

HERPESVIRUS INFECTIES

Humaan herpesvirussen zijn DNA-virussen waarbij besmetting meestal vroeg in het leven optreedt via speeksel. Kenmerkend is dat de virussen latent aanwezig blijven en later kunnen worden gereactiveerd. Deze reactivatie treedt met name in een periode van verminderde afweer. Primaire infecties met een herpesvirus verlopen doorgaans ongecompliceerd, maar bij immuungecompromiteerde patiënten (HIV, oncologie, orgaantransplantaties) zijn aanvullende maatregelen geïndiceerd.

Deze leidraad beschrijft de diagnostiek, het beleid en de behandeling van herpesvirusinfecties voor de MKA-chirurg. Het betreft met name HSV-1 (herpes simplex virus type 1) en HSV-3 (varicella-zostervirus). Cytomegalovirus (CMV) en Epstein-Barr virus (EBV) vallen buiten de scope.

Overzicht Herpesvirussen

Naam	Eerste episode infectie	Recidief
HSV-1	Stomatitis	Herpes labialis
HSV-2	Anogenitale afwijkingen	Ulcera
VZV	Waterpokken	Gordelroos
EBV	M. Pfeiffer	Hairy leukoplakie
CMV	Lymfadenitis	Ulcera

Herpes simplex virus type 1

Pathogenese

In Nederland heeft 60-75 % van de adolescenten antistoffen tegen HSV 1, duidend op een doorgemaakte besmetting. Ongeveer 15% ervaart recidiverende infecties.

Het virus (mens-mens overdracht) dringt binnen via de slijmvliezen en verspreidt zich langs perifere zenuwen naar de ganglia (meestal n. trigeminus). Een eerste episode van een HSV 1-infectie vindt meestal plaats op de kleuterleeftijd. Op de plaats van de primaire infectie ontstaan een of meerdere blaasjes, die na een ulceratief stadium uiteindelijk indrogen met korstvorming. Primaire infecties verlopen vaak symptomeloos ($\pm 50\%$). Reactivatie (vanuit het ganglion) kan optreden door o.a. UV-licht, trauma, menstruatie, koorts, stress of immuunsuppressie.

Incubatieperiode

2-12 dagen

Klinisch beeld

- Primaire infectie: blaasjes op de orale mucosa (gingivostomatitis) met systemische symptomen; geneest binnen 1–2 weken.
Opmerking: kan klinisch lijken op andere virale gingivostomatitiden (bv. enterovirus)
- Recidief: milder, vaak beperkt tot de lippen (herpes labialis, "koortslip"). Soms intraoraal (palatum, gingiva). Meestal geen systemische symptomen.
- Een herpesvirusinfectie kan gecompliceerd verlopen. Pharyngitis, herpes keratitis, conjunctivitis en encefalitis zijn hier voorbeelden van.

Diagnostiek

- Klinisch beeld is vaak voldoende vanwege vrij karakteristiek beeld.
- PCR van blaasjesvocht is de meest gevoelige methode (primaire of reactivatie)
- Viruskweek: niet aanbevolen (lage sensitiviteit, trage uitslag).
- Serologie niet zinvol zowel bij primaire infectie als bij reactivatie.

Behandeling

- Symptomatisch: paracetamol, eventueel lokale pijnstilling (bijv. lidocaïne orale gel), zacht dieet, goede vochtintake. Geen evidence voor antiseptische mondspoeling.
- Lokale antivirale crèmes (aciclovir/penciclovir) zijn weinig effectief en niet aanbevolen.
- Antivirale therapie (leeftijd >12 jaar valaciclovir 500 mg p.o. 2dd 5 dagen) kan overwogen worden bij:
 - ernstige of frequente recidieven
 - immuungecompromitteerden (leeftijd >12 jaar 1000 mg p.o. 2dd 10 dagen)

VZV

Pathogenese

De primaire infectie (waterpokken) treedt meestal in de kinderleeftijd op met een exantheem op gezicht en romp, gevolgd door jeuk en blaasjes; vaak met koorts en malaise. Hierbij kunnen ook ulcera in de mondholte optreden. Complicaties kunnen bestaan uit pneumonie of neurologische uitval. De primaire infectie gaat gepaard met koorts en algehele malaise.

De MKA-chirurg ziet vooral reactivatie als herpes zoster (gordelroos) in één dermatoom van een tak van de n. trigeminus of n. facialis; intra-orale blaasjes bij betrokkenheid van V2/V3 zijn mogelijk. Hevige pijn treedt vaak op voorafgaand aan het blaasjesstadium; lokalisatie in het gelaat kan samengaan met ernstige complicaties. Gordelroos hangt samen met vermindering van de (cellulaire) immuniteit.

Diagnostiek

- **Klinisch beeld meestal typisch.**
- **In de vroege (neuralgische) fase kan differentiaaldiagnose met dentogene pijn lastig zijn.**
- **Bij twijfel: PCR op blaasjesinhoud (directe diagnostiek). Serologie: beperkte rol**

Immunisatie

Vaccinatie staat (nog) niet standaard in het Rijksvaccinatieprogramma, maar kan nuttig zijn voor 60-plusser immunogecompromitteerden.

Behandeling

- Pijnstilling als basis. NSAID's worden niet geadviseerd vanwege het verhoogde risico op mogelijke huidcomplicaties
- Bij herpes zoster in het gelaat adviseert SWAB antivirale therapie en consult oogarts bij verdenking oogbetrokkenheid (blaasjes of roodheid op de neus en mediaal van het oog, rood oog, pijn in het oog, ooglidzwellen, fotofobie en visusklachten)
- Antivirale therapie is geïndiceerd bij:
 - trigeminus-lokalisatie,
 - ernstige pijn of prodromale pijn,
 - herpes zoster oticus (verwijzing naar KNO-arts is geïndiceerd),
 - leeftijd >50 jaar
- Start bij voorkeur binnen 72 uur met (val)aciclovir of famciclovir.
- Immunogecompromitteerden: intraveneus aciclovir overwegen.

Postherpetische neuralgie (PHN)

Pijn of dysesthesie die >3 maanden aanhoudt na herpes zoster komt voor bij 5–30%. Het risico op PHN is hoger bij ernstige herpes zoster met veel (prodromale) pijn en bij oudere leeftijd.

- Antivirale therapie vroeg starten verkort de duur/ernst van acute symptomen; bewijs dat aciclovir PHN voorkomt is beperkt en het middel voorkomt PHN niet aantoonbaar.
- Analgetica, en neuropathische pijnmedicatie: anti-epileptica (carbamazepine, gabapentine) of TCA's (amitriptyline).
- Lokale opties: koelen (coldpack), lidocaïne lokaal; lidocaïne-pleisters of capsaïcine-crème kunnen effectief zijn.
- Zenuwblokkades met anestheticum-injecties rond de zenuw of het spinale ganglion (via anesthesioloog) kunnen soms effectief zijn.
- Corticosteroïden worden niet aanbevolen (onvoldoende bewijs, risico's).

Contact met neonaten/immunodeficiëntie 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 (zonder maternale antistoffen) leiden tot ernstig beloop. Dit geldt in dezelfde mate voor individuen met immunodeficiëntie. Contact vermijden, mondneuskapje dragen en handhygiëne beperken het overdrachtsrisico.

Duurzaamheid

- Rationeel inzetten van diagnostiek: PCR alleen bij specifieke indicaties; serologie heeft vrijwel geen rol bij HSV.
- Antivirale middelen: alleen bij duidelijke indicatie.
- Infectiepreventie: correcte indicatie voor handschoenen en maskers

Literatuur

- <https://lci.rivm.nl/richtlijnen/gordelroos>
- <https://lci.rivm.nl/richtlijnen/herpes simplex virus infecties>
- https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/bladeren/indicatieteksten/huidinfectie_herpes_virus