeling indien niet veroorzaakt door soi
PID	Ceftriaxone 500 mg IM single dose + ofloxacin 400 mg 2x1/dag gedurende 14 dagen + metronidazole 500 mg 3x1/dag gedurende 14 dagen	/
Epididymitis/ orchitis	Ceftriaxone 500 mg IM single dose + doxycycline 100 mg 2x1/dag gedurende 10 dagen	Ofloxacin 400 mg/d in 1 of 2 giften gedurende 10 -14 dagen of levofloxacin 500 mg 1x/d gedurende 10-14 dagen
Proctitis	Ceftriaxone 500 mg IM single dose + doxycycline 100 mg 2x1/dag gedurende 7 dagen	
Prostatitis	Standaardbehandeling chlamydia en/of gonorrhoe	Ofloxacin 400 mg/d in 1 of 2 giften gedurende 21 dagen of levofloxacin 500 mg/d 1x/d gedurende 21 dagen
Urethritis	Standaardbehandeling chlamydia en/of gonorrhoe	Nitrofurantoin 100 mg 3x/d gedurende 3 dagen of op basis van antibiogram
Cystitis	Standaardbehandeling chlamydia en/of gonorrhoe	Nitrofurantoin 100 mg 3x/d gedurende 3 dagen of op basis van antibiogram

Cave:

- Antibioticum + orale anticonceptie: condoomgebruik tot een maand na inname
- Doxycycline: niet gebruiken tijdens zwangerschap of bij borstvoeding, geeft overgevoeligheid voor licht (zon, zonnebank), niet liggend slikken om slokdarmirritatie te voorkomen
- Ofloxacin: niet in het eerste trimester van de zwangerschap toedienen
- Metronidazole: niet gebruiken met alcohol (24 uur)

## KLINISCHE VRAAG 6: WAT IS DE INHOUD VAN PRETESTCOUNSELING?

---

- Leg uit waarom je bepaalde testen zou willen uitvoeren. (*masterthesis, geen GRADE gegeven + aanvulling*)
  - Leg uit hoe deze testen uitgevoerd worden. (*masterthesis, geen GRADE gegeven + aanvulling*)
  - Vraag of de patiënt akkoord gaat om deze testen te laten uitvoeren ('informed consent'). (*aanvulling*)
  - Leg uit wat de consequenties inhouden van een positieve dan wel negatieve testuitslag. (*masterthesis, geen GRADE gegeven + aanvulling*)
  - Maak een afspraak voor een nieuw consult voor bespreking van de resultaten na 10 tot 14 dagen. (*masterthesis, GRADE 1C + aanvulling*)
  - Raad de patiënt aan een condoom te gebruiken tot het moment van bespreking van de testresultaten en leg uit hoe. (*masterthesis, GRADE 2C + aanvulling*)
  - Bij duidelijke klachten: behandel nu en leg uit waarom. (*aanvulling*)
  - Bij groot risico op besmetting met hiv: verwijst binnen de 72 uren na blootstelling voor toediening PEP. (*aanvulling*)
  - BIJ MSM: geef op voorhand informatie over PEP en het adres van het dichtstbijzijnde ARC. (*aanvulling*)
  - Bij groot risico op besmetting met HBV: start onmiddellijk vaccinatie. (*aanvulling*)
- 

Vooraleer je effectief gaat testen, informeer je de patiënt best over het waarom en het hoe. Vraag of de patiënt akkoord gaat om zich te laten testen. Indien hij niet akkoord gaat, ga je op een empathische manier na of hij je informatie vooraf goed begrepen heeft en peil je naar de mogelijke drempels om zich te laten testen. Soms kan het helpen om de test in stukjes uit te voeren, bv. enkel een urinetest of vaginale wisser of door de patiënt de afname zelf te laten doen. Niet zelden is er angst voor de afname en/of voor het testresultaat en stelt men daarom uit. Een eerste (beperkttere) test kan drempelverlagend zijn voor een volgende, meer uitgebreide afname. Indien hij echt geen test wil, wijs dan op een niet-belerende of berispende toon op de mogelijke consequenties. Raad hem aan om zijn partner(s) op de hoogte te brengen (*zie bijlage 9*). Zeg dat hij steeds bij jou terecht kan voor meer informatie of wanneer hij zich zou bedenken. Je kunt hem ook een nieuwe afspraak geven, zo heeft hij de tijd om nog eens alles te overdenken en wil hij zich bij het volgende consult misschien wel laten testen.

Maak nu reeds een afspraak voor de bespreking van de resultaten en posttestcounseling. Geef deze afspraak pas over een week. Het kan immers even duren voor alle resultaten bekend zijn, zeker wanneer een positieve screeningstest geconfirmeerd dient te worden in een ander labo (positieve hiv-screening gaat naar een ARC voor confirmatie). Niets is vervelender dan een te vroeg gepland consult te moeten verzetten naar een latere datum omdat de resultaten nog niet gekend zijn. De patiënt zal zich ernstig zorgen maken. Geef nooit resultaten via de telefoon, ook niet als de testen negatief zijn. Via de telefoon heb je immers niet de tijd om op een degelijke manier aan posttestcounseling te doen.

Raad de patiënt aan een condoom te gebruiken tot hij bij jou komt voor de bespreking van de resultaten. Sta even stil bij het correcte gebruik van condooms en glijmiddel (*zie bijlage 4*). Heeft de patiënt op het moment van consulteren reeds klachten suggestief voor een soi,

dan behandel je onmiddellijk na staalafname. Adviseer de patiënt een condoom te gebruiken bij seksueel contact tot en met zeven dagen na het stoppen van de behandeling. Raad hem aan partner(s) te verwittigen en bespreek hoe hij dit kan doen (*zie ook bijlage 9*).

Bij groot risico op besmetting met hiv, verwijs je de patiënt zo snel mogelijk voor toediening van Post Exposure Profylaxe (PEP). PEP is verkrijgbaar in de verschillende ARC (*zie bijlage 7*) en op sommige spoeddiensten.

PEP is een behandeling om het risico op hiv-infectie te verkleinen na een onveilig contact. Uit studies is gebleken dat door de inname van antiretrovirale medicatie binnen de 72 uur na een risicoblootstelling aan hiv, er een stop van de virale replicatie plaatsvindt en hierdoor een infectie voorkomen kan worden. PEP dient zo spoedig mogelijk gestart te worden, bij voorkeur binnen de 2 uur, uiterlijk binnen de 72 uur (3 dagen) na het seksaccident. De PEP bestaat uit het innemen van antiretrovirale medicatie gedurende 28 dagen. De behandeling is zwaar en kan ernstige bijwerkingen geven. PEP geeft geen totale garantie op succes.

Je kunt altijd contact opnemen met een ARC wanneer je twijfelt of iemand in aanmerking komt voor PEP. De uiteindelijke beslissing om PEP te starten hangt af van de afwegingen die gemaakt worden met zorgverlener én cliënt (hiv-status van de persoon zelf en van de bron, inschatting risicocontact, hoe lang geleden het contact plaatsvond, bijwerkingen van de medicatie,...) (*zie bijlage 10*).

Gezien de hogere prevalentie van hiv bij MSM is het aan te bevelen deze mannen al vooraf in te lichten over PEP en eventueel de contactgegevens van het dichtstbijzijnde ARC mee te geven. Op de website [www.mannenseks.be](http://www.mannenseks.be) kun je hierover meer informatie vinden.

PrEP bestaat ook. Deze afkorting staat voor Pre-Exposure Prophylaxis. Dit houdt de toediening van antiretrovirale medicatie in vóór de blootstelling. PrEP wordt meestal voorgesteld in situaties waarbij er gedurende een periode een zeer groot risico is op besmetting met hiv, bv. voor MSM die in een bepaalde fase van hun leven seksueel zeer actief zijn en er frequente risicovolle seksuele contacten op nahouden en te veel drempels ervaren om consequent condooms te gebruiken. Een aaneenschakeling van PEP-toedieningen is dan gezien het risico op ernstige bijwerkingen, niet aangeraden. Een combinatie van antiretrovirale middelen die minder schadelijk zijn wordt dan als PrEP gebruikt. Voor meer informatie kun je steeds terecht bij één van de ARC.

Bij een hoge kans op besmetting met hiv is er eveneens een grote kans op besmetting met HBV. Vraag na of de patiënt volledig gevaccineerd is tegen HBV en of er een bloedname gebeurde na vaccinatie ter controle van de antistoffentiter. Indien de patiënt niet gevaccineerd is, niet volledig gevaccineerd is of de antistoffentiter niet gecontroleerd is geweest of niet gekend is, dan start je onmiddellijk vaccinatie op.



## KLINISCHE VRAAG 7: WAT IS DE INHOUD VAN POSTTESTCOUNSELING?

---

- Geef direct bij aanvang van het consult het resultaat mee, ook al heb je slecht nieuws ('draai niet rond de pot'). *(aanvulling)*
  - Doe dit in eenvoudige bewoordingen en op een empathische manier. *(aanvulling)*
  - Geef de patiënt tijd voor verwerking en maak zo nodig een tweede afspraak om verdere doorverwijzing te regelen. *(aanvulling)*
  - Houd rekening met culturele aspecten van de patiënt. *(aanvulling)*
  - Denk aan de meldingsplicht (binnen de 24 uur) voor infectie met gonorrhoe, HAV, (acute) HBV en syfilis. *(masterthesis, geen GRADE gegeven + aanvulling)*
  - Verwijs naar gespecialiseerde centra indien nodig. *(aanvulling)*
  - Behandel soi die je niet dient te verwijzen en geef uitleg over inname, bijwerkingen, interacties,... *(aanvulling)*
  - Raad de patiënt aan een condoom te gebruiken tot en met 7 dagen na het stoppen van de behandeling. *(aanvulling)*
  - Raad de patiënt aan zijn partner(s) te verwittigen en bespreek hoe hij dit kan doen. *(masterthesis, geen GRADE gegeven + aanvulling)*
  - Geef steeds (ook bij negatieve testresultaten) informatie over correct gebruik van condoom en glijmiddel en over wat te doen wanneer een condoom scheurt. *(masterthesis, GRADE 1B + aanvulling)*
  - Vaccineer tegen HBV indien de patiënt nooit eerder gevaccineerd werd. *(masterthesis, GRADE 1A + aanvulling)*
  - Overweeg vaccinatie tegen HAV bij MSM. *(aanvulling)*
- 

Voor het bespreken van de resultaten van een soi-screening, maak je best tijd. Zeker als het testresultaat positief is, maar even goed als het negatief is. Dit soort consult houdt immers méér in dan louter het meedelen van de resultaten. Ook bij een negatieve testuitslag, is dit consult een ideaal moment om stil te staan bij preventie van soi in de toekomst, bij anticonceptie en bij de mogelijkheid tot vaccinatie tegen HBV en eventueel HAV. De huisarts gebruikt hiervoor een gespreksstijl passend in een motivationele gespreksvoering en baseert zich op het gangbare model van gedragsverandering van Prochaska en DiClemente (zie bijlage 11).

In geval van een positief testresultaat geef je onmiddellijk bij aanvang van het consult in eenvoudige bewoordingen en op een empathische manier het resultaat mee. Laat ruimte voor stiltes, voor reacties van de patiënt. Soms is het nodig een tweede afspraak te maken één of twee dagen later, om de patiënt eerst de tijd te gunnen de diagnose te verwerken. Jij kunt het gevoel hebben dat het snel moet gaan, bv. als je moet verwijzen bij een hiv-diagnose. Maar de patiënt kan op het moment van de diagnose té emotioneel zijn en nog niet klaar zijn om verdere stappen te zetten. Het gebeurt ook dat de patiënt volledig in ontkenning gaat en op dat moment niet kan aanvaarden dat hij een soi heeft. Hertesten kan dan nodig zijn. Houd ook rekening met culturele aspecten, aangezien deze een invloed kunnen hebben op de reactie op de diagnose, maar ook op verdere follow-up, op partnernotificatie,... Zo is de diagnose van hiv in de Sub-Saharaanse gemeenschap nog erg taboe. Op [www.zanzu.be](http://www.zanzu.be)

kun je heel bruikbare zowel visuele, als auditieve als geschreven informatie vinden om over thema's gerelateerd aan seksuele gezondheid te communiceren met patiënten in verschillende talen, maar ook in het Nederlands.

Denk eraan dat sommige soi meldingsplichtig zijn. Dit geldt voor gonorrhoe, HAV-infectie, acute HBV-infectie en syfilis. De melding dient te gebeuren binnen de 24 uur na bekend zijn van de diagnose aan de arts infectieziektebestrijding van de eigen provincie. Dit kan zowel telefonisch als schriftelijk. Voor de schriftelijke melding kun je gebruikmaken van een specifiek formulier. Voor meer informatie kun je terecht op [www.zorg-en-gezondheid.be/meldingsplichtigeinfectieziekten/](http://www.zorg-en-gezondheid.be/meldingsplichtigeinfectieziekten/).

Verwijs naar gespecialiseerde centra in geval van een diagnose van HAV-, HBV-, HCV-infectie en hiv of bij een gecompliceerd verloop van eender welke soi.

Behandel soi die je niet dient te verwijzen zo snel mogelijk en geef ook informatie over correcte inname (bv. geen alcoholgebruik tot 24 uur na inname van metronidazole), interacties (hormonale anticonceptie) en mogelijke bijwerkingen (braken).

Adviseer de patiënt een condoom te gebruiken bij elke vorm van seksueel contact (oraal, vaginaal, anaal) of totaal geen seks te hebben tot en met zeven dagen na de behandeling. Geef steeds, ook bij negatieve testresultaten, informatie over correct condoom- en glijmiddelgebruik en over wat te doen indien een condoom scheurt of afglijdt (*zie bijlage 4 en 12*). Raad de patiënt aan zijn sekspartner(s) van de voorbije zes maanden in te lichten over de diagnose en hem of haar aan te raden zich ook te laten testen. Vindt de patiënt dit té moeilijk om dit rechtstreeks te doen, dan kun je ook een anonieme brief versturen om zo sekspartner(s) te verwittigen (*zie bijlage 9*).

Indien de patiënt niet beschermd is tegen HBV en hij hierop wel risico loopt (d.w.z. i.g.v. de punten opgesomd onder 'zeer groot risico'), ga je hem vaccineren.

Dit is ook aan te raden voor HAV bij MSM en zeker bij hiv-patiënten.

## KERNBOODSCHAPPEN

### **KLINISCHE VRAAG 1: WANNEER NEEM JE EEN SOI-ANAMNESE AF?**

Een soi-anamnese in de huisartsenpraktijk kan worden afgenomen in het kader van volgende type consulten:

- **Preventief consult (*masterthesis, GRADE 1D*):**
  - uitstrijkje
- **Consult seksuele gezondheid (*masterthesis, GRADE 1D*):**
  - soi-bloedname op vraag van patiënt
  - urogenitale klachten
- **Consult reproductieve gezondheid (*masterthesis, GRADE 1D*):**
  - (nood)anticonceptie
  - advies preconceptie
  - bij diagnose van zwangerschap en op 6 maanden zwangerschapsduur
  - abortus arte provocatus
  - cervicale ingreep
- **Consult reisadvies (*masterthesis, GRADE 1D*)**

Frequentie van afname van een soi-anamnese:

- **Zeer groot soi-risico: 1 keer per jaar (*aanvulling*)**
- **Laag tot groot soi-risico: minimaal 1 keer en herhaal bij consultaties in kader van seksuele en reproductieve gezondheid (*masterthesis GRADE 1D en aanvulling*)**

Randvoorwaarden voor het afnemen van een seksuele anamnese zijn: een gewaarborgde confidentialiteit en afdoende communicatieve vaardigheden van de arts. (*masterthesis, GRADE 1D*)

De huisarts noteert zijn bevindingen in de relevante sectie van het elektronisch medisch dossier. (*masterthesis, GRADE 1D*)

### **KLINISCHE VRAAG 2: WAT IS DE INHOUD VAN EEN SOI-ANAMNESE?**

De inhoud van een soi-anamnese betreft volgende onderwerpen (*masterthesis, geen GRADE gegeven + aanvulling*):

- **Seksuele partner(s): man/ vrouw/ beide?**
- **Partnergerelateerde risico's**
  - 2 of méér partners in de laatste 6 maanden?
  - nieuwe partner in de laatste 6 maanden?
  - partner afkomstig uit soi-endemisch gebied?
  - partner met een diagnose van soi?
- **Seksuele gewoonten**
  - orale en/of vaginale en/of anale seks?
  - (correct) condoomgebruik bij zowel orale, als vaginale als anale seks?
  - (hygiënisch) gebruik van seksspeeltjes?
  - extremere vormen van seksueel gedrag: fisting, bondage, sm, plas/kakseks,...

- **Medische voorgeschiedenis**
  - heeft de patiënt ooit een soi gehad?
  - heeft de patiënt ooit een ongeplande zwangerschap meegemaakt?
  - heeft de patiënte ooit een abortus (arte provocatus) laten uitvoeren?
  - heeft de patiënte ooit een HPV-positief uitstrijkje voor baarmoederhalskanker gehad?
- **Anticonceptiegebruik**
- **Druggebruik: huidig en vroeger**
  - intraveneus druggebruik: risico op besmetting met HBV, HCV en hiv
  - middelengebruik in het algemeen (ook alcohol en geneesmiddelen): leidt tot onveilig seksueel gedrag en hierdoor verhoogd risico op soi
- **Eigen afkomst én afkomst van de partner**
  - focus op Sub-Saharaans Afrika voor hiv
  - andere endemische gebieden voor HBV en HCV

### **KLINISCHE VRAAG 3: WANNEER TEST JE OP WELKE SOI?**

Het is niet nodig om in elke situatie op alle soi te testen. Op welke soi je screent, hangt af van het risico op soi. (*masterthesis, verschillende GRADES naargelang het type risico + aanvulling*)  
 We maken hierbij een onderscheid tussen 'zeer groot' en 'groot' risico. (*aanvulling*)

We spreken over een 'zeer groot' risico in geval van:

- **Hoog risicovol seksueel gedrag**
  - (zeer) frequent wisselende partners (>3 partners in laatste 6 maanden), prostitutie (prostituë(e)s + prostituanten), groepsseks ('gangbang'), partnerruil ('swingen'),...
  - Gedrag met groot risico op scheurtjes van het slijmvlies: anale seks, fisting,...
- **Mannen die (ook) seks hebben met mannen (MSM)**
- **Hiv-positieve patiënten**
- **Bij seksueel contact met een partner uit een soi-endemisch gebied of zelf afkomstig zijn uit een soi-endemisch gebied en nooit eerder getest geweest**
- **Druggebruik**
- **Diagnose van soi in voorbije 12 maanden**
- **Partner met soi-diagnose**
- **Zwangerschap**

Bij een zeer groot risico op soi screen je op volgende ziekten:

- **Via bloedname:** hiv 1+2, HBV en HCV, syfilis
- **Via afname voor PCR:** chlamydia, gonorrhoe (bij voorkeur op alle mogelijke locaties: anaal, keel, vaginaal, cervix, urine)

Uitsluitend afkomst uit soi-endemisch gebied zonder andere risicofactoren: hiv, HBV, HCV en syfilis.

Er is sprake van een 'groot' risico bij:

- **Nieuwe partner in de laatste 6 maanden ('seriële monogamie')**
- **Eenmalig onveilig contact met (onbekende) partner**
- **Planning van een abortus arte provocatus of na de uitvoering ervan indien ervóór geen screening gebeurde**

- **Planning van een cervicale ingreep**

Bij een groot risico screen je op volgende ziekten:

- **Via bloedname: HBV, syfilis (en eventueel hiv)**
- **Via afname voor PCR: chlamydia/ gonorrhoe (bij voorkeur op alle mogelijke locaties: anaal, keel, vaginaal, cervicaal, urine)**

Hoe lang na het gelopen risico, voer je in geval van een 'zeer groot' risico, de screening uit:

- **Risico  $\geq 3$  maanden**
    - Doe nu een volledige screening.
  - **Risico  $< 3$  maanden, maar  $\geq 2$  weken geleden**
    - Bij een eerste screening (of je hebt geen gegevens hierover): doe nu een volledige screening en herhaal de bloedname 3 maanden na het risico.
    - Gaat het niet om een eerste screening: test op chlamydia en gonorrhoe (bij voorkeur op alle locaties) en doe een bloedname 3 maanden na het risico.
  - **Risico  $< 2$  weken geleden**
    - Bij een eerste screening (of je hebt geen gegevens hierover): doe een volledige screening 2 weken na het risico en herhaal de bloedname 3 maanden na het risico
    - Gaat het niet om een eerste screening: test op chlamydia en gonorrhoe (bij voorkeur op alle locaties) 2 weken na het risico en doe een bloedname 3 maanden na het risico
- Let op: bij hoog risico op besmetting met hiv of HBV, verwijs voor toediening Post-Exposure Prophylaxis (PEP) en eventueel sneltest voor hiv (*zie verder*).

Hoe lang na het gelopen risico, voer je in geval van een 'groot' risico, de screening uit:

- **Risico  $\geq 3$  maanden**
  - Bij een eerste screening (of je hebt geen gegevens hierover): doe nu een volledige screening
  - Gaat het niet om een eerste screening:
    - én HBV-bescherming is in orde en syfilisserologie was bij vorige screening die minder dan 3 jaar geleden gebeurde negatief: test nu enkel op chlamydia en gonorrhoe, bij voorkeur op alle locaties;
    - indien HBV-bescherming niet in orde of test voor syfilis  $> 3$  jaar geleden of bij een vorige bloedname was syfilisserologie positief: test opnieuw voor syfilis en vaccineer tegen HBV.
- **Risico  $< 3$  maanden maar  $\geq 2$  weken geleden**
  - Bij een eerste screening (of je hebt geen gegevens hierover): doe nu een volledige screening en herhaal de bloedname 3 maanden na het risico.
  - Gaat het niet om een eerste screening:
    - én HBV-bescherming is in orde en syfilisserologie was bij vorige screening die minder dan 3 jaar geleden gebeurde negatief: test nu enkel op chlamydia en gonorrhoe, bij voorkeur op alle locaties;
    - indien HBV-bescherming niet in orde of test voor syfilis  $> 3$  jaar geleden of bij een vorige bloedname was syfilisserologie positief: test opnieuw voor syfilis en vaccineer tegen HBV.
- **Risico  $< 2$  weken geleden**
  - Bij een eerste screening (of je hebt geen gegevens hierover): doe nu een bloedtest voor HBV, hiv en syfilis; doe een PCR-test voor chlamydia en gonorrhoe 2 weken na het risico (bij voorkeur alle locaties) en herhaal de bloedname 3 maanden na het risico.
  - Gaat het niet om een eerste screening:

- én HBV-bescherming is in orde en syfilisserologie was bij vorige screening die minder dan 3 jaar geleden gebeurde negatief: test enkel op chlamydia en gonorrhoe, bij voorkeur op alle locaties, 2 weken na het risico;
- indien HBV-bescherming niet in orde of test voor syfilis >3 jaar geleden of bij een vorige bloedname was syfilisserologie positief: test ook opnieuw voor syfilis en vaccineer tegen HBV.

## KLINISCHE VRAAG 4: HOE TEST JE OP DE VERSCHILLENDE SOI?

- **Via bloedname**
  - Hiv: antistoffen (ELISA); indien positief: confirmatietest op zelfde staal (IMMUNOBLOT) (*masterthesis, GRADE 2C*)
  - HBV: HBsAg
  - HBSAS: om vaccinatiestatus te kennen (*masterthesis, GRADE 2C*)
  - HCV: Antistoffen; indien positief: HCV RNA-bepaling (*masterthesis, GRADE 2C*)
  - Syfilis Treponemale test (*masterthesis, GRADE 2C*)
- **Via lokale staalafname**
  - Chlamydia: NAAT (PCR) (*masterthesis, GRADE 1B*)
  - Gonorrhoe: NAAT (PCR) (*masterthesis, GRADE 1B*)

Staalafname voor screening op chlamydia en/of gonorrhoe (voorkeur PCR) (*aanvulling*)

Plaats van staalafname	Wanneer een staal afnemen?	Hoe een staal afnemen?
Vagina	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penetratie door penis/ eventueel door besmet seksspeeltje</li> <li>• Gelikt worden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bij voorkeur door een arts: cervicale (liefst) of vaginale wisser</li> <li>• Eventueel door de patiënt zelf: vaginale wisser (liefst) of eerstestraal-urine</li> </ul>
Penis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penetratie van vagina, mond, anus van partner</li> <li>• Gepijpt worden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bij voorkeur door een arts: urethrale wisser (pijnlijk)</li> <li>• Eventueel door patiënt zelf: eerstestraal-urine</li> </ul>
Keel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diepe penetratie door penis</li> <li>• Bij pijpen of likken (van vagina of anus) van partner</li> </ul>	Door een arts: keelwisser: achteraan in de keel (tonsillen + achterste keelwand)
Anus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penetratie door penis/ eventueel door besmet seksspeeltje</li> <li>• Gelikt worden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bij voorkeur door een arts: anale wisser (mucosa net voorbij de sfincter)</li> <li>• Eventueel door de patiënt zelf: anale wisser (mucosa net voorbij de sfincter)</li> </ul>

Staalafname door een arts (*aanvulling*)

- **Cervicaal:** dit kan enkel mits inbrengen van een speculum. Neem de cervix tussen de bladen van het speculum en breng de wisser in het ostium. Duw de wisser vervolgens iets dieper, zodat deze volledig omgeven is door cervicaal slijmvlies en draai de wisser volledig rond zijn as. Steek de wisser

in het transportmedium.

- **Vaginaal:** breng de wisser in de vagina in en draai enkele malen rond (probeer hierbij goed tegen de vaginawand te wrijven). Daarna wordt de wisser in het transportmedium gestoken. Er is geen speculum nodig.
- **Urethraal:** dit is een pijnlijke afname. Je neemt de penis vast met je ene hand en trekt hem mooi in één lijn, je duwt met duim en wijsvinger het ostium open en brengt de wisser naar binnen. Langzaam breng je hem 1 cm diep. Dan draai je de wisser om zijn as. Verwijder de wisser langzaam en steek hem in het transportmedium.
- **Keel:** je laat de patiënt omhoog kijken, de tong uitsteken en 'aa' zeggen, zodat je een goed zicht hebt op de tonsillen en de keelachterwand. Je strijkt goed langs de keelachterwand en langs de pijlers en de tonsillen. Waarschuw de patiënt vooraf voor de braakreflex. Steek de wisser in het transportmedium (opgelet: vraag na welke wisser gevalideerd is: kweek en/of DNA-test).
- **Anus:**
  - bij voorkeur met een proctoscoop: je hebt zicht op het slijmvlies en kan gericht stalen afnemen (voorbij de sfincter ani, t.h.v. het slijmvlies);
  - het kan ook zonder proctoscoop, maar let er dan op dat je de wisser zeker tot voorbij de sfincter brengt zodat je een staal afneemt t.h.v. slijmvlies (opgelet: vraag na welke wisser gevalideerd is: kweek en/of DNA-test).

Staalafname door de patiënt zelf (*aanvulling*)

- **Urine:** zowel gonorrhoe als chlamydia kan op urine worden bepaald. Het betreft een eerstestraal urine (spreek af met het labo over de hoeveelheid, ongeveer 10-20 ml, een urinepotje mag niet vol zijn!). De patiënt heeft bij voorkeur de laatste 2 uur niet geplast.
- **Vaginaal:** het is voldoende dat de wisser in de vagina gestoken wordt (vaginale wand). Het is niet noodzakelijk dat de wisser helemaal tot tegen de cervix wordt aangebracht. De wisser wordt enkele malen bewogen (draaibeweging waardoor wrijven tegen de vaginawand) en dan in het transportmedium gestoken.
- **Anaal:** de wisser wordt anaal ingebracht net voorbij de sfincter. De wisser wrijft goed langs de wanden (zijkant, t.h.v. het slijmvlies). De wisser wordt in het transportmedium gestoken.
- **Urethraal:** dit is een pijnlijke afname. De penis wordt gestrekt in één lijn gehouden. Het ostium wordt opengeduwd en de wisser wordt naar binnen gebracht (ongeveer 1 cm). De wisser wordt gedraaid en nadien in het transportmedium gestoken.

## **KLINISCHE VRAAG 5: HOE BEHANDEL JE OP DE VERSCHILLENDE SOI?**

- **Hiv:** verwijs naar een ARC
- **HBV:** verwijs naar een hepatoloog en raad screening aan voor alle familieleden
- **HCV:** verwijs naar een hepatoloog
- **Syfilis:** intramusculaire injectie van benzathine benzylpenicilline; aantal injecties afhankelijk van het stadium
- **Gonorrhoe:** ceftriaxone 500 mg IM + 2 g azithromycine per os
- **Chlamydia:**
  - vaginaal, urine, keel: azithromycine 1 g single dose per os
  - anaal: doxycycline 100 mg 2x/dag per os gedurende 7 dagen
  - LGV: doxycycline 100 mg 2x/dag per os gedurende 21 dagen

De behandeling hangt af van het stadium waarin de ziekte zich bevindt (zie ook bijlage 8).

Stadium	Behandeling	Follow-up
Primair, secundair en vroeg latent stadium	Benzathine benzylpenicilline 2,4 milj IE IM op dag 1  Zwangere: idem op dag 1, 8 en 15	Via VDRL: 1e jaar 3 maandelijks 2e jaar 6 maandelijks Hiv-positieven: idem + screening op neurosyfilis (*) na 1 jaar
Laat latent stadium of syfilis van onbepaalde duur	Benzathine benzylpenicilline 2,4 milj IE IM op dag 1, 8 en 15	Via VDRL: 1e jaar 3 maandelijks 2e jaar 6 maandelijks Screening op neurosyfilis (*) bij symptomen voor start behandeling en zonder symptomen sowieso na 1 jaar
Tertiaire stadium Neurosyfilis Congenitale syfilis	Behandeling in gespecialiseerde setting	VDRL jarenlang opvolgen Congenitaal: 3 maandelijks gedurende 2 jaar

(\*) Screenen op neurosyfilis doe je via een klinisch neurologisch onderzoek en een lumbaalpunctie. Je verwijst dus best naar een neuroloog.

Behandeling van gecompliceerde infecties in de anogenitale regio.

Complicatie	Behandeling indien veroorzaakt door soi	Behandeling indien niet veroorzaakt door soi
PID	Ceftriaxone 500 mg IM single dose + ofloxacin 400 mg 2x1/dag gedurende 14 dagen + metronidazole 500 mg 3x1/dag gedurende 14 dagen	/
Epididymitis/orchitis	Ceftriaxone 500 mg IM single dose + doxycycline 100 mg 2x1/dag gedurende 10 dagen	Ofloxacin 400 mg/d in 1 of 2 giften gedurende 10 -14 dagen of levofloxacin 500 mg 1x/d gedurende 10 -14 dagen
Proctitis	Ceftriaxone 500 mg IM single dose + doxycycline 100 mg 2x1/dag gedurende 7 dagen	
Prostatitis	Standaardbehandeling chlamydia en/of gonorrhoe	Ofloxacin 400 mg/d in 1 of 2 giften gedurende 21 dagen of levofloxacin 500 mg/d 1x/d gedurende 21 dagen
Urethritis	Standaardbehandeling chlamydia en/of gonorrhoe	Nitrofurantoin 100 mg 3x/d gedurende 3 dagen of op basis van antibiogram
Cystitis	Standaardbehandeling chlamydia en/of gonorrhoe	Nitrofurantoin 100 mg 3x/d gedurende 3 dagen of op basis van antibiogram



## **KLINISCHE VRAAG 6: WAT IS DE INHOUD VAN PRETESTCOUNSELING?**

- Leg uit waarom je bepaalde testen zou willen uitvoeren. (*masterthesis, geen GRADE gegeven + aanvulling*)
- Leg uit hoe deze testen uitgevoerd worden. (*masterthesis, geen GRADE gegeven + aanvulling*)
- Vraag of de patiënt akkoord is om deze testen te laten uitvoeren ('informed consent'). (*aanvulling*)
- Leg uit wat de consequenties inhouden van een positieve dan wel negatieve testuitslag. (*masterthesis, geen GRADE gegeven + aanvulling*)
- Maak een afspraak voor een nieuw consult voor bespreking van de resultaten na 10 tot 14 dagen. (*masterthesis, GRADE 1C + aanvulling*)
- Raad de patiënt aan een condoom te gebruiken tot het moment van bespreking van de testresultaten en leg uit hoe. (*masterthesis, GRADE 2C + aanvulling*)
- Bij duidelijke klachten: behandel nu en leg uit waarom. (*aanvulling*)
- Bij groot risico op besmetting met hiv: verwijst binnen de 72 uren na blootstelling voor toediening PEP. (*aanvulling*)
- BIJ MSM: geef op voorhand informatie over PEP en het adres van het dichtstbijzijnde ARC. (*aanvulling*)
- Bij groot risico op besmetting met HBV: start onmiddellijk vaccinatie. (*aanvulling*)

## **KLINISCHE VRAAG 7: WAT IS DE INHOUD VAN POSTTESTCOUNSELING?**

- Geef direct bij aanvang van het consult het resultaat mee, ook al heb je slecht nieuws ('draai niet rond de pot'). (*aanvulling*)
- Doe dit in eenvoudige bewoordingen en op een empathische manier. (*aanvulling*)
- Geef de patiënt tijd voor verwerking en maak zo nodig een tweede afspraak om verdere doorverwijzing te regelen. (*aanvulling*)
- Houd rekening met culturele aspecten van de patiënt. (*aanvulling*)
- Denk aan de meldingsplicht (binnen de 24 uur) voor infectie met gonorrhoe, HAV, (acute) HBV en syfilis. (*masterthesis, geen GRADE gegeven + aanvulling*)
- Verwijs naar gespecialiseerde centra indien nodig. (*aanvulling*)
- Behandel soi die je niet dient te verwijzen en geef uitleg over inname, bijwerkingen, interacties,... (*aanvulling*)
- Raad de patiënt aan een condoom te gebruiken tot en met 7 dagen na het stoppen van de behandeling. (*aanvulling*)
- Raad de patiënt aan zijn partner(s) te verwittigen en bespreek hoe hij dit kan doen. (*masterthesis, geen GRADE gegeven + aanvulling*)
- Geef steeds (ook bij negatieve testresultaten) informatie over correct gebruik van condoom en glijmiddel en over wat te doen wanneer een condoom scheurt. (*masterthesis, GRADE 1B + aanvulling*)
- Vaccineer tegen HBV indien de patiënt nooit eerder gevaccineerd werd. (*masterthesis, GRADE 1A + aanvulling*)
- Overweeg vaccinatie tegen HAV bij MSM. (*aanvulling*)

## BIJLAGE 1: GRADE

Bron: Van Royen P. Grade, een systeem om niveau van bewijskracht en sterkte van aanbeveling aan te geven. Huisarts Nu 2008;37:505-9.

Graden van aanbeveling		Voordelen versus nadelen en risico's	Methodologische kwaliteit van de studies	Implicaties
1A	Sterke aanbeveling, hoge graad van evidentie	Voordelen overtreffen duidelijk de nadelen of risico's.	RCT's zonder beperkingen of sterk overtuigende evidentie van observationele studies.	Sterke aanbeveling, kan worden toegepast bij de meeste patiënten en in de meeste omstandigheden.
1B	Sterke aanbeveling, matige graad van evidentie	Voordelen overtreffen duidelijk de nadelen of risico's.	RCT's met beperkingen of sterke evidentie vanuit observationele studies.	Sterke aanbeveling, kan worden toegepast bij de meeste patiënten en in de meeste omstandigheden.
1C	Sterke aanbeveling, lage of zeer lage graad van evidentie	Voordelen overtreffen duidelijk de nadelen of risico's.	Observationele studies of casestudies.	Sterke aanbeveling, maar dit kan veranderen als er hogere evidentie beschikbaar komt.
2A	Zwakke aanbeveling, hoge graad van evidentie	Evenwicht tussen voor- en nadelen of risico's.	RCT's zonder beperkingen of sterk overtuigende evidentie van observationele studies.	Zwakke aanbeveling, de beste actie kan verschillen naargelang de omstandigheden, patiënten of maatschappelijke waarden.
2B	Zwakke aanbeveling, matige graad van evidentie	Evenwicht tussen voor- en nadelen of risico's.	RCT's met beperkingen of sterke evidentie vanuit observationele studies.	Zwakke aanbeveling, de beste actie kan verschillen naargelang de omstandigheden, patiënten of maatschappelijke waarden.
2C	Zwakke aanbeveling, lage of zeer lage graad van evidentie	Onzekerheid over voor- of nadelen – evenwicht tussen beide is mogelijk.	Observationele studies of casestudies of RCT's met majeure beperkingen.	Erg zwakke aanbeveling, alternatieven kunnen evengoed te verantwoorden zijn.

Opmerking: soms wordt ook GRADE 1D of 2D gebruikt. D staat dan voor een zéér lage graad van evidentie of evidentie is zo goed als onbestaande.

## BIJLAGE 2: LICHAAMELIJK ONDERZOEK

Bij lichamelijk onderzoek inspecteer je, naast oog te hebben voor de algemene gezondheidstoestand, bij de

- vrouw: pubis, vulva, vagina, cervix, klieren in de inguinale regio;
- man: pubis, penisschacht, eikel (voorhuid naar achter schuiven), scrotum, testikels, klieren in de inguinale regio.

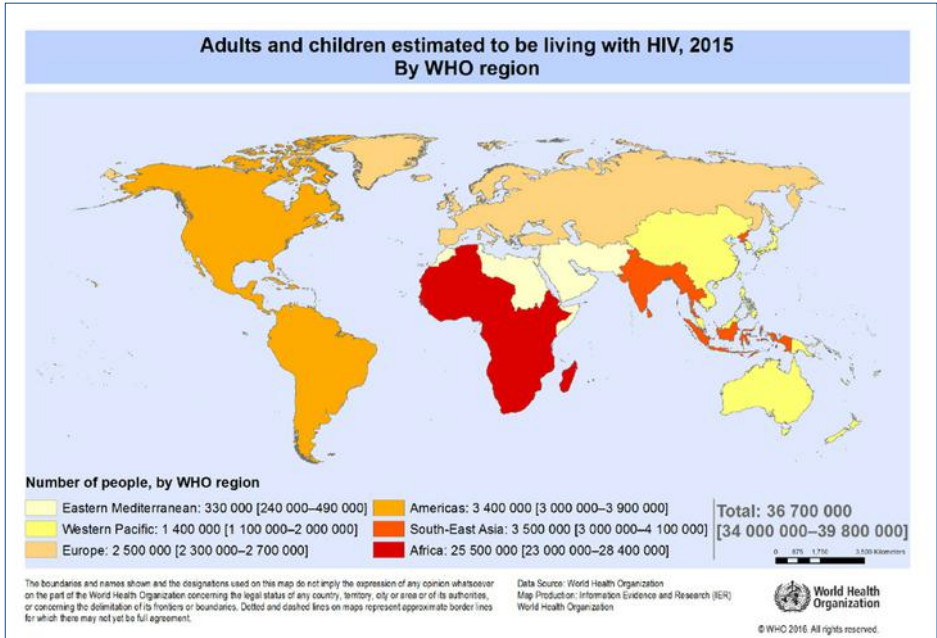
Bij anale seks: inspectie van de anus.

Bij orale seks: inspectie van de mond (let op mondhygiëne: bij slechte mondhygiëne is het risico op infecties groter).

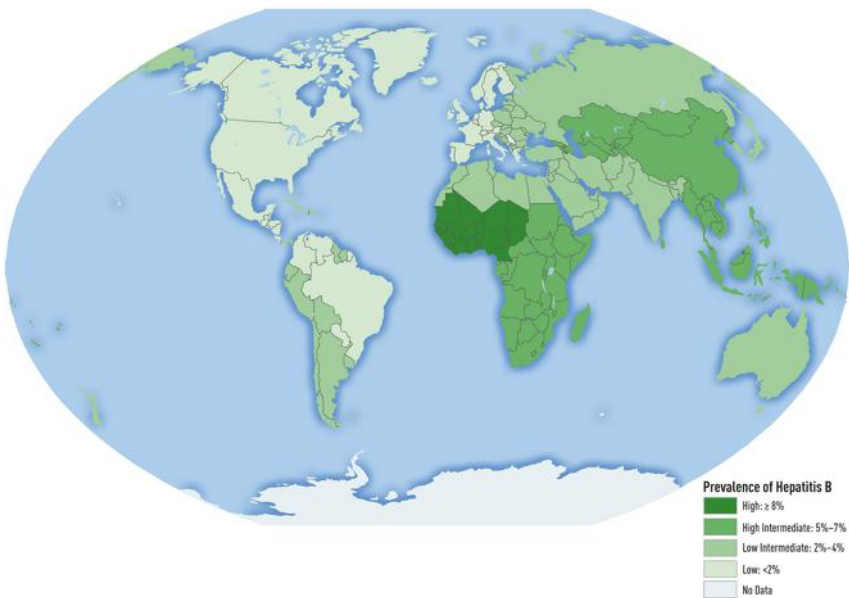
	Vrouw	Man
Tatoeage	Indicatief voor bijkomende testen bv. hepatitis C	
Piercing	Indicatief voor bijkomende testen bv. hepatitis C	
Pustels, zweertjes, noduli, impetigo, ...	Vaak t.h.v. pubis, maar kan ook t.h.v. de huid van de hele schaamstreek, buitenkant van de schaamlippen en binnenkant van de dijen	Vaak t.h.v. pubis, maar kan ook t.h.v. de huid van de hele schaamstreek, op de penis en binnenkant van de dijen
Condylomen	Pubisstreek, vulva, maar kijk ook inwendig vaginaal of anale streek	Pubisstreek, penis of anale streek
Ulcera (bv. syfilis, herpes)	Oraal, vaginaal of anaal	Oraal, op de penis of anale streek
Blaasjes (bv. herpes)	Pubis, eventueel de buitenkant van de schaamlippen of t.h.v. mond	Penis en of pubisstreek, t.h.v. mond
Schaamluizen (pediculosis)	Pubis	Pubis, maar ook borsthaar,...
Schurft (scabiës)	Voornaamste symptoom is jeuk over heel het lichaam, vooral 's avonds en 's nachts, wanneer de mijt actief is. Ook kleine blaasjes komen soms voor op enkele plaatsen waar de mijt zich bij voorkeur ophoudt: tussen de vingers, de polsen, voetrand, enkel en wreef, maar ook oksel, navel, de binnenkant van de dijen, de penis en rond de tepels	
Besnijdenis	Besnijdenis bij de vrouw gebeurt steeds o.w.v. culturele redenen. Er zijn verschillende stadia van besnijdenis, waardoor dit niet altijd opvalt. Je kan dit het gemakkelijkst onderzoeken tijdens het afnemen van een cervixuitstrijkje.	Besnijdenis bij de man is ook vaak cultureel gebonden, maar kan ook om medische redenen uitgevoerd worden (volledig of partieel). Hierdoor zijn sommige anatomische structuren (bv. pearly penile papules) en/of letsels (bv. ulcus, schimmel,...) beter zichtbaar. Wanneer de voorhuid nog aanwezig is, kan je die best ook even naar achter schuiven om alles goed te onderzoeken.

Pearly Penile Papules (parelketting)	/	Kleine papillen die aan de basis van de eikel kunnen voorkomen. Dit is een normale variant van de mannelijke anatomie.
Paraffine parel t.h.v. penis	/	In sommige culturen wordt paraffine onderhuids aangebracht ter hoogte van de penistop. Dit ziet er uit als een kleine cyste en kan soms verward worden met een soi. Opgelet: deze worden vaak zelf aangebracht. Kan een indicatie zijn om bijkomende testen uit te voeren bv. hepatitis C.
Hemorroiden, fistel, fissuur	Anale regio. Nakijken bij anale seks. Kan indicatief zijn voor anale soi-screening.	
Gezwellen lymfenodi (klierstreek, keelstreek,...)	Kan indicatief zijn voor een soi en een argument om eventueel al een behandeling te starten.	
Vaginale fluor	Dit hoeft niet infectieus te zijn en zeker niet altijd een soi. Maar een soi behoort tot de mogelijkheden en moet dus nagekeken worden als hiervoor risicofactoren aanwezig zijn.	/
Urethrale afscheiding	/	Indicatief voor een soi. Een behandeling kan onmiddellijk gestart worden na staalafname.
Roodheid en eventuele zwelling, pijn t.h.v. de genitaliën	Kan indicatief zijn voor een infectie bv. vaginaal. Wanneer cystische structuur t.h.v. vagina: denk aan Bartholinitis. Doe een soi-screening, want dit kan veroorzaakt worden door chlamydia of gonorrhoe.	Dit kan indicatief zijn voor een infectie bv. epididymitis (balzak is rood en gezwollen).
Afwijkende cervix (bv. bloederig, letsels zichtbaar,...)	Doe een soi-screening en screening voor cervixkanker. In functie van de resultaten kan behandeld worden en dient de afwijking verder opgevolgd te worden. Bij twijfel of grote afwijkende letsels (ongeacht de resultaten) kan best worden verwezen.	/

## BIJLAGE 3: WERELDWIJDE PREVALENTIE VAN HIV, HBV EN HCV



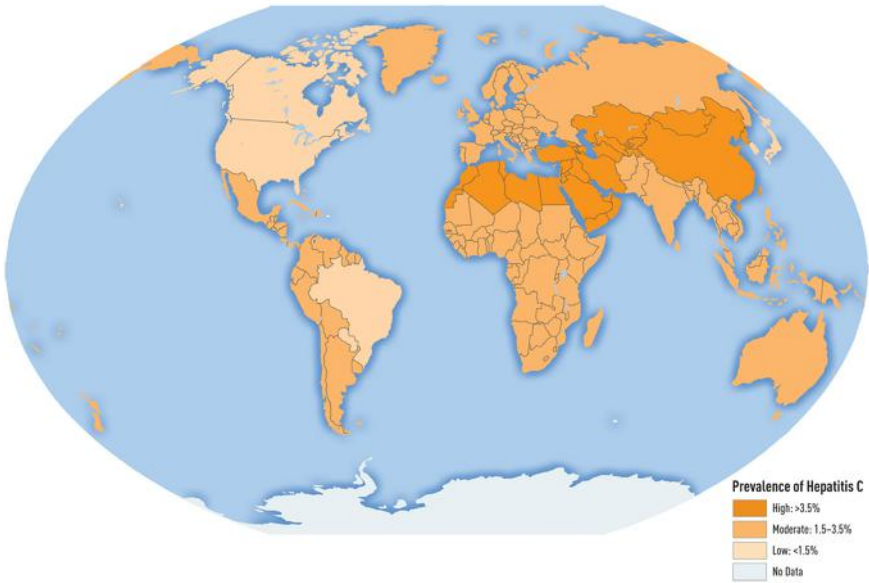
bron: [http://www.who.int/gho/hiv/epidemic/hiv\\_001.jpg](http://www.who.int/gho/hiv/epidemic/hiv_001.jpg)



MAP 3-4. PREVALENCE OF CHRONIC HEPATITIS B VIRUS INFECTION AMONG ADULTS<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Disease data source: Ott JJ, Stevens GA, Groeger J, Wiersma ST. Global epidemiology of hepatitis B virus infection: new estimates of age-specific HBsAg seroprevalence and endemicity. *Vaccine*. 2012; 30(12): 2212–2219.

bron: <http://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2016/infectious-diseases-related-to-travel/hepatitis-b#4621>



**MAP 3-5. DISTRIBUTION OF HEPATITIS C VIRUS INFECTION<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Disease data source: Mohd Hanafiah K, Groeger J, Flaxman AD, Wiersma ST. "Global Epidemiology of Hepatitis C Virus Infection; New Estimates of Age-Specific Antibody to HCV and Seroprevalence." *Hepatology* 2013; 57:1333-1342.

bron: <http://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2016/infectious-diseases-related-to-travel/hepatitis-c#4627>

## BIJLAGE 4: ADVIEZEN OVER CORRECT CONDOOM- EN GLIJMIDDELGEBRUIK

### Condoomgebruik

Het condoom is een belangrijk preventiemiddel om de overdracht van soa te verminderen. Het is dan ook van groot belang om het juist te gebruiken. Geef daarom instructies mee aan de patiënt en toon (bv. op een kunstpenis) hoe je een condoom aanbrengt. Op [www.infosexwork.be](http://www.infosexwork.be) kun je filmpjes downloaden over correct condoomgebruik.

De 'klassieke' mannencondooms bestaan in verschillende materialen, maten, dikte, smaken, met of zonder glijmiddel,...

Daarnaast bestaat er ook het vrouwencondoom. Het vrouwencondoom is van polyurethaan. Het moet in de vagina worden ingebracht. Opgelet! Dit condoom mag je nooit samen gebruiken met een mannencondoom, omdat door wrijving de kans op scheuren van beide condooms groot is.

Bij orale seks wanneer de vagina gelikt wordt, kan men zich eveneens beschermen door een 'beflapje' te gebruiken. Dit kan men als dusdanig aankopen in een gespecialiseerde winkel (seksshop). Het is gemaakt van rubber. Als alternatief voor een beflapje kan gebruik gemaakt worden van een opengeknipt condoom (zijkant) of vershoudfolie (zonder gaatjes). Het beflapje wordt voor de vagina en de schaamlippen gehouden.

Besprek met de patiënt eventueel volgende algemene aandachtspunten:

- CE-code: Alle goedgekeurde condooms hebben een CE-code op de verpakking. Deze CE-code bestaat uit de letters CE en een cijfer. Deze code garandeert dat condoom en verpakking voldoen aan de Europese norm. Condooms uit landen buiten de EU hebben dit keurmerk niet.
- De uiterste gebruiksdatum op de verpakking: Na deze datum is het condoom niet meer gegarandeerd veilig en dus niet meer bruikbaar.
- Soorten condooms:
  - Latex condooms: Latex condooms worden het meest gebruikt. Ze zijn verkrijgbaar in verschillende maten, diktes en kleuren. De latex condooms met een CE-code zijn geschikt voor vaginale en anale seks. Voor orale seks zijn er speciale condooms met een smaakje. Let op: latex en massageolie gaan niet samen.
  - Polyurethaan condooms: Polyurethaan is een plastic. Deze condooms zijn geschikt voor mensen die allergisch zijn voor rubber.
- Bewaring van het condoom:
  - Condooms moeten zo bewaard worden dat de verpakking intact blijft. Als de verpakking beschadigd is, is het condoom niet meer betrouwbaar en niet meer bruikbaar.
  - Leg ze niet op een te warme plaats.
  - Door mechanische druk (bv. langdurig in de portefeuille) kan de verpakking en/of het condoom beschadigd zijn. Berg ze daarom apart op.

### Glijmiddelgebruik

- Gebruik van glijmiddel maakt de kans op condoomfalen kleiner (gebroken condoom). Er bestaat glijmiddel op waterbasis en op siliconenbasis.
- Het glijmiddel wordt aangebracht op het condoom en op/in de vagina en anus.

- Een glijmiddel op waterbasis voorkomt irritatie van de vagina en opwarming van het condoom.
- Het glijmiddel heeft geen kleur, geur noch smaak.
- Bij anale seks moet altijd veel glijmiddel gebruikt worden, omdat de anus van zichzelf niet vochtig wordt. Het glijmiddel dat al op het condoom zit, is niet voldoende voor anale seks. Zonder extra glijmiddel is anale seks pijnlijk, is er risico op wondjes en is er een groot risico dat het condoom kapot gaat. De voorkeur wordt gegeven aan glijmiddel op siliconenbasis, gezien dit langer aanwezig blijft.

### Tips voor het juiste gebruik

De belangrijkste oorzaak voor een gescheurd condoom is wrijving. Glijmiddel voorkomt wrijving. Daarom wordt aangeraden om voldoende glijmiddel voorafgaand aan het sekscontact aan te brengen, en dit eventueel tijdens het sekscontact af en toe te herhalen.

Na 15 minuten onafgebroken vrijen is het belangrijk om het condoom te vervangen. Vetten of olie (vaseline, massageolie, bodymilk,...) worden strikt afgeraden als glijmiddel omdat latex daarin oplost en er zo een sterk verhoogde kans is op condoomfalen.

### Goed gebruik van het mannencondoom

1. De verpakking moet voorzichtig open gescheurd worden en het condoom eruit geduwd. Men gebruikt hierbij geen tanden of schaar! Voorzichtigheid is geboden met scherpe nagels en ringen. Het condoom mag niet beschadigd worden.
2. De opgerolde kant van het condoom moet aan de buitenkant komen (dit wordt getest door het randje van het condoom tussen duim en wijsvinger te nemen en te voelen naar welke kant het afrollen gemakkelijk gaat).
3. Het topje van het condoom moet dicht geduwd worden met de duim en wijsvinger. Zo kan er geen lucht in komen, anders kan het condoom knappen.
4. Het condoom wordt op de stijve penis aangebracht terwijl de top dicht geduwd blijft. Met de andere hand moet het condoom zo ver mogelijk afgerold worden.
5. Er moet genoeg ruimte zijn in het topje van het condoom (maar geen lucht!) om het sperma op te vangen.
6. Als het omdoen niet gelukt is, moet er een nieuw condoom aangebracht worden op de correcte wijze.
7. Na het klaarkomen moet de penis terug worden getrokken voordat hij weer slap wordt. De condoomrand moet bij het terugtrekken goed vast gehouden worden, zodat het condoom niet per ongeluk afglijdt.
8. Er wordt een knoop in het condoom gelegd en hij wordt vervolgens weggegooid in de vuilnisbak.

### Goed gebruik van het vrouwencondoom

1. Inbrengen voordat de penis in de vagina gaat.
2. De losse binnenring moet aan het eind van het vrouwencondoom zitten.
3. Knijp de binnenring aan de gesloten zijde samen en schuif deze zo ver mogelijk in de vagina.
4. De binnenring verder duwen in de vagina door de wijsvinger in het vrouwencondoom te plaatsen. Opgelet met scherpe nagels!



5. De brede buitenring en een klein gedeelte van het condoom blijven buiten de vagina en bedekken de buitenste schaamlippen.
6. Om te voorkomen dat de penis naast het condoom in de vagina gaat, moet de penis met de hand in het condoom worden gebracht.

Het vrouwencondoom kan tijdens het vrijen gaan schuiven. Dit vermindert de bescherming niet zolang de penis geheel omsloten blijft en het sperma in het condoom blijft. Het is niet noodzakelijk dat de man zich direct terugtrekt uit de vagina na de zaadlozing. Het vrouwencondoom hoeft niet direct verwijderd te worden na de zaadlozing. Om te voorkomen dat er sperma uit het condoom kan lopen, draai je de buitenste ring een slag.

## BIJLAGE 5: ONDERVERDELING KANSEN OP TRANSMISSIE VAN HIV

Kans op transmissie hiv	Aard seksueel contact
Hoog	<ul style="list-style-type: none"> <li>· onbeschermd receptief anaal</li> <li>· onbeschermd receptief vaginaal met risicoverhogende omstandigheden*</li> </ul>
Matig	<ul style="list-style-type: none"> <li>· onbeschermd receptief vaginaal contact zonder risicoverhogende omstandigheden*</li> </ul>
Laag	<ul style="list-style-type: none"> <li>· onbeschermd insertief anaal/vaginaal</li> <li>· onbeschermd receptief oraal contact met of zonder risicoverhogende omstandigheden*</li> </ul>
Verwaarloosbaar	<ul style="list-style-type: none"> <li>· onbeschermd insertief oraal contact</li> <li>· onbeschermd receptief oraal contact</li> <li>· onbeschermd orovaginaal contact</li> </ul>
Geen	<ul style="list-style-type: none"> <li>· overige, zoals schone hulpmiddelen, masturbatie, zoenen</li> </ul>

\* Risicoverhogende omstandigheden zijn: verkrachting of seksueel misbruik, menstruatie, gelijktijdig bestaan van (ulcererend) soi.

## BIJLAGE 6: MINDER ERNSTIGE SOI

Soi	Diagnose	Behandeling	Info aan de patiënt
Herpes genitalis	<p>Vnl. o.b.v. anamnese en klinisch onderzoek (ulcera/ blaasjes).</p> <p>Eventueel via wisser voor virussen, maar kan enkel afgenomen worden bij aanwezigheid letsels: met wisser staal uit een gesloten vesikel nemen (openwrijven/ openprikken).</p> <p>Opmerking: met beproefde labotest kun je terugbetaling krijgen van aciclovir. Kan nuttig zijn bij frequente recidieven.</p>	<p>Primo-infectie: aciclovir 5 x 200 mg /d gedurende 5-10 dagen</p> <p>Recidief: aciclovir 5 x 200 mg/d gedurende 3 dagen</p> <p>Bij frequente recidieven eventueel profylactisch behandelen: 2 x 400 mg aciclovir/d gedurende 6-12 maanden</p>	<p>Uitleg over transmissie (condoomgebruik beschermt, maar niet volledig, overdracht via genitaal huidcontact is mogelijk)</p> <p>Informatie over mogelijkheid van recidieven</p> <p>Informeren van partner(s)</p>
Genitale wratjes	<p>Anamnese en klinisch onderzoek</p> <p>Opmerking: kan indicatie geven over seksuele contacten (bv. anale wratjes terwijl patiënt zegt geen anale seks te hebben), zeker dan ook eens screenen op andere plaatsen voor gono/chlam</p>	<p>Afhankelijk van uitgebreidheid letsels</p> <p>Lokaal (imiquimod, podofylotoxine,...)</p> <p>Cryotherapie</p> <p>Laser</p> <p>Heelkunde</p>	<p>Uitleg over transmissie (condoomgebruik beschermt, maar niet volledig, overdracht via genitaal huidcontact is mogelijk)</p> <p>Informatie over mogelijkheid van recidieven</p> <p>Informeren van partner(s)</p>
Schaamluizen	<p>Anamnese en klinisch onderzoek</p>	<p>Lokaal permethrine 1%</p>	<p>Uitleg over transmissie</p> <p>Uitleg over correct gebruik permethrine</p> <p>Informeren van partner(s)</p>
Schurft	<p>Anamnese en klinisch onderzoek</p>	<p>Volledig lichaam van kin tot voetzolen permethrine-crème 5%</p>	<p>Uitleg over transmissie</p> <p>Uitleg over correct gebruik permethrine</p> <p>Informeren van partner(s)</p>

## BIJLAGE 7: ADRESSENLIJST AIDSREFERENTIECENTRA BELGIË

- ARC Antwerpen, ITG Instituut voor Tropische Geneeskunde Nationalestraat 155, 2000 Antwerpen  
Tel.: 03/247 64 65
- ARC Brussel, UCL Universitair Ziekenhuis Saint-Luc Hippocrateslaan 10, 1200 Brussel  
Tel.: 02/764 19 02
- ARC Brussel, UMC Universitair Medisch Centrum Sint-Pietersziekenhuis Hoogstraat 290-322, 1000 Brussel  
Tel.: 02/535 31 77
- ARC Brussel, VUB Universitair Ziekenhuis Brussel Laarbeeklaan 101, 1090 Brussel  
Tel.: 02/477 60 01
- ARC Brussel, Erasmus Erasmus Ziekenhuis Brussel Lenniksesteenweg 808, 1070 Brussel  
Tel.: 02/555 45 36
- ARC Gent, UG Universitair Ziekenhuis Gent De Pintelaan 185, 9000 Gent  
Tel.: 09/332 23 50
- ARC Leuven, KUL Universitair Ziekenhuis Gasthuisberg Herestraat 49, 3000 Leuven  
Tel.: 016/34 47 75
- ARC Luik, ULC Quai Godefroid Kurth 45, 4020 Liège  
Tel.: 04/366 77 86
- ARC Charleroi Boulevard Janson 92, 6000 Charleroi  
Tel.: 071/92 23 06

## BIJLAGE 8: INTERPRETATIE SCREENINGSRESULTATEN HEPATITIS B EN SYFILIS

### Hepatitis B

HBsAS	HBcAS	HBsAg	HBeAg*	Interpretatie
-	-	-	/	Geen immuniteit of doorgemaakte infectie: te vaccineren
+	-	-	/	Immuun na vaccinatie (levenslang)
+	+	-	/	Immuun na natuurlijke infectie: genezen en niet besmettelijk
-	+	+	+	HBV-infectie met hoge besmettelijkheidsgraad**: verwijzen naar hepatoloog
-	+	+	-	HBV-infectie met gedaalde besmettelijkheid**: verwijzen naar hepatoloog Als huisarts verder serologisch opvolgen (o.a. levertests)
-	+	-	/	Onduidelijke interpretatie: · genezen infectie (meest frequent) · vals-pos. HBcAS (wel vaccineren – na 1 vaccin anti-HBs meten en zo negatief vaccinatie vervolledigen) bv. door interferentie met HCV en hiv (bepaalde stammen) · low level chronische infectie: kleine kans op transmissie

\* indien HBsAg + is, bepaal je vervolgens ook HBeAg. HBeAg + wijst op een actieve virusreproductie (hoge besmettelijkheid, dus ook urine en speeksel).

\*\* Opgelet deze patiënten zijn besmettelijk voor anderen. Vaccinatie van partners en gezinsleden is aanbevolen. Condoomgebruik bij alle seksuele contacten is aanbevolen. Opgelet bij gemeenschappelijk gebruik van scheermesjes, tandenborstel,...

### Syfilis: relatie tussen ziekteverschijnselen en serologie in verschillende stadia

Stadium	Ouderdom infectie	Belangrijke ziekteverschijnselen	TPHA/ TPPA/ CLIA	VDRL/ RPR (*)
Incubatielijd	<2 weken, maar kan tot 90 dagen duren	Geen	-	-
Primair stadium	2-6 weken	Pijnloos ulcus durum, regionale lymfadenopathie	-	-
			+	-
			+	+
Secundair stadium	6 weken tot 6 maanden	Diffuse rash, algemene ziekteverschijnselen, aantasting centraal zenuwstelsel (vaak asymptomatisch)	+	+
Vroeg latent stadium	<1 jaar na besmetting	Geen	+	+

Laat latent stadium	>1 jaar na besmetting	Geen, patiënt is niet meer besmettelijk	+	+
Tertiair stadium	>5 jaar na besmetting	Orgaanaantasting	+	+ tot -
Opvolging na adequate behandeling	= genezen infectie	Geen	+	- tot licht + (**)
Herinfectie na adequate behandeling	Enkele weken	Afhankelijk van restimmunitet	+	+
Therapiefalen		Al dan niet blijvende klachten	+	+

(\*) VDRL/ RPR wordt als positief beschouwd vanaf een waarde 1/4, maar dit moet steeds gezien worden in de context van anamnese, kliniek, al dan niet eerder reeds behandeld,...

(\*\*) Normaal gezien negatieveert de VDRL/ RPR na een adequate behandeling, maximaal na 2 jaar.

## BIJLAGE 9: BRIEF VOOR PARTNERNOTIFICATIE

*Hallo, iemand met wie je seksueel contact hebt gehad, heeft een seksueel overdraagbare aandoening (soa) opgelopen.  
Mogelijk ben jij ook besmet. Laat je daarom testen.*

Een persoon met wie jij seksueel contact hebt gehad, heeft bij een arts een test op soa's (seksueel overdraagbare aandoeningen) laten uitvoeren. Er werd(en) volgende infectie(s) vastgesteld:

- |                                    |                                      |   |
|------------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Chlamydia | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Genitale wratten (HPV) |
| <input type="checkbox"/> Gonorrhoe | <input type="checkbox"/> Hepatitis C | <input type="checkbox"/> Genitale herpes        |
| <input type="checkbox"/> Syfilis   | <input type="checkbox"/> Hiv         | <input type="checkbox"/> Trichomonas            |

Deze persoon wenst anoniem te blijven maar wil jou toch verwittigen via deze brief. Zo kun jij je ook laten testen en laten behandelen als dat nodig zou zijn. Ga daarom naar je huisarts en neem deze brief mee.

Ook wanneer je zelf geen klachten hebt, laat je je best testen. Veel soa's geven niet direct klachten, maar kunnen ondertussen wel ernstige schade aanrichten. Zo kan bv. een chlamydia-infectie die geen klachten geeft, toch leiden tot vruchtbaarheidsproblemen.

Maar geen paniek! Meestal kunnen soa's zoals chlamydia en gonorrhoe snel en eenvoudig behandeld worden met antibiotica en is het probleem volledig opgelost.

Ben je besmet met het hepatitis B-, het hepatitis C- of het hiv-virus, dan zal je arts zorgen voor een afspraak bij een gespecialiseerde arts of centrum zodat je zo snel mogelijk de beste behandeling krijgt.

Wil je meer weten: [www.seksualiteit.be](http://www.seksualiteit.be)

Wil jouw arts meer weten: [www.domusmedica.be/documentatie/dossiers](http://www.domusmedica.be/documentatie/dossiers)

Deze informatie wordt u met de beste bedoelingen bezorgd door:

*Stempel arts:*

Gelieve niet te informeren naar de identiteit van de persoon die u wenst te verwittigen. De arts zal het medisch geheim van zowel deze persoon als van u eerbiedigen.

### Meer informatie voor de arts:

Doe bij elke persoon die zich met deze brief aanbiedt een PCR-test voor chlamydia en gonorrhoe. De analyse voor zowel chlamydia als gonorrhoe gebeurt op hetzelfde staal.

	Voorkeur	Ook nog goed	Minst ideaal	Niet
Mannen	eerstestraalurine (2 uur ervóór niet geplast)	urethrale PCR-wisser (pijnlijk)	/	serologie
Vrouwen	PCR-wisser cervicaal afgenomen (meest sensitief)	PCR-wisser vaginaal afgenomen (voordeel: geen specu- lum, patiënte kan dit zelf)	eerstestraalurine (2 uur ervóór niet geplast)	serologie

Gaat het om een orale of anale besmetting: neem dan m.b.v. een PCR-wisser een staal van de keel of de anus (zie dossier 'SOI in de huisartsenpraktijk' op [www.domusmedica.be](http://www.domusmedica.be)).

Voer eventueel ook een test op syfilis uit (bloedname) indien dit nooit eerder gebeurde of het al lang geleden is dat het gebeurde (bv. >3 jaar geleden).

Vraag vervolgens verder door om te bepalen of de patiënt ook getest moet worden op HBV, syfilis en hiv. Dit doe je via een bloedname: HBV door bepaling van HBsAg, syfilis via TPHA/CLIA en hiv via opsporing van specifieke antistoffen.

Patiënten die zeker een bloedanalyse op HBV, syfilis en hiv en eventueel ook op HCV aangeboden dienen te krijgen zijn:

- mensen met risicovol seksueel gedrag: zeer frequent wisselende partners ( $\geq 2$  partners voorbij 6 maanden) of zeer 'ruwe' seks (risico op scheuren van slijmvlies: anale seks, 'fisting',...)
- mannen die seks hebben met mannen (MSM)
- personen afkomstig uit hiv/ HBV/ HCV- endemische gebieden die zich nooit eerder lieten testen of personen wiens partner afkomstig is uit een hiv/ HBV/ HCV-endemisch gebied en deze zich nog nooit liet testen. Voor hiv gaat het vooral om Sub-Saharaans Afrika.
- druggebruikers
- zwangeren

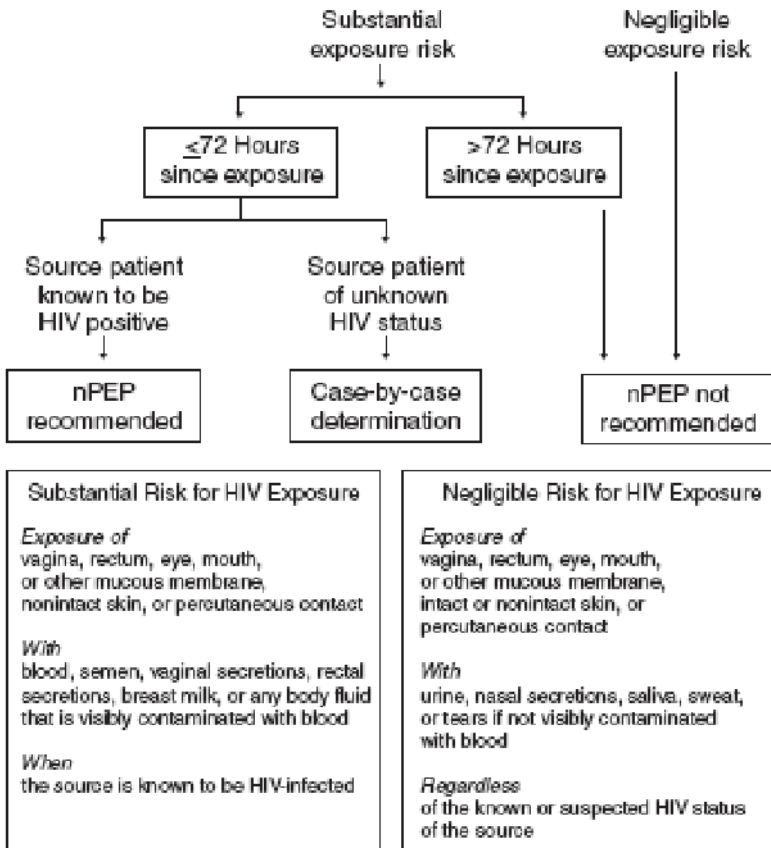
### Behandeling

Chlamydia	Azitromycine 1 g PO single dose
Gonorrhoe	Ceftriaxone IM injectie + azitromycine 2 g PO single dose
Syfilis	Benzathine benzylpenicilline 2,4 milj IE IM injectie; afhankelijk van het stadium te herhalen
HBV	Verwijzen naar een gespecialiseerd centrum/ hepatoloog
Hiv	Verwijzen naar een aidsreferentiecentrum (ARC)



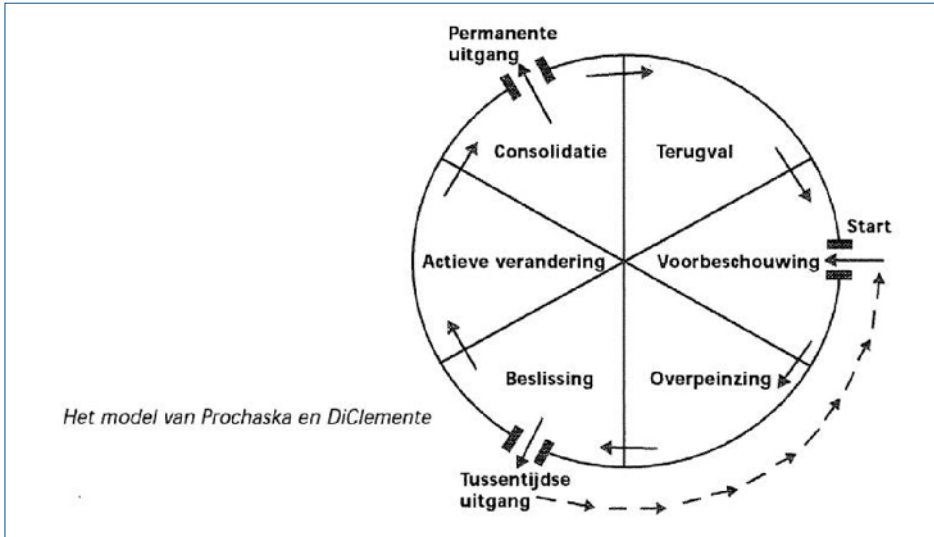
BIJLAGE 10: STROOMDIAGRAM VOOR BESLISSING TOEDIENING PEP

**FIGURE 1. Algorithm for evaluation and treatment of possible nonoccupational HIV exposures**



Bron: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5402a1.htm>

## BIJLAGE 11: MODEL VAN GEDRAGSVERANDERING VOLGENS PROCHASKA EN DICLEMENTE



(figuur overgenomen uit de masterthesis)

Geadapteerd uit: Prochaska J, DiClemente C. Transtheoretical therapy: Towards a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice* 1982;Vol 19(3):276-288. doi: 10.1037/h0088437

## BIJLAGE 12: WAT TE DOEN BIJ CONDOOMFALEN MET EJACULATIE?

	<b>WEL DOEN</b>	<b>NIET DOEN</b> (wegens gevaar voor veroorzaken wondjes)
Ejaculatie in de vagina	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Op toilet gaan zitten en sperma uitper- sen</li> <li>· Zachtjes spoelen met lauw water in douche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Spoelen met water onder druk (via pompje, spuitje,..)</li> <li>· Spoelen met ontsmettende of bijtende producten</li> <li>· Sperma eruit 'vissen' met vingers (scherpe nagels!) of voorwerpen</li> </ul>
Ejaculatie in de mond	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Sperma uitspuwen, niet doorslikken!</li> <li>· Mond zacht spoelen met water</li> <li>· Minstens 1 uur wachten met eten/ drin- ken</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Spoelen met ontsmettende producten</li> <li>· Tandenvoetsen</li> </ul>
Ejaculatie in de anus	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Op toilet gaan zitten en sperma uitper- sen</li> <li>· Zachtjes spoelen met lauw water door gebruik te maken van een speciale fles/ kruik verkrijgbaar bij de apotheek</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Spoelen met water onder druk (bv. speciale anale douchekoppen in clubs of sauna's)</li> <li>· Spoelen met ontsmettende of bijtende producten</li> <li>· Sperma eruit 'vissen' met vingers (scherpe nagels!) of voorwerpen</li> </ul>

## NUTTIGE LINKS

### Medisch

- [www.rivm.nl](http://www.rivm.nl)
- [www.cdc.gov/std/treatment](http://www.cdc.gov/std/treatment)
- [www.zorg-en-gezondheid.be/richtlijneninfectieziektebestrijding/](http://www.zorg-en-gezondheid.be/richtlijneninfectieziektebestrijding/)
- [www.bcfi.be/userfiles/File/antibioticagids-NL.pdf](http://www.bcfi.be/userfiles/File/antibioticagids-NL.pdf)
- [www.iusti.org/regions/europe/euroguidelines.htm](http://www.iusti.org/regions/europe/euroguidelines.htm)

### Patiëntinformatie

- [www.dermnet.com](http://www.dermnet.com) (foto's van soa)
- [www.levenmethiv.be](http://www.levenmethiv.be)
- [www.wuala.com/Sensoa/Anticonceptiefiches/?key=d6kbaUTTRiI9](http://www.wuala.com/Sensoa/Anticonceptiefiches/?key=d6kbaUTTRiI9) (Anticonceptiefiches in diverse talen – Sensoa)
- [www.infosexwork.be](http://www.infosexwork.be)
- [www.faranet.be](http://www.faranet.be) (informatiepunt rond zwangerschapskeuzes)
- [www.kindengezin.be/zwangerschap-en-geboorte](http://www.kindengezin.be/zwangerschap-en-geboorte)
- [www.abortus.be](http://www.abortus.be) (België)
- [www.casa.nl](http://www.casa.nl) (Nederland)

### Informatie seksuele gezondheid algemeen

- [www.mannenseks.be](http://www.mannenseks.be)
- [www.sensoa.be](http://www.sensoa.be)
- [www.seksualiteit.be](http://www.seksualiteit.be)
- [www.soaaids.nl](http://www.soaaids.nl)

### Andere testcentra

- [www.swab2know.be](http://www.swab2know.be)
- [www.helpcenteritg.be](http://www.helpcenteritg.be)

### Prostitutie België

- [www.infosexwork.be](http://www.infosexwork.be)
- [www.ghapro.be](http://www.ghapro.be)
- [www.pasop.info](http://www.pasop.info)
- [www.boysproject.be](http://www.boysproject.be)
- [www.info4escorts.be](http://www.info4escorts.be)
- [www.alias-bru.be](http://www.alias-bru.be)
- [www.espacep.be](http://www.espacep.be)
- [www.icar-wallonie.be](http://www.icar-wallonie.be)
- [www.entre2.org](http://www.entre2.org)
- [www.jongenskwartier.be](http://www.jongenskwartier.be)

### Prostitutie buitenland

- [www.prostitutie.nl](http://www.prostitutie.nl)

### **Hiv guidelines voor professionelen**

- [www.hiv-druginteractions.org/](http://www.hiv-druginteractions.org/)
- <http://hivbook.files.wordpress.com/2011/10/hiv-2012.pdf>
- <http://aidsinfo.nih.gov/guidelines>
- [www.hivguidelines.org/clinical-guidelines/adults/primary-care-approach-to-the-hiv-infected-patient/](http://www.hivguidelines.org/clinical-guidelines/adults/primary-care-approach-to-the-hiv-infected-patient/)
- <http://hab.hrsa.gov/deliverhivaidscafe/clinicalguide11/>

### **Sociale kaart**

- [www.desocialekaart.be/zoeken/index.cfm](http://www.desocialekaart.be/zoeken/index.cfm)

### **Vrouwenbesnijdenis**

- [www.gams.be](http://www.gams.be)

## LITERATUUR

1. Verbrugge R, et al. Seksueel Overdraagbare Aandoeningen bij de Algemene Bevolking, Gegevens van 2013 voor België en de 3 Regio's, WIV-ISP, Brussel, november 2014.
2. Brosius I. De rol van de huisarts in de preventie van seksueel overdraagbare aandoeningen: een evidence-based werkmodel'. Masterthesis huisartsgeneeskunde, Universiteit Antwerpen 2013.
3. Ghapro vzw, Pasop vzw. Leidraad voor medische consultaties bij sekswerkers. Maart 2014. [http://www.ghapro.be/nl/ghapro-publicaties\\_andere.html](http://www.ghapro.be/nl/ghapro-publicaties_andere.html)
4. [www.agreetrust.org](http://www.agreetrust.org)
5. Van Royen P. Grade, een systeem om niveau van bewijskracht en sterkte van aanbeveling aan te geven. *Huisarts Nu* 2008;37:505-9.
6. Sexpert Vlaanderen – een bevolkingsonderzoek naar de seksualiteitsbeleving in Vlaanderen. [www.sexpert-vlaanderen.be](http://www.sexpert-vlaanderen.be)
7. Brochure 'Gezond op reis' Instituut voor Tropische Geneeskunde Antwerpen. [www.itg.be/itg/Uploads/MedServ/ngezond.pdf](http://www.itg.be/itg/Uploads/MedServ/ngezond.pdf)
8. Middelengebruik onder sekswerkers in België. Decorte T, Stoffels I, Leuridan E, Van Damme P, Van Hal G. Belspo. Academia Press 2011. [www.belspo.be/belspo/organisation/publ/pub\\_ostc/Drug/rDR38\\_nl.pdf](http://www.belspo.be/belspo/organisation/publ/pub_ostc/Drug/rDR38_nl.pdf)
9. LCI Richtlijn 2011 Chlamydia trachomatis en lymfogranuloma venereum. [www.rivm.nl/Documenten\\_en\\_publicaties/Professioneel\\_Praktisch/Richtlijnen/Infectieziekten/LCI\\_richtlijnen/LCI\\_richtlijn\\_Chlamydia\\_trachomatis\\_en\\_lymfogranuloma\\_venereum](http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Professioneel_Praktisch/Richtlijnen/Infectieziekten/LCI_richtlijnen/LCI_richtlijn_Chlamydia_trachomatis_en_lymfogranuloma_venereum)
10. Belgische gids voor anti-infectieuze behandeling in de ambulante praktijk, editie 2012. Bapcoc. [www.bcfi.be/legacy\\_assets/antibioticagids-nl.pdf](http://www.bcfi.be/legacy_assets/antibioticagids-nl.pdf)



In België zien we een toename van de incidentie van seksueel overdraagbare infecties (soi) zoals chlamydia, gonorroe en syfiis. Om de huisarts te ondersteunen en aan te moedigen het onderwerp ter sprake te brengen en meer opportunistisch te gaan screenen naar soi, is deze praktijktool ontwikkeld.

© Domus Medica vzw  
Lange Leemstraat 187  
2018 Antwerpen

Tel. 03 425 76 76  
E-mail: [info@domusmedica.be](mailto:info@domusmedica.be)  
[www.domusmedica.be](http://www.domusmedica.be)

