



Für den Inhalt verantwortlich:
Prof. Dr. J. Aberle, Prof. Dr. St. Aberle, Prof. Dr. H. Holzmann,
Prof. Dr. E. Puchhammer, Doz. Dr. M. Redlberger-Fritz,
Prof. Dr. L. Weseslindtner
Redaktion:
Dr. Eva Geringer
Zentrum f. Virologie d. Med. Universität Wien
1090 Wien, Kinderspitalgasse 15
Tel. +43 1 40160-65500 Fax: +43 1 40160-965599
e-mail: virologie@meduniwien.ac.at
homepage: www.virologie.meduniwien.ac.at

Gingivostomatitis aphtosa

Eva Geringer

In unserer heutigen Ausgabe der Virusepidemiologischen Informationen wollen wir Ihnen an Hand eines ganz kurzen klinischen Fallberichts die häufigste virologische Differentialdiagnosen aphtöser Läsionen der Mundschleimhaut in Erinnerung rufen.

Im Serum einer zweieinhalbjährigen, kleinen Patientin, das uns für eine breite virologische Antikörperdiagnostik übermittelt worden war, konnten wir positive IgM-Antikörper gegen Herpes-simplex-Virus (HSV) detektieren (bei negativen IgG-Antikörpern), zusätzlich konnte HSV Typ 1 mittels PCR im EDTA-Plasma nachgewiesen werden (1.600 Kopien/ml). Die klinische Angabe lautete Makrothrombozytopenie (das Kind hatte sogar Thrombozytenkonzentrat benötigt), an der Mundschleimhaut fanden sich blutige Aphten.

Laborergebnisse (positive HSV-IgM-AK und HSV-1-Virusnachweis im Blut) und Klinik (aphtöse Läsionen der Mundschleimhaut) sind vereinbar mit einer Gingivostomatitis herpetica, einer typischen klinischen Erstmanifestation einer Infektion mit HSV Typ 1. In diesem besonderen Fall wurde das Kind aufgrund einer therapiebedürftigen Immunthrombozytopenie (ITP) hospitalisiert, die möglicherweise durch die HSV-Infektion getriggert bzw. verstärkt wurde. Die ITP stellt eine Komplikation dar, die u.a. mit akuten viralen oder bakteriellen Infektionen assoziiert ist.

Die Primärinfektion mit HSV Typ 1 im Kindesalter verläuft zumeist subklinisch bzw. asymptomatisch. Im Falle einer symptomatischen Infektion imponiert diese häufig als Gingivostomatitis herpetica / Aphthosa, die gekennzeichnet ist durch zahlreiche kleine, sehr schmerzhaft Ulcerationen der gesamten Mundschleimhaut, der Gingiva, der Zunge und der Lippen, meist verbunden mit starken Allgemeinsymptomen wie hohem Fieber und Lymphknotenschwellung.

Differentialdiagnostisch sollte man bei vesikulo-ulzerierenden Läsionen der Mundschleimhaut auch an ein Hand-Mund-Fußsyndrom, verursacht durch Enteroviren, denken (nicht immer müssen Bläschen an allen drei Prädilektionsstellen vorhanden sein).

Das Hand-Fuß-Mund Syndrom ist eine akute, selbst-limitierte, aber hochinfektiöse Viruserkrankung, die typischerweise bei Kleinkindern im Sommer und Herbst auftritt. Verursacher sind dabei Enteroviren, insbesondere Coxsackieviren der Typen A6, A10 und A16, sowie Enteroviren des Typs 71. In der Regel werden sie fäko-oral übertragen, und auch hier bleibt die Infektion in den meisten Fällen asymptomatisch. Kommt es zur klinischen Manifestation, treten bei den Infizierten nach einer Inkubationszeit von etwa einer Woche virushaltige Bläschen an Handflächen, Fußsohlen und um den Mund auf. Selten können eben zusätzlich ulzerierende Läsionen an der Mundschleimhaut entstehen. Schwere Komplikationen bleiben meistens aus, und die Bläschen und Läsionen heilen innerhalb einer Woche ohne Narben ab. Eine Ausnahme bilden Infektionen mit Enterovirus 71, bei denen vor allem bei Kleinkindern neurologische Komplikationen, wie aseptische Meningitiden oder Enzephalitiden vorkommen können.

Was die Diagnose betrifft, kann eine primäre HSV-Infektion, wie in unserem Fallbeispiel, natürlich mittels einer Serumprobe (und ggf. eines Folgeserums) diagnostiziert werden. Bei Vorhandensein von Bläschen oder eben Aphthen stellt allerdings der direkte Virusnukleinsäurenachweis mittels PCR aus einem Abstrich eine einfache, rasche und verlässliche Nachweismethode dar.

Gleiches gilt für den Nachweis von Enteroviren, wobei hier zusätzlich auch Stuhl als geeignetes diagnostisches Material gilt.