

HERPESVIRUS INFECTIES

Herpesvirussen zijn DNA-virussen waarbij besmetting meestal vroeg in het leven optreedt via speeksel. Kenmerkend is dat de virussen latent aanwezig kunnen blijven en kunnen worden gereactiveerd. Dit laatste treedt met name in een periode van verminderde afweer. Primaire infectie met een Herpesvirus kent in het algemeen een ongecompliceerd natuurlijk beloop, maar bij immuun gecompromitteerde patiënten (HIV, oncologie, orgaantransplantaties) zijn aanvullende maatregelen geïndiceerd.

Types Herpesvirussen

<i>Naam</i>	<i>primair</i>	<i>recidief</i>	<i>associatie</i>
Herpes simplex type 1	stomatitis	herpes labialis	ulcera, EEM, Bell paralyse
Herpes simplex type 2	anogenitaal	recidiverend	ulcera
Herpes varicella-zoster	waterpokken	gordelroos	necrose vd kaak
Epstein-Barr virus	M. Peiffer		Hairy leukoplakie, lymfoom
Cytomegalievirus	lymfadenitis		ulcera

Herpes simplex type 1

Pathogenese

In Nederland heeft 60-75 % van de adolescenten antistoffen tegen HSV 1 duidend op een doorgemaakte besmetting. Ongeveer 15 % van de populatie is bekend met recidiverende infecties. Het virus (mens-mens overdracht) dringt binnen via de slijmvliezen en verspreidt zich langs perifere zenuwen naar de ganglia. Bij HSV 1 betreft het meestal de nervus Trigemini. Op de plaats van de primaire infectie ontstaan een of meerdere blaasjes, die na een ulceratief stadium uiteindelijk indrogen met korstvorming. Primaire infecties verlopen in ongeveer de helft van de gevallen symptomeloos. Vanuit het ganglion kan reactivatie optreden (uv-licht en (lokale) traumata, menstruatie, koorts en immunosuppressie kunnen het reactivatieproces uitlokken

Incubatieperiode

2-12 dagen

Ziekteverschijnselen

Een eerste episode HSV 1 vindt meestal plaats op de kleuterleeftijd en kan zich uiten als pijnlijke vesiculaire laesies van de orale mucosa (gingivo-stomatitis), eventueel gepaard gaand met systemische symptomen (koorts, malaise). De laesies genezen over het algemeen binnen 1-2 weken. In het merendeel van de gevallen verloopt een eerste episode echter asymptomatisch. Een eerste episode herpetische gingivostomatitis kan lijken op gingivostomatitis door andere virussen, zoals enterovirus.

Complicaties bij primaire infectie kunnen bestaan uit pharyngitis, conjunctivitis of encephalitis. Een recidief herpes labialis verloopt milder dan een eerste episode herpes en blijft meestal beperkt tot de lippen (koortslip) zonder de mucocutane overgang te passeren. Ook intraorale recidieven zijn bekend met name op palatum durum en gingiva.

Diagnostiek

Een herpesinfectie kent een vrij karakteristiek beeld waarvan de diagnose doorgaans op klinische gronden gesteld wordt. Bij twijfel over het klinisch beeld kan microbiologische diagnostiek worden ingezet. PCR (met name blaasjesvocht) is de meest gevoelige, maar dure methode om een eerste-episode-infectie met of reactivatie van HSV-1 aan te tonen. Voor de diagnose van een primaire infectie kan serologie (IgM) zinvol zijn, als de klachten minstens 2 weken bestaan. Voor het aantonen van een seroconversie zijn een serummonster afgenomen voor of tijdens het begin van de klachten, en een vervolgspectrum afgenomen op zijn vroegst enige weken na de klachten van belang. Serologische diagnostiek is niet zinvol voor de diagnose van een reactivatie van HSV-1

Behandeling

Behandeling van een primaire orale infectie met HSV-1 is in principe symptomatisch (paracetamol met evt topische pijnstilling zoals lidocaine visceus). Tevens zacht dieet en adequate vochtintake stimuleren. Voor gebruik van een antiseptische mondspoeling bestaat weinig evidence, maar wordt door diverse auteurs wel benoemd om met name secundaire infecties te verminderen.

Het effect van antivirale behandeling met aciclovir (200 mg 5 d.d. gedurende 7 dagen) is slechts in één RCT onderzocht; hierin verkortte oraal toegediend aciclovir de duur van klachten met enkele dagen. Het effect van valaciclovir is niet onderzocht, maar gezien de goede resorptie is te verwachten dat dit minstens zo effectief is.

Bij de behandeling van een recidief herpes labialis zijn de gevonden effecten van lokale en orale antivirale behandeling beperkt. Ook zonder behandeling is een reactivatie kortdurend en leidt deze over het algemeen tot weinig klachten. Wanneer bij het optreden van een reactivatie vroegtijdig (dat wil zeggen direct na manifestatie van het exantheem) gestart wordt met behandelen, is bekorting van de klachtenduur beschreven. Een voorkeur voor één van de antivirale middelen (valaciclovir, aciclovir, famciclovir, penciclovir) op grond van effectiviteit is niet aan te geven.

Bij patiënten met een gestoorde afweer en bij neurologische of oogheelkundige complicaties dient uiteraard overleg met een specialist plaats te vinden. Hierbij zal dosis en duur van de behandeling worden aangepast.

Herpes Varicella – Zoster

Pathogenese

De primaire (waterpokken) infectie op de kinderleeftijd begint meestal als een exantheem van gezicht en romp, waarna jeuk en blaasjes ontstaan. Hierbij kunnen ook ulcera in de mondholte optreden, maar klassiek zonder gingiva betrokkenheid. Complicaties kunnen bestaan uit pneumonie of neurologische uitval.

De MKA chirurg zal met name kunnen worden geconfronteerd met de reactivatie van het virus in de vorm van een gordelroos episode van een van de takken van de nervus Trigemini of Facialis. Meestal is 1, unilateraal, dermatoom betrokken. De blaasjes kunnen ook intraoraal voorkomen bij betrokkenheid van de 2e en 3e Trigemini-takken. Gewoonlijk heeft de patiënt ook hevige pijn in datzelfde gebied, die frequent optreedt voorafgaand aan het blaasjesstadium.

Belangrijk is om vast te stellen dat gordelroos juist optreedt bij vermindering van de (cellulaire) immuniteit. Eventueel nader onderzoek door internist/ infectioloog naar een onderliggende aandoening, voor zover nog niet bekend, is noodzakelijk.

Diagnostiek

De diagnose kan op basis van de kliniek worden gesteld. In het neuropathische beginstadium kan differentiatie van dentogene pijn soms lastig zijn. Bij twijfel kan PCR onderzoek van de inhoud van een blaasje worden verricht.

Behandeling

Behandeling is met pijnstilling . Hierbij kan behalve aan paracetamol of een NSAID ook aan morfine of pregabaline worden gedacht.

Herpes zoster kan worden behandeld met (val)aciclovir of famciclovir oraal. Het is geïndiceerd bij locatie in het trigeminusgebied, bij ernstige pijn, bij prodromale pijn langer dan een week voor het ontstaan van de huidafwijkingen, bij herpes zoster oticus, en bij personen ouder dan 50 jaar. Aciclovir voorkomt postherpetische pijn niet.

Bij betrokkenheid van het oog dient de oogarts te worden geconsulteerd ivm de kans op erosies van de cornea.

Postherpetische neuralgie

Pijn of dysaesthesie, persisterend langer dan 3 maanden na doorgemaakte [herpes zoster](#). De kans op PHN is groter bij ernstige herpes zoster met veel pijn of prodromale pijn, en bij oudere leeftijd. Circa 5% van oudere patiënten heeft na 1 jaar nog PHN. Antivirale therapie (aciclovir), gegeven in een zo vroeg mogelijk stadium, zou de kans op postherpetische neuralgie kunnen bekorten. Ook adequate pijnstilling (zo nodig met opiaten) in het acute stadium zou helpen

Sommige patiënten reageren goed op anti-epileptica (Tegretol) of tricyclische antidepressiva (amitriptyline). Andere opties zijn gabapentine, fluvoxamine. Zenuwblokkade d.m.v. anaesthetica injecties rond de zenuw of het spinale ganglion (via anaesthesist) zijn soms effectief. Lokale opties: koelen (coldpack), lidocaïne lokaal, capsaïcine crème.

Contact met neonaten/Immunodeficiente individuen

Met herpes geïnfecteerde personen zijn besmettelijk in het vesiculo-bulleuze en ulceratieve stadium totdat er korstvorming is opgetreden. In deze periode kan overdracht op neonaten plaatsvinden indien deze geen antistoffen van de moeder hebben meegekregen. Herpes neonatorum kan een ernstig beloop hebben. Dit geldt in dezelfde mate voor individuen met immunodeficiëntie.

Contact vermijden (mondkap) en handhygiëne kunnen het overdrachtsrisico beperken.