

HIV in de huisartsenpraktijk

15 september 2017

De Keyser Celien

met dank aan: Katleen Verheyen

Casus 1

Nigeriaanse vrouw (21 jaar):

- Zure oprispingen (vooral 's nachts), sinds 2 weken Maalox
- Moeilijk slapen door hoest
- niet ideaal gezien bijna herfstexamens

Sinds 2007 in België

- Bij routine screening HIV vastgesteld
- Sinds 1 jaar: Reyataz[®] (*atazanivir*) + Norvir[®] (*ritonavir*) + Truvada[®] (*emtricitabine-tenofovir*)
- Ondetecteerbare virale lading, hoog aantal CD4-cellen

Wat doe je?

Nigeriaanse vrouw (21 jaar):

- Zure oprispingen (vooral 's nachts), sinds 2 weken Maalox
- Moeilijk slapen door hoest
- niet ideaal gezien bijna herfstexamens

Sinds 2007 in België

- Bij routine screening HIV vastgesteld
- Sinds 1 jaar: Reyataz® (*atazanavir*) + Norvir® (*ritonavir*) + Truvada® (*emtricitabine-tenofovir*)
- Ondetecteerbare virale lading, hoog aantal CD4 cellen

Wat doe je?

- A. Start **Ranitidine** 300mg, 1x per dag 's avonds voor het slapen gaan. Reyataz moet dan ofwel 2u voor ofwel 10u na ranitidine ingenomen worden.
- B. Je raadt de patiënte aan een **griepvaccin** te laten zetten gezien het griepseizoen eraan komt. Je schrijft het gangbare vaccin voor dat seizoen voor.
- C. Omdat het alweer 1,5 jaar geleden is dat nog een **uitstrijkje** werd gedaan, plan je meteen een tweede consult in om dit in orde te brengen.
- D. Allen zijn juist.**
- E. Allen zijn fout.

Nigeriaanse vrouw (21 jaar):

- Zure oprispingen (vooral 's nachts), sinds 2 weken Maalox
- Moeilijk slapen door hoest
- niet ideaal gezien bijna herfstexamens

Sinds 2007 in België

- Bij routine screening HIV vastgesteld
- Sinds 1 jaar: Reyataz® (*atazanavir*) + Norvir® (*ritonavir*) + Truvada® (*emtricitabine-tenofovir*)
- Ondetecteerbare virale lading, hoog aantal CD4 cellen

Wat doe je?

- A. Start **Ranitidine** 300mg, 1x per dag 's avonds voor het slapen gaan. Reyataz moet dan ofwel 2u voor ofwel 10u na ranitidine ingenomen worden.
- B. Je raadt de patiënte aan een **griepvaccin** te laten zetten gezien het griepseizoen eraan komt. Je schrijft het gangbare vaccin voor dat seizoen voor.
- C. Omdat het alweer 1,5 jaar geleden is dat nog een **uitstrijkje** werd gedaan, plan je meteen een tweede consult in om dit in orde te brengen.
- D. Allen zijn juist.
- E. Allen zijn fout.

A. Ranitidine

- NHG standaard maagklachten:
antacidum < H2-receptorantagonist < PPI
- Interacties?

A. Ranitidine

www.hiv-druginteractions.org

HIV Drugs	Co-medications	Drug Interactions
Search HIV drugs...	Search co-medications...	☐ Check HIV/HIV drug interactions Switch to table view Reset Checker
☒ A-Z ☐ Class ☐ Trade	☒ A-Z ☐ Class ☐ Trade	
☒ Ritonavir i	☒ Ranitidine i	The Bristol Myers Squibb perspective on the administration of H2-receptor antagonists (H2-RA) and atazanavir was published in an article in JAIDS in mid 2006. In summary they state: • H2-RAs increase intragastric pH and reduce atazanavir absorption. However, • H2-RAs are less potent than proton pump inhibitors in suppressing intragastric pH and may be used with atazanavir. • Atazanavir/ritonavir at 300/100 mg may be used concomitantly with H2-RAs although temporal separation (giving ATV/r 10 hours after or 2 hours before the H2-RA) should be considered in treatment experienced patients. • Local prescribing information may vary.
☒ Atazanavir i	☐ Abacavir i	
☒ Emtricitabine (FTC) i	☐ Acarbose i	
☒ Tenofovir-DF i	☐ Acenocoumarol i	
☐ Abacavir i	☐ Acetazolamide i	
☒ Atazanavir i	☐ Aciclovir i	
☐ Cobicistat (with ATV or DRV) i	☐ Acitretin i	
☐ Darunavir i	☐ Aclidinium bromide i	

A. Ranitidine

www.hiv-druginteractions.org

● Do Not Coadminister	■ Potential Interaction	▲ Potential Weak Interaction	◆ No Interaction Expected	⬮ No Clear Data	Results Key
○ Do Not Coadminister	□ Potential Interaction	△ Potential Weak Interaction	◇ No Interaction Expected	⬭ No Clear Data	
	Atazanavir	Emtricitabine (FTC)	Ritonavir	Tenofovir-DF	
Ranitidine	■	◆	◆	◆	

● Do Not Coadminister	■ Potential Interaction	▲ Potential Weak Interaction	◆ No Interaction Expected	⬮ No Clear Data	Results Key
○ Do Not Coadminister	□ Potential Interaction	△ Potential Weak Interaction	◇ No Interaction Expected	⬭ No Clear Data	
	Atazanavir	Emtricitabine (FTC)	Ritonavir	Tenofovir-DF	
Omeprazole	●	◆	◆	◆	

Reyataz®!

Nigeriaanse vrouw (21 jaar):

- Zure oprispingen (vooral 's nachts), sinds 2 weken Maalox
- Moeilijk slapen door hoest
- niet ideaal gezien bijna herfstexamens

Sinds 2007 in België

- Bij routine screening HIV vastgesteld
- Sinds 1 jaar: Reyataz® (*atazanavir*) + Norvir® (*ritonavir*) + Truvada® (*emtricitabine-tenofovir*)
- Ondetecteerbare virale lading, hoog aantal CD4 cellen

Wat doe je?

- A. Start **Ranitidine** 300mg, 1x per dag 's avonds voor het slapen gaan. Reyataz moet dan ofwel 2u voor ofwel 10u na ranitidine ingenomen worden.
- B. Je raadt de patiënte aan een **griepvaccin** te laten zetten gezien het griepseizoen eraan komt. Je schrijft het gangbare vaccin voor dat seizoen voor.
- C. Omdat het alweer 1,5 jaar geleden is dat nog een **uitstrijkje** werd gedaan, plan je meteen een tweede consult in om dit in orde te brengen.
- D. Allen zijn juist.
- E. Allen zijn fout.

B. Griepvaccin

- Jaarlijks, onafhankelijk van leeftijd

B. Griepvaccin

www.bhiva.org/vaccination-guidelines.aspx

British HIV Association guidelines on the use of vaccines in HIV-positive adults:
summary of recommendations



Infection/disease	Vaccine	Replicating	Primary course	Indication	Notes
Vaccines with broad indications					
Hepatitis A	Inactivated	No	2 or 3 doses	Non-immune, at risk	3 doses if CD4 count <350 cells/μL
Hepatitis B	Subunit	No	4 doses	All non-immune	Dose: Engerix B 2x20μg; HBvaxPRO 40μg; Fendrix 20μg
Human papilloma virus	VLP	No	3 doses	Age and gender related	4vHPV or 9vHPV preferred; see BHIVA guidance
Influenza	Inactivated	No	1 dose	All, yearly	Quadrivalent vaccine preferred
Meningococcus	Conjugated	No	2 doses	Age related, at risk	MenACWY; combined as Hib/MenC; follow national guidance
Meningococcus	Recombinant protein + OMV	No	2 doses	Age related, at risk	MenB; follow national guidance
Pneumococcus	Conjugated	No	1 dose	All, once	PCV-13
Pneumococcus	Polysaccharide	No	1 dose	At risk, once	PPV-23; follow national guidance
Pertussis	Acellular multicomponent	No	1 dose	Pregnant women	Combined as dTaP/IPV; follow national guidance
Measles, mumps, rubella	Live attenuated	Yes	2 doses	All non-immune	Combined as MMR; CD4 count >200 cells/μL
Varicella (chickenpox)	Live attenuated	Yes	2 doses	All non-immune	CD4 count >200 cells/μL
Herpes zoster (shingles)	Live attenuated	Yes	1 dose	Age related	CD4 count >200 cells/μL; VZV IgG +; follow national guidance
Vaccines with predominantly travel-related indications					
Cholera	Inactivated + subunit	No	2 doses	Selective use	WC/rBs; oral administration
Japanese encephalitis	Vero cell-derived inactivated	No	2 doses		
Tick-borne encephalitis	Inactivated	No	3–4 doses		
Tetanus	Toxoid	No	1 dose		Combined as Td/IPV vaccine
Diphtheria	Toxoid	No	1 dose		Combined as Td/IPV vaccine
Poliovirus	Inactivated	No	1 dose		Combined as Td/IPV vaccine
Rabies	Cell-culture derived	No	3 doses		5 doses for post-exposure prophylaxis
Typhoid	Polysaccharide	No	1 dose		ViCPS; parenteral
Yellow Fever	Live attenuated	Yes	1 dose		<60 years only; CD4 count >200 cells/μL
Vaccines with selected indications					
Anthrax	Filtrate of bacterial proteins	No	4 doses	Occupational	AVP
Haemophilus influenzae B	Conjugated	No	1 dose	At risk	Combined as Hib/MenC
Not preferred and contraindicated vaccines					
Hepatitis A/B combined		No		Not preferred	Reduced immunogenicity
Hepatitis A/typhoid combined		No		Not preferred	Reduced HAV immunogenicity
Influenza	Live attenuated	Yes		Not preferred	Intranasal
Tuberculosis	BCG	Yes		Contraindicated	
Typhoid	Live attenuated	Yes		Contraindicated	Oral administration

VLP: virus-like particle; OVM: outer membrane vesicles; Hib: Haemophilus influenzae B; Td/IPV: tetanus/diphtheria/inactivated poliovirus; dTaP/IPV: diphtheria/tetanus/acellular pertussis/inactivated poliovirus; VZV: varicella zoster virus; AVP: anthrax vaccine precipitated; ViCPS: Vi capsular polysaccharide vaccine

B. Griepvaccin

www.bcfi.be

Folia Pharmacotherapeutica augustus 2017

Prioritaire vaccinatie van de risicogroepen

Voor de vaccinatie dient prioriteit te worden gegeven aan de risicogroepen. De risicogroepen zoals vastgelegd door de [Hoge Gezondheidsraad voor het seizoen 2017-2018](#) zijn niet gewijzigd ten opzichte van vorig seizoen, en zijn te vinden in het [Gecommentarieerd Geneesmiddelenrepertorium \(hoofdstuk 12.1.1.5\)](#). De belangrijkste doelgroep voor vaccinatie zijn de personen met risico van influenzacomplicaties.

[minder info](#)

De Hoge Gezondheidsraad heeft voor seizoensgebonden influenza de risicogroepen gedefinieerd, en dit in volgorde van prioriteit voor het geval er zich een schaarste aan influenzavaccin zou voordoen. Het gaat om volgende groepen.

- Groep 1: personen met een hoger risico van complicaties bij influenza, d.w.z.
 - zwangere vrouwen in het tweede of derde zwangerschapstrimester;
 - patiënten vanaf de leeftijd van 6 maanden die lijden aan een onderliggende chronische aandoening (ook indien gestabiliseerd) van longen, hart, lever, nieren, aan metabole of neuromusculaire aandoeningen of aan [immuunstoornissen \(natuurlijk of geïnduceerd\)](#);

Een trivalent of een tetravalent vaccin ?

- Bij *adolescenten* en *volwassenen* zijn er geen klinisch relevante argumenten om een voorkeur te geven aan een trivalent dan wel een tetravalent vaccin. Beide types vaccins bieden gelijkwaardige bescherming tegen influenza A, het gevaarlijkste type bij volwassenen.
- Bij *kinderen* zijn er wel argumenten om te kiezen voor een tetravalent vaccin: bij kinderen is de ziektelast door influenza B-virusinfectie groter dan bij volwassenen, en jonge kinderen hebben nog weinig of geen contact gehad met influenza B, en hebben dus nog geen immuniteit tegen influenza B opgebouwd.
- De Hoge Gezondheidsraad geeft in haar [advies voor het influenzaseizoen 2017-2018](#) geen duidelijke voorkeur voor de keuze tussen een trivalent en een tetravalent vaccin, behalve dat [een tetravalent vaccin wordt aanbevolen voor kinderen ouder dan 3 jaar die behoren tot de risicogroepen en voor zwangere vrouwen.](#) [meer info](#)

Nigeriaanse vrouw (21 jaar):

- Zure oprispingen (vooral 's nachts), sinds 2 weken Maalox
- Moeilijk slapen door hoest
- niet ideaal gezien bijna herfstexamens

Sinds 2007 in België

- Bij routine screening HIV vastgesteld
- Sinds 1 jaar: Reyataz® (*atazanavir*) + Norvir® (*ritonavir*) + Truvada® (*emtricitabine-tenofovir*)
- Ondetecteerbare virale lading, hoog aantal CD4 cellen

Wat doe je?

- A. Start **Ranitidine** 300mg, 1x per dag 's avonds voor het slapen gaan. Reyataz moet dan ofwel 2u voor ofwel 10u na ranitidine ingenomen worden.
- B. Je raadt de patiënte aan een **griepvaccin** te laten zetten gezien het griepseizoen eraan komt. Je schrijft het gangbare vaccin voor dat seizoen voor.
- C. Omdat het alweer 1,5 jaar geleden is dat nog een **uitstrijkje** werd gedaan, plan je meteen een tweede consult in om dit in orde te brengen.
- D. Allen zijn juist.
- E. Allen zijn fout.

C. Uitstrijkje

- Richtlijnen niet eenduidig:
 - EACS (2015):
 - 1 tot 3 jaarlijks
 - alle vrouwen tussen 25 en 64 jaar
 - Amerikaanse (2013) en Britse (2008):
 - bij diagnose
 - na 6 maanden
 - daarna jaarlijks

Noot: screening CA

Maligniteit	Screenings methode	Patiënt	Interval	Evidentie
Anale kanker	PPA +/- anale PAP smear	MSM	1-3 jaar	Onbekend Expert opinion
Cervix kanker	PAP smear	Vrouwen • 25-64 jaar? • Alle?	1-3 jaar? Jaarlijks?	Sterke aanbeveling, matige kwaliteit van evidentie Consensus of expert- opinion
Borstkanker*	Mammografie	Vrouwen 50-70 jaar	1-3 jaarlijks	Daling in mortaliteit
Colorectale kanker*	iFOBT	Iedereen 50-75 jaar	1-3 jaarlijks	Daling in mortaliteit
Prostaat kanker*	PPA Of PSA	Mannen > 50 jaar	1-3 jaarlijks	Controversieel, niet aangeraden
HCC	Echografie en alfa- foetoproteïne	Indien cirrose of HBV	6 maandelijks	Vroeger diagnose leidt tot betere therapeutische opties
* Zelfde als in de gewone populatie				

Casus 2

Seropositieve **Colombiaanse man (35 jaar)**

- Over 3 weken familiebezoek Colombia
- Samen met zijn vrouw gaat hij door het land trekken

Sinds enkele jaren Viramune[®] (*nevirapine*) + Truvada[®] (*emtricitabine-tenofovir*)

Lang niet meer op consultatie in het ITG

Wat is fout?

Seropositieve **Colombiaanse man (35 jaar)**

- Over 3 weken familiebezoek Colombia
- Samen met zijn vrouw gaat hij door het land trekken

Sinds enkele jaren Viramune® (*nevirapine*) + Truvada® (*emtricitabine-tenofovir*)
Lang niet meer op consultatie in het ITG

Wat is fout?

- A. **Doorsturen** voor reisadvies en verdere follow-up naar het ITG. Dat ze het daar maar eens bekijken. Hij moet trouwens een gele koorts vaccin krijgen, dus dat kan je als huisarts niet zetten.
- B. Je **raadt de reis absoluut af**, zeker met het ZIKA virus is dit geen goed idee voor een man met een immuunstoornis en zijn jonge vrouw om deze reis te ondernemen.
- C. Je geeft zelf **reisadvies**. Enkel voor het gele koorts vaccin stuur je de man door met zijn laatste bloedbeeld.
- D. Je raadt de man aan zijn ART op dezelfde **uren** in te nemen als “Belgische tijd”, niet op “Colombiaanse uren” (ongeveer 6u **tijdsverschil**).

Seropositieve **Colombiaanse man (35 jaar)**

- Over 3 weken familiebezoek Colombia
- Samen met zijn vrouw gaat hij door het land trekken

Sinds enkele jaren Viramune® (*nevirapine*) + Truvada® (*emtricitabine-tenofovir*)
Lang niet meer op consultatie in het ITG

Wat is fout?

- A. **Doorsturen** voor reisadvies en verdere follow-up naar het ITG. Dat ze het daar maar eens bekijken. Hij moet trouwens een gele koorts vaccin krijgen, dus dat kan je als huisarts niet zetten.
- B. Je **raadt de reis absoluut af**, zeker met het ZIKA virus is dit geen goed idee voor een man met een immuunstoornis en zijn jonge vrouw om deze reis te ondernemen.
- C. Je geeft zelf **reisadvies**. Enkel voor het gele koorts vaccin stuur je de man door met zijn laatste bloedbeeld.
- D. Je raadt de man aan zijn ART op dezelfde **uren** in te nemen als “Belgische tijd”, niet op “Colombiaanse uren” (ongeveer 6u **tijdsverschil**).

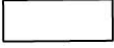
A. Doorsturen

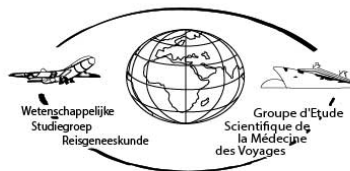
www.itg.be/N/reisgeneeskunde/ziekten-en-vaccinaties

Yellow Fever Vaccination Recommendations in the Americas, 2017 (28-3-2017)

 low risk area, but yellow fever vaccination is recommended by the Belgian scientific study group on travel medicine, unless there is a contra-indication for vaccination

 strongly recommended or even obligatory

 vaccination not recommended



**INSTITUTE
OF TROPICAL
MEDICINE**
ANTWERP



For Details See WWW.REISGENEESKUNDE.BE

A. Doorsturen

- Gele koorts vaccin enkel erkende vaccinatiecentra
- Reizen en immuunsuppressie: nieuwe optie in afsprakentool bij iTG
- Opmerking gele koorts: testen van neutraliserende antistoffen in bloed en **hervaccinatie na 10 jaar noodzakelijk** (ongeacht aantal CD4-cellen)

A. Doorsturen

Echter...

- kans om vaccinatiestatus na te kijken
- andere problemen bespreekbaar maken bij patiënt die niet regelmatig gevolgd wordt...

Seropositieve **Colombiaanse man (35 jaar)**

- Over 3 weken familiebezoek Colombia
- Samen met zijn vrouw gaat hij door het land trekken

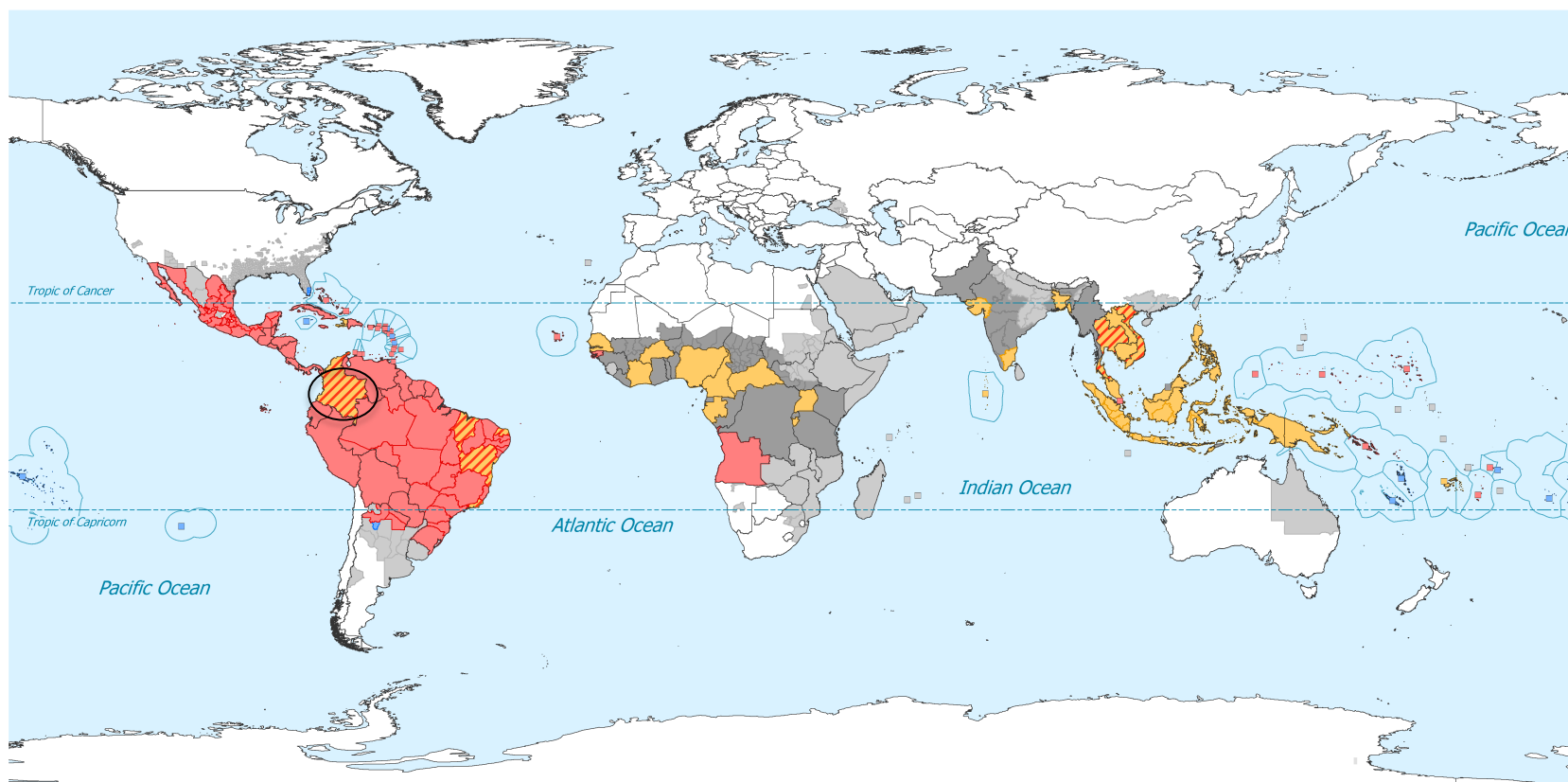
Sinds enkele jaren Viramune® (*nevirapine*) + Truvada® (*emtricitabine-tenofovir*)
Lang niet meer op consultatie in het ITG

Wat is fout?

- A. **Doorsturen** voor reisadvies en verdere follow-up naar het ITG. Dat ze het daar maar eens bekijken. Hij moet trouwens een gele koorts vaccin krijgen, dus dat kan je als huisarts niet zetten.
- B. Je **raadt de reis absoluut af**, zeker met het ZIKA virus is dit geen goed idee voor een man met een immuunstoornis en zijn jonge vrouw om deze reis te ondernemen.
- C. Je geeft zelf **reisadvies**. Enkel voor het gele koorts vaccin stuur je de man door met zijn laatste bloedbeeld.
- D. Je raadt de man aan zijn ART op dezelfde **uren** in te nemen als “Belgische tijd”, niet op “Colombiaanse uren” (ongeveer 6u **tijdsverschil**).

B. ZIKA virus

www.itg.be/N/reisgeneeskunde/ziekten-en-vaccinaties



Country classification category (Cat.) for Zika virus transmission

- Areas with virus transmission following virus new/re introduction (WHO Cat. 1)
- Areas with virus transmission following previous virus circulation (WHO Cat. 2)
- WHO Cat. 2 areas with new documented intense transmission
- Areas with interrupted transmission (WHO Cat. 3)
- Areas bordering a WHO Cat. 2 area (sub-category of WHO Cat. 4)
- Areas with potential for transmission (sub-category of WHO Cat. 4)
- Maritime Exclusive Economic Zones for non-visible areas



ECDC. Map produced on 29 Aug 2017.
Map your data at: <https://emma.ecdc.europa.eu>

B. ZIKA virus

- Aedesmug, steekt overdag
- Andere transmissiemogelijkheden:
 - Materno-foetaal
 - Seksuele transmissie
 - Vermoedelijk bloedtransfusie, orgaantransplantatie
- Aan **zwangere vrouwen** en vrouwen die zwanger willen worden tijdens reis of net nadien: reis afgeraden voor recreatieve doeleinden

Casus: geen actieve kinderwens: geen contra-indicatie om reis te ondernemen

Seropositieve **Colombiaanse man (35 jaar)**

- Over 3 weken familiebezoek Colombia
- Samen met zijn vrouw gaat hij door het land trekken

Sinds enkele jaren Viramune® (*nevirapine*) + Truvada® (*emtricitabine-tenofovir*)
Lang niet meer op consultatie in het ITG

Wat is fout?

- A. **Doorsturen** voor reisadvies en verdere follow-up naar het ITG. Dat ze het daar maar eens bekijken. Hij moet trouwens een gele koorts vaccin krijgen, dus dat kan je als huisarts niet zetten.
- B. Je **raadt de reis absoluut af**, zeker met het ZIKA virus is dit geen goed idee voor een man met een immuunstoornis en zijn jonge vrouw om deze reis te ondernemen.
- C. Je geeft zelf **reisadvies**. Enkel voor het gele koorts vaccin stuur je de man door met zijn laatste bloedbeeld.
- D. Je raadt de man aan zijn ART op dezelfde **uren** in te nemen als “Belgische tijd”, niet op “Colombiaanse uren” (ongeveer 6u **tijdsverschil**).

C. Reisadvies

- Kan zeker voor artsen die hiermee vertrouwd zijn
- www.itg.be/n/reisgeneeskunde/info-per-land?country=Colombia
 1. Vaccinaties
 2. Malaria risico
 3. Diarree preventie

C. Reisadvies

1. Vaccinaties

- Gele koorts:
 - » Aanbevolen
 - » Levend vaccin, enkel indien CD4>200
 - » DUS: bloedname voor CD4 en verwijzing ITG
- Tetanus:
 - » Ideaal moment voor rappel TDP-Polio
- Hepatitis A en B
 - » Hepatitis A: nooit te laat om te starten voor een reis
 - » Hepatitis B: alle niet-immune individuen
- Buiktyfus

2. Malaria risico

- Profylaxe
- Malarone[®]

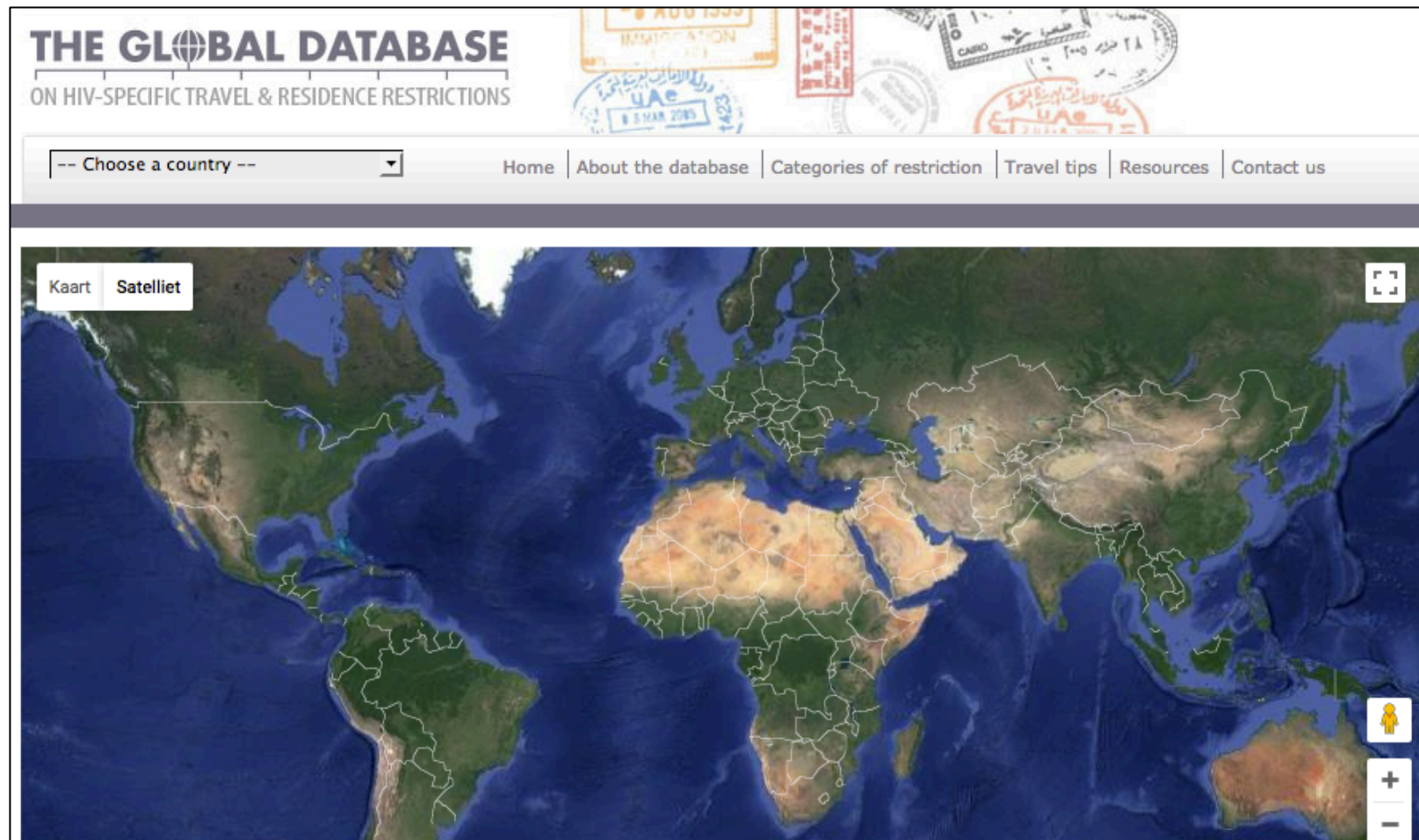
3. Diarree preventie

- Brochure “gezond op reis”
- Loperamide + azithromycine
- Hetzelfde risico, maar ernstigere complicaties!

Cave: niet bekend of vaccins even lang werken + reisziekten grotere impact => extra beschermende maatregelen

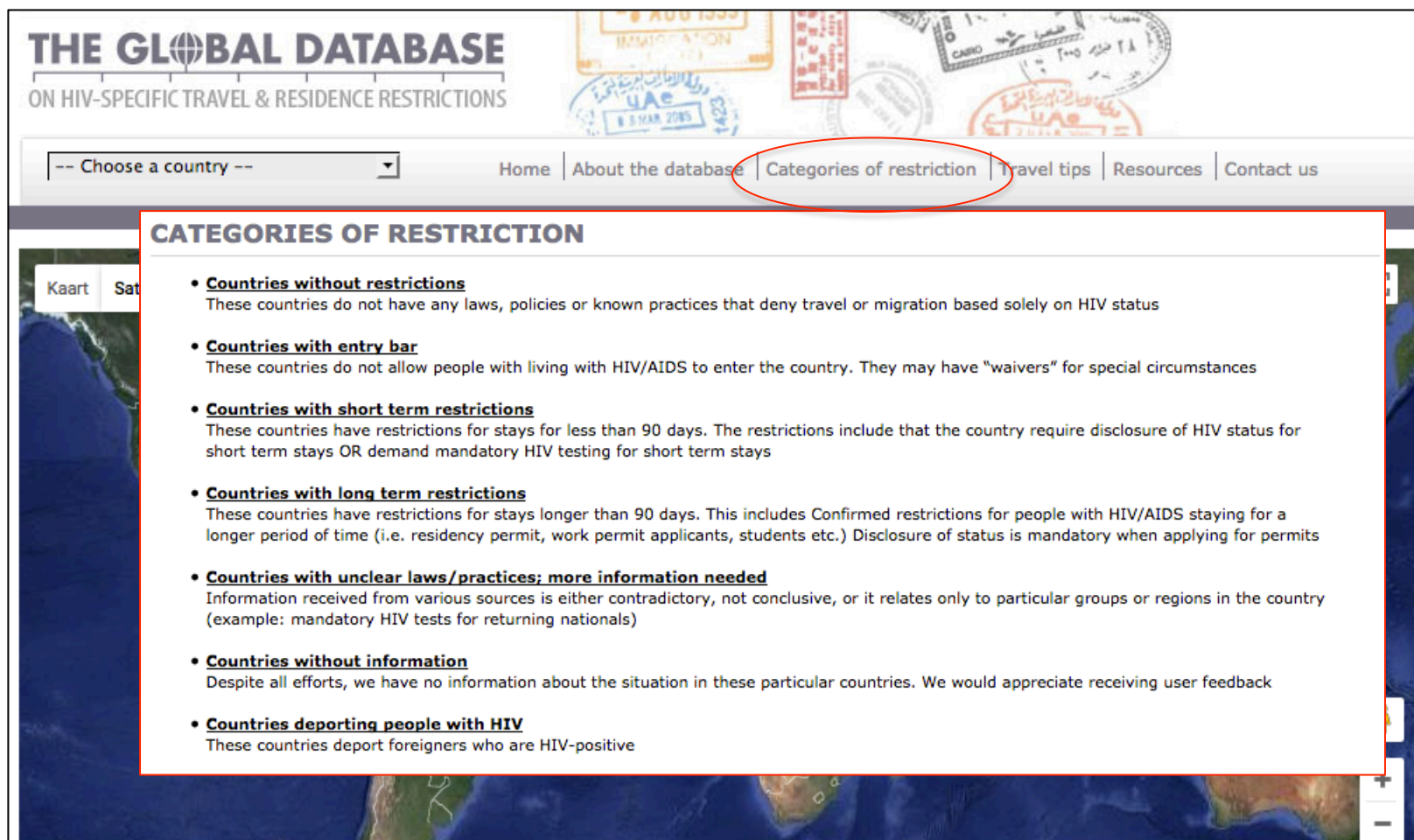
C. Reisadvies

www.hivtravel.org



C. Reisadvies

www.hivtravel.org



THE GLOBAL DATABASE
ON HIV-SPECIFIC TRAVEL & RESIDENCE RESTRICTIONS

-- Choose a country --

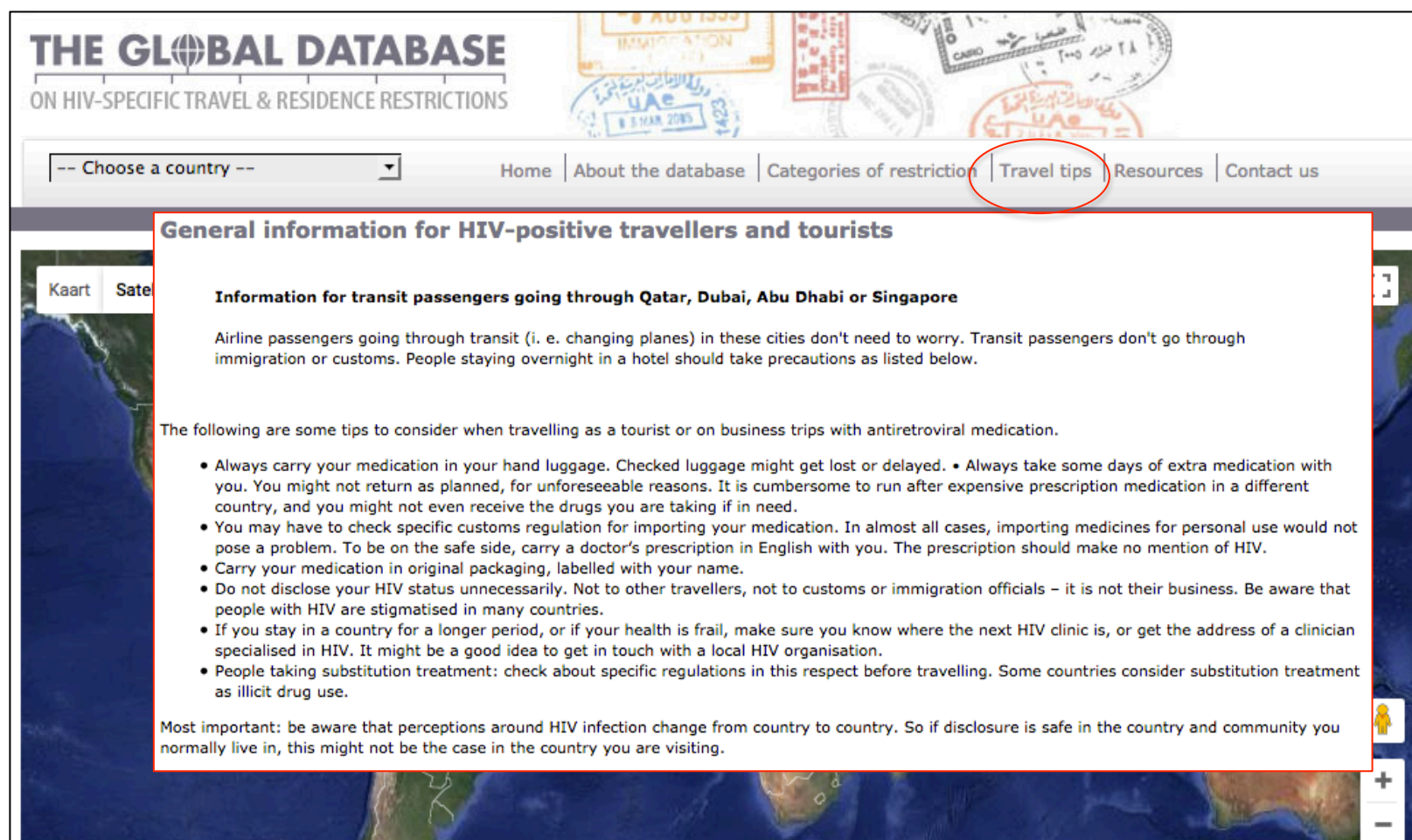
Home | About the database | **Categories of restriction** | Travel tips | Resources | Contact us

CATEGORIES OF RESTRICTION

- **Countries without restrictions**
These countries do not have any laws, policies or known practices that deny travel or migration based solely on HIV status
- **Countries with entry bar**
These countries do not allow people with living with HIV/AIDS to enter the country. They may have "waivers" for special circumstances
- **Countries with short term restrictions**
These countries have restrictions for stays for less than 90 days. The restrictions include that the country require disclosure of HIV status for short term stays OR demand mandatory HIV testing for short term stays
- **Countries with long term restrictions**
These countries have restrictions for stays longer than 90 days. This includes Confirmed restrictions for people with HIV/AIDS staying for a longer period of time (i.e. residency permit, work permit applicants, students etc.) Disclosure of status is mandatory when applying for permits
- **Countries with unclear laws/practices; more information needed**
Information received from various sources is either contradictory, not conclusive, or it relates only to particular groups or regions in the country (example: mandatory HIV tests for returning nationals)
- **Countries without information**
Despite all efforts, we have no information about the situation in these particular countries. We would appreciate receiving user feedback
- **Countries deporting people with HIV**
These countries deport foreigners who are HIV-positive

C. Reisadvies

www.hivtravel.org



The screenshot shows the website 'THE GLOBAL DATABASE ON HIV-SPECIFIC TRAVEL & RESIDENCE RESTRICTIONS'. The header features a navigation bar with links: Home, About the database, Categories of restriction, Travel tips (highlighted with a red circle), Resources, and Contact us. A dropdown menu for 'Choose a country' is visible. The main content area is titled 'General information for HIV-positive travellers and tourists' and includes a section for 'Information for transit passengers going through Qatar, Dubai, Abu Dhabi or Singapore'. This section provides advice for airline passengers and lists several tips for tourists and business travellers.

THE GLOBAL DATABASE
ON HIV-SPECIFIC TRAVEL & RESIDENCE RESTRICTIONS

-- Choose a country --

Home | About the database | Categories of restriction | **Travel tips** | Resources | Contact us

General information for HIV-positive travellers and tourists

Information for transit passengers going through Qatar, Dubai, Abu Dhabi or Singapore

Airline passengers going through transit (i. e. changing planes) in these cities don't need to worry. Transit passengers don't go through immigration or customs. People staying overnight in a hotel should take precautions as listed below.

The following are some tips to consider when travelling as a tourist or on business trips with antiretroviral medication.

- Always carry your medication in your hand luggage. Checked luggage might get lost or delayed.
- Always take some days of extra medication with you. You might not return as planned, for unforeseeable reasons. It is cumbersome to run after expensive prescription medication in a different country, and you might not even receive the drugs you are taking if in need.
- You may have to check specific customs regulation for importing your medication. In almost all cases, importing medicines for personal use would not pose a problem. To be on the safe side, carry a doctor's prescription in English with you. The prescription should make no mention of HIV.
- Carry your medication in original packaging, labelled with your name.
- Do not disclose your HIV status unnecessarily. Not to other travellers, not to customs or immigration officials – it is not their business. Be aware that people with HIV are stigmatised in many countries.
- If you stay in a country for a longer period, or if your health is frail, make sure you know where the next HIV clinic is, or get the address of a clinician specialised in HIV. It might be a good idea to get in touch with a local HIV organisation.
- People taking substitution treatment: check about specific regulations in this respect before travelling. Some countries consider substitution treatment as illicit drug use.

Most important: be aware that perceptions around HIV infection change from country to country. So if disclosure is safe in the country and community you normally live in, this might not be the case in the country you are visiting.

Seropositieve **Colombiaanse man (35 jaar)**

- Over 3 weken familiebezoek Colombia
- Samen met zijn vrouw gaat hij door het land trekken

Sinds enkele jaren Viramune® (*nevirapine*) + Truvada® (*emtricitabine-tenofovir*)
Lang niet meer op consultatie in het ITG

Wat is fout?

- A. **Doorsturen** voor reisadvies en verdere follow-up naar het ITG. Dat ze het daar maar eens bekijken. Hij moet trouwens een gele koorts vaccin krijgen, dus dat kan je als huisarts niet zetten.
- B. Je **raadt de reis absoluut af**, zeker met het ZIKA virus is dit geen goed idee voor een man met een immuunstoornis en zijn jonge vrouw om deze reis te ondernemen.
- C. Je geeft zelf **reisadvies**. Enkel voor het gele koorts vaccin stuur je de man door met zijn laatste bloedbeeld.
- D. Je raadt de man aan zijn ART op dezelfde **uren** in te nemen als “Belgische tijd”, niet op “Colombiaanse uren” (ongeveer 6u **tijdsverschil**).

D. Uuraanpassing

- ART: op vaste tijdstippen
- 1 uur te vroeg/laat wordt getolereerd
 ⇒ op voorhand medicatie naar voor/achter schuiven met 1 uur
 per dag om ook in Colombia op haalbaar tijdstip medicatie in te
 nemen
- Eventueel advies van therapie counselors ITG
- Cave: bewaring!

	dag-6	dag-5	dag-4	dag-3	dag-2	dag-1	vertrek	
Belgische tijd	8 u.	9 u.	10 u.	11 u.	12 u.	13 u.	14 u.	
Colombiaanse tijd	2 u.	3 u.	4 u.	5 u.	6 u.	7 u.	8 u.	

Casus 3

Jef (55 jaar):

- MSM, seropositief sinds 1990
- Echtgenote niet op de hoogte

Consultatie voor 2^e keer op korte tijd:

- Uitgeput, moe, geraakt niet meer door berg werk
- Altijd redelijk stipt naar consultaties ITG
- Medicatie Stocrin® (*efavirenz*) en Truvada® (*emtricitabine-tenofovir*); onregelmatige inname
- Laatste 5 afspraken gemist

Wat doe je?

Jef (55 jaar):

- MSM, seropositief sinds 1990
- Echtgenote niet op de hoogte

Consultatie voor 2^e keer op korte tijd:

- Uitgeput, moe, geraakt niet meer door berg werk
- Altijd redelijk stipt naar consultaties ITG
- Medicatie Stocrin® (*efavirenz*) en Truvada® (*emtricitabine-tenofovir*); onregelmatige inname
- Laatste 5 afspraken gemist

Wat doe je?

- A. Je neemt **contact op met het ITG** om Jef dringend terug op consult te laten komen. Gezien zijn therapieontrouw zal hij daar eerst terug op punt gesteld moeten worden.
- B. Je plant alvast een nuchtere **bloedname**: je duidt volgende dingen aan: Virale lading, CD4 totaal en %, nuchtere glycemie, volledig bloedbeeld, cholesterol, TG, HDL, LDL, calcium, P04, AF, Vitamine D, eGFR, ASAT, ALAT, bilirubine en een SOA test (Syfilis, HepB, HepC, gonorree en chlamydia).
- C. Je plant een nuchtere bloedname zoals in B, maar **zonder SOA testen** gezien Jef een getrouwd man is en aangeeft geen wisselende contacten te hebben.
- D. Je wijt deze klachten toe aan een midlife crisis en stuurt Jef met een **antidepressivum** naar huis.

Moeilijke casus, ter discussie ...

Jef (55 jaar):

- MSM, seropositief sinds 1990
- Echtgenote niet op de hoogte

Consultatie voor 2^e keer op korte tijd:

- Uitgeput, moe, geraakt niet meer door berg werk
- Altijd redelijk stipt naar consultaties ITG
- Medicatie Stocrin® (*efavirenz*) en Truvada® (*emtricitabine-tenofovir*); onregelmatige inname
- Laatste 5 afspraken gemist

Wat doe je?

- A. Je neemt **contact op met het ITG** om Jef dringend terug op consult te laten komen. Gezien zijn therapieontrouw zal hij daar eerst terug op punt gesteld moeten worden.
- B. Je plant alvast een nuchtere **bloedname**: je duidt volgende dingen aan: Virale lading, CD4 totaal en %, nuchtere glycemie, volledig bloedbeeld, cholesterol, TG, HDL, LDL, calcium, P04, AF, Vitamine D, eGFR, ASAT, ALAT, bilirubine en een SOA test (Syfilis, HepB, HepC, gonorree en chlamydia).
- C. Je plant een nuchtere bloedname zoals in B, maar **zonder SOA testen** gezien Jef een getrouwd man is en aangeeft geen wisselende contacten te hebben.
- D. Je wijt deze klachten toe aan een midlife crisis en stuurt Jef met een **antidepressivum** naar huis.

A. Doorsturen

- Gerechtvaardigd:
 - Therapie ontrouw
 - Compliance promoten
 - Stocrin: snel resistent
 - VL: niet in perifeer laboratorium
 - Disclosure partner?
- Maar... wat als hij dan niet gaat en nergens gevolgd wordt?

Jef (55 jaar):

- MSM, seropositief sinds 1990
- Echtgenote niet op de hoogte

Consultatie voor 2^e keer op korte tijd:

- Uitgeput, moe, geraakt niet meer door berg werk
- Altijd redelijk stipt naar consultaties ITG
- Medicatie Stocrin® (*efavirenz*) en Truvada® (*emtricitabine-tenofovir*); onregelmatige inname
- Laatste 5 afspraken gemist

Wat doe je?

- A. Je neemt **contact op met het ITG** om Jef dringend terug op consult te laten komen. Gezien zijn therapieontrouw zal hij daar eerst terug op punt gesteld moeten worden.
- B. Je plant alvast een nuchtere **bloedname**: je duidt volgende dingen aan: Virale lading, CD4 totaal en %, nuchtere glycemie, volledig bloedbeeld, cholesterol, TG, HDL, LDL, calcium, P04, AF, Vitamine D, eGFR, ASAT, ALAT, bilirubine en een SOA test (Syfilis, HepB, HepC, gonorree en chlamydia).
- C. Je plant een nuchtere bloedname zoals in B, maar **zonder SOA testen** gezien Jef een getrouwd man is en aangeeft geen wisselende contacten te hebben.
- D. Je wijt deze klachten toe aan een midlife crisis en stuurt Jef met een **antidepressivum** naar huis.

B en C. Bloedname

- Gerechtvaardigd:
 - Algemene check-up
 - Controle co-morbiditeiten
- Maar...VL niet bepaald in perifeer laboratorium...

B en C. Bloedname

Co-morbiditeiten	Test	Interval
Hematologisch	Volledig bloedbeeld: RBC, Hb, MCV, WBC, differentiatie, trombocyten	3-12 maanden
Overgewicht/ ondergewicht	BMI	jaarlijks
CV risico	Framington risico score Nota bene: voor België score tabellen	2 jaarlijks bij mannen > 40jaar of vrouwen > 50jaar
Hypertensie	bloeddruk	jaarlijks
Lipiden	TC, HDL, LDL, TG	jaarlijks
Glucose	Nuchtere glycemie	jaarlijks
Lever	ALT/AST/AP/bilirubine	3-12 maanden
Nier	eGFR dipstick	3-12 maanden jaarlijks
Bot	Calcium, PO4, AP	6-12 maanden
Vitamine D		op indicatie
SOA	Syfilis serologie HBV/HCV serologie Gonoree/chlamydia/trichomonas: FVU bij mannen, vaginale wisser bij vrouwen	jaarlijks of sneller op indicatie

Jef (55 jaar):

- MSM, seropositief sinds 1990
- Echtgenote niet op de hoogte

Consultatie voor 2^e keer op korte tijd:

- Uitgeput, moe, geraakt niet meer door berg werk
- Altijd redelijk stipt naar consultaties ITG
- Medicatie Stocrin® (*efavirenz*) en Truvada® (*emtricitabine-tenofovir*); onregelmatige inname
- Laatste 5 afspraken gemist

Wat doe je?

- A. Je neemt **contact op met het ITG** om Jef dringend terug op consult te laten komen. Gezien zijn therapieontrouw zal hij daar eerst terug op punt gesteld moeten worden.
- B. Je plant alvast een nuchtere **bloedname**: je duidt volgende dingen aan: Virale lading, CD4 totaal en %, nuchtere glycemie, volledig bloedbeeld, cholesterol, TG, HDL, LDL, calcium, P04, AF, Vitamine D, eGFR, ASAT, ALAT, bilirubine en een SOA test (Syfilis, HepB, HepC, gonorree en chlamydia).
- C. Je plant een nuchtere bloedname zoals in B, maar **zonder SOA testen** gezien Jef een getrouwd man is en aangeeft geen wisselende contacten te hebben.
- D. Je wijt deze klachten toe aan een midlife crisis en stuurt Jef met een **antidepressivum** naar huis.

D. Depressie

- Hogere prevalentie (20-40% vs. 7% alg. populatie)
- Screening
 - 1-2 jaarlijks
- Antidepressiva
 - Check interacties!

D. Depressie

www.domusmedica.be

STEEKKAART

DEPRESSIE BIJ VOLWASSENEN: DIAGNOSTIEK

domus
medica

DIAGNOSTIEK: STAPPENPLAN

Stap 1: Wees alert voor depressie en voor depressieve klachten bij uw patiënt.

Stap 2: Stel bij vermoeden van depressie twee oriënterende vragen en exploreer verder bij een positief antwoord op een van beide:

- ben je de voorbije maand in je dagelijks leven frequent gehinderd geweest door depressieve gevoelens of hopeloosheid?
- ben je de voorbije maand frequent gehinderd geweest door weinig interesse of weinig plezier in de dingen die je deed?*

Noot: beroepsgeheim?

- Wat met **discordante koppels** waarbij de seropositieve partner zijn status NIET bekend maakt en onbeschermd seksuele contacten heeft?
- Code plichtenleer:
 - Hoofdstuk V : Beroepsgeheim van de arts
 - Geen uitzonderingen voor HIV diagnose

Noot: beroepsgeheim?

Orde der artsen 2007:

[ordomedic.be/nl/adviezen/advies/
Beroepsgeheim-en-aids-
Mededeling-aan-de-partner-2](http://ordomedic.be/nl/adviezen/advies/Beroepsgeheim-en-aids-Mededeling-aan-de-partner-2)

- Patiënt is wettelijk verplicht
- Herhaaldelijk noteren in medisch dossier
- Noodtoestand
- Best zowel advies ARC als Orde der Artsen inwinnen

ORDRE DES MEDECINS
CONSEIL NATIONAL



ORDE DER ARTSEN
NATIONALE RAAD

Beroepsgeheim en aids – Mededeling aan de partner

Doc:	a125016
Tijdschrift:	125
Datum:	21/03/2009
Origine:	NR

Thema's:

- Aids
- Beroepsgeheim
- Consent (Fully Informed-)
- Diagnose
- Noodtoestand
- Persoonlijke levenssfeer
- Relatie arts-patiënt

Beroepsgeheim en aids – Mededeling aan de partner

De Nationale Raad verduidelijkt zijn advies van 3 februari 2007 (Tijdschrift Nationale Raad nr. 116 p. 3) betreffende beroepsgeheim en aids m.b.t. de volgende vragen :

- 1. Welke houding moet een arts aannemen ten opzichte van een hiv-seropositive patiënt die verklaart dat hij weigert de nodige maatregelen te treffen om te vermijden de partner te besmetten (beschermd seksueel contact of onthouding) ?*
- 2. Kan deze arts, door de noodtoestand in te roepen, de partner inlichten van de seropositiviteit van de patiënt ?*

Noot: screening

Advies hiv-screening door huisartsen

Screenen voor hiv is belangrijk voor de patiënt en de volksgezondheid. **De helft van de hiv-patiënten in België wordt te laat gediagnosticeerd.** Gemiddeld zitten er 23 maanden tussen een hiv-infectie en de diagnose. In die periode is er risico op hiv-transmissie. **De kans op transmissie is quasi nihil wanneer de hiv-patiënt medicatie neemt,** een stabiele ondetecteerbare virale lading heeft (tijdens de laatste 6 maanden) en geen andere seksueel

overdraagbare infectie. **Tijdige opstart van hiv-medicatie verhoogt ook de levenskwaliteit en levensduur van de patiënt en is kosteneffectief** op lange termijn. Huisartsen zijn uitstekend geplaatst om hiv vroegtijdig op te sporen. Daarom is het aangeraden om naast uw huidige screening (zoals bijv. van zwangere vrouwen of op vraag van de patiënt) ook proactief en routinematig een hiv-test voor te stellen aan onderstaande groepen.

STEL PROACTIEF EEN HIV-TEST VOOR AAN:

Patiënten met een verhoogd risico

- ✓ Mannen die seks hebben met mannen
- ✓ Mensen uit sub-Saharaans Afrika en andere hoog-prevalentielanden (ook als ze reeds lang in België verblijven of hier geboren zijn)
- ✓ Injecterende druggebruikers

Hoe vaak testen?

Minstens jaarlijks, bij risicogedrag om de 3 maanden. Maak samen met je patiënt een afweging.

- ✓ Mensen die seksueel contact hadden met iemand uit voorgaande groepen

Maak samen met je patiënt een afweging op basis van gedrag

Zie ook: <http://www.bhiva.org/documents/guidelines/testing/glineshivtest08.pdf>

Patiënten met aandoeningen indicatief voor een hiv-infectie



- ✓ Seksueel overdraagbare infecties
- ✓ Hepatitis B of C (acuut of chronisch)
- ✓ Dysplasie van de baarmoederhals
- ✓ Herpes zoster
- ✓ Seborrhoïsche dermatitis/ exantheem (langdurig en terugkerend)
- ✓ Onverklaarde koorts (> 38°C, herhaaldelijk gemeten, geen aanwijsbare oorzaak na 1 week)
- ✓ Onverklaarde leukocytopenie/ trombocytopenie (langer dan 4 weken)

Stel **ALTID** een hiv-test voor

- ✓ Onverklaard gewichtsverlies
- ✓ Onverklaarde lymfadenopathie
- ✓ Onverklaarde orale candidiasis
- ✓ Onverklaarde chronische diarree
- ✓ Ernstige of atypische psoriasis
- ✓ Onverklaarde perifere neuropathie
- ✓ Terugkerende longontsteking

Maak een afweging op basis van afkomst en gedrag

zie ook: <http://hiveurope.eu/Portals/0/Guidance.pdf.pdf>

Noot: screening

Achtergrond informatie: Groepen met een verhoogd hiv-risico

Hiv-prevalentie in Vlaanderen

Mannen die seks hebben met mannen (MSM)

- ✓ Algemeen: 4,9%
- ✓ Grote variatie: 14,5% bij bezoekers MSM seksclubs en 1,4% bij jongeren

Zie ook: Vanden Berghe et al. *Eurosurveillance* 2011; 16(28)

Mensen afkomstig uit sub-Sahara Afrika:

- ✓ Algemeen: 4,8%
- ✓ Gender verschillen: 5,9% bij vrouwen en 4,2% bij mannen
- ✓ 27% van de hiv-positieven heeft zijn infectie in België opgelopen

Zie ook: <http://www.hivsam.be/wp-content/uploads/2015/10/TOGETHER-Project-Final-Report.pdf>

Hiv-prevalentie in de wereld

