

HIV-Ausschlag?

Ein 24-jähriger Mann mit bekannter und bisher nicht behandelter HIV-Infektion stellt sich zur Kontrolle des Immunsystems vor. Bei der Untersuchung finden sich Hautveränderungen an beiden Händen, die anamnestisch seit vier Wochen bestehen. Er habe im Internet recherchiert, dass dies ein HIV-Ausschlag sei, eine topische Therapie mit Kortison habe keine Besserung erbracht.

Befund

Polymorphes Exanthem palmar, kleine rosa Flecken (Roseola), mit derben, roten bis kupferfarbenen Papeln, Krusten und Schuppenbildung. Weitere Läsionen finden sich enoral (Zunge und Gaumenbogen). Patient in gutem Allgemein- und Ernährungszustand, mehrere bis zu zwei Zentimeter große derbe Lymphknoten rechts axillär zu tasten, sonstige körperliche Untersuchung unauffällig.

Diagnose: Lues II – „Kieler Masern“

Serologie des Patienten: TPPA > 1,8 Mio. TP-WB IgG und IgM positiv, FTA-Abs 1:10240, Cardiolipin 1:32 pos.

Differenzialdiagnose

Differenzialdiagnostisch kommen Arzneimittel-, Virusexanthem, Psoriasis, Pityriasis rosea, Lichen ruber oder seborrhoisches Exanthem in Frage.

Bei den Arzneimittelexanthen ist zumeist ein auslösendes Medikament zu identifizieren, das Exanthem zeigt sich am gesamten Körper. Virusexantheme befinden sich häufig stammbetont, die Effloreszenzen sind eher makulapapulös. Bei Psoriasis sind gut abgrenzbare erythematöse Plaques, welche mit silbernen Schuppen bedeckt sind, charakteristisch. Bei Ablösung einer Schuppe treten nacheinander die Psoriasisphänomene (Kerzentropfphänomen, Phänomen des letzten Häutchens, Ausspitzphänomen) auf.

Die Pityriasis rosea beginnt mit einem Primärmedaillon, Rötung und kleieförmige Schuppung beginnt in der Mitte. Nach einigen Wochen entwickeln sich dann multiple, ovale, erythrosquamöse Herde vor allem am Stamm.



Roseolen mit Papeln, Krusten- und Schuppenbildung (Syphilide).

Die Leiteffloreszenz des Lichen ruber ist eine kleine, meist zentral eingedellte, flache, scharf begrenzte Papel mit positivem KÖbner-Phänomen. Nach Einölen zeigt sich ein weißliches Muster (Wickham-Streifen). Bei einem seborrhoischen Ekzem sind die Prädispositionsstellen Kapillitium, Brust und Rücken.

Ein akutes HIV-Exanthem zeigt sich bei einem Teil der Patienten zwei bis acht Wochen nach Infektion als kleinfleckiges Exanthem, häufig mit mononukleoseartigen Begleiterscheinungen.

Diagnostik

Ein Direktnachweis des Erregers kann über die Dunkelfeldmikroskopie erfolgen. Außerdem ist ein Nachweis mittels Silberfärbung möglich. Meist erfolgt die Diagnose einer Syphilis serologisch. Verschiedene Tests stehen zur Verfügung.

Der Nachweis von Antigenen gegen TPHA-/TPPA eignet sich als Suchtest, aber eine Entscheidung, ob es sich um eine behandlungsbedürftige Infektion oder eine serologische Narbe handelt, ist nicht möglich. Sehr hohe Titer sprechen für eine akute oder frische Infektion. Als Bestätigungstest eignet sich der Treponema pallidum-Antikörper-Absorptionstest. Sind Suchtest und Bestätigungstest positiv, gilt die Diagnose als gesichert. Danach sollte eine quantitative Cardiolipin- und T.-pallidum-spezifische IgM-Antikörperbestimmung erfolgen. International empfohlen ist hier die VDRL-Mikroflokkungsreaktion. Diese ist sensitiv, aber nicht spezifisch. Sie eignet sich gut zur Verlaufskontrolle.

Therapie

Mittel der Wahl ist Penizillin G. Resistenzen gegen Penizillin sind nicht bekannt. In den Stadien I und II werden 2,4 Mio. IE Depot-Penizillin dreimal in wöchentlichem Abstand i. m. verabreicht. Bei der ersten Gabe kann eine Jarisch-Herxheimer-Reaktion auftreten. Bei Befall des ZNS (sollte bei HIV-Infektion immer ausgeschlossen werden) und Stadium III ist eine intravenöse Therapie mit Penizillin G über 21 Tage indiziert. Bei Penizillinallergie können Doxycyclin (2 x 100 mg per os für 14 Tage) oder Tetracyclin (4 x 500 mg per os für 14 Tage) gegeben werden, in der Schwangerschaft Erythromycin. Überprüfung des Therapieerfolges mittels Titerverlauf im TPPA- und VDRL-Mikroflokkungstest, es sollte ein Titerabfall um mehrere Stufen erfolgen, die Mikroflokkung sollte negativ werden.

Bei dem vorgestellten Patienten wurden 2,4 Mio. IE Depot-Penizillin i. m. verabreicht, welches gut vertragen wurde. Die weitere Therapie wurde ambulant durchgeführt, ein Abfall des Titers erfolgte zügig.

Autoren

Iris Walter, Professor Dr. Bernd Salzberger, Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I, Universitätsklinikum Regensburg, Franz-Josef-Strauß-Allee 11, 93053 Regensburg