

Infectieziekten en de huid: deel 11. HIV infecties en AIDS

Auteur: E.E. Zijlstra

Vertaald/bijgewerkt:

Nieuwsbrief: 1998

Pagina: 52-55

Jaargang: 14

Nummer: 3

Toestemming:

Illustraties: ja

Bijzonderheden:

Kernwoorden: HIV infectie AIDS huidinfecties

Literatuur:

1. Cockerell CJ. Cutaneous manifestations of HIV infection other than Kaposi's sarcoma: clinical and histological aspects. *J Am dermatol* 1990;22:1260-1269. 2. Dover JS, Johnson RA. Cutaneous manifestations of human immunodeficiency virus infection. Part I and II. *Arch Dermatol* 1991;127:1383-1391 en 1549-1558. 3. Hulsebosch HJ, Stolz E, Lange JMA. Dermatovenereologie van de HIV infecties. Glaxo BV, 1990. 4. Uthayakumar S, Nandwani R, Drinkwater T, Nayagam AT, Darley CR. The prevalence of skin disease in HIV infection and its relationship to the degree of immunosuppression. *Br J Dermatol* 1997;137:595-598.

De HIV pandemie die sinds de tachtiger jaren heerst, heeft een groot aantal tot dan toe onbekende of zelden voorkomende ziektebeelden aan het licht gebracht. Ook de huid speelt een belangrijke rol bij HIV infectie. Niet zelden wordt de arts geattendeerd op de mogelijkheid van HIV besmetting juist door het voorkomen of het aspect van een huidafwijking. Daarnaast verlopen deze huidziekten vaak heftiger of neigen tot recidief. Ook geneesmiddelen reacties worden veel gezien. Tot slot zijn er huidtumoren zoals het Kaposi's sarcoom die vrijwel nooit bij niet geïnfecteerden voorkomen maar een groot probleem kunnen zijn. De behandeling van huidziekten bij HIV infectie is vaak moeizaam, vereist hoge doseringen, een langere behandelingsduur en er is neiging tot recidief.

Inleiding

Naar schatting zijn er wereldwijd 15 miljoen mensen geïnfecteerd met het Humaan Immunodeficiëntie Virus (HIV); 90% hiervan leeft in ontwikkelingslanden. Er is dus sprake van een wereldwijde epidemie (pandemie). Er zijn twee subtypen: HIV-1, dat wereldwijd voorkomt en HIV-2, dat voornamelijk in West-Afrika wordt gevonden en minder virulent zou zijn. Het is waarschijnlijk dat HIV zijn oorsprong heeft bij apen in Afrika gezien de verwantschap aan het Simian Immunodeficiency Virus (SIV) dat bij apen voorkomt. De aapsoorten die de natuurlijke gastheer zijn worden niet ziek, maar andere soorten zoals rhesusapen ontwikkelen AIDS.

Het virus wordt overgebracht door seksueel contact, door gebruik van vuile naalden, door beroepsongelukken en door transfusie met besmet bloed. Daarnaast kan zogenaamde verticale transmissie plaatsvinden van moeder op kind door transplacentaire passage van het virus, blootstelling tijdens de baring of door borstvoeding. Na infectie vermenigvuldigt het virus zich voornamelijk in de T lymfocyten die het CD4 molecuul bezitten (T helper cellen). Zeer hoge hoeveelheden virus circuleren binnen korte tijd in het bloed en de CD4 cellen gaan dood na infectie met het virus. Het lichaam reageert door enorme aantallen CD4 cellen aan te maken zodat het aanvankelijk nog op peil blijft. Uiteindelijk wordt de strijd in het voordeel van het virus beslecht en dalen de CD4 cellen geleidelijk in aantal. Hierdoor valt een van de pijlers van de celgebonden immuunreactie weg, waardoor de patiënt vatbaar wordt voor infecties van velerlei, vaak opportunistische aard. Ook kunnen er kwaadaardige tumoren zoals het Kaposi's sarcoom optreden die bij gezonde mensen zeldzaam zijn.

Huidafwijkingen

Niet zelden wordt een patiënt als HIV geïnfecteerd geïdentificeerd doordat een bepaalde huidziekte als eerste manifestatie van HIV infectie wordt herkend. Kennis van dermatologie bij de huisarts of internist is dan ook van belang. Daarnaast zal het duidelijk zijn dat juist huidafwijkingen die vaak een ernstige vorm aannemen een grote psychische belasting vormen en een effect hebben op de kwaliteit van leven.

Een groot aantal huidafwijkingen kunnen zich voordoen bij HIV infectie. Deze huidziekten hebben een aantal kenmerken. In de eerste plaats kunnen doorsnee huidziekten optreden die vaak een ernstiger beloop hebben dan bij niet HIV geïnfecteerden met grote kans op recidieven. Daarnaast zijn er huidziekten die zelden bij niet HIV geïnfecteerden gezien worden. Tot slot speelt de immuniteit een rol. Sommige huidafwijkingen worden vaker gezien terwijl andere pas in een later stadium optreden.

Bijvoorbeeld, herpesvirus infecties komen relatief vroeg in het ziektebeloop voor, terwijl Kaposi's sarcoom pas optreedt als de immuniteit al fors is afgenomen. De behandeling komt grotendeels overeen met die bij niet HIV geïnfecteerden, maar er zijn vaak bijkomende problemen. De eerder genoemde recidief kans vergroot de kans op resistentie; allergische reacties komen frequent voor die ook weer een huiduitslag kunnen geven. Er kan soms slechte resorptie zijn van geneesmiddelen zoals voor aciclovir. Ook moet men bedacht zijn op geneesmiddeleninteracties omdat HIV patiënten vaak een grote hoeveelheid geneesmiddelen tegelijk gebruiken.

Een samenvatting van de huidziekten bij HIV infectie wordt gegeven in de tabel. Hieronder worden de belangrijkste problemen besproken.

Acute HIV infectie. De incubatietijd van HIV infectie is 3-6 weken, afhankelijk van de manier van infectie en de hoeveelheid virus waarmee besmetting is opgetreden. Meestal verloopt de primaire HIV infectie asymptomatisch. In een minderheid van de patiënten is er een op griep gelijkende periode met koorts. Er kan dan ook een huid exantheem zijn (figuur 1), meestal op de romp, evenals afwijkingen in de mond (enantheem). Niet zelden wordt de diagnose gemist omdat men er niet alert op is en wordt eerder gedacht aan een andere virale infectie of een infectie met een rickettsia.

Herpes simplex virus (HSV) infecties (zie ook WCS 1998;14(1):50-57).

Niet zelden wordt door een infectie met HSV of varicella zoster virus de aandacht gevestigd op een mogelijke HIV infectie als onderliggend lijden. Aanvankelijk zal de klinische presentatie bij een nog intacte immuniteit niet verschillen ten opzichte van niet HIV geïnficeerden; bij afnemend CD4 aantal, zijn de herpeslesies frequenter en langduriger.

Voorals HSV-2 infecties komen veel voor en geven genitale en anale ulceraties. Grote open plekken kunnen ontstaan met veel ongemak voor de patiënt. Bij HSV-1 infectie is er ook een ernstiger beloop; grote confluërende en pijnlijke ulceraties kunnen ontstaan op huid en slijmvliezen, fijt aan de vinger kan extreem pijnlijk worden en kan ontaarden in gangreen; tot slot kan een gedissemineerde infectie optreden.

De diagnose wordt gesteld door het virus te kweken of door middel van een Tzanck test: het vesikelvocht en cellen van de blaasbodem worden uitgestreken op een glaasje, gefixeerd en gekeurd met Giemsa. Vervolgens wordt gezocht naar meerkernige cellen en kerninsluitels wat suggestief is voor herpesinfecties.

De behandeling bestaat uit aciclovir gedurende 10 dagen, 5 x 200 mg per dag, of langer totdat de lesie genezen is. Eventueel kan IV aciclovir worden gegeven; 3 x 5 mg/kg per dag, gedurende 10-14 dagen.

Bij resistentie voor aciclovir kan worden gekozen voor foscarnet (alleen intraveneus).

Varicella-zoster virus (VZV) infectie.

Dit ziektebeeld is eveneens reeds uitvoerig beschreven (WCS 1998;14(1)50-57). Naast de veelal ernstiger verlopende primaire waterpokken infectie, is vooral de herpes zoster van belang die bij HIV geïnficeerden in meerdere dermatomen tegelijk kan voorkomen.

Omgekeerd zal een dergelijke presentatie het vermoeden op HIV infectie doen ontstaan. In vergelijking tot niet HIV geïnficeerden heeft herpes zoster bij HIV infectie een meer chronisch verloop, geeft meer pijnklachten en kan littekens achterlaten. Bij lokalisatie op de buik kan er eerst pijn optreden zonder dat er nog wat te zien is; dit is klinisch moeilijk te onderscheiden van andere oorzaken van buikpijn zodat niet zelden eerst allerlei onderzoek hiernaar gebeurt totdat er na verloop van enkele dagen de eerste huidlesies te zien zijn. Er moeten hoge doses aciclovir worden gegeven, tot 5 x 800 mg oraal per dag, of bij ernstige infecties IV aciclovir 3 x 10 mg/kg gedurende 10-14 dagen.

Orale harige leukoplakie

Meer dan 50% van de HIV geïnficeerden ontwikkelt deze aandoening, die geassocieerd is met een matige tot gevorderde immunosuppressie. Vaak is het de voorbode van AIDS, wanneer deze diagnose nog niet op andere criteria is gesteld.

Omgekeerd geldt ook dat het vinden van harige leukoplakie de arts moet doen denken aan HIV infectie als onderliggend lijden; alleen bij transplantatie patiënten wordt harige leukoplakie soms ook gevonden. Mogelijk speelt infectie met het Epstein-Barr virus of het humane papilloma virus een rol in de pathogenese. Het beeld bestaat uit witte, verticale lijnen aan de zijkant van de tong die kunnen confluëren tot plaques (figuur 2). Uitbreiding naar andere delen van de tong is mogelijk en soms naar het verhemelte. Het "harige" aspect is niet

een klinisch kenmerk, maar doelt op een bepaald histologisch patroon in een biopsie. Meestal zijn er geen klachten; wanneer de patiënt pijn aangeeft is er meestal ook sprake van een Candida infectie. De aandoening kan met aciclovir behandeld worden.

Molluscum contagiosum.

Deze komen soms bij kinderen voor en zelden bij volwassenen tenzij er sprake is van HIV infectie. Het uit de pokken groep afkomstige virus geeft aanleiding tot halfronde, huidkleurige papels van 2-6 mm, met centraal daarin een del (indeuking). Ze worden vooral op het gelaat of periaanaal gezien. Bij HIV geïnfekteerden kunnen ze confluëren tot reuze mollusca. De behandeling is cryotherapie, elektrocoagulatie of excisie.

Folliculitis.

Dit wordt meestal veroorzaakt door staphylococcon (staphylococcus aureus) of streptococcon (Streptococcus pyogenes) en geeft papels of pustels die kunnen jeuken en zich meestal op het gelaat, de borst of in de liezen bevinden.

De behandeling bestaat uit antibiotica.

Eczema seborrhoicum.

Dit komt frequent voor bij HIV infectie; vrijwel alle patiënten zullen op een gegeven moment deze aandoening vertonen. Het bestaat uit rode, schilferige plaques op het gelaat, de behaarde hoofdhuid en soms andere plaatsen (figuur 3). Er is een associatie met Pityrosporum ovale infectie, een schimmel. In hoeverre deze schimmel een rol speelt bij de pathogenese is nog onduidelijk.

De behandeling is met hydrocortison crème; bij ernstiger vormen moeten sterkere corticosteroidcrèmes worden gebruikt of orale imidazolen zoals ketoconazol.

Kaposi's sarcoom.

Dit was tot voor het HIV tijdperk een zeldzame tumor. Het werd vooral gezien bij oudere mannen in Italië en Oost-Europa van joodse afkomst. De tumor bevindt zich meestal aan de onderbenen, met een goedaardig beloop. Dit wordt het klassieke Kaposi's sarcoom genoemd. Daarnaast is de tumor bekend uit de tropische geneeskunde en komt in Afrika voor bij jonge mannen en kinderen; dit is de endemische vorm van Kaposi's sarcoom met een agressiever beloop. Pas in de tachtiger jaren werd de epidemische vorm beschreven die geassocieerd is met AIDS.

Deze tumor is de meest frequent voorkomende maligniteit bij HIV infectie. In de USA komt deze tumor 20.000 maal meer voor bij AIDS in vergelijking met de gewone populatie. Het komt het meest voor bij homoseksuele en bisexuele mannen, terwijl vrouwen, kinderen en mannen die heteroseksueel besmet zijn of door bloedtransfusie besmet zijn relatief gevrijwaard blijven. Recent is aangetond dat een van de herpesvirussen (HHV-8) mogelijk een rol speelt in de pathogenese. De tumor komt niet alleen in de huid voor maar er kunnen ook lokalisaties zijn in de longen en tractus digestivus. In de huid verschijnen eerst asymptomatische, rode plekken die geleidelijk aan de typische paars-blauwe kleur aannemen en dan ook een meer verheven aspect hebben (figuur 4). Daarna worden ze uiteindelijk bruin. Zeker in het begin kunnen ze worden aangezien voor een blauwe plek, een insectenbeet of een moedervlek. Bij

gevorderde Karposi sarcomen kunnen ze vervloeien met elkaar en een harde tumorplek vormen. Er bestaat een neiging tot ontwikkeling op plaatsen waar de huid is beschadigd, zoals door een contusie, een injectie of een abces (Koebnerfenomeen). De sarcomen zijn over het algemeen niet pijnlijk en kunnen soms jeuk of een prikkend gevoel geven. Er is geen neiging tot ulceratie of bloeding, tenzij er een trauma is.

De behandeling bestaat uit excisie, cryotherapie, radiotherapie of intralesionale toediening van middelen zoals cytostatica of interferon voor kleine sarcomen. Voor meer uitgebreide sarcomen komen krachtige antivirale therapie al dan niet in combinatie met interferon of chemotherapie in aanmerking.

En niet onbelangrijk aspect van Kaposi's sarcomen in de huid is het cosmetisch effect; het dragen van herkenbare stigmata van een fatale ziekte kan als psychische belasting ervaren worden.

Dr. E.E. Zijlstra is internist-infectioloog met speciale aandacht voor tropische ziekten; hij is verbonden als assistent professor aan het "Institute of Endemie Diseases" van de Universiteit Khartoum in Sudan.

Figuur 1 en 3, met toestemming overgenomen uit: Hulsebosch HJ, Stolz, E, Lange JMA. Dermatovenereologie van de HIV infecties. Glaxo BV. 1990.

Figuren 2 en 4 werden ter beschikking gesteld door Dr. W.J. van der Meijden, dermatovenereoloog, Academisch Ziekenhuis Rotterdam.