

ANAMNESE, ALGEMENE DIAGNOSTIEK EN MEDISCHE BEGELEIDING – EEN OVERZICHT

SAMENVATTING

Infectie met het humane immunodeficiëntievirus kan een subklinisch verloop hebben, maar kan ook aanleiding geven tot een maandenlange periode met vage klachten, zoals moeheid, algemene malaise en diarree door onbekende oorzaak. Wanneer inderdaad is aangetoond, dat een patiënt met dergelijke klachten positief is, dient zo zorgvuldig mogelijk te worden nagegaan of er inderdaad sprake is van één van de opportunistische infecties, zoals genoemd in een eerdere bijdrage in dit Tijdschrift. Pas dan mag de diagnose AIDS worden gesteld.

Bij het nog steeds ontbreken van adequate therapeutische mogelijkheden, zijn de overlevingskansen voor een patiënt met AIDS uiterst gering. Zowel voor de patiënt als zijn naaste omgeving veroorzaakt dit een zware druk, te meer daar het vaak jonge mensen betreft.

DANNER SA. Anamnese, algemene diagnostiek en medische begeleiding – een overzicht. Ned Tijdschr Tandheelkd 1987; 94: 193-5.

S. A. Danner, internist

Uit de vakgroep Inwendige Geneeskunde van de Universiteit van Amsterdam.

Trefwoorden: Geneeskunde – AIDS – HIV-infectie

Datum acceptatie: 18 maart 1987.

Adres: Dr. S. A. Danner, Meibergdreef 9, 1105 AZ Amsterdam.

1. ANAMNESE

Inmiddels is in de medische en de lekenpers zoveel over AIDS geschreven dat wanneer een patiënt – bekend als homoseksueel met talloze wisselende contacten – klaagt over moeheid, gewichtsverlies en koorts (sinds weken bestaand), opgezette klieren en een schimmelinfectie in de mond, iedere arts, tandarts, ja, eigenlijk iedereen, aan de ziekte AIDS denkt. In de praktijk gaat het uiteraard anders.

In de anamnese is een aantal gegevens van belang. In de eerste plaats moet men zich afvragen of het uit epidemiologisch oogpunt waarschijnlijk is dat men te maken heeft met een HIV-infectie c.q. met AIDS of een voorstadium van die ziekte. De bekende risicogroepen zijn:

- homoseksuele en biseksuele mannen met wisselende seksuele partners,
- mannen en vrouwen die intraveneus toegediende drugs gebruiken,
- mensen die (vóór 1985) veel bloed of bloedproducten ontvingen (met name hemofiliepatiënten),
- seksuele partners van dezen,
- kinderen, van wie één der ouders tot één der bovengenoemde risicogroepen behoort, waarbij dan uiteindelijk de moeder met HIV geïnfecteerd moet zijn, hetzij primair, hetzij via haar partner. Althans, zo was het tot voor kort.

Langzamerhand echter raken mensen met HIV geïnfecteerd die tot geen van de hierboven genoemde groepen behoren. Soms blijken zij bij navraag contact gehad te hebben met aan heroïne verslaafde prostituées, soms ook blijft de besmettingsweg onduidelijk. Zonder twijfel is dit het begin van een verdere verspreiding van HIV onder de algemene bevolking. In Nederland is hiervan, begin 1987, nog nauwelijks sprake, zoals blijkt uit steekproefgewijs onderzoek onder niet-verslaafde prosti-

tuées in Amsterdam en uit continu onderzoek onder alle bloeddonoren: bij deze laatsten wordt minder dan 0.1% seropositiviteit voor HIV gevonden. In andere delen van de wereld is deze situatie echter geheel anders: in delen van het Caraïbische gebied en vooral in een aantal Centraal-Afrikaanse landen is de prevalentie van infectie met HIV hoog en in die landen moet iedereen van wie men verder niets weet als potentieel geïnfecteerd worden beschouwd.

Het is van belang te bedenken dat bovenstaande overwegingen alleen te maken hebben met de kans op infectie met HIV, niet met de kans op AIDS. Wat is nu kenmerkend in de anamnese van de AIDS-patiënt? Vóór de diagnose AIDS wordt gesteld aan de hand van één of meer welomschreven complicaties waartoe de afweerstoornis heeft geleid, hebben de meeste patiënten zo'n 2-3 maanden lang één of meer van de volgende klachten:

- moeheid/malaise die gaandeweg toeneemt en waarvoor geen verklaring te vinden is, komt het meeste voor;
- koorts, vaak weken durend zo tussen 37° en 39° C, te langdurig om aan 'griep' toe te schrijven, zonder specifieke lokale klachten.
- onvrijwillig gewichtsverlies, meestal maar niet altijd gepaard gaande met een verminderde eetlust.
- geen koorts overdag, maar wel rapportage van opvallend sterk 'nachtzweet', wat toch wijst op een temperatuursverhoging overdag: tijdens de nacht daalt de temperatuur flink, wat gepaard gaat met overmatig transpireren,
- langdurige niet-produktieve hoest, al dan niet gepaard gaande met kortademigheid bij inspanning,
- diarree door onbekende oorzaak, variërend van 2-3 maal daags ongevormde ontlasting, tot 10-12 maal daags waterdunne diarree,

g. opgezette lymfklieren in de hals, achter in de nek, in de oksels en de liezen. Deze klieren zijn niet pijnlijk en blijven, eenmaal verschenen, maandenlang onveranderd.

Behalve deze klachten kunnen patiënten ook klagen over recidiverende schimmelinfecties van de mond/keelholte, seborroïsch eczeem, waarvan zij vroeger nooit last hadden, gordelroos, soms meermalen kort achter elkaar. De afgelopen jaren is nogal veel geschreven over deze klachten: sommige ervan zijn echte 'algemene klachten' waarvan iedereen wel eens last heeft, en dat heeft zeker bijgedragen – en doet dat nog – tot de grote ongerustheid onder met name de groep van homoseksuele mannen. Al deze klachten kunnen maandenlang bestaan zonder dat, ook bij uitvoerig intern onderzoek, een verklaring gevonden wordt. Tenslotte neemt dan één der klachten, bijvoorbeeld kortademigheid of diarree, verder in ernst toe en wordt tenslotte een specifieke verwekker gevonden die een aandoening veroorzaakt welke tot de opportunistische infecties wordt gerekend, waarmee de diagnose AIDS wordt gesteld. Een andere mogelijkheid is dat huidafwijkingen ontstaan die kenmerkend zijn voor het Kaposi-sarcoom, waarmee eveneens de diagnose AIDS gesteld wordt.

2. DIAGNOSTIEK

Wanneer nu de verdenking rijst dat bovenstaande klachten 'iets met HIV of (pre)-AIDS te maken hebben', welke diagnostiek kan dan worden verricht? In de eerste plaats moet duidelijk worden of antistoffen tegen HIV aanwezig zijn. Is dat namelijk niet het geval, dan dient in een geheel andere richting te worden gezocht. Is de patiënt inderdaad HIV-antistoffen positief, dan zou men kunnen proberen een indruk te krijgen over een eventuele vermindering van de cellulair immuniteit. Hiervoor bepaalt men de lymfocytensub-

populaties in het perifere bloed met behulp van monoclonale antisera, de zogenaamde OKT-sera. De kenmerkende afwijkingen die bij immunosuppressie, zoals veroorzaakt door het HIV, worden gezien zijn: vermindering van het absolute aantal OKT-4 positieve cellen, geringe vermindering, gelijk blijven of toename van het absolute aantal OKT-8 positieve cellen, een daling van de ratio tussen OKT-4 en OKT-8 positieve cellen, een verminderde reactiviteit van de lymfocyten wanneer deze in vitro gestimuleerd worden. Daarnaast is er vaak een toename van allerlei soorten circulerende antistoffen hetgeen tot uiting komt in een verhoogd immunoglobulinegehalte van het bloed. Men moet echter voorzichtig zijn met de interpretatie van eventueel gevonden afwijkingen: vele infectieziekten kunnen tijdelijk dergelijke afwijkingen geven. Infectieziekten die met name bij homoseksuele mannen en drugverslaafden vaak gezien worden, zijn hepatitis B, lues en cytomegalovirusinfectie. Verder wordt in het algemeen een verlaging van het totaal aantal leukocyten en vooral van het totaal aantal lymfocyten in het perifere bloed gevonden, maar de overlap met gezonden is vrij groot. Beter is het, niet al te veel waarde te hechten aan vernoemde algemene bepalingen en de aandacht te richten op de klachten.

In het geval van hoesten en koorts: röntgenonderzoek van de thorax, longfunctieonderzoek en eventueel bronchoscopie (de enige manier om de veel voorkomende opportunistische infectie longontsteking door *Pneumocystis carinii* op het spoor te komen).

Bij diarree: zorgvuldig en herhaald faecesonderzoek op pathogene bacteriën, schimmels en parasieten.

Bij koort en ernstige hoofdpijn: neurologisch onderzoek, eventueel lumbaalpunctie en CT-scan van de hersenen.

Als de enige klacht is: moeheid, geleidelijke gewichtsdaling en koorts, moet ook aan een gegeneraliseerde infectie met atypische mycobacteriën of cytomegalovirus gedacht worden; herhaalde kweken hierop van bloed, buffycoat en beenmerg zijn dan aangewezen.

3. MEDISCHE BEGELEIDING

Met betrekking tot de wenselijke medische begeleiding dient onderscheid te worden gemaakt tussen de begeleiding bij klachtenvrije geïnfecteerden, patiënten met algemene c.q. prodromale klachten en AIDS-patiënten. Afgezien van de eventueel benodigde psychische begeleiding is voor de eerste groep geen medisch-somatische begeleiding nodig. Op dit moment bestaat geen geneesmiddel tegen HIV en volstaan kan worden met hen te adviseren zich bij bepaalde klachten tot hun arts te wenden. De praktijk zal overigens uitwij-

zen dat zij, zeker in de eerste tijd na het vernemen van de HIV-besmetting, vaak hun arts bezoeken. Elke temperatuursverhoging, elke echte of vermeende afwijking in consistentie van de stoelgang, elk pukeltje, puistje of vlekje op de huid, brengen hen tot ernstige ongerustheid en zien zij als het begin van de ziekte AIDS. Met name aan deze groep patiënten kan men merken dat het 'toch maar even laten testen op HIV' grote nadelen kan hebben en dat daartoe slechts na een zorgvuldig afwegingsproces moet worden besloten. Voor veel, overigens geheel klachtenvrije personen is de wetenschap, als het ware met een tijdbom rond te lopen, te zwaar: ze deraileren psychisch tot suicide toe.

De patiënten die antistoffen bezitten met daarbij ernstige algemene klachten, hebben het vaak zeer moeilijk: ze weten dat ze als het ware in de wachtkamer voor AIDS zitten. Regelmatige medische controle is hier zeker aangewezen waarbij met name op het ontstaan van respiratoire klachten, hoofdpijnen of andere neurologische verschijnselen en huidafwijkingen gelet moet worden, die zouden kunnen passen bij het Kaposi-sarcoom. De periode waarin deze patiënten zich als het ware halfmens voelen (en vaak ook slechts gedeeltelijk arbeidsgeschikt zijn) kan lang duren. Vaak worden ze moedeloos en het valt soms niet mee, werkelijke ondersteuning te geven. Sommige patiënten bij wie dan tenslotte toch de diagnose AIDS wordt gesteld, ervaren dit in zekere zin als een opluchting: ze weten eindelijk waar ze aan toe zijn.

De AIDS-patiënt, tenslotte, vergt een intensieve begeleiding. Hierbij is het van belang dat de behandelend arts niet zozeer elk symptoom of verschijnsel wil kunnen verklaren (waartoe voortdurend onaangenaam, invasief onderzoek verricht zou moeten worden), maar zich beperkt tot diagnostiek naar die complicaties die op eenvoudige wijze te bestrijden zijn. Voorts moet hij beseffen dat de patiënt die dan tenslotte de diagnose AIDS te horen krijgt, dezelfde fasen doormaakt als ieder andere patiënt wie een ongeneeslijke ziekte wordt meegedeeld: ontkenning, agressie, depressie en berusting of aanvaarding. Echter, de AIDS-patiënt onderscheidt zich in een aantal opzichten van de 'gemiddelde' carcinoom-patiënt: in het algemeen is hij jonger, mist vaak de steun van een vaste relatie en een nauwe familiekring, voelt zich soms schuldig omdat hij onwetend anderen geïnfecteerd heeft en is nu opeens afhankelijk van medici en verpleegkundigen van wie hij vermoedt dat deze op hun best vol onbegrip staan tegenover zijn leefwijze. Dit alles dreigt hem in een isolement te brengen.

Zoals gezegd, zijn verschillende complicaties goed te bestrijden. Zie hiervoor de tabel. Echter, de opeenvolging van steeds weer nieuwe infecties, de anorexie en de

Tabel I. Enkele frequent voorkomende opportunistische infecties.

Goed te behandelen
Pneumocystis carinii pneumonie
Toxoplasma gondii encefalitis
Cryptococcus neoformans meningitis
Candida albicans oesofagitis
Herpes-simplex-virus mucocutane laesies
Cytomegalovirus retinitis
Slecht of niet te behandelen
Gedissemineerde infectie met atypische mycobacteriën
Enteritis door cryptosporidium of isospora belli
Encefalitis door Papova-virus.

malabsorptie die vaak gezien worden, de aanhoudende koorts leiden vroeger of later tot een staat van cachexie. Apart moet worden genoemd een der meest gevreesde complicaties, een hersenontsteking, door HIV zelf rechtstreeks veroorzaakt, hetgeen leidt tot een ziektebeeld dat inmiddels bekend staat als de AIDS-dementie. In een relatief korte tijd, enkele weken tot enkele maanden, ontstaan ernstige stoornissen in de cognitieve functies (geheugen, rekvaardigheid, concentratie), de motoriek (coördinatie) en het gedrag (apathie). Focale neurologische verschijnselen ontbreken doorgaans. Op de CT-scan van de hersenen wordt een opvallende diffuse atrofie van de hersenen gezien. Het proces verloopt snel, het eindstadium is een paraplegische, incontinente mutistische patiënt. Voorlopige schattingen uit ons eigen patiëntenmateriaal wijzen erop dat 5-10% van de AIDS-patiënten deze complicatie ten volle ontwikkelt.

Van de maligniteiten die worden beschouwd als complicaties van AIDS, neemt het Kaposi-sarcoom (KS) veruit de belangrijkste plaats in. KS is al langer bekend, het kwam sporadisch voor in drie verschillende vormen: lokaal indolent, lokaal agressief en gesystematiseerd. Bij AIDS gaat het om de laatste categorie. Op alle delen van de huid, de slijmvliezen en in alle inwendige organen kunnen tumorlocalisaties voorkomen. Het beloop is grillig: soms verschijnen enkele huidlaesies, die dan vervolgens vele maanden lang niet verder groeien, terwijl de patiënt zichzelf in goede conditie blijft voelen. Soms vindt er een explosieve uitbreiding plaats, maar meestal worden de laesies gestaag groter en komen er steeds nieuwe bij. Bij de keuze wel of niet behandelen – en zo ja, welke behandeling – moet men zich inderdaad realiseren dat het gaat om een systeemandoening. Plaatselijke behandeling (bestralen, inspuiten met cytostatica) is vaak succesvol, maar heeft een palliatief karakter en komt alleen in aanmerking bij

lokale problemen zoals ontsiering (laesies in het gelaat) of bedreiging van het gebit (laesies van het palatum). Systemische chemotherapie is in het algemeen weinig succesvol. Behandeling met – hoge doses – Interferon® lijkt iets meer te beloven, maar verkeert nog in het experimentele stadium.

Tenslotte nog een complicatie van de HIV-infectie die op zichzelf niet diagnostisch is voor de ziekte AIDS, maar die in allerlei stadia van de ziekte veel voorkomt en die voor tandheelkundigen van veel belang kan zijn: veel patiënten hebben een sterk verlengde bloedingstijd. Dit berust op een combinatie van een thrombocytopenie en een thrombopathie. Het precieze mechanisme is nog niet opgehelderd, maar auto-antistoffen tegen bloedplaatjes spelen een belangrijke rol.

Bij de medische begeleiding van patiënten met een HIV-infectie, en uiteraard ook met AIDS, gaat het niet alleen om de problemen waarmee zij zelf te maken hebben, maar ook om het gevaar dat zij voor anderen opleveren. Elders in deze aflevering wordt meer geschreven over de transmissie en over preventieve maatregelen, maar in de praktijk zijn semen en bloed gevaarlijk. Van deze gevaren moeten de

patiënten – en met name óók de klachten-vrije geïnficeerden – doordrongen zijn, en ze zullen ernaar moeten handelen. In hoeverre anderen dan de behandelend arts, in casu de behandelend tandarts, over de HIV-status moeten worden ingelicht, is in vele kringen nog een onderwerp van discussie. In haar jongste advies beveelt de Gezondheidsraad aan dat tandartsen hun wijze van werken zó inrichten dat zij als het ware iedere patiënt als HIV-positief beschouwen. Ik sluit mij daarbij aan omdat de meeste HIV-positieven zich van de besmetting niet bewust zijn en omdat van diegenen die het wel van zichzelf weten, een deel tóch de tandarts niet zal willen

inlichten en ofwel niets zegt, ofwel iets anders verzint (hepatitis B-virus-drager bijvoorbeeld).

Uit deze globale status van anamnese, diagnostiek en begeleiding moge het duidelijk zijn, dat bij deze patiënten somatische, psychische en sociale factoren nauw met elkaar verbonden zijn. Iedereen in de gezondheidszorg die beroepshalve met hen te maken krijgt, dient zich daarvan bewust te zijn. Immers, tot het moment waarop een effectief geneesmiddel tegen HIV beschikbaar is, zullen diagnostiek en therapie vooral een ondersteunend karakter hebben.

SUMMARY

MEDICAL HISTORY, DIAGNOSIS AND MEDICAL CARE OF AIDS PATIENTS

Keywords: General medicine – AIDS – HIV-infection

Infection with the Human Immunodeficiency Virus may have an asymptomatic clinical course. In a number of patients AIDS will develop, usually preceded by a period of several months in which the patient may suffer from a number of rather unspecific complaints like general malaise and diarrhoea.

The medical and psychological care of an AIDS patient have a serious impact both on the patient and his environment, especially because of the often young age of the AIDS' patient.

ASPECTEN VAN DE MEDISCHE ANAMNESE, DIAGNOSTIEK EN PREVENTIE NADER BELICHT

SAMENVATTING

Niet de bekende AIDS-patiënt vormt het grootste gevaar maar de onbekende 'gezonde' drager van HIV c.q. de bekende drager die uit angst voor (sociale) repercussies zijn gegevens verzwijgt.

Ondanks het feit dat het virus in verschillende lichaamsvloeistoffen is aangetoond lijken alleen bloed en sperma voor de overdracht van belang. Het blijkt dat de kans op een HIV-infectie buiten de risico-groepen uiterst gering is ook bij een 'tandheelkundig contact'.

ABRAHAM-INPIJN L. Aspecten van de medische anamnese, diagnostiek en preventie nader belicht. Ned Tijdschr Tandheelkd 1987; 94: 195-203.

L. Abraham-Inpijn, interniste

Uit de afdeling Algemene Ziekteleer en Inwendige Geneeskunde van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam.

Trefwoorden: Geneeskunde – AIDS

Datum acceptatie: 25 maart 1987.

Adres: Mevr. Prof. Dr. L. Abraham-Inpijn, Louwesweg 1, 1066 EA Amsterdam.

1. INLEIDING

Hoewel het 'Acquired Immunodeficiency Syndrome' (AIDS) nog een betrekkelijk zeldzame ziekte is, heeft het al een massale en vaak ongenueanceerde publiciteit gekregen. De exponentiële toename van 1979 tot 1983, waarin het geregistreerde aantal patiënten per zes maanden verdubbelde, gaf dit ziektebeeld een bedreigend aureool. Het onbreken van een bekende oorzaak versterkte de angst.¹⁻⁴ In de volgende periode trad in de Verenigde Staten en ook in Nederland een vertraging in de groei van het aantal AIDS-patiënten op. Deze tendens werd beïnvloed door het uitstellen

van de fatale diagnose. In Nederland verwacht men rond 1991 ongeveer 4000 patiënten, voornamelijk mannen tussen 20-60 jaar.⁵

Weliswaar maakt de huidige incidentie de kans dat de tandarts-practicus in het land met AIDS wordt geconfronteerd klein, maar in de nabije toekomst zal dit kunnen veranderen. De aandacht is verschoven naar de risicogroepen en de 'besmettelijke fase'. Deze periode gaat vooraf aan het klinische beeld van de HIV-infectie en is verder te verdelen in de latente fase en de periode met (atypische symptomen (LAS, PGL en ARC; tabel I). De anamnese wordt gebruikt om risicogroe-

pen en stadia na de besmetting te inventariseren. Lichamelijk onderzoek en laboratoriumbepalingen kunnen de anamnestiche vermoedens ondersteunen. Het opsporen van seroconversie na contact met HIV c.q., het etiketteren van gezonde dragers blijft een tweesnijdend zwaard. Enerzijds dient bij gebrek aan adequate therapie de preventie te berusten op het herkennen en isoleren van infectiebronnen. Anderzijds creëren wij nieuwe 'melaatsen', met ernstige psychosociale problemen.

De anamnese en het lichamelijk onderzoek behoren tot de verantwoordelijkheid van de huisarts. Aanvullende diagnostiek en