

DERMATITA SEBOREICĂ LA PACIENȚII CU INFECȚIE HIV

Seborrheic dermatitis prevalence in HIV patients

Anca Răducan¹, Magdalena Constantin^{1,2}, Irina Magdalena Dumitru^{3,4}, Aurelia Hangan⁴, Sorin Rugină^{3,4}

¹Clinica II Dermatologie, Spitalul Clinic Colentina, București, România

²Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București, România

³Facultatea de Medicină Generală a Universității „Ovidius”, Constanța, România

⁴Spitalul Clinic de Boli Infecțioase, Constanța, România

REZUMAT

Obiective. Evidențierea prevalenței dermatitei seboreice în infecția HIV și evaluarea corelațiilor clinico-terapeutice.

Material și metode. În perioada 1.10.2011 – 31.12.2014 am efectuat un studiu prospectiv pe un lot de 121 de pacienți HIV pozitiv, internați în Departamentul HIV Adulți, din cadrul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase din Constanța, pentru a determina prevalența și particularitățile clinico-evolutive ale dermatitei seboreice la pacienții HIV+.

Rezultate. Dermatita seboreică a fost raportată la 33,05% dintre pacienți, cu predominanță masculină (M:F = 9:1), și vârf de incidență la categoria de vârstă 20-30 de ani. În funcție de localizarea dermatitei seboreice, prevalența leziunilor este: față (15%), scalp (22,5%), față și scalp (45%), torace (12,5%). Din punct de vedere al severității manifestărilor clinice, la 27,5% dintre pacienți s-a înregistrat o formă blândă de dermatită seboreică, în timp ce 62,5% au prezentat dermatită seboreică medie, iar 10% forma severă. Răspunsul terapeutic a fost evaluat la 7 zile, 14 zile și la 8 săptămâni, urmărindu-se diminuarea/dispariția eritemului și a descumării, dar și ameliorarea/remiterea pruritului. După 8 săptămâni de tratament, la 70% dintre pacienți s-a constatat remiterea completă a simptomatologiei. La pacienții HIV+ cu dermatită seboreică au fost înregistrate pe durata studiului între 2-5 episoade de dermatită seboreică pe an, recidivele fiind raportate între 4-12 săptămâni de la întreruperea tratamentului, în medie la 7 săptămâni.

Concluzii. Studiul de față indică o prevalență moderată a dermatitei seboreice la pacienții HIV pozitiv internați. Deși manifestările clinice nu diferă de cele ale dermatitei seboreice la pacienți seronegativi, parcursul clinico-evolutiv relevă caracterul extensiv al dermatitei seboreice la pacienții HIV pozitiv, cu leziuni mai severe, rebele la tratament și frecvente recidive, chiar și la pacienții care urmează tratament îndelungat.

Cuvinte cheie: HIV, dermatită seboreică

ABSTRACT

Objective. Highlighting seborrheic dermatitis prevalence in HIV patients and evaluating clinico-therapeutical correlations.

Material and methods. Between 1.10.2011 – 31.12.2014 we performed a prospective study on a group of 121 HIV-positive patients hospitalized in the HIV Adults Department in the Infectious Diseases Hospital, Constanta, to determine the prevalence, clinical particularities and treatment response of seborrheic dermatitis in HIV + patients.

Results. Seborrheic dermatitis has been reported in 33.05% of patients, predominantly male (M:F = 9:1), with peak incidence in the 20-30 age group. Lesions prevalence according to the site of seborrheic dermatitis was: face (15%), scalp (22.5%), face and scalp (45%), chest (12.5%). In terms of clinical severity, 27.5% patients had mild seborrheic dermatitis, while 62.5% had moderate seborrheic dermatitis, and 10% were diagnosed with the severe form. Therapeutic response was evaluated at day 7, 14 and after 8 weeks, assessing the decrease/disappearance of erythema and flaking, and pruritus improvement/remission. After 8 weeks of treatment, complete remission was reported in 70% patients. However, HIV+ patients with seborrheic dermatitis had between 2-5 episodes per year, relapses being reported at 4 to 12 weeks after discontinuation of treatment, mean 7 weeks.

Autor corespondent:

Dr. Magdalena Constantin, Clinica II Dermatologie, Spitalul Clinic Colentina, Șos. Ștefan cel Mare nr. 19-21, București
E-mail: drmagdadinu@yahoo.com

Conclusions. The present study indicates a moderate prevalence of seborrheic dermatitis in hospitalized HIV+ patients. Although clinical manifestations do not differ from those of seborrheic dermatitis in seronegative patients, the clinical course of disease reveals the extensive character of seborrheic dermatitis in HIV+ patients with more severe lesions, refractory to treatment, and frequent recurrences, even in patients receiving prolonged treatment.

Keywords: HIV, seborrheic dermatitis

INTRODUCERE

Dermatita seboreică (DS) este o boală cronică inflamatorie, frecvent întâlnită, cu o prevalență de 1-5% în populația generală, predominanță masculină la toate grupele de vârstă, având două vârful de incidență, la nou-născuți, în primele 3 luni de viață, și la adulți între 40-60 de ani. (1) Descrisă pentru prima dată în 1887 de Unna (2), DS reprezintă o eczemă cu evoluție cronică, blândă, caracterizată prin leziuni eritematoase, net delimitate, acoperite cu scuame grase, cu localizare tipică în zonele bogate în glande sebacee (scalp, urechi, față, torace superior și zone intertriginose). (1,3)

Etiologia este încă neclară, dar există asocieri cu o specie de fungi, *Malassezia furfur*, cu superproducție de sebum, sau cu sebum cu o compoziție lipidică anormală (3). De asemenea, factori precum asocierea cu boli neurologice (Alzheimer, Parkinson, epilepsie, retard mintal), stresul emoțional, unele medicamente (etionamidă, cimetidină, clorpromazin) și factorii fizici (variații sezoniere de temperatură și umiditate) sunt implicați în patogenia DS. (1,3) Umiditatea și temperaturile scăzute determină o frecvență crescută a DS pe parcursul iernii și la începutul primăverii. (1)

Asocierea dintre DS și SIDA a fost descrisă pentru prima dată de Eisenstat (4) în 1984. Prevalența DS la pacienții HIV pozitiv este semnificativ crescută, variind între 20-85% (5), în funcție de stadiul infecției HIV; astfel, un procent de 80% dintre pacienții cu SIDA (6) prezintă leziuni de DS, în timp ce la pacienții HIV seropozitivi DS este întâlnită în până la 40% dintre cazuri. (7) A fost studiată implicarea speciilor de *Malassezia* în patogenia DS la pacienții cu infecție HIV și s-a raportat o predominanță a *Malassezia globosa* (85%) la pacienții HIV pozitiv cu DS, spre deosebire de pacienții HIV negativ cu DS, la care predomină speciile de *Malassezia furfur* (72%) și *Malassezia restricta* (26%) (8). De asemenea, nu există o relație între numărul de fungi de *Malassezia* și severitatea DS, iar la pacienții cu imunodeficiență severă HIV și cu DS nu au fost decelați mai mulți fungi decât la

pacienții cu infecție HIV, dar fără DS, sau la pacienții imunocompetenți cu DS. (3,9)

Hiperproducția de sebum prin activare androgenică este adesea asociată cu DS, însă pacienții cu DS pot avea producție normală de sebum, iar persoanele cu producție excesivă de sebum pot să nu prezinte leziuni de DS. Astfel, producția de sebum nu reprezintă un factor de risc decisiv; în schimb, alterarea compoziției lipidelor de la suprafața pielii este un factor relevant, prin creșterea concentrației de trigliceride și colesterol și prin diminuarea cantității de squalen și acizi grași liberi. (1,3) La pacienții cu infecție HIV și DS, concentrația de lipide totale de la suprafața pielii este similară cu cea a pacienților HIV negativ cu DS, însă au fost raportate modificări ale profilului lipidic, în sensul reducerii squalenului și creșterii concentrației de colesterol și esteri ai colesterolului. (10,11)

DS reprezintă un marker cutanat al infecției HIV și apare în stadiile inițiale ale imunodepresiei. DS a fost asociată cu alterarea funcției celulelor T, fiind raportată la pacienții HIV pozitiv cu un nivel mediu de CD4+ între 200-500 cel/mm³. (12) Totodată, a fost evidențiată o corelație între agravarea leziunilor și scăderea numărului de celule CD4+, DS putând fi considerată marker al progresiei infecției HIV. (13) Unele studii privind răspunsul la terapia antiretrovirală relevă o ameliorare a DS după inițierea tratamentului antiretroviral, iar altele evidențiază o exacerbare a leziunilor (14,15), raportată și în cazul sindromului inflamator de reconstrucție imună (IRIS). (16)

Manifestările clinice ale DS la pacienții HIV pozitiv sunt cele clasice, cu leziuni eritematoase, bine delimitate, acoperite de scuame grase, dispuse în zone intens sebacee și însoțite sau nu de prurit, cu mențiunea că pot apărea și la copiii cu SIDA. (1,17) Uneori, erupția inițială de la nivelul feței poate avea aspect în formă de fluture, similar rash-ului malar din lupus eritematos sistemic. (3,4)

Agravarea leziunilor de DS preexistente la un pacient cu infecție HIV sau debutul DS la pacienți fără manifestări anterioare pot fi indicatori ai seroconversiei de la faza latentă la cea simptomatică. (18) DS la pacienții HIV pozitiv tinde să fie mai

severă, extinsă și refractară la schemele de tratament clasic, fiind adesea necesar tratament oral cu antifungice sau tratament topic cu agenți antifungici în combinație cu dermatocorticoizi de potență medie. (1,19) O complicație a DS frecvent întâlnită la pacienții cu imunodepresie HIV este reprezentată de *Pityrosporum folliculitis*, caracterizată prin papule foliculare eritematoase, intens pruriginoase, uneori pustule, cu localizare tipică în zonele bogate în glande sebacee. (3)

În etiologia DS au fost incriminate și o serie de medicamente care declanșează sau agravează DS, printre care și etionamida, indicată în combinație cu alte medicamente tuberculostatice ca medicament de linia a doua la pacienții cu *Mycobacterium tuberculosis*, în condițiile în care s-a instalat rezistența la medicamentele de primă intenție (izoniazidă și rifampicină). (1,3,20) Având în vedere faptul că pacienții cu infecție HIV sunt frecvent coinfectați cu *Mycobacterium tuberculosis*, tratamentul DS devine o provocare dacă schema terapeutică include și etionamidă.

Caracteristicile histopatologice ale DS la pacienții HIV pozitiv sunt similare celor de la pacienții HIV negativ, însă au fost observate la pacienții seropozitivi afectarea foliculară, cu dezvoltarea de dopuri foliculare orto- și parakeratozice, și un infiltrat superficial perivascular plasmocitar. (4,21)

MATERIAL ȘI METODE

În perioada 1.10.2011 – 31.12.2014 am efectuat un studiu prospectiv pe un lot de 121 de pacienți HIV pozitiv, internați în Departamentul HIV Adulți, din cadrul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase din Constanța, pentru a determina prevalența și particularitățile clinico-evolutive ale dermatitei seboreice la pacienții HIV pozitiv.

Infecția HIV a fost confirmată prin testul Western-Blot pozitiv, toți pacienții internați fiind ulterior evaluați clinic de către medicul dermatolog pentru screeningul dermatitei seboreice.

Criterii de includere

1. Infecție HIV confirmată prin testul Western-Blot.

2. Prezența dermatitei seboreice, diagnosticată de medicul dermatolog și definită prin următoarele criterii:

- a) Aspect: leziuni eritematoase, bine delimitate, acoperite de scuame grase;
- b) Localizare: scalp, față, regiune presternală, interscapulară și pliuri;

În funcție de particularitățile clinico-evolutive și de distribuția leziunilor, dermatita seboreică la adult se clasifică în:

I. DS a scalpului

A. Blândă – descuamarea difuză a scalpului, fără semne de inflamație;

B. Medie – eritem perifolicular, cu formare ulterioară de plăci eritemato-scuamoase, bine delimitate, izolate sau confluate, ce pot afecta o suprafață mare a scalpului;

C. Severă – plăci eritemato-scuamoase ce cuprind o suprafață mare a scalpului și se extind dincolo de interlinia păroasă, la nivelul frunții (corona seboreică), retro- și periauricular, leterocervical. În unele cazuri determină alopecie difuză, care este însă reversibilă după remiterea inflamației.

II. DS a feței

A. Blândă – descuamarea difuză a feței (regiunea medială a sprâncenelor, zona intersprâncenoasă, șanțuri nazolabiale), fără semne de inflamație;

B. Medie – macule și plăci eritematoase, cu descuamare moderată (scuame albe, fine, uscate), relativ bine delimitate, prurit variabil;

C. Severă – plăci eritemato-scuamoase, bine delimitate, izolate sau confluate, ce pot afecta o suprafață mare a feței, prurit intens.

III. DS a trunchiului

A. Blândă – eritem și descuamare difuză a toracelui anterior și a regiunii interscapulare;

B. Medie – leziuni inelare policiclice, eritematoase, cu descuamare moderată (scuame albe, fine, uscate), sau leziuni pitiriaziforme (mimează pitiriazisul rozat, dar sunt mai extinse), dispuse la nivelul toracelui anterior și a regiunii interscapulare, prurit variabil;

C. Severă – plăci eritemato-scuamoase, bine delimitate, confluate, ce pot afecta o suprafață mare a toracelui, prurit intens.

IV. DS intertriginoasă (flexurală)

A. Blândă – plăci eritematoase bine delimitate, dispuse în zonele de flexie;

B. Medie – plăci eritematoase bine delimitate, fisurate, acoperite cu scuame grase, galbene, dispuse în zonele de flexie;

C. Severă – suprainfecția secundară determină extinderea leziunilor dincolo de regiunea pliurilor.

În elaborarea studiului a fost utilizată baza de date electronică a Departamentului HIV Adulți a Spitalului Clinic de Boli Infecțioase Constanța și fișele medicale ale pacienților.

În cadrul vizitei de screening au fost colectate pentru fiecare pacient următoarele date:

- informații demografice:
 - vârstă;

- sex;
- mediu de viață (rural/urban);
- nivel educațional;
- statut ocupațional;
- statut marital;
- cale de transmitere a infecției HIV: sexuală (hetero/homo), parenterală, necunoscută.
- stadiul de boală clinico-imunologic OMS;
- investigații paraclinice (nivel CD4+, încărcătură virală);
- schemă terapeutică antiretrovirală.

Protocol de analize

Pentru fiecare pacient înrolat în studiu, protocolul de analize a cuprins:

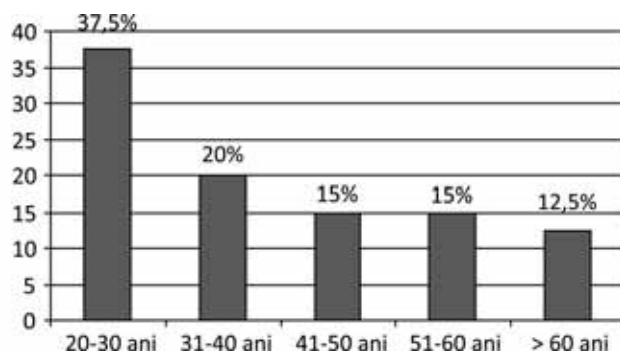
- număr de celule CD4+;
- încărcătură virală HIV.

Pentru înregistrarea datelor și elaborarea studiului a fost realizată o bază de date în Microsoft Excel, datele fiind ulterior redate prin tabele, grafice de tip bar-chart și pie-chart.

REZULTATE

Din totalul de 121 de pacienți HIV pozitiv, cu afecțiuni dermatologice, internați în perioada 1.10.2011 – 31.12.2014, 40 de pacienți (33,05%) au prezentat dermatită seboreică, 36 de sex masculin (90%) și 4 de sex feminin (10%), și au fost investigați suplimentar de către medicul dermatolog. În ceea ce privește vârsta, s-a remarcat un vârf al incidenței la categoria de vârstă 20-30 de ani (37,5%), fiind afectate persoane cu vârsta cuprinsă între 23 și 74 de ani (Graficul 1), iar, din punct de vedere demografic, 32 de pacienți (80%) provin din mediul rural.

Calea de transmitere a infecției HIV a fost predominant parenterală (37,5%), iar din punct de vedere al orientării sexuale, majoritatea pacienților sunt heterosexuali (87,5%). La momentul diagnos-



GRAFICUL 1. Repartiția pe categorii de vârstă a pacienților HIV+ cu dermatită seboreică

ticării dermatitei seboreice, 2 pacienți prezentau coinfecție HIV-HVB, și alți 2 pacienți erau în tratament antituberculos, pentru tuberculoză pulmonară activă.

Distribuția în funcție de statutul marital indică un procent de 55% pacienți necăsătoriți, din punct de vedere socio-economic doar 25% dintre pacienți sunt salariați, iar în ceea ce privește nivelul educațional, cei mai mulți au absolvit ciclul gimnazial (8 clase).

Cei 40 de pacienți HIV pozitiv cu dermatită seboreică au avut un nivel mediu CD4+ de 414,1 cel/mm³ (valori cuprinse între 1-1.453 cel/mm³) și o încărcătură virală medie de 129.128,69 copii/ml; 16 pacienți (40%) au avut un nivel nedetectabil al încărcăturii virale. Majoritatea pacienților HIV pozitiv sunt încadrați în stadiul clinic OMS C (62,5%), în special C3 (50%) (Graficul 2).

Majoritatea pacienților, 28 (70%), urmează un regim terapeutic ARV, 11 pacienți (27,5%) erau naivi la momentul diagnosticării dermatitei seboreice și 1 pacient (2,5%) a abandonat tratamentul.

În funcție de localizarea dermatitei seboreice, prevalența leziunilor este: față (15%), scalp (22,5%), față și scalp (45%), torace (12,5%) (Tabelul 1). În 2 cazuri a fost raportată forma generalizată, la un bărbat aflat sub tratament ARV și antituberculos și la o femeie la momentul depistării HIV. Asocierea pruritului a fost înregistrată la pacienți cu intensități variabile (Tabelul 2).

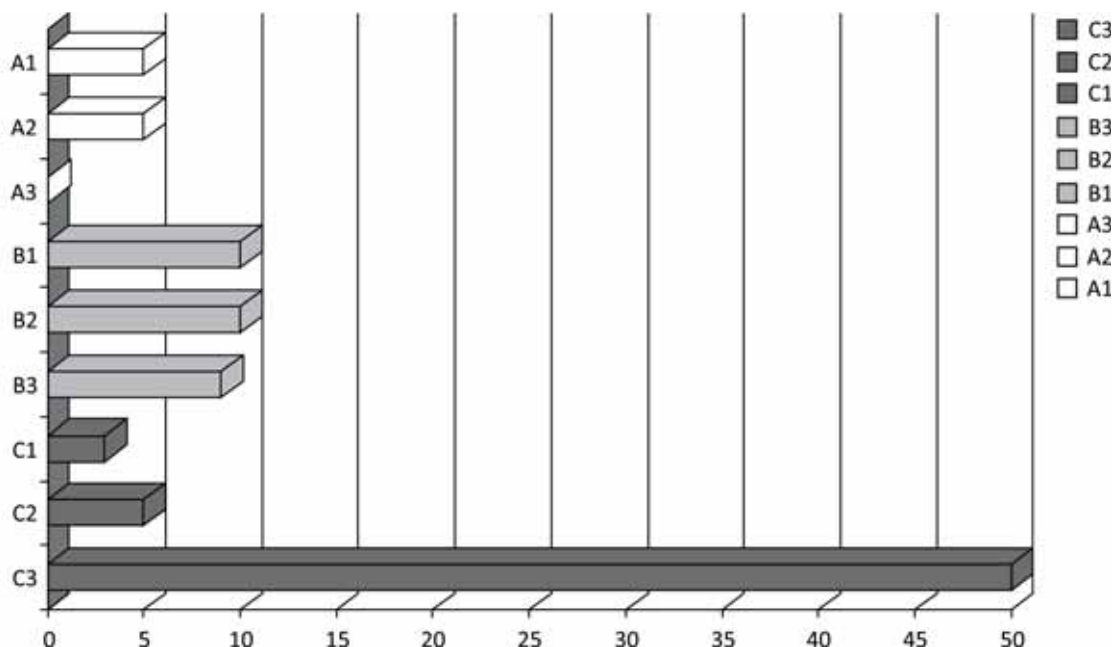
TABELUL 1. Localizarea dermatitei seboreice la pacienții HIV pozitiv

Localizare	Nr. pacienți	Procent (%)
Față	6	15%
Scalp	9	22,5%
Față + scalp	18	45%
Trunchi	5	12,5%
Intertriginoasă	0	0%
Generalizată	2	5%

TABELUL 2. Asocierea pruritului în dermatita seboreică la pacienții HIV pozitiv

Prurit	Nr. pacienți	Procent (%)
Absent	11	27,5%
Ușor	17	42,5%
Moderat	10	25%
Sever	2	5%

Din punct de vedere al severității manifestărilor clinice, la 11 pacienți (27,5%) s-a înregistrat o formă blândă de dermatită seboreică, în timp ce 25 de pacienți (62,5%) au prezentat dermatită seboreică medie, iar 4 formă severă (10%) (Tabelul 3).



GRAFICUL 2. Distribuția pacienților HIV pozitiv cu dermatită seboreică în funcție de stadiul clinic OMS

TABELUL 3. Gradul de severitate a dermatitei seboreice la pacienții HIV pozitiv

Gradul de severitate	Nr. pacienți	Procent (%)
Blândă	11	27,5%
Medie	25	62,5%
Severă	4	10%

Printre factorii declanșatori ai episoadelor de dermatită seboreică au fost incriminați: stresul, lipsa somnului, anotimpul – iarnă/primăvară, scăderea imunității evidențiată paraclinic prin scăderea nivelului CD4+, inițierea tratamentului ARV – în cadrul sindromului inflamator de reconstrucție imună, tratamentul antituberculos.

În formele ușoare de dermatită seboreică tratamentul a inclus șampon și/sau cremă cu zinc piriton (cu efect keratolitic și antifungic) sau pe bază de ciclopiroxolamină. La pacienții cu dermatită seboreică formă moderată, în care componenta inflamatorie a fost mai pronunțată, au fost folosiți dermatocorticoizi de potență scăzută (hidrocortizon acetat 1%) sau de potență medie (triamcinolon acetonid) în combinație cu tratamentul antifungic topic. În cazurile de dermatită seboreică severă (DS refractară la tratament sau DS extensivă/generalizată), abordarea terapeutică a inclus, pe lângă tratamentul topic menționat, și tratament antifungic oral cu fluconazol 300 mg pe săptămână, timp de 2 săptămâni. La pacienții cu prurit moderat/sever s-a administrat desloratatină 5 mg pe zi, complementar tratamentului.

Răspunsul terapeutic a fost evaluat la 7 zile, 14 zile și la 8 săptămâni, urmărind diminuarea/dis-

pariția eritemului și a descuamării, dar și ameliorarea/remiterea pruritului.

Sub tratament, evoluția leziunilor a fost favorabilă, cu diminuarea intensității eritemului și a descuamării, și ameliorarea pruritului la majoritatea pacienților în Z14. După 8 săptămâni de tratament, la 28 de pacienți (70%) s-a constatat remiterea completă a simptomatologiei. Pentru 8 pacienți (20%) tratamentul a fost continuat încă 4 săptămâni, iar pentru ceilalți 4 pacienți (10%) încă 8 săptămâni, până la dispariția leziunilor. Pentru prevenirea recidivelor, tratamentul a fost continuat în medie încă 4 săptămâni după dispariția leziunilor de dermatită seboreică.

La pacienții HIV pozitiv cu dermatită seboreică au fost înregistrate pe durata studiului între 2-5 episoade de dermatită seboreică pe an. Recidivările dermatitei seboreice au fost raportate între 4-12 săptămâni de la întreruperea tratamentului, în medie la 7 săptămâni.

DISCUȚII

Prevalența DS la pacienții HIV pozitiv din lotul studiat a fost de 33,05%, valoare similară cu datele din literatura medicală (5-7), menținându-se predominanța la sexul masculin. Totodată, majoritatea cazurilor au fost raportate la pacienți seropozitivi cu stadiul de boală C3 și nivel mediu de CD4+ de 414,1 cel/mm³, fiind încadrate din punct de vedere clinic în forma de dermatită seboreică medie/moderată (62,5%). Aspectul clinic al leziunilor de

dermatită seboreică la pacienții HIV pozitiv a fost similar cu manifestările tipice la pacienții seronegativi, fiind caracterizat de plăci eritematoase, net delimitate, de dimensiuni variabile, unele confluate, cu suprafața acoperită de scuame grase, de culoare alb-galben, cu localizare la nivelul regiunilor intens sebacee. În ceea ce privește distribuția leziunilor, zonele cel mai frecvent afectate au fost fața și scalpul, asociind prurit de intensitate variabilă în 72,5% dintre cazuri.

Cuantificarea răspunsului la terapia antiretrovirală nu a putut fi realizată, deoarece majoritatea pacienților urmează tratament ARV, însă debutul dermatitei seboreice în forma generalizată a fost markerul clinic care a condus la depistarea infecției HIV într-unul dintre cazuri.

În acord cu datele din literatura medicală (7,18), rezultatele studiului efectuat arată că manifestările clinice în dermatita seboreică la pacienții HIV pozitiv sunt mai severe, fiind afectate regiuni extinse. Totodată, s-a constatat că evoluția dermatitei seboreice la pacienții din studiu a fost mai îndelungată, cu caracter undulant, grevată de multiple recăderi pe parcursul unui an. Prin urmare, am recurs la aplicarea unei scheme clasice de tratament local, iar în cazurile refractare sau severe, schema a fost completată cu tratament topic cu dermatocorticoizi de potență slabă sau medie, și sistemic cu antihistaminic și antifungic. Prevenirea recăderilor a constat în aplicarea topicelor antifungice pentru încă 4 săptămâni după remiterea leziunilor și modificarea schemei terapeutice, în sensul înlocuirii periodice, la 6-9 luni, ca urmare a pierderii sau scăderii eficienței terapeutice a preparatelor împotriva dermatitei seboreice (șampon/cremă) cu produse cu altă clasă de agenți activi. Studii recente atestă faptul că

alegerea tratamentului în dermatita seboreică la pacienții cu infecție HIV coinfectați cu *Mycobacterium tuberculosis* este dificilă dacă schema terapeutică antituberculoasă include și etionamidă, medicament raportat ca posibil factor declanșator sau agravant al leziunilor de dermatită seboreică. La cei doi pacienți cu dermatită seboreică aflați în tratament antituberculos, leziunile au debutat la scurt timp, în medie 2 săptămâni, de la momentul introducerii tratamentului pentru tuberculoza pulmonară, fiind mai extinse, însoțite de prurit moderat-sever, și afectând fața, scalpul, regiunea retroauriculară și toracele anterior și posterior. În aceste cazuri, inițial, având în vedere complianța terapeutică scăzută, tratamentul a fost topic cu Zinc piriton/Ciclopiroxolamină în asociere cu dermatocorticoizi de potență medie, ulterior fiind administrat Fluconazol 300 mg pe săptămână, timp de 2 săptămâni, cu rezultate bune.

CONCLUZII

Studiul de față indică o prevalență moderată a dermatitei seboreice la pacienții HIV pozitiv internați, afecțiune ce apare mai frecvent în cazul unei imunosupresii severe, odată cu progresia infecției HIV la stadiul OMS C3, cu un nivel mediu $CD4^+ \leq 500$ cel/mm³.

Deși manifestările clinice nu diferă de cele ale dermatitei seboreice la pacienți seronegativi, parcursul clinico-evolutiv relevă caracterul extensiv al dermatitei seboreice la pacienții HIV pozitiv, cu leziuni mai severe, rebele la tratament, și frecvente recidive, chiar și la pacienții care urmează tratament îndelungat.

BIBLIOGRAFIE

1. Goldsmith L.A., Katz S.I., Gilchrist B.A., Paller A.S., Leffell D.J., Wolff K. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. 8th ed. McGraw-Hill: New York; 2012.
2. Unna P. Das seborrhoische Ekzem. *Monatsschr Prakt Dermatol.* 1897; 6:827-46.
3. Bologna J.L., Jorizzo J.L., Schaffer J.V. *Dermatology.* 3rd ed. Elsevier: New York; 2012
4. Eisenstat B.A., Wormser G.P. Seborrheic dermatitis and butterfly rash in AIDS. *N Engl J Med.* 1984; 311:189.
5. Schechtman R.C., Midgley G., Hay R.J. HIV disease and Malassezia yeasts: a quantitative study of patients presenting with seborrheic dermatitis. *Br J Dermatol.* 1995; 133:694-8.
6. Mathes B.M., Douglass M.C. Seborrheic dermatitis in patients with acquired immunodeficiency syndrome. *J Am Acad Dermatol.* 1985; 14:947-951. doi: 10.1016/S0190-9622(85)70243-5.
7. Froschl M., Land H.G., Landthaler M. Seborrheic dermatitis and atopic eczema in human immunodeficiency virus infection. *Semin Dermatol.* 1990; 14:230-232.
8. Rincón S., Celis A., Sopó L., Motta A., Cepero de Garcia M.C. Malassezia yeast species isolated from patients with dermatologic lesions. *Biomedica.* 2005; 25:189-95.
9. Sampaio A.L.S.B., Mameri A.C.A., Vargas T.J.S., Ramos-e-Silva M., Nunes A.P., Carneiro S.C.S. Seborrheic dermatitis. *An. Bras. Dermatol.* 2011; 86(6):1061-1074.
10. Vidal C., Girard P.M., Domp Martin D., Bosson J.L., Mettra C., Gros Lambert P., et al. Seborrheic dermatitis and HIV infection. Qualitative analysis of skin surface lipids in men seropositive and seronegative for HIV. *J Am Acad Dermatol.* 1990; 23:1106-10.
11. Passi S., Picardo M., Morrone A., De Luca C., Ippolito F. Skin surface lipids in HIV seropositive and HIV sero-negative patients affected with seborrheic dermatitis. *J Dermatol Sci.* 1991; 2:84-91.
12. Nnoruka E.N., Chukwuka J.C., Anisui B. Correlation of mucocutaneous manifestations of HIV/AIDS infection with CD4 counts and disease progression. *Int J Dermatol.* 2007; 46 Suppl 2:14-8.

13. **Ippolito F., Passi S., Di Carlo A.** Is seborrheic dermatitis a clinical marker of HIV disease? *Minerva Ginecol.* 2000 Dec; 52(12 Suppl 1):54-8.
14. **Dunic I., Vesic S., Jevtovic D.J.** Oral candidiasis and seborrheic dermatitis in HIV-infected patients on highly active antiretroviral therapy. *HIV Med.* 2004; 5:50-4.
15. **Hardcastle N.J., Tunbridge A.J., Shum K.W., Dockrell D.H., Green S.T.** Alopecia in association with severe seborrheic dermatitis following combination antiretroviral therapy for acute retroviral syndrome. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2005; 19:631-3.
16. **Smith K., Kuhn L., Coovadia A., Meyers T., Hu C.C., Reitz C., et al.** Immune reconstitution inflammatory syndrome among HIV-infected South African infants initiating antiretroviral therapy. *AIDS.* 2009; 23:1097-107.
17. **Prose N.S.** Cutaneous manifestations of HIV infection in children. *Dermatol Clin.* 1991; 9:543-50.
18. **Schoefer H., Sachs D.L., Ochsendorf F.** HIV-associated skin and mucocutaneous diseases. In: Hoffman C., Rockstroh J.K., Kamps B.S., editors. *HIV medicine.* 15th ed. Paris, Cagliari, Wuppertal: Flying Publisher; 2007. p.596.
19. **Dann F.J., Tabibian P.** Cutaneous diseases in immunodeficiency virus-infected patients referred to the UCLA Immunossuppression skin Clinic: reasons for referral and management of select diseases. *Cutis.* 1995; 55:85-8.
20. http://www.anm.ro/_/RCP/RCP_2918_11.11.10.pdf?anmOrder=Sorter_cod_atc&anmPage=1384&ID=9488
21. **Schwartz R.A., Janusz C.A., Janniger C.K.** Seborrheic dermatitis: an overview. *Am Fam Physician.* 2006; 74:125-30.