

Terugkeer van reis met huidletsels**E. Van Hecke**

Tijdschr Geneesk, 53, nr. 3, 165-169, 1997

Geachte Redactie,

Naar aanleiding van bovenvermeld artikel willen we bondig enkele aanvullende richtlijnen bespreken voor de behandeling van cutane leishmaniose.

Een essentiële vraag die eerst moet beantwoord worden is of de besmetting werd opgelopen in de „nieuwe wereld” (dit is Latijns-Amerika wanneer men over leishmaniose spreekt) of in de „oude wereld” (Afrika, Middel-landse Zee-gebied, Midden en Nabije Oosten).

Indien uit de „nieuwe wereld” afkomstig, moet een eventuele evolutie naar de mucocutane vorm (espundia) absoluut voorkomen worden (5). Men dient dan eerst op basis van een PCR op de biopsie en eventueel op basis van de beschikbare epidemiologische gegevens uit te maken of een infectie met *L. brasiliense* (complex) uitgesloten is.

Indien het mogelijk om *L. brasiliense* gaat, bestaat de behandeling uit een vijfwaardige antimoonverbinding (SbV, bv. Glucanthime®) i.m. of i.v., 20 mg per kg per dag gedurende 3-4 weken (1, 5). Indien het om een ander species gaat, moet men in de literatuur nagaan of er voor het land van besmetting een studie werd gepubliceerd (bv. pentamidine is de voorkeursbehandeling voor cutane leishmaniose uit Guyana, pian bois genoemd (7)).

Voor een onverwikkeld *Leishmania*-letsel afkomstig uit de „oude wereld” of uit de „nieuwe wereld” waarbij *L. brasiliense* werd uitgesloten, mag men inderdaad eerst een behandeling starten met itraconazol (Sporanox® capsules van 100 mg): 2 capsules van 100 mg 's morgens bij de maaltijd, gedurende 1 maand (10). Itraconazol gaf in onze ervaring een zeer bevredigend genezingspercentage, maar voor de gevallen afkomstig uit bijvoorbeeld Iran is het af te raden (6).

Bij falen van itraconazol (na 1 maand te beoordelen) én in geval van beperkte letsels (wat meestal het geval is) worden eerst Glucanthime®-infiltraties intralacionaal toegediend. Men geeft 1 à 3 ml diep intralacionaal, tot verbleken van de basis van het letsel, tot driemaal (in uitgebreide of hardnekkige gevallen tot tienmaal) te herhalen, met een interval van 2 à 7 dagen. De maximum dosis per visite mag de dosis zoals voor viscerale leishmaniose niet overschrijden (1, 9).

Vele andere therapieën werden beschreven (2, 3, 5), maar ze behoren zeker niet allemaal tot de standaardtherapie. Behandeling met paromomycine-zalf bleek bv. matig doeltreffend in enkele studies, maar zeer teleurstellend in verschillende andere studies. Cryotherapie kan in geselecteerde gevallen overwogen worden voor kleine afgeijnde letsels met weinig perilaesionele inflammatie (2).

In geval van zeer uitgebreide of ernstig mutilerende huidletsels, en ook in geval van cutane leishmaniose afkomstig van Latijns-Amerika waar geen speciesbepaling gebeurd is (cf. het risico voor laattijdige mucosale metastasen) of indien de kweek of de omstandigheden een infectie met *L. brasiliensis* (sensu latu) waarschijnlijk maken, zal men van meet af aan het schema voor viscerale leishmaniose en voor mucocutane leishmaniose volgen: SbV 10 mg/kg tweemaal per dag, of 20 mg in een maal, tot minstens enkele dagen na klinische genezing (gewoonlijk 20-30 dagen). In geval van mislukking neemt men zijn toevlucht tot pentamidine of amfotericine B. Ook in geval van een „Oorschelpulcus” door *L. mexicana* geldt: SbV 10 mg/kg tweemaal per dag of 20 mg in een maal, tot minstens 10 dagen na de klinische genezing (gewoonlijk 50 dagen).

In de hiernavolgende literatuuraangave wordt enkel een zeer beperkt aantal van het zeer uitgebreide aanbod aan artikels over dit onderwerp opgegeven. Ook enkele recente lezenswaardige klinische artikels uit het Nederlands taalgebied worden vermeld (4, 8).

*A. Van Gompel, J. Van den Ende
Medische Dienst
Instituut voor Tropische Geneeskunde
Antwerpen*

LITERATUUR

1. ANONYMUS: Leishmanioses. In: Fiches modèles OMS d'information à l'usage des prescripteurs: médicaments utilisés en parasitologie. OMS, Genève, 1993, pp. 16-20.
2. BRYCESON A: Leishmaniasis. Chapter 65 in Manson's Tropical Diseases. Cook (ed.), Saunders, 1213, 1996.
3. EL-ON J, JACOBS GP, WEINRAUCH L: Topical chemotherapy of cutaneous leishmaniasis. *Parasitology Today*, 4, 76, 1988.
4. FABER WR, BECHT M, VAN GINKEL CJW et al.: Cutane leishmaniose bij 49 patiënten in Nederland. *Ned Tijdschr Geneesk*, 135, 229, 1991.
5. KOFF AB, ROSEN TD: Treatment of cutaneous leishmaniasis. *J Am Acad Dermatol*, 31, 693, 1994.

6. MOMENI AZ, JALAYER T, EMAMIOMEH M: Treatment of cutaneous leishmaniasis with itraconazole. Arch Dermatol, 132, 784, 1996.
7. PRADINAUD R: Le traitement de la leishmaniose tégumentaire par la pentamidine en Guyane française. Méd Trop, 54, 418, 1994.
8. SCHIPPER HG, KAGER PA, FABER WR, BRAKMAN M: Niet-genezende tropenzweren. Ned Tijdschr Geneesk, 139, 601, 1995.
9. TALLAB TM, BAHAMDAM KA, MIRDAD S et al.: Cutaneous leishmaniasis: schedules for intralésional treatment with sodium stibogluconate. Int J Dermatol, 35, 594-597, 1996.
10. VAN DEN ENDEN E, VAN GOMPEL A, STEVENS A et al.: Treatment of cutaneous leishmaniasis with oral itraconazole. Int J Dermatol, 33, 285, 1994.

Geachte Redactie,

Wij danken A. Van Gompel en J. Van den Ende voor hun uitgebreide bespreking van de behandeling van leishmaniasis. Wij bespreken in ons artikel de enige vorm die in onze kliniek de laatste jaren voorkwam, met name bouton d'orient.

In het Nederlands is het gebruikelijk om dit aan te duiden met de Latijnse term leishmaniasis cutanea. Het was zeker niet onze bedoeling om de huidverschijnselen met hun behandeling van alle vormen van leishmaniasis te bespreken.

E. Van Hecke

Kliniek voor Huidziekten

Universitair Ziekenhuis, Gent

REFERAAT

De epidemiologie van aids en HIV-infecties in België Toestand op 31 december 1995

Door A. Sasse, H. Van Renterghem en J. Van Der Heyden van het Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie, J. Wytmanstraat 14, 1050 Brussel, werd een rapport vrijgegeven betreffende de toestand van de epidemiologie van aids op het einde van 1995, steunende op gegevens van de aids-referentielaboratoria en de registratie van de aids-patiënten door de klinici. Wij geven hier een omstandige samenvatting. Het rapport kan op hogervermeld adres aangevraagd worden.

Sinds het begin van de HIV-epidemie tot en met 31 december 1995 werd in ons land bij 9 963 personen de diagnose van HIV-infectie gesteld. Over de tijd lijkt de situatie vrij stabiel sinds 1987: gemiddeld komen er tussen 750 en 1 000 nieuwe infecties per jaar bij. Het betreft hier enkel personen die als dusdanig gediagnosticeerd werden. Over het reële aantal HIV-seropositieven zijn geen cijfers beschikbaar.

1. Alle HIV-geïnfecteerden

Voor de ganse observatieduur samen heeft ongeveer 45% van de geïnfecteerden van wie de nationaliteit bekend is, de Belgische nationaliteit. Tot en met 1988 waren meer dan de helft van de nieuwe patiënten waarvan de

nationaliteit bekend was Belg. In 1995 bedroeg hun aandeel 42%.

Bij de Belgische HIV-geïnfecteerden vinden we viermaal meer mannen dan vrouwen. De vrouwelijke geïnfecteerden zijn gemiddeld jonger dan de mannelijke. In dalende volgorde tellen het Gewest Brussel, de provincies Luik, Waals-Brabant, Antwerpen en Henegouwen de meeste geïnfecteerden. Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest is duidelijk meer in de epidemie betrokken dan de twee andere regio's. Nochtans neemt de laatste jaren deze „voorsprong" gestadig af. Bij de Belgische mannen blijken de homo- en biseksuele contacten de meest waarschijnlijke overdrachtswijze te zijn in twee gevallen op drie. Bij de Belgische vrouwen zijn de heteroseksuele contacten de voornaamste weg van overdracht. Ongeveer 6% van de patiënten zijn intraveneuze drugsgebruikers. Deze groep is relatief belangrijker in Brussel en Wallonië dan in Vlaanderen. De virusoverdracht via intraveneus drugsgebruik is vooral belangrijk bij jongeren. Het aandeel van de i.v.-drugsgebruikers stijgt tot 16% bij de 15-24-jarige geïnfecteerden.

Bij de niet-Belgische HIV-geïnfecteerden is 75% afkomstig uit sub-saharisch Afrika en 3% uit Noord-Afrika. Bijna één geïnfecteerde op vijf van niet-Belgische origine is Europeaan. De ratio man/vrouw bij de niet-Belgen ligt veel dichterbij één dan dat dit het geval is bij de Belgen. De verklaring hiervoor is dat de