

Kaposi-Sarkom als Erstmanifestation einer HIV Infektion in der Mundhöhle

L. Gath¹, M. R. Kesting¹, M. Buchbender¹

¹Department of Oral and Cranio-Maxillofacial Surgery, Uniklinikum Erlangen, Friedrich-Alexander-University Erlangen-Nürnberg, Germany



Einleitung

Ein 58-jähriger Patient in reduziertem Ernährungszustand stellte sich in der Hochschulambulanz der Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgie des Uniklinikums Erlangen, nach Überweisung durch seinen Hauszahnarzt, vor. Der Patient hatte bereits seit mehreren Monaten Ausschläge an Armen und Händen die sich bis dato therapieresistent zeigten. Eine Immundefizienz oder Immunsuppression verneinte der Patient. Die bisherige Computertomographie und das externe Biopsie Ergebnis des Gaumens waren nicht zielführend. In der klinischen Untersuchung zeigten sich im Bereich des harten und weichen Gaumens bläulich-livide Verdickungen der Schleimhaut mit einem flächigem Soorbefall. Der Übergang in den Rachen war stark gerötet, die restliche Mundschleimhaut von Soor bedeckt. An der linken Unterlippe konnte man einen circa. 0,5 x 0,5cm großen bläulichen Knoten erkennen. Die Speicheldrüsenausgänge waren vergrößert und gerötet. Außerdem zeigten sich extraoral, insbesondere an Händen und Unterarmen rötliche Papeln und Rötungen der Haut.

Durch das klinische Erscheinungsbild der extra- und intraoralen Befunde wurde nach detaillierter Aufklärung des Patienten ein ausführliches Blutbild und eine virologische Diagnostik durchgeführt.

Bild 1: Zeigt die enoralen Veränderungen a) Wange/Gaumen rechts mit Ausführungsgang, rötlich-livide Neoplasie mit Soorbefall b) Gaumen zentral, Pharynx, rötliche Neoplasie mit Soorbefall c) Unterkiefer ant., rötliche Neoplasie am Kieferkamm



Bild 2: Laborchemische Ergebnisse Virologie CD4/CD8 Zellzahl

% positiv der Lymphozyten	Referenzbereich/ / Dimension	Therapeut. Bereich
CD3 + reife T-Zellen * 90 %	60 - 80	
CD4 + T-Helferzellen * 23 %	35 - 55	
CD8 + T-Zellen * 64 %	15 - 35	
CD4/CD8-Verhältnis * 0.4	1,2 - 3,2	
CD19 + B-Zellen * 1 %	5 - 15	
CD56+ NK-Zellen 7 %	7 - 20	
CD16 + NK-Zellen 7 %	7 - 20	
NK (CD56) T-Zellen 12 %		
Zellen / ul	Referenzbereich/ Therapeut. Bereich	
CD3+ reife T-Zellen 847 Zellen/ul	600 - 2000	
CD4+ T-Helferzellen * 217 Zellen/ul	430 - 1400	
CD8+ T-Zellen 602 Zellen/ul	200 - 700	
CD19+ B-Zellen * 9 Zellen/ul	60 - 300	
CD56+ NK-Zellen * 66 Zellen/ul	120 - 350	
CD16 + NK-Zellen * 66 Zellen/ul	120 - 350	

Material und Methode

Pilz - Serologie

Der serologische Befund ist vereinbar mit einer invasiven Mykose (zum Beispiel. Candidose, Aspergillose).

Beurteilung HHV-8

Seropositiv für HHV-8. Der Nachweis von HHV-8-Antikörpern weist auf ein erhöhtes Risiko für die Entstehung eines Kaposi-Sarkoms hin, wenn eine HIV-Infektion oder andere Immunsuppression vorliegt.

Beurteilung HIV

HIV-1-Antikörper positiv. Bestätigter Nachweis von HIV-1-Antikörpern im Serum. Es ist daher davon auszugehen, dass eine HIV-1-Infektion vorliegt. HIV-1-RNA 190'000 Validiert Kopien/ml, hohe Viruslast (Referenz 1000.000 – 1. Mio. Kopien pro ml).

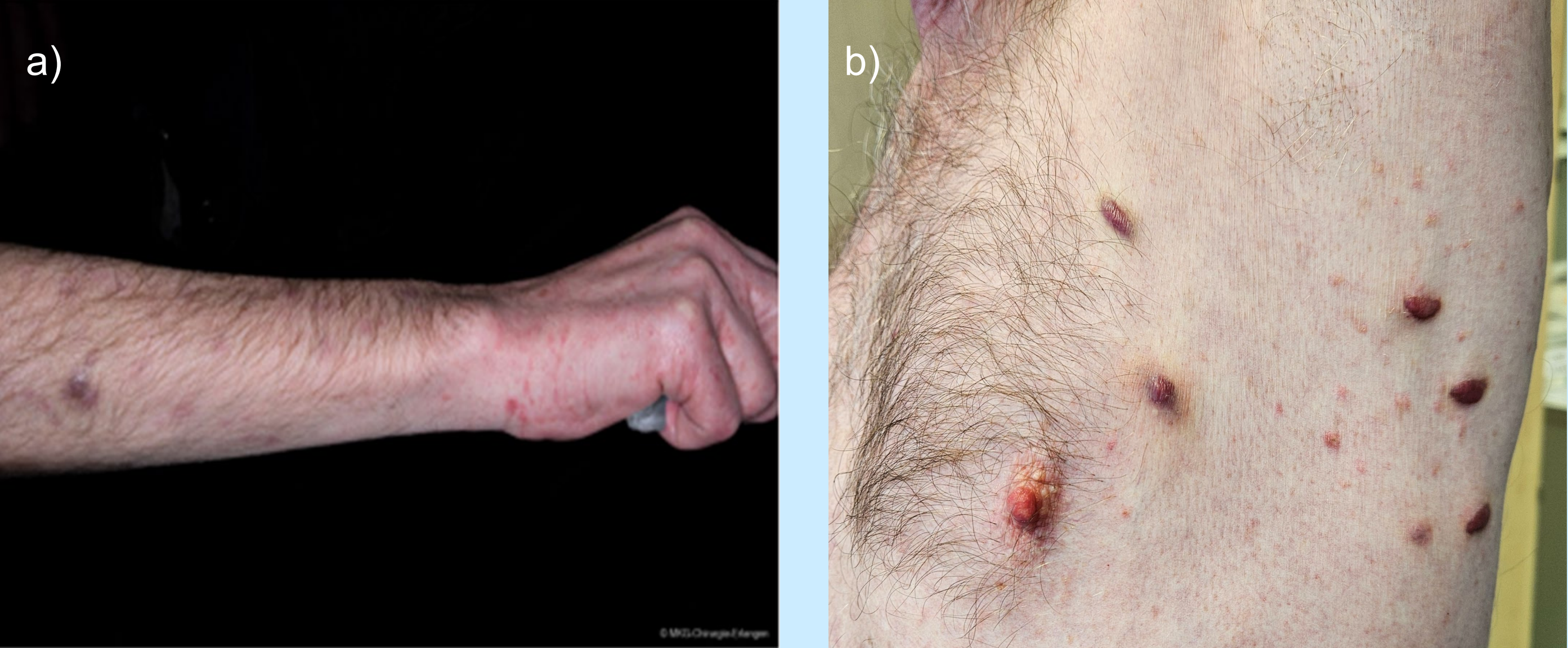
Diskussion

Aufgrund der weit verbreiteten Möglichkeiten der antiretroviralen Therapie (ART) zeigen sich insbesondere in Europa weniger „human immunodeficiency virus“ (HIV)- assoziierte Veränderungen in der Mundhöhle – speziell des Kaposi-Sarkoms (KS).

Es ist im Vollbild gekennzeichnet durch eine multifokal auftretende proliferierende Neoplasie aus lymphatischen Zellen und ist das häufigste „acquired immune deficiency syndrome“ (AIDS) assoziierte Malignom. Es wurde erstmalig 1872 durch Moritz Kaposi beschrieben und stellt sich klinisch als gut durchblutete, rötlich, livide Plaques und Noduli insbesondere im Kopf-Halsbereich, insbesondere harter Gaumen und auch der äußeren Haut dar.

Die Diagnose des KS erfolgt neben der Anamnese, klinisch und anhand eines Blutbildes, insbesondere über die CD4-Zellzahl und die HIV-Viruslast. Die First-Line Therapie des KS und damit der erstmalig festgestellten HIV-Infektion stellt die ART dar, welche seit 1996 zur Verfügung steht.

Bild 3: Zeigt die rötliche Papeln und Rötungen der Haut an a) Unterarm und b) Thorax



Schlussfolgerung

Die Einleitung der antiretroviralen Therapie (ART) über die entsprechende Fachdisziplin ist die wichtigste Therapie des HIV-assoziierten KS. Ziel der Behandlung des KS soll die Rückbildung der Läsionen und Reduktion der Symptome bei gleichzeitiger Erhaltung der Lebensqualität sein. Symptomorientiert soll bei Soorbefall eine lokale antimykotische Therapie durch den Zahnarzt oder die Zahnärztin erfolgen

