



HIV και Δερματολογία στο πέρασμα των 40 ετών: Από τον καιρό των ευκαιριακών λοιμώξεων στην εποχή της αποτελεσματικής ART και της αυξημένης επίπτωσης ΣΜΝ

Βαρβάρα Βασάλου², Ευάγγελος Δασκαλάκης², Σοφία Κουρκουντή², Βασίλειος Παπαρίζος¹, Ηλέκτρα Νικολαΐδου², Αλέξανδρος Στρατηγός²

¹Δερματολόγος-Αφροδισιολόγος

²Α' Πανεπιστημιακή Κλινική Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο «Α. Συγγρός»

HIV and Dermatology over 40 years: From opportunistic infections to the era of effective ART and increasing incidence of STD

Varvara Vasalou², Evangelos Daskalakis², Sofia Kourkounti², Vasileios Papanizos¹, Electra Nikolaidou², Alexander Stratigos²

¹Dermatologist-Venereologist

²1st University Clinic of Dermatology – Venereology, “Andreas Syggros” Hospital

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στα σαράντα χρόνια της HIV λοίμωξης, το δερματολογικό της φάσμα μεταβλήθηκε ριζικά. Στην προ-ART εποχή, κυριαρχούσαν οι ευκαιριακές λοιμώξεις, οι βαριές ιογενείς εκδηλώσεις και το σάρκωμα Kaposi, αντανακλώντας τη βαθιά ανοσοκαταστολή. Η καθιέρωση της αποτελεσματικής αντιρετροϊκής θεραπείας (ART) άλλαξε δραστικά την επιδημιολογία, μειώνοντας τις AIDS-defining καταστάσεις και αναδεικνύοντας νέα πρότυπα, όπως η αυξημένη επίπτωση σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων (ΣΜΝ) και οι φλεγμονώδεις δερματοπάθειες. Η ψωρίαση αποτελεί πλέον χαρακτηριστικό παράδειγμα, απαιτώντας εξατομικευμένη ανοσοτροποποιητική αγωγή υπό ασφαλή ART. Παράλληλα, ο ρόλος των ιών έρπητος (VZV, HSV) παραμένει σημαντικός, ενώ η προληπτική φροντίδα εμπλουτίζεται με νέους εμβολιασμούς (RZV). Ο δερματολόγος καλείται να διαδραματίσει κεντρικό ρόλο στη μακροχρόνια φροντίδα, την πρόληψη ΣΜΝ και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων που ζουν με HIV.

ΛΕΞΕΙΣ-ΚΛΕΙΔΙΑ: HIV, δερματολογία, αντιρετροϊκή θεραπεία, έρπητας ζωστήρας, HSV, Kaposi, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, ψωρίαση, ART, PLWH



ABSTRACT

Over four decades of HIV medicine, the spectrum of cutaneous manifestations has undergone a profound transformation. In the pre-ART era, dermatologic findings such as opportunistic infections, extensive viral lesions, and Kaposi sarcoma mirrored severe immunosuppression. The advent of effective antiretroviral therapy (ART) dramatically reduced AIDS-defining conditions while reshaping the dermatologic profile toward higher rates of sexually transmitted infections (STIs) and inflammatory dermatoses. Psoriasis now exemplifies this shift, requiring individualized immunomodulatory therapy under stable ART. Herpesvirus infections (VZV, HSV) remain clinically relevant, with new preventive strategies such as recombinant zoster vaccination (RZV). Today, dermatologists play a key role in the comprehensive care of people living with HIV (PLWH), focusing on STI prevention, chronic disease management, and quality of life improvement.

KEYWORDS: HIV, dermatology, antiretroviral therapy, herpes zoster, HSV, Kaposi sarcoma, sexually transmitted infections, psoriasis, ART, PLWH

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟ ΦΑΣΜΑ ΤΩΝ ΕΚΔΗΛΩΣΕΩΝ

1980s–μέσα 1990s (προ-ART)

Οι δερματολογικές εκδηλώσεις αποτελούσαν συχνά τον «καθρέφτη» της ανοσοκαταστολής: εκτεταμένη στοματοφαρυγγική/οισοφαγική καντιντίαση, εκτεταμένες δερματοφυτίες, εκσεσημασμένη και επίμονη σηγγατορροϊκή δερματίτιδα, ηωσινοφιλική θυλακίτιδα, εκτεταμένα κονδυλώματα, σοβαρές μορφές HSV με χρόνιες (>1 μήνα) βλάβες που αποτελούν ορισμό AIDS-καθοριστικής κατάστασης, διάσπαρτος/νεκρωτικός ζωστήρας, καθώς και η «υπογραφή» της επιδημίας: σάρκωμα Kaposi (KS). [Οι χρόνιες βλάβες HSV κατατάσσονται στα AIDS- κριτήρια ορισμού AIDS]^{7,14}.

Από το 1996 (ART) έως σήμερα

Η καθολική πρόσβαση σε ισχυρές ART με καταστολή του ιικού φορτίου και ανάκαμψη CD4 μείωσε δραματικά ευκαιριακές λοιμώξεις και KS· εντούτοις, δεν τις εξαφάνισε. Αν και πολύ σπανιότερα, εξακολουθούν να εμφανίζονται σε όψιμη διάγνωση, διακοπή θεραπείας ή βαθεία ανοσοκαταστολή. Ταυτόχρονα, η σεξουαλική υγεία επαναπλαισιώθηκε: η μείωση της μετάδοσης του HIV (U=U) και η προφύλαξη προ έκθεσης (PrEP) στο γενικό πληθυσμό συνοδεύονται από αυξημένες καταγραφές βακτηριακών ΣΜΝ στην Ευρώπη και διεθνώς, με υψηλά ποσοστά και μεταξύ ατόμων που ζουν με HIV (PLWH), ιδίως MSM—γεγονός που επιβάλλει συστηματικό προσυμπτωματικό έλεγχο^{4,5}.

ΙΟΙ ΕΡΠΗΤΑ: ΕΡΠΗΤΑΣ ΖΩΣΤΗΡΑΣ (VZV) ΚΑΙ ΑΠΛΟΣ ΕΡΠΗΤΑΣ (HSV)

Έρπητας ζωστήρας (VZV)

Ο κίνδυνος ζωστήρα σε PLWH, αν και σημαντικά μειωμένος με την αποτελεσματική ART, παραμένει πολλαπλάσιος έναντι του γενικού πληθυσμού. Μεγάλες κοορτές της ART-εποχής δείχνουν τριπλάσιο περίπου κίνδυνο, με αιχμή κοντά στην έναρξη της ART (σύνδρομο ανοσολογικής αποκατάστασης, IRIS), και με ισχυρό προγνωστικό ρόλο του χαμηλού αριθμού CD4 λεμφοκυττάρων. Κλινικά, παρατηρούνται η τυπική κλινική εικόνα, αλλά και ασυνήθεις μορφές (Υποτροπές, εμφάνιση σε περισσότερα παό ένα δερματομια, νεκρωτικός, παρατεταμένη νευραλγία)(6).

Πρόληψη

Από το 2021–2022 καθιερώθηκε ευρέως η σύσταση για το **ανασυνδυσασμένο εμβόλιο ζωστήρα (RZV, Shingrix)** σε ανοσοκατεσταλμένους ενήλικες, **συμπεριλαμβανομένων των PLWH**, ως σχήμα δύο δόσεων. Η σύσταση αυτή στηρίζεται σε δεδομένα αποτελεσματικότητας/ασφάλειας σε ανοσοκατασταλμένους και έχει υιοθετηθεί από ACIP/CDC και εθνικά σώματα· η χορήγηση προτείνεται ιδίως για CD4 $\geq 200/\mu\text{L}$, κατά την παρακολούθηση PLWH με ιστορικό ζωστήρα ή ηλικία ≥ 50 ετών².

Απλός έρπητας (HSV-1/2)

Στους ασθενείς με προχωρημένη ανοσοκαταστολή, οι **χρόνιες ή εκτεταμένες HSV βλάβες** (π.χ. ορθοπρω-

κτικοί/γεννητικοί άτυποι, εκτεταμένες, υπερτοφικές μορφές) παραμένουν κλασικές και εντάσσονται στον ορισμό του συδρόμου. Στην ART-εποχή, η συχνότητα και βαρύτητα μειώνονται, αλλά **οι υποτροπές** παραμένουν συχνές σε υποομάδες (MSM, συννοσηρότητες, χαμηλά CD4). Η **κατασταλτική αντιϊκή αγωγή** (ακυκλοβίρη/βαλακυκλοβίρη/φαμισκυκλοβίρη) μειώνει τις υποτροπές και τη διασπορά, ενώ η βραχεία αγωγή παραμένει αποτελεσματική για τα επεισόδια· οι δοσολογίες είναι ίδιες με τον γενικό πληθυσμό, κατά περιπτώσεις μεγαλύτερης διάρκειας^{1,14}.

ΣΜΝ: ΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

Τα ευρωπαϊκά επιδημιολογικά δεδομένα τεκμηριώνουν **σταθερή άνοδο σύφιλης, γονόρροιας και χλαμυδιακής λοίμωξης** από το 2010 και μετά. Η τάση αφορά δυσανάλογα τους MSM και φαίνεται έντονη και μεταξύ PLWH. Για τη δερματολογία, αυτό σημαίνει συχνότερες **εξωγεννητικές εντοπίσεις** (στοματοφαρυγγικές, ορθοπρωκτικές) και **άτυπα εξανθήματα σύφιλης** σε ανοσοκαταστολή. Η **συστηματική ανίχνευση** (γεννητικό–στοματικό–ορθοπρωκτικό δείγμα NAAT για NG/CT, ορολογικός έλεγχος για σύφιλη) πρέπει να είναι **τουλάχιστον ετήσιος** για όλους τους σεξουαλικά δραστήριους PLWH και **κάθε 3–6 μήνες** σε MSM ή άτομα με πολλαπλούς/νέους συντρόφους. Η ευρεία υιοθέτηση αυτών των διαστημάτων στηρίζεται σε οδηγίες CDC και λοιπών οργανισμών^{4,5}.

Πρακτικά, η **αύξηση των ΣΜΝ** στην ART-εποχή αντανακλά βελτίωση επιβίωσης και ποιότητας ζωής, αλλαγές στη σεξουαλική συμπεριφορά και εντατικοποίηση του ελέγχου (ascertainment). Ως δερματολόγοι, οφείλουμε: (α) σε κάθε «ύποπτο» εξάνθημα και όχι μόνο επι έντονης κλινικής υποψίας, να ελέγχουμε για **δευτερογενή σύφιλη** (β) να εντύνουμε τη **λήψη δειγμάτων από κάθε σχετική εντόπιση**, (γ) να διαχειριστούμε τυχόν συννοσηροτήτων (π.χ. HSV συνυπάρχων με σύφιλη), λόγω της αύξησης της πιθανότητας με τη συλλοίμωξη της μετάδοσης του HIV και (δ) **στενό follow-up** λόγω υψηλού κινδύνου επαναλοίμωξης^{1,4,5}.

ΝΕΟΠΛΑΣΙΕΣ ΚΑΙ ΕΥΚΑΙΡΙΑΚΕΣ ΜΥΚΗΤΙΑΣΕΙΣ: ΣΑΦΗΣ ΚΑΜΨΗ ΣΤΗΝ ART-ΕΠΟΧΗ

Η **επίπτωση του KS** μειώθηκε δραματικά με την έλευση της ART· πολυκεντρικές κοορτές στην Ευρώπη και

αλλού τεκμηριώνουν πτώση που συσχετίζεται με υψηλότερα CD4 και πλήρη ιολογική καταστολή. Στη σύγχρονη κλινική πράξη, η εμφάνιση KS συχνότερα σηματοδοτεί **όψιμη διάγνωση HIV** ή **διακοπή/αποτυχία ART**. Η έγκαιρη ART παραμένει ακρογωνιαίος λίθος ακόμη και όταν απαιτούνται συμπληρωματικές ογκολογικές θεραπείες^{8,9}.

Παράλληλα, οι **εκτεταμένες μυκητιάσεις** (π.χ. εκσεσημασμένη καντιντίαση, βαθιές/συστηματικές μυκητιάσεις με δερματικές εκδηλώσεις) έχουν μειωθεί σημαντικά σε συχνότητα, με τα νεότερα δεδομένα κατευθυντήριων γραμμών να εστιάζουν περισσότερο σε στοχευμένη θεραπεία. Ωστόσο, **ήπιες–μέτριες δερματοφυτίες** και **καντιντίαση** παραμένουν συχνές, ιδίως σε άτομα με διαλείπουσα ανοσοκαταστολή ή μεταβολικούς παράγοντες κινδύνου^{3,13}.

ΨΩΡΙΑΣΗ ΚΑΙ HIV: ΑΠΟ ΤΟ «ΠΑΡΑΔΟΞΟ» ΣΤΗΝ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η σχέση ψωρίασης και HIV είναι ιδιαίτερη: η νόσος μπορεί να **εμφανιστεί de novo** ή να **παροξυνθεί** με την ανοσοκαταστολή, να παρουσιάσει **άτυπους φαινότυπους** (ερυθροδερμική, φλυκταινώδης, υπερκερατωσική εντόπιση παλαμών/πελμάτων, ανθεκτική στις θεραπείες) και να **βελτιωθεί μετά την ανοσολογική αποκατάσταση** με την ART^{10,11,12}. Σήμερα, τα στοιχεία (συστηματικές ανασκοπήσεις/σειρές περιστατικών) υποστηρίζουν ότι, σε **καλά ελεγχόμενο HIV** (μη ανιχνεύσιμο ιικό φορτίο, CD4 επαρκές), η χρήση **βιολογικών** (αντι-IL-12/23, αντι-IL-17, αντι-IL-23) ή/και **στοχευμένων μικρομοριακών** (π.χ. απρεμιλάστη) μπορεί να είναι **αποτελεσματική και ασφαλής**, με στενή συνεργασία με τον δερματολόγο, έλεγχο λανθανουσών λοιμώξεων και προσεκτική φαρμακευτική επαγρύπνηση. Καλό είναι όμως να αποφεύγεται η χρήση anti-TNF παραγόντων (Etanercept, Adalimumab, Infliximab), που συνδέονται με ευρεία επιπλέον ανοσοκαταστολή αι καιροσκοπικές λοιμώξεις.

Πρακτικές αρχές διαχείρισης ψωρίασης σε PLWH

- 1. Βάση η ART:** Έναρξη/βελτιστοποίηση, καθώς η ανοσολογική αποκατάσταση συχνά **βελτιώνει** τη δερματοπάθεια.
- 2. Εκτίμηση κινδύνου λοιμώξεων:** Εμβολιασμοί (HBV, HPV, RZV), έλεγχος φυματίωσης/ηπατιτίδων, αντιμετώπιση μυκητιασικών λοιμώξεων προ θεραπείας.



3. Επιλογή θεραπείας

- Σε **ήπια–μέτρια** νόσο: τοπική θεραπεία, φωτο-θεραπεία, απρεμιλάστη.
- Σε **μέτρια–σοβαρή** με καλό HIV έλεγχο: βιολογικά με τεκμηριωμένη εμπειρία (π.χ. ustekinumab, αναστολείς IL-17/23), με τεκμηριωμένη παρακολούθηση ιικού φορτίου/CD4.

4. Προσοχή: Κλασικοί ευρέως ανοσοκατασταλτικοί παράγοντες (π.χ. μεθοτρεξάτη, κυκλοσπορίνη) σε ανεπαρκώς ελεγχόμενο HIV ή με συννοσηρότητες καθώς και στη χρήση anti _TNF παραγόντων.

πρωκτική, κατά περίπτωση ακόμα και χωρίς την παρουσία συμπτωμάτων.

3. Χαμηλό κατώφλι για HSV/VZV: πρώιμη αντιϊκή αγωγή· κατασταλτική θεραπεία σε συχνές υποτροπές· διαφοροδιάγνωση με σύφιλη/ερπητοειδή βλάβη.

4. Ψωρίαση:

- Πρώτα βελτιστοποιούμε ART.
- Επιλέγουμε **βιολογικούς παράγοντες** σε συνεργασία με τον θεράποντα για την HIV λοίμωξη, όταν ο HIV είναι ελεγχόμενος· τεκμηριωμένη ασφάλεια από πρόσφατες ανασκοπήσεις.

5. Επαγρύπνηση για KS/άτυπες εκδηλώσεις: βιοψία σε ύποπτες αγγειωματώδεις βλάβες· έλεγχος HHV-8 όπου χρειάζεται· **άμεση έναρξη ART.**

ΕΡΠΗΤΑΣ ΖΩΣΤΗΡΑΣ, HSV ΚΑΙ ΣΜΝ — ΤΙ ΕΧΕΙ ΑΛΛΑΞΕΙ ΠΟΣΟΤΙΚΑ;

- **Ζωστήρας:** μειωμένος συγκριτικά με την προ-ART εποχή αλλά παραμένει συχνότερος από τον γενικό πληθυσμό· συνδέεται με ταχεία ανοσολογική μεταβολή (IRIS) και χαμηλά CD4. Ο εμβολιασμός RZV έχει μπει στο βασικό «πακέτο» προληπτικής φροντίδας των PLWH^{2,6}.
- **HSV-1/2:** οι παρατεταμένες, εκτεταμένες βλάβες είναι σαφώς σπανιότερες σε ασθενείς σε αποτελεσματική ART· η υποτροπιάζουσα μορφή παραμένει συχνή και διαχειρίσιμη με κατασταλτική αντιϊκή αγωγή¹.
- **ΣΜΝ:** σε επίπεδο πληθυσμού η άνοδος παραμένει τεκμηριωμένη στην Ευρώπη· στους PLWH απαιτείται τακτικός επανέλεγχος (κάθε 3–6 μήνες για MSM/υψηλού κινδύνου). Η κλινική εικόνα μπορεί να είναι ορισμένες φορές πιο άτυπη^{4,5}.
- **Karosi & εκτεταμένες μυκητιάσεις:** εμφανίζουν επίμονη καθοδική τάση στον ART κόσμο· το KS πλέον σηματοδοτεί κυρίως θεραπευτικά κενά ή όψιμη διάγνωση· οι βαθιές μυκητιάσεις σπανίζουν σε καλά ελεγχόμενο HIV^{3,8,9}.

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ PLWH ΣΗΜΕΡΑ^{2,6,10,13}

- 1. Ενσωμάτωση προληπτικών πράξεων** στη δερματολογική επίσκεψη: έλεγχος εμβολιαστικού προφίλ/ιστορικού, με **RZV δύο δόσεων** όπου ενδείκνυται· επικαιροποίηση HPV/HBV.
- 2. Συστηματικός έλεγχος ΣΜΝ:** τουλάχιστον **ετησίως** σε όλους τους σεξουαλικά δραστήριους PLWH και **κάθε 3–6 μήνες** σε MSM/υψηλού κινδύνου· δειγματοληψία από **γεννητική, στοματική, ορθο-**

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η πορεία των δερματολογικών εκδηλώσεων στους HIV ασθενείς αντανακλά τις εξελίξεις στη θεραπευτική προσέγγιση της ίδιας της νόσου. Στη δεκαετία του 1980, ο δερματολόγος ήταν συχνά ο πρώτος που υποψιαζόταν τη διάγνωση. Μετά το 1996, η ART περιόρισε δραστικά τις «κλασικές» εκδηλώσεις, αλλά ανέδειξε νέες, όπως οι φαρμακευτικές αντιδράσεις και οι χρόνιας φλεγμονώδεις δερματοπάθειες⁷.

Σήμερα, οι κύριες προκλήσεις αφορούν:

- την παρακολούθηση και αντιμετώπιση χρόνιων δερματολογικών νοσημάτων,
- την πρόληψη και θεραπεία των ΣΜΝ,
- την αναγνώριση δερματικών παρενεργειών της ART,
- και την ολοκληρωμένη φροντίδα με στόχο την ποιότητα ζωής.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η πορεία των δερματολογικών εκδηλώσεων σε HIV ασθενείς αντικατοπτρίζει το ίδιο το φυσικό ιστορικό της λοίμωξης. Από τα πρώτα χρόνια, όπου Karosi και εκτεταμένες μυκητιάσεις αποτελούσαν «σήμα» AIDS, έως τη σημερινή εποχή, όπου οι χρόνιας φλεγμονώδεις δερματοπάθειες και τα ΣΜΝ κυριαρχούν, η συμβολή της δερματολογίας παραμένει καθοριστική^{7,8}.

Ο δερματολόγος δεν είναι πλέον απλώς διαγνώστης της HIV λοίμωξης, αλλά και σύμμαχος στη μακροχρόνια φροντίδα, στην πρόληψη ΣΜΝ, στην αντιμετώπιση παρενεργειών της ART και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Εκείνο που οφείλουμε να έχουμε πάντα στο μυαλό μας είναι τον **τακτικό έλεγχο**

για πιθανή HIV λοίμωξη ίδια του σεξουαλικά ενεργού πληθυσμού, για να προλάβουμε έγκαιρα τις νέες δια-

γνώσεις και να προσφέρουμε στους ασθενείς μας μια καλύτερη πορεία με τη νόσο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. CDC. STI Treatment Guidelines—Genital Herpes (HSV), ενότητα «HSV & HIV infection». 2021.
2. CDC/ACIP. Use of Recombinant Zoster Vaccine in Immunocompromised Adults. MMWR Recomm Rep. 2022;71(RR-1).
3. NIH/CDC/IDSA. Guidelines for the Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in Adults and Adolescents with HIV (επικαιροποίηση 2025). NCBI
4. ECDC. Trends in sexually transmitted infections in the EU/EEA (surveillance/trend reports, 2023). ECDC
5. CDC. Men Who Have Sex with Men—STI screening intervals (συμπεριλαμβάνονται PLWH). 2021. CDC
6. Buchacz K, et al. Incidence of herpes zoster in the HIV-infected population in the ART era. Clin Infect Dis. 2020. Oxford Academic
7. Cooley TP. Cutaneous manifestations of HIV in the era of ART. J Am Acad Dermatol. Review. PMC
8. Bohlius J, et al. Kaposi sarcoma in HIV-infected individuals in the ART era. AIDS. 2020;34(7):1075-1083. PMC
9. Goedert JJ, et al. Declining incidence of Kaposi sarcoma after HAART. Lancet/related cohorts (μετα-1996). PMC
10. Sood S, et al. Use of biologic treatment in psoriasis patients with HIV: a systematic review. J Am Acad Dermatol. 2024;91(1):107-108. PubMed
11. Leonardi C, et al. Use of Systemic Therapies for Psoriasis in People Living with HIV. Dermatol Ther (Heidelb). 2022. SpringerLink
12. Vesa CM, et al. Therapeutic challenges of psoriasis in the HIV-infected patient. Exp Ther Med. 2022. PMC
13. NIH ClinicalInfo. Prophylaxis to Prevent First Episode of Opportunistic Disease (πίνακες/αρχές). 2025. clinicalinfo.hiv.gov
14. CDC. AIDS-defining conditions list (συμπερ. χρόνιες HSV βλάβες).

Συγγραφέας Αλληλογραφίας

Βαρβάρα Βασάλου

email: Barbaravas.mail@gmail.com