

Door de regering zijn uitspraken gedaan inzake de zogeheten non-AIDS-verklaring. De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst heeft zich hieraan geconformeerd met het bericht dat dergelijke verklaringen medisch onverantwoord worden geacht.⁷²

- ⁷⁰ DURACK DT. Opportunistic infections and Kaposi's sarcoma in homosexual men. *N Engl J Med* 1982; 305/24: 1465-6.
- ⁷¹ BUNING EC, COUTINHO RA, VAN BRUSSEL GHA, VAN SANTEN GW, VAN ZADELHOFF AW. Preventing AIDS in drug addicts in Amsterdam. *Lancet* 1986; II: 1435.
- ⁷² NAUTA AP, HOLST PAJ, EIJROND BDP. Bedrijfsgezondheid en AIDS. *Medisch Contact* 1986; 47: 1527-8.
- ⁷³ WEBER JN, ROGERS LA, SCOTT K, ET AL. Three-year prospective study of HTLV-III/LAV infection in homosexual men. *Lancet* 1986; I: 1179-1182.
- ⁷⁴ CHEINGSONG-POPOV R, WEISS RA, DALGLEISH A. Prevalence of antibody to human T-lymphotropic virus type III in AIDS and AIDS-risk patients in Britain. *Lancet* 1984; II: 477-9.

MONDAANDOENINGEN BIJ BESMETTING MET HIV

SAMENVATTING

Bij besmetting met het humane immunodeficiëntievirus (HIV) kunnen in de mond talrijke aandoeningen voorkomen. Sommige daarvan zijn min of meer kenmerkend voor de besmetting. In het bijzonder moet daarbij worden gedacht aan 'hairy' leukoplakie en het Kaposi-saroom. Andere afwijkingen, zoals candidose en chronische parodontitis, zijn minder kenmerkend voor het besmet zijn met HIV.

In deze bijdrage is vooral aandacht besteed aan de klinische verschijningsvorm van de mondaandoeningen. In een andere bijdrage, elders in deze aflevering, wordt ingegaan op de vraag in hoeverre de tandarts zich bij het vermoeden op besmetting met HIV actief dan wel passief moet opstellen ten aanzien van het eventueel serologisch laten aantonen van het virus.

VAN DER WAAL I. Mondaandoeningen bij besmetting met HIV. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1987; 94: 203-6.

I. van der Waal, kaakchirurg

Uit de vakgroepen Mondziekten en Kaakchirurgie en Pathologie van de mondholte van de Vrije Universiteit/ACTA te Amsterdam.

Trefwoorden: **Mondziekten en kaakchirurgie – Pathologie – AIDS – HIV-infectie**

Datum van acceptatie: 7 maart 1987

Adres: Prof. Dr. I. van der Waal, De Boelelaan 1117, 1007 MB Amsterdam.

1. INLEIDING

In de afgelopen jaren is gebleken, voornamelijk op grond van ervaringen in de Verenigde Staten, dat bij besmetting met het humane immunodeficiëntievirus (HIV) zich talrijke afwijkingen in de mond kunnen voordoen. Deels betreft het aandoeningen die niet kenmerkend zijn voor besmetting met het virus en ook onder andere omstandigheden kunnen voorkomen, deels betreft het nog niet eerder beschreven laesies, die min of meer bewijzend zijn voor besmetting met het beruchte virus. Tabel I geeft een overzicht van de mondaandoeningen, zoals die beschreven zijn bij patiënten die besmet zijn met HIV.¹ Het is niet opportuun om alle in voornoemde tabel vermelde aandoeningen te bespreken. Er kan, zoals reeds gesteld, een tweedeling worden gemaakt in laesies die min of meer kenmerkend zijn voor infectie met HIV en laesies die ook kunnen voorkomen bij niet-besmette personen. Van beide groepen zullen de belangrijkste worden besproken. Daarbij wordt deels gebruik gemaakt van gegevens uit de literatuur en deels van eigen ervaring met ongeveer 30 patiënten gedurende de periode 1 september 1986-1 maart 1987.

Aan Slangen c.s. komt de eer toe voor het eerst in dit tijdschrift uitvoerig aandacht te hebben besteed aan de orale manifestaties van AIDS.² Daarna is ook door Van Palenstein Helderman over dit onderwerp gepubliceerd.³

2. KENMERKENDE MONDAANDOENINGEN BIJ BESMETTING MET HIV

Enkele van de in tabel I vermelde aandoeningen zijn suggestief, zo niet bewijzend voor besmetting met HIV. Het betreft de 'hairy' leukoplakie en het intraoraal voorkomende Kaposi-saroom.

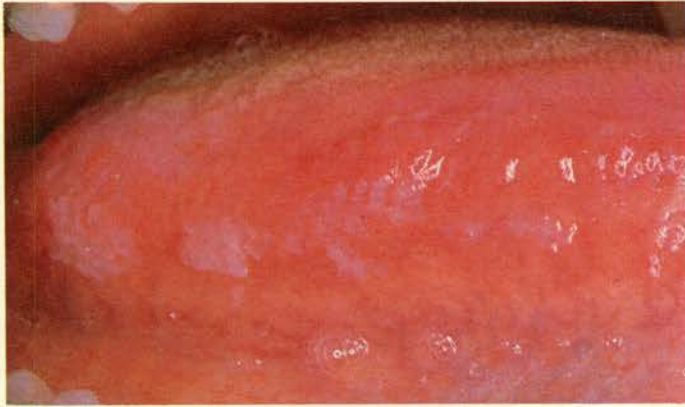
2.1. 'Hairy' leukoplakie

Eén van de kenmerkende mondaandoeningen is de 'hairy' leukoplakie. Zowel het bijvoeglijk naamwoord 'hairy' als de term leukoplakie zijn enigszins verwarrend.⁴ Sommigen geven de voorkeur aan de term 'condyloma planus'.⁵ Het betreft witte veranderingen van het slijmvlies, meestal beiderzijds op de tongranden maar soms ook elders in de mond (afb. 1 en 2). Het oppervlak kan een enigszins ruw, harig aspect hebben. Het is een asymptomatische aandoening die op zich goedaardig is. Hoewel het klinische beeld zich niet altijd direct laat onderscheiden van andere witte slijmvliesveranderingen, zoals lichen planus of echte leukoplakie, kan door middel van een proefexcisie de diagnose met zekerheid worden gesteld. Aangezien het op grond van klinisch-histopathologische criteria inderdaad een classificeerbare afwijking betreft, is de benaming 'leukoplakie' op zich eigenlijk niet juist.

Vanzelfsprekend dient met behulp van de serologische test zekerheid te worden verkregen over de vermoede besmetting

Tabel I. Mondaandoeningen bij besmetting met HIV.

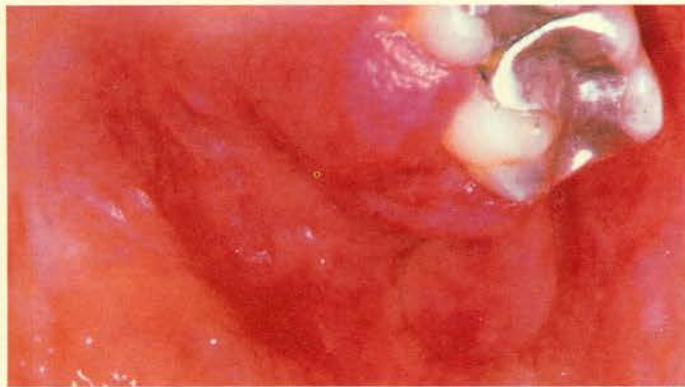
<i>Schimmelinfecties</i>
Candidose
Histoplasmose
<i>Bacteriële infecties</i>
Chronische parodontitis
Acute necrotiserende en ulcererende gingivitis
Opvlammings van periapicale ontstekingen
Mycobacterium avium intracellulare
Klebsiella pneumonia
Enterobacterium cloacae
<i>Virale infecties</i>
Herpetiforme stomatitis
'Hairy' leukoplakia
Herpes zoster
Condyloma acuminatum
Cytomegalovirus
<i>Nieuwvormingen</i>
Kaposi-saroom
Non-Hodgkin's lymfoom
Plaveiselcelcarcinoom
<i>Onbekende etiologie</i>
Afteuze ulceraties
Xerostomie
Speekselklierzwellings
Vertraagde wondgenezing



Afb. 1. Lichte vorm van 'hairy' leukoplakie op de tongrand bij een seropositieve 28-jarige man.



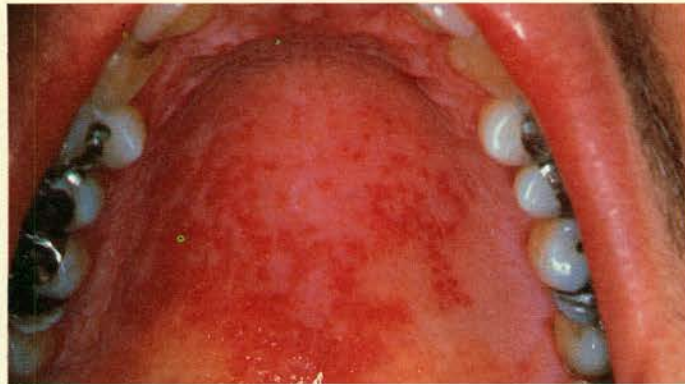
Afb. 2. 'Hairy' leukoplakie van de tongrand bij een 32-jarige seropositieve man. (Met dank aan S. Silverman, San Francisco.)



Afb. 3. Blauw-rode zwelling van de palatinale gingiva en het gehemelte-slijmvlies. Het bleek om een Kaposi-saroom te gaan bij een 26-jarige man met AIDS.



Afb. 4. Diffuse groei van een Kaposi-saroom bij een patiënt met AIDS. (Met dank aan J. J. Pindborg, Kopenhagen.)



Afb. 5. Atrofische vorm van candidose op het gehemelte bij een 25-jarige seropositieve man.



Afb. 6. Hyperplastische vorm van candidose op het gehemelte bij een 33-jarige seropositieve man. (Met dank aan J. J. Pindborg, Kopenhagen.)



Afb. 7. Chronische parodontitis bij een 29-jarige aan drugs verslaafde vrouw, die besmet bleek met HIV.



Afb. 8. Lokale vorm van acute necrotiserende en ulcererende gingivitis bij een 28-jarige man, die besmet bleek met HIV.

met HIV en dient nader onderzoek te worden verricht. De afwijking blijkt tot op heden inderdaad alleen voor te komen bij patiënten besmet met HIV en moet vermoedelijk als een prognostisch ongunstige laesie worden beschouwd. Het merendeel van de patiënten met 'hairy' leukoplakie ontwikkelt binnen enkele jaren AIDS.

2.2. Kaposi-sarcoom

Intra-oraal voorkomen van Kaposi-sarcoom kan min of meer als bewijzend worden beschouwd voor besmetting met HIV. Het klinische beeld kan variëren van een aanvankelijk onschuldig uitzienende vlakke, erythemateuze slijmvlieverandering, veelal het eerst aanwezig op het harde of zachte gehemelte, tot een blauwe of blauwrode gelobde zwelling (afb. 3 en 4). Meestal is sprake van diffuus of multipel voorkomen in het slijmvlies, evenals dat bij met HIV-geïnfecteerde patiënten ook op de huid het geval kan zijn.

Om de diagnose Kaposi-sarcoom met zekerheid te kunnen stellen, is histopathologisch onderzoek vereist. Ook daarbij doen zich gradaties voor, variërend van ogenschijnlijk goedaardige vaatproliferaties tot celrijke woekeringen met veel kernelingen. Kaposi-sarcomen kunnen niet goed worden behandeld. Hoewel een enkele maal spontane remissie is beschreven, nemen de tumoren meestal geleidelijk in omvang toe en kunnen, vooral bij lokalisatie in de mond, ernstige problemen veroorzaken. Soms lukt het om de tumorgroei te remmen met behulp van bestraling.

3. NIET-KENMERKENDE AANDOE- NINGEN BIJ BESMETTING MET HIV

In tabel I zijn veel afwijkingen vermeld die kunnen voorkomen bij besmetting met HIV, maar die zich ook bij niet-besmette personen kunnen voordoen. Het is juist deze groep aandoeningen die de tandarts de meeste problemen oplevert. Het gaat immers veelal om alledaagse afwijkingen, zoals aften en tandvleesontstekingen. De belangrijkste niet-kenmerkende laesies zullen hier nader worden besproken.

3.1. Candidose

Candidose kan zich in de mond uiten in een acute of chronische pseudomembraneuze, een atrofische of erythemateuze vorm en, als derde een chronische hyperplastische variant (afb. 5 en 6). Daarnaast wordt door sommigen de angulaire cheilitis (perlèches) nog als een aparte vorm van candidose beschouwd. Van voornoemde vormen wordt de atrofische of erythemateuze vorm – meestal voorkomend op het gehemelte of de tongrug – nogal eens door de tandarts gemist. Vermoedelijk wordt het begrip candidose klinisch meestal geasso-

cieerd met witte, roomachtige plaques of verdikkingen van het slijmvlies. Een Candida-infectie, waardoor geen lokale oorzaak aanwezig is in de vorm van bijvoorbeeld het gebruik van corticosteroiden of antibiotica, wijst sterk op besmetting met HIV.⁶⁻⁸ Niet zelden blijkt candidose van het mondslijmvlies gepaard te gaan met candidose van de slokdarm, ook al kunnen symptomen daarvan ontbreken.⁹

De diagnose 'candidose' kan meestal worden gesteld op grond van het klinische beeld. Bij twijfel kan cytologisch of eventueel zelfs histopathologisch onderzoek worden gedaan. Bij de behandeling wordt meestal gebruik gemaakt van antischimmel bevattende mondspoelingen, zoals Nystatine®. In ernstige situaties, met name bij uitbreiding in de slokdarm, kan systemische behandeling nodig zijn.

3.2. Chronische parodontitis en acute necrotiserende ulcererende gingivitis

Chronische parodontitis is een betrekkelijk vaak voorkomende aandoening. Het rangschikken als één van de mogelijke mondaandoeningen bij besmetting met HIV doet op het eerste gezicht dan ook vreemd aan. Toch is gebleken, dat bij patiënten besmet met HIV, vaak parodontitis voorkomt. Deze gedraagt zich vaak agressief en reageert soms niet goed op de gebruikelijke lokale mondhygiënische maatregelen (afb. 7).

Acute necrotiserende en ulcererende gingivitis (ANUG) was een na de Tweede Wereldoorlog zelden meer voorkomend ziektebeeld. Bij besmetting met HIV wordt deze tandvleesontsteking echter weer vaak gezien, hetzij in een gegeneraliseerde vorm, hetzij in een beperkte, lokale vorm (afb. 8). Behalve de gebruikelijke mondhygiënische maatregelen blijkt vaak ondersteuning nodig met systemisch toegediende antibiotica, zoals metronidazol.

3.3. Opvlammingen van periapicale ontstekingen

Een opvlamming van een periapicale chronische ontsteking is geen zeldzaam fenomeen en kan dan ook niet als suggestief of bewijzend voor besmetting met HIV worden beschouwd. Toch moet aan die mogelijkheid worden gedacht, wanneer het gaat om een hardnekkige periapicale ontsteking, die niet reageert op de gebruikelijke maatregelen zoals het ruimen en grondig reinigen van het kanaal.

3.4 Herpetiforme stomatitis

Herpetiforme stomatitis in niet met HIV-besmette mensen is een betrekkelijk zelden voorkomende aandoening, zowel in de acute als in de chronische, recidiverende vorm. De diagnose kan meestal met vrij grote zekerheid worden gesteld op grond van de multipale afte-achtige plekje, met name op het gehemelte en vaak ook op de gingiva. De ontsteking gaat met koorts en algehele malaise gepaard. Zo nodig kan serologisch onderzoek worden uitgevoerd naar antilichamen tegen het Herpes-simplex-virus. Het gaat niet zo zeer om de absolute waarde van de titer, maar om een eventueel in ongeveer twee weken tijds optredende stijging van de titers.

Er is nauwelijks een adequate therapie. Toediening van antibiotica kan worden overwogen om secundaire infectie te voorkomen.

3.5. Plaveiselcelcarcinoom

In een groep van 120 homoseksuele mannen met AIDS, werd bij één een plaveiselcelcarcinoom van het mondslijmvlies aangetroffen; bij zes andere uit de groep van 93 als risicopatiënten beschreven seropositieve homoseksuele mannen werden eveneens mondholtecanceren aangetroffen.¹⁰ Deze waren bijna alle op de tong gelokaliseerd. Gelet op het feit dat de gemiddelde leeftijd van voornoemde groep lager dan 40 jaar was, lijkt besmetting met HIV inderdaad te predisponeren voor het krijgen van een plaveiselcelcarcinoom van het mondslijmvlies.

4. DISCUSSIE

De besproken, voor HIV-besmetting kenmerkende, aandoeningen vereisen een gedegen klinisch-diagnostische ervaring van de tandarts op het gebied van slijmvliefsafwijkingen. Bij het vermoeden op aanwezigheid van 'hairy' leukoplakie of Kaposi-sarcoom, de twee belangrijkste aandoeningen in deze categorie, lijkt over het algemeen eerst histopathologische bevestiging gewenst alvorens serologisch onderzoek naar HIV-antilichamen te laten doen. De kaakchirurg is de eerst aangewezen om een dergelijke proefexcisie te doen en is bovendien, door zijn eigenlijk altijd werkzaam zijn in een ziekenhuis, in de gelegenheid daarna het voornoemde serologische onderzoek aan te vragen, hetzij rechtstreeks, hetzij via de in veel ziekenhuizen

SUMMARY

ORAL MANIFESTATIONS IN HIV-INFECTION

Keywords: Oral surgery - Oral pathology - AIDS - HIV-infection

reeds aanwezige internist-AIDS-coördinator. Bij de klinisch-histopathologisch gestelde diagnose 'hairy' leukoplakie en ook bij het Kaposi-saroom is de kans dat het serologisch onderzoek negatief zal uitvallen, vrijwel nihil.

Bij de besproken niet-kenmerkende aandoeningen, zoals de verschillende uitingen van candidose, chronische parodontitis en opvlammingen van periapicale ontstekingen, is de kans op een negatieve uitslag van het serologisch onderzoek veel groter. Het is de vraag of het verantwoord is of – integendeel – noodzakelijk, om een patiënt met dit soort afwijkingen inderdaad min of meer routinematig op HIV-antilichamen te laten onderzoeken of dat men zich daarbij moet laten leiden door het gegeven of de betreffende patiënt tot de zogenaamde risicogroepen behoort, ook al lijkt er geleidelijk een vervaging te ontstaan van het begrip 'risicogroep'. Op voornoemde aspecten zal elders in deze aflevering nader worden ingegaan.

In patients infected with the human immunodeficiency virus (HIV) a wide variety of oral lesions may be observed. Some of those lesions are rather characteristic of HIV-infection, such as 'hairy' leukoplakia and Kaposi's sarcoma. However, many of the other reported lesions and conditions, such as candidiasis, chronic periodontitis, herpetic stomatitis and recurrent aphthous ulceration, are not very much indicative of the presence of HIV and raise the ethical question whether or not the dentists should discuss with the patient the possibility of a HIV-infection. This particular aspect will be discussed in another article.

LITERATUUR

- ¹ GREENSPAN D, GREENSPAN JS, PINDBORG JJ, SCHIØDT M. Aids and the dental team. Kopenhagen: Munksgaard, 1986.
 - ² SLANGEN MLBT, VAN DEN AKKER HP, LANGE JMA, SCHIPPER MEI, KUSEN GJ. Kaposi-saroom en andere orale manifestaties van AIDS. Ned Tijdschr Tandheelkd 1986; 93: 254-9.
 - ³ VAN PALENSTEIN HELDERMAN WH. Aids en mondaandoeningen. Ned Tandartsenbl 1987; 42: 39-45.
 - ⁴ GREENSPAN D, GREENSPAN JS, CONANT M, PETERSEN V, SILVERMANS, DE SOUZA Y. Oral 'hairy' leukoplakia in male homosexuals: evidence of association with both papilloma virus and a herpes-group virus. Lancet 1984; 2: 831-4.
 - ⁵ EVERSOLE LR, JACOBSON P, STONE CE, FRECKLETON V. Oral condyloma planus (hairy leukoplakia) among homosexual men: A clinicopathologic study of thirty-six cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1986; 61: 249-55.
 - ⁶ BARR CHE, TOROSIAN JP, QUINONES-WHITMORE GD. Oral manifestations of Aids: the dentist's responsibility in diagnosis and treatment. Quintess Intern 1986; 17: 711-7.
 - ⁷ CHANDRASEKAR PH, MOLINARI JA. Oral candidiasis: forerunner of acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)? Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1985; 60: 532-4.
 - ⁸ SCULLY C, CAWSON RA, PORTER SR. Acquired immunodeficiency syndrome: review. Br Dent J 1986; 161: 53-60.
 - ⁹ TAVITIAN A, RAUFMAN J-P, ROSENTHAL LE. Oral candidiasis as a marker for esophageal candidiasis in the acquired immunodeficiency syndrome. Ann Intern Med 1986; 104: 54-5.
 - ¹⁰ SILVERMANS, MIGLIORATI CA, LOZADA-NUR F, GREENSPAN D, CONANT MA. Oral findings in people with or at high risk for AIDS: a study of 375 homosexual males. J Am Dent Assoc 1986; 112: 187-92.
-