

Ιογενείς Δερματοπάθειες— Viral Infections

3

Aναφέρονται οι συνηθέστερα συναντώμενες ιογενείς δερματοπάθειες. Το χαρακτηριστικό που διακρίνει τους ιούς είναι η απόλυτη εξάρτησή τους από τον ξενιστή. Το σωματίδιο του ιού—*virion* συνίσταται από μία αλυσίδα πυρηνικού οξέως (DNA ή RNA) μέσα σε πρωτεϊνικό κέλυφος—*capsid*.

Η γενετική πληροφορία είναι ικανή να κωδικοποιήσει πρωτεΐνες που συμμετέχουν στο διπλασιασμό του ιού και στη παραγωγή του προστατευτικού κελύφους. Για τη μετάφραση αυτή όμως απαιτούνται τα ριβοσωμάτια του κυττάρου-ξενιστή—*host-cell ribosomes*. Η ανοσολογική απάντηση του ξενιστή σε δερματικές ιογενείς λοιμώξεις είναι ένας συνδυασμός που επηρεάζει: τα κύτταρα φυσικούς φονείς—*natural killer cells*, τις ιντερφερόνες—*IFN* και τα μακροφάγα που περιορίζουν το πολλαπλασιασμό και τη διασπορά του ιού. Εμπλέκονται επίσης τα T-λεμφοκύτταρα $CD4^+$ και $CD8^+$.

ΜΟΛΥΣΜΑΤΙΚΗ ΤΕΡΜΙΝΘΟΣ— *Molluscum contagiosum*

Η δερματοπάθεια οφείλεται σε ιό DNA της οικογένειας *Poxviridae* (υπογένους *Molluscipox virus*), με μέγεθος 150x200nm, τον ιό της μολυσματικής τερμίνθου—*molluscum contagiosum virus*—*MCV*. Έχουν ανευρεθεί 4 υπότυποι γενετικά διακριτοί.

Επιδημιολογία. Η πάθηση είναι συνηθισμένη σε άτομα προσχολικής και σχολικής ηλικίας και για τη μετάδοσή της ενοχοποιούνται συνήθως η κολύμβηση σε πισίνες και κοινόχρηστα λουτρά. Η συχνότητα της πάθησης αυξάνεται σε νέους ενήλικες, ως αποτέλεσμα σεξουαλικής επαφής, οπότε το εξάνθημα εντοπίζεται στη γεννητική και περιγεννητική περιοχή, στο υπογάστριο και στο περίνεο. Οι βλάβες μπορούν

να εντοπισθούν επίσης στο κεφάλι, στα βλέφαρα, στις παρειές, στις μασχάλες ή οπουδήποτε στο σώμα. Ορισμένες φορές οι βλάβες διατάσσονται γραμμοειδώς σε θέσεις επιπολής τραυματισμού—φαινόμενο *Köbner*. Η πάθηση είναι συχνότερη και πιο εκτεταμένη σε άτομα που είναι ανοσοκατασταλμένα ή πάσχουν από ατοπικό έκζεμα.

Κλινική εικόνα. Ο χρόνος επώασης κυμαίνεται από δύο εβδομάδες έως έξι μήνες. Το εξάνθημα χαρακτηρίζεται από λίγες έως πολυάριθμες *βλατίδες* σκληροελαστικής σύστασης, ημισφαιρικές, ομφαλωτές, που μπορεί να εμφανίζουν κεντρικό πόρο. Το χρώμα τους είναι λευκωπό σαν του μαργαριταριού και το μέγεθός τους κυμαίνεται από 0,5mm έως 1cm μετά από 6-12 εβδομάδες. Ορισμένες από τις ημισφαιρικές βλατίδες μπορεί να εμφανίσουν ελαφρά περισφιγμένη βάση. Συμπύεση της βλατίδας από τα πλάγια, με λεπτή λαβίδα, προκαλεί συνήθως την έξοδο λευκωπού, τυρώδους εκκρίματος από τον κεντρικό πόρο. Το έκκριμα συνιστά μάζες επιθηλιακών κυττάρων που παρασιτούνται από τον ιό.

Εξέλιξη. Με το πέρασμα του χρόνου ορισμένες από τις βλατίδες αποκτούν ρόδινο χρώμα, φλεγμαίνουν, διαπυούνται, εφελκιδοδοποιούνται και τελικά αυτοϊώνονται. Η κάθε βλατίδα μπορεί να διαρκέσει από λίγους μήνες έως και 3-4 χρόνια. Η αυτοϊαση είναι αποτέλεσμα επιβραδυνόμενου τύπου ανοσολογικής αντίδρασης που εκδηλώνεται με λεμφοκυτταρική διήθηση των βλαβών.

Θεραπευτική αντιμετώπιση. Η καταστροφή των βλαβών επιτυγχάνεται με διάφορα μέσα: διαθερμοπηξία, απόξεση των βλαβών, αφαίρεση με λαβίδα, κρυοπηξία. Δεν χρησιμοποιείται η χειρουργική αφαίρεση. Σε μικρά παιδιά συνιστάται η τοπική εφαρμογή αναισθητικής κρέμας μία ώρα πριν από την επέμβαση (με

κάλυψη πλαστικού φιλμ) ώστε η επέμβαση να γίνει το δυνατότερο ανώδυνα. Στη βιβλιογραφία αναφέρεται η εφαρμογή: σαλικυλικού οξέως 5-20% σε κολλώδιο, μόνο του ή μαζί με ιωδιούχο ποβιδόνη, κρέμας ποδοφυλλοτοξίνης, κρέμας 5% ιμικουϊμόδης και κανθαριδίνης.

ΕΡΠΗΤΟΪΩΣΕΙΣ

Η ομάδα των ερπητοϊών—herpesviruses είναι ιοί DNA που ανήκουν στους ερπητοϊούς του ανθρώπου—herpes virus hominis με μέγεθος 180-250 nm μαζί με τη κάψα.

Περιλαμβάνονται οι ιοί: του απλού έρπητα—herpes simplex virus-HSV, τύποι 1 και 2, υπεύθυνοι για τον απλό έρπητα, ο ιός της ανεμευλογιάς-ζωστήρα—herpesvirus varicellae ή varicella-zoster virus-VZV υπεύθυνος για την ανεμευλογία και τον ζωστήρα, ο κυτταρομεγαλοϊός—cytomegalovirus, ο ιός των Epstein-Barr—EBV υπεύθυνος για τη λοιμώδη μονοκυρήνωση, ο ανθρώπινος ερπητοϊός-6—human herpesvirus-6 υπεύθυνος για τη παιδική ροδάνθη ή αιφνίδιο εξάνθημα—roseola infantum ή exanthem subitum, ο ανθρώπινος ερπητοϊός-7—human herpesvirus-7 και ο ανθρώπινος ερπητοϊός-8—human herpesvirus-8 ή Kaposi's sarcoma-associated herpesvirus, που η αιτιολογική του σχέση με το σάρκωμα του Kaposi ερευνάται.

ΑΠΛΟΣ ΕΡΠΗΤΑΣ—Herpes simplex

Αιτιολογία-επιδημιολογία. Οφείλεται στον ιό του απλού έρπητα. Ο τύπος 1 είναι τυπικά υπεύθυνος για τις λοιμώξεις του προσώπου και ο τύπος 2 για τις λοιμώξεις της γεννητικής-περιγεννητικής περιοχής, αν και υπάρχει αλληλοκάλυψη σε μεγάλο βαθμό. Εκτός από το δέρμα μπορεί να προσβληθούν: ο οφθαλμός, η στοματική κοιλότητα, ο φάρυγγας, ο οισοφάγος, το ήπαρ, οι πνεύμονες και ο εγκέφαλος. Η ερπητική λοίμωξη είναι από τις συχνότερες παγκόσμια και διακρίνεται στη **πρωτομόλυνση** και στον **επανεμφανιζόμενο ή υποτροπιάζοντα** έρπητα.

Η πρωτομόλυνση με το τύπο 1 συμβαίνει συνήθως κατά την βρεφική-νηπιακή ηλικία και με το τύπο 2 κύρια από την εφηβεία και μετά, ως αποτέλεσμα σεξουαλικής επαφής.

Η μετάδοση γίνεται με την επαφή του δέρματος ή των βλεννογόνων, με βλάβη του εξανθήματος ή με σάλιο και με τα υγρά των γεννητικών οργάνων

από ασυμπτωματικούς φορείς. Ο ενοφθαλμισμός διευκολύνεται από την ύπαρξη μικροτραυματισμών της περιοχής και ακολουθείται από την ανοσολογική απάντηση (χυμική και κυτταρική ανοσία). Η ανοσία δεν προστατεύει το άτομο από επαναμόλυνση ή υποτροπή. Μετά τη πρωτομόλυνση ο ιός παραμένει σε λανθάνουσα κατάσταση (δεν παράγει ικές πρωτεΐνες και δεν γίνεται αντιληπτός από τους μηχανισμούς άμυνας του ξενιστή) στα αισθητικά γάγγλια του νωτιαίου μυελού, για πάντα. Το χρονικό διάστημα μέχρι την εμφάνιση υποτροπής, μπορεί να κυμαίνεται από μήνες έως δεκαετίες. Οι υποτροπές μπορεί να είναι σπάνιες, λίγες ή πολλές. Σχετίζονται με την ανοσολογική κατάσταση του ασθενή και κύρια με την ανοσοκαταστολή (νόσοι, λήψη φαρμάκων, συγγενής) που αυξάνει τη βαρύτητα και τη συχνότητά τους. Υποτροπή μπορεί να εμφανισθεί μετά από: εμπύρετο νόσημα, έκθεση στον ήλιο, μικροτραυματισμό, νευραλγία του τριδύμου, οδοντιατρική επέμβαση, νευροχειρουργική επέμβαση, δερματοαπόξεση, εφαρμογή Laser ανάπλασης ή από άγνωστη αιτία. Μερικές γυναίκες εμφανίζουν υποτροπές κατά το διάστημα πριν από την έμμηνο ρύση. Το συναισθηματικό στρες ενοχοποιείται ορισμένες φορές σε σχέση με την επίδρασή του στη ανοσολογική λειτουργία.

Οι υποτροπές είναι συχνότερες σε πάσχοντες από ατοπικό έκζεμα. Ο επανεμφανιζόμενος έρπητας ευθύνεται σε μεγάλο ποσοστό για υποτροπές πολύμορφου ερυθήματος και σπανιότερα για γενικευμένες λοιμώξεις, όπως το ερπητικό έκζεμα—eczema herpeticum.

ΕΡΠΗΤΙΚΗ ΠΡΩΤΟΜΟΛΥΝΣΗ

Σε πολύ μεγάλο ποσοστό (μεγαλύτερο του 90%) είναι ασυμπτωματική. Ορισμένες φορές τα συμπτώματα της πρωτομόλυνσης εμφανίζουν διάρκεια και βαρύτητα μεγαλύτερη αυτών του υποτροπιάζοντα έρπητα. Συχνότερα συμπτωματική, είναι η πρωτομόλυνση της γεννητικής από ότι της στοματικής περιοχής. Η πρωτομόλυνση μπορεί να εκδηλωθεί ως: ερπητική ουλοστοματίτιδα—herpetic gingivostomatitis, έρπητας των γεννητικών οργάνων—herpes genitalis, κερατοεπιπεφυκίτιδα—keratoconjunctivitis, και έρπητας από ενοφθαλμισμό—inoculation herpes simplex (Εικ. 3). Ο χρόνος επώασης είναι περίπου 5 ημέρες. Το εξάνθημα ή το ενάνθημα συνυπάρχει με πυρετό (πιθανώς ψηλό), κακουχία, αδυναμία και σύστοιχη



Εικόνα 3. Απλός έρπητας, πρωτομόλυνση σε βρέφος.

λεμφαδενίτιδα. Η διάρκεια μέχρι την αποκατάσταση είναι 2 περίπου εβδομάδες.

Το ενάνθημα της στοματικής κοιλότητας (γλώσσα, υπερώα, φάρυγγας και βλεννογόνο των παρειών) χαρακτηρίζεται από φυσαλίδες, διαβρώσεις, επιθηλιακά ράκη, διόγκωση και αιμορραγία των ούλων, δυσφαγία και δυσκαταποσία.

Το ενάνθημα των γεννητικών οργάνων (πόσθη, βάλανος, αιδοίο, είσοδος κόλπου, τράχηλος μήτρας) χαρακτηρίζεται από οίδημα, διαβρώσεις και ελκώσεις, με αίσθημα πόνου, καύσου και δυσουρία.

Η κερατοεπιπεφυκίτιδα χαρακτηρίζεται από μικροδιαβρώσεις και οίδημα των βλεφάρων, πυώδη επιπεφυκίτιδα και πιθανή θολερότητα του κερατοειδούς λόγω των επιπολής διαβρώσεων—δενδριτικά έλκη.

Στον έρπητα από ενοφθαλμισμό, το εξάνθημα εμφανίζεται στα σημεία επαφής όπως το πρόσωπο (παλαιστές, πυγμάχοι), στα ακροδάκτυλα (*ερπητική παρωνυχία*—herpetic whitlow σε ιατρικό και σε παραϊατρικό προσωπικό) ή σε άλλες θέσεις σε γυναίκες που πάσχουν από υποτροπιάζοντα έρπητα των γεννητικών οργάνων.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΜΟΛΥΝΣΗΣ

Σε ποσοστά που ποικίλλουν μπορεί να παρατηρηθούν: κεφαλαλγία, μνηγιγισμός, νευροπάθεια των ριζών—radiculoneuropathy σε πρωκτογεννητική εντόπιση με παραισθησία του ιερού, κατακράτηση ούρων, δυσκοιλιότητα και παροδική σεξουαλική ανικανότητα σε άνδρες. Τα προβλήματα αποκαθίστανται σε λίγες εβδομάδες.

Η **εγκεφαλίτιδα** από τον ιό του απλού έρπητα είναι η σοβαρότερη και συχνότερη από τις οξείες ιώσεις του εγκεφάλου. Χωρίς θεραπευτική αντιμετώπιση έχει ψηλό ποσοστό θνητότητας ενώ πολλοί από τους επιζώντες εμφανίζουν σοβαρά κατάλοιπα εγκεφαλικής βλάβης. Η **ηπατίτιδα** από έρπητα είναι σπάνια και έχει σοβαρή πρόγνωση. Η **πνευμονία** από τον απλό έρπητα είναι συνήθως θανατηφόρος. Θεωρείται ως μόλυνση από εισπνοή ή αναρρόφηση επειδή εμφανίζεται συνήθως μετά λοίμωξη του στόματος, του οισοφάγου ή της τραχείας.

Ερπητικό έκζεμα—eczema herpeticum. Με τον όρο αυτό περιγράφεται γενικευμένο φυσαλιδώδες εξάνθημα που γρήγορα μετατρέπεται σε φλυκταινώδες με φλύκταινες ομφαλωτές. Πρόκειται για πρωτοπαθή συνήθως μόλυνση από τον ιό του απλού έρπητα. Προσβάλλονται άτομα με ατοπικό έκζεμα και σε μικρότερο ποσοστό με άλλο κνησμώδες νόσημα. Κλινικά, ίδια εικόνα μπορεί να παρατηρηθεί μετά από μόλυνση με τον ιό της δαμαλίδος—vaccinia-ροχνίριους officinalis με την ονομασία **ευλογιοειδές έκζεμα**—eczema vaccinatum. Το ερπητικό και το ευλογιοειδές έκζεμα περιγράφηκε αρχικά από τους Karosi και Juliusberg ως ενιαία οντότητα με την ονομασία *ευλογιοειδές εξάνθημα των Karosi-Juliusberg*—Karosi's varicelliform eruption. Παρόμοιο εξάνθημα μπορεί επίσης να δημιουργηθεί μετά μόλυνση με τον ιό coxsackie A-16—eczema coxsackiorum.

Πρωτομόλυνση και εγκυμοσύνη. Εάν η μητέρα εμφανίσει πρωτομόλυνση της γεννητικής περιοχής κατά το χρόνο του τοκετού πριν επιτευχθεί η ανοσοποίησή της, τότε μολύνεται το νεογνό σε ποσοστό 50%, με σοβαρή ή θανατηφόρο πρόγνωση. Μόλυνση του εμβρύου στην αρχή του τρίτου τριμήνου της κύησης μπορεί να προκαλέσει καθυστέρηση της ανάπτυξης και προωρότητα. Σοβαρή νοσηρότητα του νεογνού είναι σπάνια, σε περίπτωση υποτροπιάζοντα γεννητικού έρπητα. Είτε πρόκειται για πρώτη υποτροπή είτε για επαναλαμβανόμενη, κατά την εγκυμοσύνη ή κατά τον τοκετό, το έμβρυο προστατεύεται από τα μητρικά αντιερπητικά αντισώματα. Παρουσία ερπητικού εξανθήματος στη περιοχή του αιδοίου λίγο πριν το τοκετό, θεωρείται **ένδειξη** καισαρικής τομής.

ΕΡΠΗΤΑΣ ΠΟΥ ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΕΙ ή ΕΠΑΝΕΜΦΑΝΙΖΕΤΑΙ

Κλινική εικόνα. Στη θέση εμφάνισης του εξανθήματος μπορεί να προηγηθούν ήπια συμπτώματα όπως

αίσθημα καύσου και νυγμών, ελαφρός κνησμός, υπαισθησία ή υπεραίσθησία. Μετά από μια περίπου ημέρα, εμφανίζεται μία πλάκα (σπανιότερα δύο ή τρεις), με διάμετρο 2-4cm περίπου, ερυθρορόδινη και ελαφρά επηρμένη. Στη συνέχεια επάνω στη πλάκα εμφανίζεται ομάδα φυσαλίδων, ημισφαιρικών, ισομεγέθων, με διάμετρο 1-2mm, τεταμένων που μπορεί να εμφανίζουν ελαφρά ομφαλωτό κέντρο. Οι φυσαλίδες στη συνέχεια συρρέουν, το διαυγές τους περιεχόμενο μετετρέπεται σε θολερό και τελικά σχηματίζουν μια μεγάλη, πολυκυκλική φυσαλιδοφλύκταινα. Το περιεχόμενο της φλύκταινας ή απορροφάται ή με τη τριβή και το ξεσμό εξέρχεται και σχηματίζει οροπυώδη εφέλκίδα που αποπίπτει μετά από μία με δύο ημέρες χωρίς να αφήσει ουλή (Εικ. 4 Α,Β). Το εξάνθημα διαρκεί περίπου 5-7 ημέρες. Όταν ο έρπητας επανεμφανίζεται στο πρόσωπο ανδρών ή στις κνήμες γυναικών μετά από ξύρισμα, ο **αυτοενοφθαλμισμός** του προκαλεί εξάνθημα *θυλακίτιδας* που ονομάζεται



Εικόνα 4 Α,Β. Απλός έρπητας.

ερπητική σύκωση—sycosis herpeticum. Σπανιότερα οι φυσαλίδες μπορεί να είναι λίγες και διάσπαρτες σε μία περιοχή, χωρίς ενιαία βάση.

Εργαστηριακός έλεγχος. Κατά τη πρωτομόλυνση, λόγω της ιαιμίας, παρατηρείται αύξηση της ΤΚΕ και λεμφοκυττάρωση. Αυξημένος είναι αρχικά ο τίτλος της IgM, όπως σε όλες τις ιογενείς λοιμώξεις, ενώ στη συνέχεια πέφτει ο τίτλος της IgM και αυξάνεται ο τίτλος της IgG που παραμένει υψηλός για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Χαρακτηριστικές κυτταρικές αλλοιώσεις παρατηρούνται στο υγρό των φυσαλίδων με το κυτταρολογικό έλεγχο κατά Tzanck. Ο ιός καλλιεργείται σε κυτταροκαλλιέργειες ανθρώπινων εμβρυϊκών ινοβλαστών. Με τη τεχνική του έμμεσου ανοσοφθορισμού και χρήση μονοκλωνικών αντισωμάτων, στο έκκριμα φυσαλίδων, μπορεί να γίνει γρήγορη διάγνωση. Στο εμπόριο είναι διαθέσιμα «σετ» ορολογικών ελέγχων για ανίχνευση αντισωμάτων κατά των HSV-1 και HSV-2, εύκολα και αξιόπιστα. Σήμερα ως μέθοδος ρουτίνας χρησιμοποιείται η PCR που είναι περισσότερο ευαίσθητη από τη τεχνική του ανοσοφθορισμού.

Ιστολογικός έλεγχος. Ο ιός αναπτύσσεται στα επιδερμικά κερατινοκύτταρα δημιουργώντας ενδοεπιδερμική φυσαλίδα με τους μηχανισμούς της *ακανθόλυσης*, της *σφαιροποίησης* και της *δικτυωτής εκφύλισης*. Οι μεσοκυττάρια γέφυρες καταστρέφονται λόγω δευτεροπαθούς ακανθόλυσης, από τη δράση των ιικών τοξινών. Τα προσβεβλημένα κερατινοκύτταρα εμφανίζουν ογκώδεις, πολύλοβους πυρήνες με ανώμαλο, γωνιώδες σχήμα—Tzanck cells. Τα σφαιροκύτταρα εμφανίζουν εωσινοφιλικά έγκλειστα.

Θεραπευτική αντιμετώπιση. Στα κλασικά συγγράμματα της φαρμακολογίας αναφέρεται ότι όσο νωρίτερα αρχίζει η φαρμακευτική αγωγή τόσο πιο αποτελεσματική είναι. Ο σκοπός είναι να ανασταλεί ο πολλαπλασιασμός του ιού και η δημιουργία των ιστολογικών-κλινικών βλαβών. Ανάλογα με την έκταση και την εντόπιση των βλαβών μπορεί να χορηγηθούν αντιϊκοί παράγοντες: τοπικά (κρέμα ή οφθαλμικό σκεύασμα), από το στόμα ή ενδοφλέβια (σε περίπτωση ερπητικού εκζέματος ή εγκεφαλίτιδας). Σε περίπτωση υποτροπιάζοντα έρπητα αρκεί η εφαρμογή αντιϊκής κρέμας κάθε τρεις ώρες. Εάν οι υποτροπές είναι πολλές (περισσότερες από 8 περίπου το χρόνο) και δημιουργούν έντονα κλινικά, αισθητικά και ψυχολογικά προβλήματα (εντόπιση στο πρόσωπο και στα γεννητικά όργανα), προτείνεται η χορήγηση αγωγής από το στόμα για μακρύ χρονικό

διάστημα (6 έως 12 μήνες ή και περισσότερο) σε μια προσπάθεια μείωσης της συχνότητας και της βαρύτητας των υποτροπών της νόσου.

Από τα παλιότερα αντιικά φάρμακα είναι η ιδοξουριδίνη—IDU σε διάλυμα 15%. Σήμερα χρησιμοποιείται η ακυκλοβίρη (κρέμα 5%) και τα παράγωγά της. Συστηματικά χορηγούνται η ακυκλοβίρη, η βαλασικλοβίρη και η φαμισκλοβίρη. Σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς, με νόσο ανθεκτική στην ακυκλοβίρη, μπορεί να χορηγηθεί foscarnet καί cidofovir.

ΑΝΕΜΕΥΛΟΓΙΑ—Varicella - chickenpox

Αιτιολογία-επιδημιολογία. Η ανεμευλογιά οφείλεται στον ιό της ανεμευλογιάς-ζωστήρα. Η ανεμευλογιά είναι η πρωτομόλυνση ενώ ο ζωστήρας είναι η υποτροπή της νόσου. Η είσοδος του ιού γίνεται από την αναπνευστική οδό. Η λοίμωξη αφορά συνήθως νήπια, παιδιά και εφήβους ενώ είναι ασυνήθιστη σε ενήλικες. Είναι πολύ μεταδοτική με μέσο χρόνο επώασης 2 εβδομάδες.

Κλινική εικόνα. Η νόσος μπορεί να εμφανίσει πρόδρομα συμπτώματα, πυρετό και κακουχία που υποχωρούν σε λίγες ημέρες. Το εξάνθημα αρχίζει από το κεφάλι και ιδιαίτερα από το τριχωτό ενώ γενικεύεται τις επόμενες ημέρες. Η εμφάνιση σε ώσεις είναι υπεύθυνη για την φαινομενική πολυμορφία του εξανθήματος (όταν μία βλάβη υποχωρεί, άλλη ωριμάζει και η πλέον πρόσφατη πρωτοεμφανίζεται).

Το εξάνθημα αρχικά χαρακτηρίζεται από φυσαλίδες, τεταμένες, στίλβουσες που περιβάλλονται από ερυθματώδη άλω (Εικ. 5). Σε δύο περίπου ημέρες το περιεχόμενο των φυσαλίδων καθίσταται θολερό ενώ στο κέντρο τους εμφανίζεται ομφαλός. Οι ομφαλωτές πλέον φλύκταινες μετά λίγες ημέρες αρχίζουν να αποξηραίνονται, με απορρόφηση του περιεχομένου τους από το κέντρο. Ορισμένες εμφανίζουν νέκρωση στη θέση του ομφαλού. Τελικά οι φλύκταινες αποξηραίνονται και εφελκιδιοποιούνται. Μετά από δύο με τρεις εβδομάδες, το εξάνθημα υποχωρεί πλήρως, ενώ λίγες βλάβες μπορεί να αφήσουν ουλή. Το εξάνθημα μπορεί να συνοδεύεται από ήπιο έως έντονο κνησμό. Ενήλικες ασθενείς μπορεί να εμφανίσουν πνευμονία κατά την πρωτοπαθή λοίμωξη από τον ιό. Σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς οι φλύκταινες μπορεί να εξελιχθούν σε γαγγραινώδεις βλάβες (*γαγγραινώδης ανεμευλογιά—varicella gangrenosa*). Στις ασυνήθιστες επιπλοκές αναφέρονται: εγκεφαλίτιδα, θρομβοκυτταροπενία, άσπτη μνηιγγίτιδα, σύνδρομο Guillain—Barre, σύνδρομο του Reye, πορφύρα αλλεργική, ορχίτιδα κ.ά.

Ανεμευλογιά και εγκυμοσύνη. Εμβryo εγκυμονούσας που θα προσβληθεί από ανεμευλογιά πριν από την 24^η εβδομάδα της κύησης, μπορεί να γεννηθεί με το σπάνιο *συγγενές σύνδρομο ανεμευλογιάς*. Προσβολή της εγκυμονούσας μετά την 24^η εβδομάδα της κύησης μπορεί να προκαλέσει εμβρυοπάθεια σε ποσοστό 1-2%.



Εικόνα 5. Ανεμευλογιά.

Ανοσία επιτυγχάνεται με εμβόλιο ζώντων, εξασθενημένων ιών ανεμευλογιάς.

Οι ιστολογικές αλλοιώσεις είναι ταυτόσημες με αυτές του απλού έρπητα, όπως και οι τεχνικές διάγνωσης (κυτταροδιαγνωστική κατά Tzanck και PCR για τον ιό της ανεμευλογιάς).

Θεραπευτική αντιμετώπιση. Σε μικρούς ασθενείς η παραμονή στο σπίτι, η χορήγηση αντιπυρετικού και αντιισταμινικών επί κνησμού είναι επαρκής αγωγή. Σε περίπτωση πνευμονίας ή επιπλοκών χορηγείται συστηματική αντιική αγωγή.

ΖΩΣΤΗΡΑΣ—Herpes zoster ή shingles

Αιτιολογία-παθογένεση. Συνιστά επαναδραστηριοποίηση λανθάνουσας νόσου από τον ιό της ανεμευλογιάς-ζωστήρα. Ο ιός, όπως και στην περίπτωση του απλού έρπητα, μετά την ανεμευλογιά παραμένει σε λανθάνουσα κατάσταση στα αισθητικά γάγγλια του νωτιαίου μυελού. Η αναζωπύρωση με την μορφή του ζωστήρα, σε αντίθεση με τις συνήθεις και συχνές υποτροπές του απλού έρπητα, συμβαίνει στην πράξη **μία φορά** στη ζωή του ανθρώπου. Είναι συχνή πάθηση των ενηλίκων (σε ποσοστό 10-20% του πληθυσμού). Εμφάνιση σε παιδιά συνήθως σημαίνει ύπαρξη ανοσοκαταστολής ή κακοήθειας.

Κλινική εικόνα. Πριν από το εξάνθημα μπορεί να παρατηρηθεί πυρετός, άλγος πολλές φορές εντονότατο, στη θέση που μετά από 2-3 ημέρες θα εμφανισθεί

το εξάνθημα, καθώς και αίσθημα νυγμών, καύσου, υπεραισθησίας ή υπαισθησίας της περιοχής. Τα συμπτώματα μπορεί να συνεχίζονται κατά την διάρκεια του εξανθήματος αλλά και για λίγο διάστημα μετά την αποδρομή του, λόγω της παροδικής βλάβης του αισθητικού νεύρου. Ο ιός μετά την ενεργοποίησή του ακολουθεί φυγόκεντρη πορεία κατά μήκος ενός αισθητικού νεύρου και αναπαράγεται στα κερατινοκύτταρα της επιδερμίδας. Το εξάνθημα εντοπίζεται **ετερόπλευρα**, στο δέρμα που νευρούται από το αισθητικό νεύρο ή το συγκεκριμένο νευροτόμιο. Έτσι έχουμε θεωρητικά, τόσες τοπογραφικές μορφές ζωστήρα όσες και τα αισθητικά νεύρα του σώματος.

Το εξάνθημα χαρακτηρίζεται από δύο έως πολλές, ταινιοειδώς διατεταγμένες πλάκες, στρόγγυλες ή ωοειδείς, διηθημένες, ερυθρορόδινες έως ερυθρές, επάνω στις οποίες εμφανίζονται φυσαλίδες με τα χαρακτηριστικά του απλού έρπητα (**Εικ. 6**). Οι φυσαλίδες ακολουθούν την εξέλιξη αυτών του απλού έρπητα, με την διαφορά ότι η διάρκεια της νόσου είναι μεγαλύτερη, περίπου 2 με 3 εβδομάδες μέχρι την πλήρη υποχώρηση των βλαβών. Οι βλάβες δεν αφήνουν ουλή εκτός και αν υπάρξει δευτεροπαθής επιμόλυνση των φυσαλίδων. Ο πόνος που προηγείται του εξανθήματος, ανάλογα με την επικείμενη εντόπισή του, αποπροσανατολίζει ασθενή και ιατρό. Σε θωρακική εντόπιση μπορεί να γίνει σκέψη για προκάρδιο άλγος εμφράγματος, σε οσφυϊκή εντόπιση για κολικό νεφρού, σε ισχιακή εντόπιση για ισχιαλγία. Η



Εικόνα 6. Ζωστήρας.

εμφάνιση του χαρακτηριστικού εξανθήματος στη συνέχεια θέτει με ασφάλεια την διάγνωση.

Μεταζωστήρικό άλγος ονομάζεται η παρουσία έντονου και επίμονου άλγους (νευραλγία) στη θέση που προϋπήρχε το εξάνθημα, μετά πάροδο μηνών. Διαρκεί από αρκετούς μήνες έως και αρκετά χρόνια και οδηγεί τους ασθενείς στα ιατρεία πόνου, αφού το άλγος δεν αντιμετωπίζεται με τα συνήθη αναλγητικά. Τα άτομα που εμφανίζουν το συγκεκριμένο πρόβλημα είναι συνήθως ηλικιωμένοι με συνοδά νοσήματα και οφείλεται σε παροδική βλάβη του αισθητικού νεύρου που προσβάλλει ο ιός της ανεμευλογιάς- ζωστήρα.

Ειδικές Εντοπίσεις-Μορφές Ζωστήρα

α) **Ζωστήρας του τριδύμου.** Σε εμφάνιση ζωστήρα του 1^{ου} κλάδου, εκτός από το εξάνθημα, μπορεί να προκληθεί: πτώση του σύστοιχου άνω βλεφάρου και οφθαλμικές βλάβες με σοβαρότερη τη θόλωση του κερατοειδούς λόγω των «δενδριτικών» ελκών. Σε ζωστήρα του 3^{ου} κλάδου του τριδύμου μπορεί να προκληθεί πτώση της σύστοιχης γωνίας του στόματος. Εκτός από το εξάνθημα μπορεί να εμφανισθεί ενάνθημα, με φυσαλίδες, διαβρώσεις και επιθηλιακά ράκη (ράχη της γλώσσας, έδαφος της στοματικής κοιλότητας, έσω επιφάνεια της σύστοιχης παρειάς). Το ενάνθημα μπορεί να συνοδεύεται από οδονταλγία.

β) **Σύνδρομο των Ramsay-Hunt.** Πρόκειται για προσβολή του προσωπικού νεύρου και κύρια του κινητικού κλάδου. Υπάρχει άλγος, περιορισμένο εξάνθημα του έξω ακουστικού πόρου και πάρεση του προσωπικού που συμπληρώνει τη τριάδα του συνδρόμου Ramsay-Hunt. Πίεση του αιθουσαίου-κοχλιακού νεύρου μπορεί να προκαλέσει απώλεια της ακοής, ζάλνη και ίλιγγο. Προσβολή του διάμεσου νεύρου και του γονάτιου γαγγλίου μπορεί να προκαλέσει διαταραχή της γεύσης και δακρύρροια.

γ) **Ζωστήρας του ιερού νεύρου.** Στην προσβολή της περιοχής αυτής, εκτός από το άλγος και το εξάνθημα, μπορεί να παρατηρηθούν διαταραχές της σύρσης, της αφόδευσης και στυτική δυσλειτουργία.

δ) Σε άτομα με **ανοσοκαταστολή**, η λοίμωξη με τον ιό μπορεί να εμφανισθεί ως *πολλαπλός ζωστήρας*—zoster multiplex με προσβολή περισσοτέρων του ενός δερματομιών, ως *διάσπαρτος ζωστήρας*—disseminated zoster, ως *αιμορραγικός*—με αιμορραγικό περιεχόμενο των φυσαλίδων (**Εικ. 7**) και ως *νεκρωτικός* ή *γαγγραινώδης* με μεγαλύτερη διάρκεια, δημιουργία νεκρωτικών εσχαρών και τελικά ουλών.

ε) **Ζωστήρας χωρίς εξάνθημα**—zoster sine eruptione. Σπάνια, είναι δυνατό ο πόνος να μην ακολουθείται από εξάνθημα.



Εικόνα 7. Ζωστήρας αιμορραγικός.

Θεραπευτική αντιμετώπιση. Για τη πρόληψη του ζωστήρα μπορεί να γίνει εμβολιασμός, όπως και για τη προφύλαξη από την ανεμευλογιά. Θεραπευτικά, χορηγείται συνήθως από το στόμα ακυκλοβίρη, βαλασικλοβίρη και φαμισκλοβίρη για μία εβδομάδα. Επιπλέον μπορεί να χορηγηθούν αντιφλεγμονώδη και αναλγητικά. Κορτιζόνη από το στόμα μπορεί να χορηγηθεί (σε δόση 20-60 mg/ημ. ισοδυνάμου πρεδνιζολόνης) αμέσως μετά την ολοκλήρωση της εμφάνισης των βλαβών του εξανθήματος, που σημαίνει το τέλος της ιαιμίας. Η χορήγηση του στεροειδούς σκοπεύει στην αναστολή της εμφάνισης των μεταζωστηρικών αλγών, με τη προστασία του συγκεκριμένου νεύρου από τη φλεγμονή.

ΑΙΦΝΙΔΙΟ ΕΞΑΝΘΗΜΑ ή ΠΑΙΔΙΚΗ ΡΟΔΑΝΘΗ—*Exanthem subitum* ή *roseola infantum*

Αιτιολογία-επιδημιολογία. Η νόσος οφείλεται στον ανθρώπινο ερπητοϊό-6. Αναφέρεται ότι το σύνδρομο των Gianotti-Crosti, επίσης μπορεί να προκληθεί από τον ίδιο ιό. Έχει χρόνο επώασης 10-15 ημέρες.

Κλινική εικόνα. Η νόσος ξεκινά απότομα με υψηλό πυρετό 39,5-40 °C, διαρκεί 3-5 ημέρες και δεν συνοδεύεται από συμπτώματα. Εξάνθημα εμφανίζεται μετά την πρωτομόλυνση στα 3 πρώτα έτη της ηλικίας. Με την ύφεση του πυρετού εμφανίζεται κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα σε λαιμό και κορμό, που βραδύτερα μπορεί να επεκταθεί σε πρόσωπο και άκρα. Σε 1 με 2 ημέρες το εξάνθημα υποχωρεί πλήρως. Συνήθως συνυπάρχει διόγκωση των τραχηλικών και ινιικών λεμφαδένων. Εάν η πρωτομόλυνση συμβεί σε ενήλικες, εμφανίζεται νόσος σαν τη λοιμώδη μονοπυρήνωση, με αυχενική λεμφαδενοπάθεια που μπορεί να διαρκέσει έως και 3 μήνες.

Θεραπευτική αντιμετώπιση. Συμπτωματική.

ΙΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΙΟΥΣ ΤΩΝ ΘΗΛΩΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ (HPV)

Ιολογία. Οι ιοί των θηλωμάτων του ανθρώπου—human papilloma viruses, είναι ιοί DNA και αναπαράγονται στο πυρήνα των κερατινοκυττάρων. Προκαλούν διάφορους τύπους μυρμηκίων—verrucae σε διάφορες θέσεις του πολύστιβου πλακώδους επιθηλίου του δέρματος και των βλεννογόνων. Με τη χρήση τεχνικής υβριδισμού του DNA διακρίθηκαν πάνω από 120 διαφορετικά αντιγονικά στελέχη των HPV. Για τη τυποποίηση των HPV, η συννηθισμένη μέθοδος που

χρησιμοποιείται σήμερα είναι η PCR. Μεταξύ των διαφόρων τύπων των μυρμηκίων, υπάρχει μερική κλινική και ιστολογική αλληλοκάλυψη. Μερικά στελέχη εμφανίζουν ογκογενετική δυνατότητα. Έχει μεγάλο ενδιαφέρον ο ρόλος των HPV-16 και -18, στην αιτιολογία ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας και διηθητικού καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, στην αιτιολογία της μπουσενοειδούς βλατίδωσης—bowenoid papulosis, των γιγάντιων κονδυλωμάτων—Buscke-Loewenstein tumor ή giant condyloma και των HPV-6,-11 και -30 που ενοχοποιούνται για τα θηλώματα του λάρυγγα—laryngeal papillomatosis.

Οι μυρμηκίες διακρίνονται τυπικά:

α) σε κοινές μυρμηκίες (HPV 2,4,27,28) **β)** σε παλαμοπελματιαίες μυρμηκίες (HPV 1,2,4,57,60,63,65,66) **γ)** σε ομαλές μυρμηκίες (HPV 3,10,28,41) **δ)** στη μυρμηκιοειδή επιδερμοδυσπλασία—epidermodysplasia verruciformis (HPV 5,8,9,12,14,15,17,19,20,21-25,36-38,47,49,50) που είναι μια σπάνια γενοδερματοπάθεια (από μετάλλαξη συγκεκριμένων γονιδίων) και κληρονομείται κατά τον υπολειπόμενο αυτοσωματικό χαρακτήρα. Η πάθηση χαρακτηρίζεται από αυξημένη επιδεκτικότητα λοίμωξης από τα προαναφερθέντα στελέχη HPV **ε)** στα οξυτενή κονδυλώματα ή πρωκτογεννητικές μυρμηκίες (HPV 6,11,16,18,30,31,35,39, 40,42,43, 45,51, 54,56,58,66-68,70,73). Αρκετά από τα στελέχη HPV που ευθύνονται για τα οξυτενή κονδυλώματα εντοπίστηκαν και σε βλάβες καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (HPV 18,31,33,35,39,45,52,53,56,58,66-68). Αναφέρονται στελέχη HPV που προκαλούν διάφορα είδη μυρμηκίων σε ανοσοκατασταμένους ασθενείς (HPV 26,28,57,75-77). Σε άτομα με μεταμόσχευση νεφρού και γενικά με ανοσολογική ανεπάρκεια, κύρια της κυτταρικής ανοσίας, οι βλάβες μπορεί να αποκτήσουν μεγάλη έκταση και όγκο.

Υπάρχει σχέση μεταξύ της μορφής της κλινικής βλάβης και του στελέχους του HPV.

ΚΟΙΝΕΣ ΜΥΡΜΗΚΙΕΣ—*Verrucae vulgaris* ή *common warts*

Επιδημιολογία. Οι κοινές μυρμηκίες είναι πολύ συχνή πάθηση ιδιαίτερα σε παιδιά και εφήβους. Η συχνότητά της μειώνεται σε άτομα άνω των 20 ετών. Η μετάδοση γίνεται με άμεση αλλά και με έμμεση επαφή. Η διαταραχή του επιθηλιακού φραγμού, λόγω τραύματος ή διαβροχής, διευκολύνει κατά πολύ τον ενοφθαλμισμό του ιού.

Κλινική εικόνα. Οι κοινές μυρμηκίες είναι **βλατίδες** μεγέθους από 1mm έως 1cm περίπου, ημισφαιρικού σχήματος, σκληρής σύστασης, χρώματος φυσιολογικού δέρματος έως γκριζωπού, με επιφάνεια ανώμαλη και ξερή που χαρακτηρίζεται ως μυρμηκιάδης ή ως ανθοκραμβοειδής (**Εικ. 8**). Οι βλατίδες μπορεί να συρρέουν σε σχήμα ροζέτας ή ρόδακα. Είναι ασυμπτωματικές. Οι βλατίδες μπορεί να εντοπίζονται σε οποιαδήποτε θέση του σώματος, συχνότερα όμως στη ράχη των χεριών και σπανιότερα στα άνω και κάτω άκρα. Εντοπίζονται στο παρωνύχιο και στα χείλη, σε άτομα που έχουν τη τάση να δαγκάνουν τα νύχια τους ή το παρωνύχιο, ή σε μικρά παιδιά που απομυζούν τα δάχτυλά τους. Εντόπιση κοινών μυρμηκιών στη γεννητική, περιγεννητική και περιπρωκτική χώρα σε ενήλικες είναι συνήθως αποτέλεσμα σεξουαλικής επαφής. Η παρουσία τους σε παιδιά είναι ασυνήθιστη και προκαλεί σκέψεις για πιθανή σεξουαλική κακοποίηση, μπορεί όμως να είναι και αποτέλεσμα αυτοενοφθαλισμού του ιού από κοινές μυρμηκίες, των δακτύλων των χεριών τους ή των δακτύλων των ατόμων που ασχολούνται με τη καθαριότητά τους.

Κοινές μυρμηκίες μπορεί να αναπτυχθούν σε γραμμοειδή διάταξη, μετά από ενοφθαλισμό, σε θέση επιπολής τραυματισμού (*ισομορφικό φαινόμενο Köbner-Köbner isomorphic phenomenon*).

Η διάρκεια των βλαβών είναι ακαθόριστη και συνήθως υποστρέφονται σε διάστημα δύο περίπου ετών. Η υποχώρηση των βλαβών είναι αποτέλεσμα κυτταρικά μεταβιβαζόμενης ανοσίας τύπου 4, με συμμετοχή βοηθητικών και κατασταλτικών Τ-λεμφοκυττάρων.

Σε ανοσοκατασταλαμένους ασθενείς οι υπάρχουσες μυρμηκίες μπορεί να μην εμφανίζουν τάση υποστρόφης αλλά τάση μεγέθυνσης και αύξησης του αριθμού τους, λόγω αυτοενοφθαλισμού.



Εικόνα 8. Κοινές μυρμηκίες.

ΠΑΛΑΜΟΠΕΛΜΑΤΙΑΙΕΣ ΜΥΡΜΗΚΙΕΣ— Palmoplantar warts

Διακρίνονται δύο μορφές: οι βαθιές μεμονωμένες βλάβες—*deep myrmecia* και οι επιπολής που συρρέουν και σχηματίζουν εικόνα μωσαϊκού—*mosaic warts*. Εμφανίζονται κύρια στα πέλματα και ιδιαίτερα στα σημεία πίεσης, όπως οι κεφαλές των μεταταρσίων και οι πτέρνες (**Εικ. 9 A,B**). Εμφανίζονται επίσης στις παλάμες και στα πλάγια των δακτύλων χεριών και ποδιών. Είναι πολύ επώδυνες με τη πίεση. Οι βαθιές μυρμηκίες εμφανίζονται ως ένας ή περισσότεροι μικροί λευκοκίτρινοι κόκκοι που στίλβουν ή είναι αλαμπείς. Είναι εσωφωτικές βλάβες που περιβάλλονται από κιτρινωπό τυλώδη δακτύλιο και καλύπτονται από υπερκερατωσική επιδερμίδα χωρίς δερματικές ακρολοφίες. Η εικόνα υποτίθεται ότι προσομοιάζει με το ανάχωμα που δημιουργούν τα μυρμηγκία γύρω από την είσοδο της φωλιάς τους



Εικόνα 9A. Μυρμηκίες παλάμης.



Εικόνα 9B. Πελματιαίες μυρμηκίες.

(anthill-myrmeccia). Αφαιρώντας με νυστέρι τη παχιά κερατίνη που καλύπτει τη βλάβη, εμφανίζεται λευκωπή ή υπόλευκη, περίπου βαρελοειδής μάζα, που αφορίζεται σαφώς από τον κεράτινο δακτύλιο. Με επιπλέον αφαίρεση της λευκωπής μάζας, εμφανίζονται αιμορραγικά στίγματα που οφείλονται στη τομή των αγγείων των θηλών του χορίου.

Οι βλάβες εξελίσσονται αργά. Σε πολλές σχετικές παλιές βλάβες είναι δυνατό να παρατηρηθούν μελανές, ακτινοειδώς φερόμενες προς το κέντρο του βάθους της μάζας της μυρμηκίας «ακίδες» που είναι θρομβωμένα αγγεία των επιμυκυσμένων θηλών του χορίου, λόγω της πίεσης που ασκείται στις θηλές από τις υπερπλαστικές μεσοθήλαιες καταδύσεις της επιδερμίδας. Οι μυρμηκίες με εικόνα μωσαϊκού είναι συνήθως ανώδυνες.

Η προσεκτική επισκόπηση βοηθά στη διαφορική διάγνωση από τους κάλους.

ΟΜΑΛΕΣ ΜΥΡΜΗΚΙΕΣ— Verrucae planae ή plane warts

Εμφανίζονται κύρια κατά τη νηπιακή, παιδική και εφηβική ηλικία (*νεανικές μυρμηκίες*). Εντοπίζονται συνήθως στο πρόσωπο (μέτωπο, παρειές, περιστοματικά) και στη ράχη των χεριών. Είναι βλατίδες, μόλις επηρμένες και αποπλατυσμένες, ώστε πολλές φορές δε γίνονται αντιληπτές με τη ψηλάφηση, αλλά με παρατήρηση με πλάγιο φωτισμό (**Εικ. 10**). Έχουν μέγεθος από 1 έως 5mm, χρώμα φυσιολογικού δέρματος, γκριζωπό ή κιτρινόφαιο, θαμπή επιφάνεια και είναι ασυμπτωματικές. Συνήθως είναι πολυάριθμες και μπορεί να συρρέουν. Εμφανίζονται σε θέσεις επιπολής τραυματισμού, με γραμμοειδή



Εικόνα 10. Ομαλές μυρμηκίες.

διάταξη—ισομορφικό φαινόμενο Köbner. Υποστρέφονται αυτόματα, με μηχανισμό υπερευαισθησίας τύπου 4, εμφανίζοντας μικρού βαθμού φλεγμονή πριν από την εξαφάνισή τους.

ΝΗΜΑΤΟΕΙΔΕΙΣ ΜΥΡΜΗΚΙΕΣ— Filiform ή digitate warts

Εμφανίζονται συνήθως σε άνδρες (πρόσωπο, τριχωτό κεφαλής, κορμό, κάτω άκρα) και είναι συνήθως μονήρεις. Στο τριχωτό της κεφαλής μπορεί να συρρέουν και θα πρέπει να διαφοροδιαγνωσθούν από επιδερμικούς σπύλους. Εμφανίζουν σχήμα κυλινδρικό, με διάμετρο 1-2mm, ύψος 3-4mm, κορυφή υπερκερατωσική και βάση μερικές φορές περισφιγμένη. Είναι ασυμπτωματικές.

ΟΞΥΤΕΝΗ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ ή ΠΡΩΚΤΟΓΕΝΝΗΤΙΚΕΣ ΜΥΡΜΗΚΙΕΣ— Condylomata acuminata ή anogenital warts

Εμφανίζονται στη γεννητική και στη περιγεννητική περιοχή, μετά την έναρξη της σεξουαλικής ζωής του ατόμου. Βλάβες της στοματικής κοιλότητας που οφείλονται σε συγκεκριμένα στελέχη HPV, χαρακτηρίζονται επίσης ως οξύτενη κονδυλώματα. Εμφάνιση σε άτομα μικρότερης ηλικίας, θα πρέπει να κινεί υποψία σεξουαλικής κακοποίησης. Τα οξύτενη κονδυλώματα ανήκουν στα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, αν και η μετάδοση μπορεί σπανιότερα να γίνει έμμεσα.

Κλινική εικόνα. Είναι βλατίδες ελαστικής σύστασης, λευκορόδινες έως ερυθρορόδινες στο βλεννογόνο και ερυθρόφαιες έως φαιές στο δέρμα (πόσθη, μεγάλα χείλη, εφήβαιο, μπρογεννητικές πτυχές και περίνεο). Είναι ημισφαιρικές, με διάμετρο 1-2mm και λεπτή βάση. Στη συνέχεια μεγεθύνονται, συρρέουν και σχηματίζουν μικρές ή μεγαλύτερες πλάκες με επιφάνεια σαν του κουνουπιδιού (**Εικ. 11A,B**). Μπορεί να εμφανίζουν πλατιά βάση και όταν εντοπίζονται στο δέρμα είναι δύσκολο να διαφοροδιαγνωσθούν κλινικά από τις σημψιατορροϊκές κερατώσεις. Βλατίδες όμοιες με αυτές των κοινών μυρμηκίων μπορεί να εμφανισθούν στο δέρμα της πόσθης, ως αποτέλεσμα ενοφθαλμισμού στελέχους HPV από βλάβες κοινών μυρμηκίων που βρίσκονται σε άλλη περιοχή, είτε του ασθενή είτε του σεξουαλικού συντρόφου του. Οι βλάβες είναι ασυμπτωματικές. Χωρίς θεραπεία μπορεί να αποκτήσουν τέτοιο μέγεθος, ώστε να προκαλούν προβλήματα ούρησης



Εικόνα 11A. Οξυτενή κονδυλώματα.



Εικόνα 11B. Ο.Κ. αιδοίου.

και αφόδευσης, σε εντόπιση στο στόμιο της ουρήθρας και στο πρωκτό, αντίστοιχα. Τα οξυτενή κονδυλώματα εντοπίζονται κύρια σε υγρώσσοις περιοχές και η ανάπτυξή τους ευνοείται από την ύπαρξη φλεγμονής και εκκρίσεων της περιοχής (βαλανοποσθίτιδα και αιδοιοκολπίτιδα). Συχνά συνυπάρχουν με άλλο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα. Οι βλάβες διαρκούν από εβδομάδες έως πολλά χρόνια. Οι υποτροπές είναι συχνές. Μετά από κλινική ίαση, έχει ανευρεθεί DNA ιών HPV σε κλινικά και ιστολογικά φυσιολογικό δέρμα που γειτνόνει με οξυτενή κονδυλώματα. Η παραμονή του ιού σε λανθάνουσα κατάσταση είναι υπεύθυνη για τις υποτροπές μετά τη κλινική ίαση.

Τα κονδυλώματα ονομάστηκαν οξυτενή για να διαφοροδιαγνωσθούν από παρόμοιες βλατιδώδεις βλάβες του 2^{ου} σταδίου της σύφιλης που καλούνται *πλατιά κονδυλώματα*—condylomata lata, επειδή εμφανίζουν πλατιά βάση.

Θεραπευτική αντιμετώπιση. Η καταστροφή των μυρμηκικών μπορεί να γίνει με πολλούς τρόπους. Η χειρουργική αφαίρεση και η ακτινοθεραπεία πρέπει να αποφεύγονται. Συνήθως χρησιμοποιούνται: α) Απόξεση και διαθερμοπηξία β) Κρυοθεραπεία γ) Laser CO₂. Επίσης χρησιμοποιούνται με διάφορα αποτελέσματα: ιντερφερόνη-γ, ευαισθητοποίηση με επαφή με δινιτροδιχλωρο-βενζένιο—DNCB, σιμετιδίνη, τοπικά ρετινοειδή, ενδοβλαβική χορήγηση μπλεομυκίνης και κρέμα ιμικουϊμόδης 5%. Αρκετά αποτελεσματικές είναι οι ψυχολογικές μέθοδοι σε άτομα δεκτικά σε υποβολή, όπως τα παιδιά (χορήγηση placebo θεραπείας). Σε κοινές μυρμηκίες εφαρμόζεται με καλά αποτελέσματα, μίγμα σαλικυλικού-γαλακτικού οξέως 17-17% σε κολλώδιο 66%. Σε οξυτενή κονδυλώματα εφαρμόζεται ποδοφυλλίνη 30% σε βάμμα βενζόλης 70% και διάλυμα ποδοφυλλοτοξίνης. Η εφαρμογή βάμματος ποδοφυλλίνης σε εγκυμονούσες δεν επιτρέπεται, λόγω της πιθανότητας απορρόφησης του φαρμάκου από το έμβρυο.

Εφόσον ο έλεγχος για τη ταυτοποίηση του ιού με τη PCR γίνει καθημερινή πρακτική, τότε άτομα που έχουν υποστεί λοίμωξη με HPV-6 και -11 και ιδιαίτερα με -16 και -18, που θεωρούνται υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη ενδοεπιδερμικού ή διηθητικού καρκινώματος, θα πρέπει να ελέγχονται τακτικά, κλινικά και εργαστηριακά (κυτταροδιαγνωστική κατά Παπανικολάου). Σε περίπτωση που οι βλάβες, λόγω ανοσοκαταστολής (**Εικ. 12**), αναπτύσσονται ταχύτερα αποκτώντας μεγάλο μέγεθος και έκταση, απαιτείται και εντατικοποίηση της θεραπευτικής προσπάθειας.

Ιστολογικές αλλοιώσεις. Είναι παρόμοιες σε όλες τις μορφές, με μικροδιαφορές. Παρατηρείται ήπια έως έντονη υπερκεράτωση, με παρακερατωσικές στίλβες



Εικόνα 12. Ο.Κ. σε ανοσοκασταλμένο.

επάνω από τις ακρολοφίες της επιδερμίδας, υπερακάνθωση και θηλωμάτωση, με χαρακτηριστική σύγκλιση των μεσοθήλαιων καταδύσεων της περιφέρειας προς το κέντρο της βλάβης. Στο όριο ακανθωτής-κοκκώδους στιβάδας, σε πρόσφατες βλάβες, παρατηρούνται μεγάλα κενοτοπιώδη κερατινοκύτταρα (κοιλοκύτταρα). Επίσης παρατηρούνται κενοτοπιώδεις πυρήνες που περιέχουν βασεόφιλα έγκλειστα του ιού.

ΛΟΙΜΩΔΕΣ ΕΡΥΘΗΜΑ ή ΠΕΜΠΤΗ ΝΟΣΟΣ ή Νόσος «των χαστουκισμένων παρειών»— *Erythema infectiosum* ή *fifth disease* ή “slapped-cheek” disease

Αιτιολογία-επιδημιολογία. Η νόσος οφείλεται στον ιό DNA, parvovirus B-19. Προσβάλλονται συνήθως νήπια και παιδιά 2 έως 10 ετών. Μικροεπιδημίες μπορεί να παρατηρηθούν κατά την άνοιξη. Η μόλυνση καταλείπει ανοσία εφ' όρου ζωής. Σε μεγάλο ποσοστό (20-50%) η μόλυνση είναι ασυμπτωματική και πραγματοποιείται με εισπνοή σταγονιδίων του φάρυγγα, όπου βρίσκεται ο ιός κατά το στάδιο της αιμίας. Μέχρι και 80% του πληθυσμού άνω των 50 ετών είναι ανοσοποιημένο έναντι του ιού.

Κλινική εικόνα. Ο χρόνος επώασης μέχρι την αιμία είναι 6 ημέρες και το εξάνθημα εμφανίζεται περίπου την 15^η ημέρα από την μόλυνση, με εικόνα γριππώδους συνδρομής ή χωρίς να προηγηθούν πρόδρομα συμπτώματα. Αρχικά εντοπίζεται στο πρόσωπο με ρόδινες έως ερυθρού χρώματος βλατίδες που συρρέουν στις παρειές σχηματίζοντας οιδηματώδεις πλάκες σαν του ερυσιπέλατος. Σε 2 με 4 ημέρες το βλατιδώδες εξάνθημα επεκτείνεται στα πλησίον του κορμού τμήματα των άκρων, με δαντελωτό σχηματισμό. Το εξάνθημα υποχωρεί σε 6 με 10 ημέρες ενώ αναφέρεται και αναζωπύρωση των βλαβών μέχρι και 2 εβδομάδες. Μόλυνση της εγκύου με τον ιό μπορεί να προκαλέσει σοβαρά προβλήματα έως και θάνατο του εμβρύου λόγω διαπλακούντιας μόλυνσης σε ποσοστό περίπου 33%.

Δεν υπάρχει και δεν απαιτείται ειδική αγωγή.

ΕΡΥΘΡΑ—*Rubella* ή *German measles* ή *3-day measles*

Ιολογία-επιδημιολογία. Ο ιός της ερυθράς ανήκει στους rubivirus του γένους των *Togaviridae*, που είναι ιοί DNA μονής έλικας. Πριν από την ύπαρξη εμβολίου το 1970 είχαν παρατηρηθεί επιδημίες την

άνοιξη, σε παιδιά προεφηβικής ηλικίας και σε νεαρούς ενήλικες. Η μετάδοση γίνεται με εισπνοή σταγονιδίων του ρινοφάρυγγα όπου βρίσκεται ο ιός, κύρια προς το τέλος της περιόδου επώασης.

Κλινική εικόνα. Το εξάνθημα εμφανίζεται μετά χρόνο επώασης 2 με 3 εβδομάδων σε παιδιά, χωρίς πρόδρομα συμπτώματα, ενώ σε εφήβους και ενήλικες με πυρετό έως 39 °C, κεφαλαλγία, αίσθημα κακουχίας, πονόλαιμο, υπόσφαγμα με αίσθημα ξένου σώματος στα μάτια και χωρίς ρινική καταρροή. Τα συμπτώματα υποχωρούν με την έναρξη του εξανθήματος. Σε μικρό ποσοστό (20%), λίγο πριν την εμφάνιση του εξανθήματος ή τη πρώτη ημέρα της εμφάνισής του, παρατηρείται το *σημείο του Forschheimer*. Πρόκειται για μικρές πορφυρικές κηλίδες της μαλακής υπερώας. Επίσης παρατηρείται λεμφαδενίτιδα, 5-7 ημέρες πριν από το εξάνθημα (αυχενικοί, υπινιακοί και οπισθωτιαίοι λεμφαδένες). Η ευαισθησία τους διαρκεί 1-2 ημέρες ενώ η διόγκωσή τους αρκετές εβδομάδες.

Το εξάνθημα ξεκινά από το πρόσωπο με ρόδινες κηλίδες που σύντομα συρρέουν σε ένα διάχυτο ερύθημα. Τη δεύτερη ημέρα το εξάνθημα αρχίζει να υποχωρεί από το πρόσωπο και επεκτείνεται στο κορμό και στα άκρα. Τη τρίτη ημέρα αρχίζει να υποχωρεί από το κορμό και τη τέταρτη ημέρα έχει υποχωρήσει από όλο το σώμα.

Ερυθρά και εγκυμοσύνη. Μόλυνση της εγκύου κατά τις πρώτες 11 εβδομάδες της κύησης προκαλεί βλάβες του εμβρύου σε ποσοστό 90%. Μόλυνση της εγκύου μεταξύ 12^{ης} και 16^{ης} εβδομάδας, προκαλεί βλάβες του εμβρύου σε ποσοστό 25% (κύρια κώφωση). Μόλυνση της εγκύου μετά τη 16^η εβδομάδα δεν προκαλεί βλάβες στο έμβρυο.

Προφύλαξη. Ο εμβολιασμός γίνεται με ενοφθαλμισμό ζώντων εξασθενημένων ιών της ερυθράς, σε βρέφη ηλικίας 1 έως 2 ετών. Το εμβόλιο χορηγείται ως τριπλό, μαζί με αυτά της ιλαράς και της παρωτίτιδας (*measles-mumps-rubella vaccine—MMR*).

Δεν υπάρχει ειδική θεραπευτική αντιμετώπιση.

ΕΡΠΗΤΙΚΗ ΚΥΝΑΓΧΗ—*Herpangina*

Αιτιολογία-επιδημιολογία. Προκαλείται από μια ομάδα ιών *Coxsackie-A* (τύποι 2,3,4,5,6,8 και 10) και προσβάλλει συνήθως παιδιά ηλικίας 1 έως 7 ετών. Οι ιοί *Coxsackie* ανήκουν στην ομάδα των ιών *Picornia*.

Κλινική εικόνα. Η νόσος ξεκινά απότομα με πυρετό 38,5°- 40° C που διαρκεί για 4 έως 5 ημέρες και συνοδεύεται από πονόλαιμο, δυσφαγία και γαστρεντερικές διαταραχές. Ταυτόχρονα εμφανίζονται 15-20

φυσαλίδες, μεγέθους 1 έως 2 mm που περιβάλλονται από ερυθρή άλω, στο φάρυγγα, παρίσθημα, αμυγδαλές, μαλθακή υπερώα και σταφυλή. Οι φυσαλίδες σπάζουν γρήγορα και παραμένουν διαβρώσεις για 3 έως 4 ημέρες που στη συνέχεια επουλώνονται. Η νόσος διαρκεί 1 περίπου εβδομάδα.

ΝΟΣΟΣ ΧΕΙΡΟΣ-ΠΟΔΟΣ-ΣΤΟΜΑΤΟΣ— Hand-foot and mouth disease

Αιτιολογία-επιδημιολογία. Οφείλεται σε ιό Coxsackie, συνήθως του τύπου A-16, αλλά και σε άλλους τύπους, καθώς και στον εντεροϊό 71. Η νόσος εμφανίζεται κύρια σε παιδιά κατά τους θερινούς μήνες, αλλά αναφέρονται περιστατικά και σε ενήλικες. Ο χρόνος επώασης διαρκεί 7 περίπου ημέρες.

Κλινική εικόνα. Εμφανίζονται φυσαλίδες στη στοματική κοιλότητα που μοιάζουν με αυτές της ερπητικής κυνάγχης. Είναι όμως μεγαλύτερες, λιγότερες και περισσότερο διάσπαρτες, στο βλεννογόνο της στοματικής κοιλότητας και της γλώσσας. Στο δέρμα το εξάνθημα εμφανίζεται στη ράχη των χεριών και ποδιών, τα πλάγια των δακτύλων, στο παρωνύχιο, στις παλάμες και στα πέλματα (**Εικ. 13**). Πρόκειται για φυσαλίδες με διάμετρο έως 5mm, υπόλευκες που περιβάλλονται από λεπτή ερυθρή άλω. Είναι συνήθως λίγες και διαρκούν για λίγες ημέρες. Η νόσος υποχωρεί σε 7 ημέρες χωρίς αγωγή.

ΙΛΑΡΑ—Measles ή rubeola ή morbilli

Ιολογία-επιδημιολογία. Η ιλαρά οφείλεται σε ιό RNA της οικογένειας Paramyxoviridae του είδους



Εικόνα 13. Νόσος χειρός-ποδός-στόματος.

morbillivirus. Ο ιός πολλαπλασιάζεται στο ρινοφάρυγγα και στην ανώτερη αναπνευστική οδό. Η μετάδοσή του γίνεται με την εισπνοή σταγονιδίων της προσβεβλημένης περιοχής. Αρχικά διασπείρεται στους λεμφαδένες, ακολουθεί η αιμία και η προσβολή διαφόρων οργάνων. Ο ιός έχει πολύ αυξημένη λοιμογόνο δράση και πριν από την ύπαρξη του εμβολίου, είχαν παρατηρηθεί επιδημίες σε άτομα παιδικής ηλικίας.

Κλινική εικόνα. Μετά χρόνο επώασης 10 περίπου ημερών παρατηρούνται πρόδρομα συμπτώματα διάρκειας περίπου 3 έως 4 ημερών: πυρετός έως 40,5° C, κακουχία, βήχας, καταρροή και επιπεφυκίτιδα με φωτοφοβία. Στη συνέχεια εμφανίζονται οι κηλίδες του Koplic στο βλεννογόνο των παρειών, στο ύψος των προγομφίων. Είναι κηλίδες, ανώμαλου σχήματος, διαμέτρου λίγων χιλιοστών, ερυθρού χρώματος, με κέντρο λευκόκυανο λόγω επιθηλιακής νέκρωσης. Το εξάνθημα εμφανίζεται μετά 2 περίπου εβδομάδες από τη μόλυνση και 1 έως 2 ημέρες μετά το στοματικό ενάνθημα. Είναι αρχικά κηλιδώδες και στη συνέχεια κηλιδοβλατιδώδες με ανοικτό ερυθρορόδινο χρώμα. Ξεκινά από το μέτωπο και την οπισθοκράνια χώρα και σταδιακά προσβάλλει τις παρειές, λαιμό, κορμό και την τρίτη ημέρα καταλαμβάνει τα κάτω άκρα. Οι βλάβες είναι πυκνότερες στο πρόσωπο και στους ώμους όπου μπορεί να συρρεύσουν. Διαρκούν 3 περίπου ημέρες (ανά περιοχή) και υποχωρούν σταδιακά, αρχίζοντας από τη περιοχή που πρωτοεμφανίστηκαν. Το εξάνθημα διαρκεί συνολικά 6 περίπου ημέρες. Οι βλάβες κατά την υποχώρησή τους αποκτούν ανοικτό καστανό χρώμα και λεπτή απολέπιση.

Η ιλαρά είναι συνήθως μια καλοήθης, αυτοπεριοριζόμενη νόσος. Είναι όμως δυνατό να προσβάλλει πνεύμονες, ήπαρ, νεφρά, μυοκάρδιο και εγκέφαλο.

Θεραπευτική αντιμετώπιση-προφύλαξη. Δεν υπάρχει ειδική θεραπεία και δεν απαιτείται αγωγή σε νόσο που δεν εμφανίζει επιπλοκές. Η προφύλαξη γίνεται με ενεργητική ανοσοποίηση (ενοφθαλμισμός ζώντων εξασθενημένων ιών ιλαράς) στη βρεφική ηλικία.

ΡΟΔΟΧΡΟΥΣ ΠΙΤΥΡΙΑΣΗ— Pityriasis rosea

Αιτιολογία-επιδημιολογία. Είναι μιά συνηθισμένη, αυτοϊώμενη δερματοπάθεια και αναπτύσσεται στο κεφάλαιο των ιώσεων επειδή πιθανολογείται η ιογενής αιτιολογία, λόγω κλινικών και επιδημιολογικών χαρακτηριστικών. Παρά τους εκτεταμένους

μικροβιολογικούς και ιολογικούς ελέγχους, δεν έγινε δυνατή η ανεύρεση συγκεκριμένου λοιμογόνου παράγοντα μέχρι σήμερα. Παρατηρείται συχνότερα κατά τους χειμερινούς μήνες ενώ κατά άλλους, φθινόπωρο και άνοιξη και προσβάλλει συνήθως άτομα ηλικίας μεταξύ 10 και 35 ετών. Εμφανίζεται 1 φορά στη ζωή του ανθρώπου.

Κλινική εικόνα. Δεν υπάρχουν πρόδρομα συμπτώματα. Η νόσος αρχίζει με την εμφάνιση μονήρους πλάκας, 2-6 cm, στρόγγυλης ή ωοειδούς, με ερυθρορόδινο χρώμα περιφερικά και απαλό ρόδινο χρώμα κεντρικά. Η πλάκα εμφανίζει λεπτή πιτυρώδη απολέπιση, σαν «περιτραχήλιο—collarette», προσκολλημένη στη περιφέρεια, με το ελεύθερο άκρο προς το κέντρο της πλάκας και εντοπίζεται συνήθως στο κορμό, λαιμό, εγγύς τμήματα των άκρων και σπανιότερα σε άλλες θέσεις (Εικ. 14 Α,Β,Γ). Η μονήρης αρχική πλάκα καλείται «μπτρική ή κήρυκας»—herald patch επειδή προηγείται του υπόλοιπου εξανθήματος για 2 περίπου εβδομάδες, αλλά σπανιότερα μέχρι και 2 μήνες. Στη συνέχεια εμφανίζεται κατά ώσεις, γενικευμένο συνήθως εξάνθημα, σε διάστημα που ποικίλλει από 1 έως αρκετές εβδομάδες. Το εξάνθημα χαρακτηρίζεται από κηλίδες ωοειδούς σχήματος μεγέθους 0,5-1cm που εντοπίζονται στον κορμό, λαιμό και στο εγγύς τμήμα των άκρων. Οι κηλίδες σε λίγες ημέρες αρχίζουν να εμφανίζουν απολέπιση από το κέντρο, που σύντομα επεκτείνεται περιφερικά και λαμβάνει τα χαρακτηριστικά της μπτρικής πλάκας. Ο επιμήκης άξονας των κηλίδων είναι τοποθετημένος παράλληλα με τις πτυχές του κορμού και τις πλευρές του θώρακος, δίνοντας στην πλάτη του ασθενούς το σχήμα «χριστουγεννιάτικου δένδρου ερυθρελάτης—Christmas-tree». Το χρώμα των κηλίδων και η περιφερική απολέπιση σταδιακά υποχωρούν και το εξάνθημα εξαφανίζεται σε 2 περίπου μήνες. Αναφέρεται υπέρχρωση των κηλίδων σε ορισμένες περιπτώσεις πριν από την υποχώρησή τους.

Άτυπες κλινικές μορφές. Το εξάνθημα σπάνια μπορεί να αποτελείται από πομφούς ή βλατίδες ή μικροφυσαλίδες. Όσον αφορά την εντόπισή του μπορεί να εμφανίζεται στα αντιβράχια και κνήμες χωρίς να προσβάλλει τον κορμό. Όσον αφορά τον αριθμό των βλαβών μπορεί να είναι ελάχιστες (3-4). Η μπτρική πλάκα μπορεί να απουσιάζει, να είναι το μοναδικό εξάνθημα της νόσου ή να εντοπίζεται στην πύση ή στην αιδοϊκή χώρα. Το εξάνθημα είναι δυνατό να εμφανίζει κνησμό ελαφρό και σπάνια έντονο που μπορεί να προκαλέσει εκζεματοποίηση των βλαβών. Πολλές

φορές η εκζεματοποίηση είναι αποτέλεσμα άστοχης τοπικής θεραπευτικής αντιμετώπισης ή εφαρμογής καλλυντικών. Σπάνια είναι δυνατό να υπάρξει στοματικό ενάνθημα (υπεραιμικές και πορφυρικές κηλίδες ή φυσαλίδες) αν και πολλές φορές παραβλέπεται. Το εξάνθημα μπορεί να παραμείνει περισσότερο από 2 μήνες έως και 6 μήνες. Δεύτερη προσβολή της νόσου αναφέρεται σε ποσοστό 2% των περιπτώσεων.

Θεραπευτική αντιμετώπιση. Δεν υπάρχει ειδική αγωγή και δεν απαιτείται αντιμετώπιση. Οι οδηγίες προς τους ασθενείς περιλαμβάνουν: την αποφυγή του ερεθισμού των βλαβών (τρίψιμο με σφουγγάρι στο λουτρό, εφαρμοστά και συνθετικά εσώρουχα, καλλυντικά σώματος), άνετα ρούχα και σύσταση για υπομονή. Επί κνησμού χορηγούνται αντιισταμινικά από το στόμα.

ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ ΤΗΣ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ—HIV

Αιτιολογία-επιδημιολογία. Ο ιός της ανοσοκαταστολής του ανθρώπου (human immunodeficiency virus—HIV) είναι ιός RNA, της οικογένειας Retroviridae του είδους Lentiviruses. Είναι υπεύθυνος για την εμφάνιση του συνδρόμου της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS). Διακρίνονται οι τύποι HIV-1, HIV-2 και HIV-0. Στον εργαστηριακό έλεγχο του ιού ανιχνεύονται αντισώματα κατά δομικών πρωτεϊνών p24 του πυρήνα και της γλυκοπρωτεΐνης gp41 της κάψας. Η πάθηση ανήκει στα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Η μετάδοση του ιού γίνεται επιπλέον με μολυσμένο αίμα ή παραγώγων του, με το σπέρμα και με το γάλα της μητέρας, με χρήση μολυσμένων συρίγγων (ιδιαίτερα σε χρήστες ναρκωτικών), με μεταμόσχευση οργάνων και ιστών πασχόντων και από την εγκυμονούσα στο έμβryo.

Ο ιός αναπαράγεται στα CD4-T-λεμφοκύτταρα ή βοηθητικά T-λεμφοκύτταρα. Το κύριο χαρακτηριστικό της μόλυνσης με τον HIV είναι η προοδευτική δυσλειτουργία του ανοσολογικού μηχανισμού. Οι ασθενείς με AIDS πεθαίνουν συνήθως από: ευκαιριακές λοιμώξεις, νόσο του κεντρικού νευρικού συστήματος, από εξάντληση και λιγότερο συχνά από κακόηθες νόσημα. Ο χρόνος από τη μόλυνση μέχρι την έναρξη των συμπτωμάτων ποικίλλει από 8 έως 12 χρόνια στις ανεπτυγμένες χώρες. Υπάρχουν ασθενείς που αναπτύσσουν τη νόσο μέσα σε 2-3 χρόνια (“rapid progressors”) και άλλοι που δε νοσούν για περισσότερα από 10-15 χρόνια (“long term survivors”).

Μετά τη μόλυνση το άτομο παραμένει μεταδοτικό για όλη τη τη ζωή. Δεν υπάρχει μαρτυρία ότι ο ιός μπορεί να μεταδοθεί με νύγματα εντόμων.

Στην οξεία λοίμωξη ο χρόνος επώασης είναι περίπου δύο εβδομάδες (11-28 ημέρες). Το ρ24 ανιχνεύεται στον ορό σε περίπου 4-6 εβδομάδες. Επειδή η οροθετικότητα μπορεί να καθυστερήσει, εάν υποπτευόμαστε μόλυνση, ο ορός θα πρέπει να ελέγχεται για αντισώματα HIV μέχρι και 6 μήνες από την ύποπτη επαφή.



Εικόνα 14 Α (επάνω) Ροδόχρους πιτυρίαση, μητρική πλάκα.

Β(μέση), Γ(κάτω) Ροδόχρους πιτυρίαση





Εικόνα 15. Βλάβες σε πάσχοντα από AIDS, συγγειλίτιδα, γλωσσίτιδα και νηματοειδείς μυρμηκίες

Κλινική εικόνα. Στην οξεία λοίμωξη παρατηρούνται γενικά συμπτώματα: πυρετός, κεφαλαγία, κακουχία, πονόλαιμος, αρθραλγία, διόγκωση και ευαισθησία των λεμφαδένων, κοιλιακά άλγη και διάρροια. Στο δέρμα είναι δυνατό να εμφανισθεί ασυμπτωματικό κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα, κνιδωτικό εξάνθημα και άφθες στόματος και γεννητικών οργάνων. Από το νευρικό σύστημα μπορεί να εμφανισθεί εγκεφαλίτιδα, μηνιγγίτιδα, μυελίτιδα, νευρίτιδα και από το αναπνευστικό σύστημα πνευμονία. Η οξεία λοίμωξη υποχωρεί σε δύο περίπου εβδομάδες.

Δερματικές εκδηλώσεις της λοίμωξης από τον HIV που οφείλονται στην ανοσολογική δυσλειτουργία του ασθενή: σάρκωμα του Καρσί, διάφορα κακοήθη νοσήματα, σμηγματορροϊκό έκζεμα, ξηροδερμία, κνησμώδες βλατιδώδες εξάνθημα, εωσινοφιλική θυλακίτιδα, ιογενείς δερματοπάθειες, (έρπητας απλός, ζωστήρας, μυρμηκίες, μολυσματική τέρμιθος, τριχωτή λευκοπλακία στα πλάγια της γλώσσας

με ενοχοποίηση του ιού των Epstein-Barr), καντιντιάσεις (στόματος-γεννητικών οργάνων), δερματοφυτικές λοιμώξεις, ποικιλόχρους πιτυρίαση, εν τω βάθει μυκητιάσεις (κρυπτοκόκκωση, κοκκιδιοειδομύκωση, ιστοπλάσμωση, βλαστομυκητίαση), βακτηριδιακές λοιμώξεις (σταφυλοκοκκικές λοιμώξεις, σύφιλη, μυκοβακτηριδιακές λοιμώξεις, βακτηριδιακή αγγειομάτωση που οφείλεται στη *Bartonella henselae* και περιστασιακά στη *Bartonella quintana*, αμοιβάδωση, ψώρα, δεμοδήκωση, ουλίτιδα και φαρμακευτικά εξανθήματα (**Εικ. 15**). Υπάρχουν επιπλέον βιβλιογραφικές αναφορές για επιδείνωση διαφόρων δερματοπαθειών λόγω της λοίμωξης με τον ιό HIV.

Θεραπευτική αντιμετώπιση. Περιλαμβάνει συμβουλευτική πληροφόρηση που αφορά σεξουαλικές και άλλες δραστηριότητες καθώς και ψυχολογική υποστήριξη. Η φαρμακευτική αντιμετώπιση διακρίνεται: α) σε αντιική HIV θεραπεία και β) σε πρόληψη και θεραπεία ευκαιριακών λοιμώξεων και νεοπλασιών.