

beweisen („Specimen Sign“, „Matchbox Sign“, „Ziploc Bag Sign“). Als Ursachen werden meist Würmer (52%), Parasiten (43%), „Etwas“ (33,3%), Fliegen (19%) oder Spinnen (9,5%) vermutet<sup>1</sup>. In 5–15% der Fälle entwickelt auch der Partner oder ein anderes Familienmitglied eine WP („Folie à deux“, „Folie à famille“). In Hinblick auf die Therapie ist es wichtig, die primär betroffene Person zu identifizieren. Manchmal fühlt sich der dominant psychotische Patient nicht selbst betroffen, sondern vermutet eine Parasitose bei einer ihm nahestehenden Person.

**Herausforderungen:** Patienten weigern sich häufig, einen Psychiater aufzusuchen, bzw. lehnen eine von Psychiatern verordnete Therapie ab. In der Praxis hat es sich bewährt, wenn ein Dermatologe nach Rücksprache mit einem Psychiater mit der Behandlung beginnt.

**Therapie** der Wahl bei WP ist Risperidon, wobei oft niedrigere Dosen ausreichend sind als bei Schizophrenie (Beginn mit 0,5–2 mg abends, evtl. Erhöhung auf 4–8 mg/Tag). Eine Remission kann meist nur mit einer Langzeittherapie aufrechterhalten werden (cave: Rezidiv bei frühem Therapieende)<sup>2</sup>.

**Korrespondenz:** adamandrzejreich@gmail.com

skin particles or fibres, etc.) to provide evidence of parasitic infestation (“specimen sign”, “matchbox sign”, “Ziploc bag sign”). The suspected causes are usually worms (52%), parasites (43%), “something” (33.3%), flies (19%), or spiders (9.5%).<sup>1</sup> In 5-15% of cases, the partner or another family member also develops DP (“Folie à deux”, “Folie à famille”). In terms of therapy, it is important to identify the person primarily affected. Sometimes the dominant psychotic patient does not feel affected themselves, but suspects parasitosis in someone close to them.

**Challenges:** Patients often refuse to see a psychiatrist or reject therapy prescribed by psychiatrists. In practice, it has proven successful for a dermatologist to start treatment after consulting with a psychiatrist.

**Treatment** of choice for DP is risperidone, although lower doses are often sufficient than for schizophrenia (start with 0.5–2 mg in the evening, possibly increasing to 4–8 mg/day). Remission can usually only be maintained with long-term therapy (caution: relapse possible if therapy is ended too soon)<sup>2</sup>.

**Correspondence:** adamandrzejreich@gmail.com

**Literatur**

1. Reszke R, Pacan P, Reich A, Szepietowski JC. Postepy Dermatol Alergol 2021; 38:144–50.
2. Reich A, Kwiatowska D, Pacan P Dermatol Ther (Heidelb) 2019; 9:631–38.

**Update HIV**

Zusammenfassung des Vortrags von Mario Sarcletti. Jahrestagung der ÖGDV in Salzburg, 30.11.–1.12.2023  
Universitätsklinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Innsbruck, Österreich

**Status quo:** Die HIV-Therapie ist eine Erfolgsgeschichte. Adäquat behandelte HIV-Infizierte sind nicht mehr infektiös und haben annähernd dieselbe Lebenserwartung wie Menschen ohne HIV-Infektion.

**Das Ziel:** Erklärtes Ziel des „Joint United Nations Programme on HIV/AIDS“ (UNAIDS) ist das Ende von HIV. Es ist erreicht, wenn 95% der HIV-Infizierten erkannt werden, 95% behandelt werden und bei 95% eine Virussuppression erreicht wird.

**Update HIV**

Summary of the presentation by Mario Sarcletti. Annual conference of the ÖGDV in Salzburg, 30.11.–1.12.2023  
Department of Dermatology, Venereology and Allergology, Innsbruck, Austria

**Status quo:** HIV therapy is a success story. Adequately treated HIV-infected people are no longer infectious and have almost the same life expectancy as people without an HIV infection.

**The goal:** The declared goal of the “Joint United Nations Programme on HIV/AIDS” (UNAIDS) is to eliminate HIV. This goal will be achieved when 95% of people infected with HIV are diagnosed, 95% are treated, and 95% achieve vi-

Voraussetzung dafür ist die HIV-Diagnose, zu der jeder Arzt und jede Ärztin aufgerufen ist.

**Die Betreuung:** In Österreich werden HIV-Infizierte überwiegend in spezialisierten Zentren behandelt (in Wien auch durch einige niedergelassene Ärzte). An allen Zentren wird eine einheitliche elektronische Patientenakte verwendet. Diese strukturierte Erfassung der HIV-Infizierten liefert auch epidemiologische Daten, um die andere europäischen Länder Österreich beneiden. In den letzten 12 Monaten waren in Österreich 4.538 Patienten erfasst und 4.494 von ihnen standen unter antiretroviraler Therapie (ART; 99%). Bei knapp 95% der Patienten liegt die Kopienzahl  $\leq 50/\text{mL}$ , die Benchmark des UNAIDS ist fast erreicht.

**Die Therapie:** Die HIV-Therapie 2023 bedeutet nur mehr 1x 1 Tablette pro Tag. Meist enthält eine solche Tablette drei Wirkstoffe („3 drug single tablet“). Daneben gibt es auch Nucleosid-sparende Regime. Diese Tabletten enthalten zwei Wirkstoffe („2 drug single tablet“), wie z.B. Dolutegravir/Lamivudin (3TC), das für viele Patienten eine gute Option ist, oder Dolutegravir/Rilpivirin, eine Erhaltungstherapie für bestimmte HIV-Infizierte. Cabotegravir/Rilpivirin *i.m.* ist die derzeit einzige vollständig parenterale HIV-Therapie. Sie ist eine sehr gute Option für bestimmte HIV-Infizierte.

**Der Appell:** Alle Dermatologinnen und Dermatologen sind dazu aufgerufen, durch die HIV-Testung dazu beizutragen, der HIV-Infektion ein Ende zu bereiten.

Situationen, in denen ein HIV-Test sinnvoll ist, sind in der Tabelle zusammengefasst. „Oder ganz einfach: Testen Sie bitte, wenn Ihnen eine Situation merkwürdig erscheint!“

**Situationen, in denen ein HIV-Test sinnvoll ist:**

**AIDS-definierende Erkrankungen**

- Soorösophagitis
- Pneumocystis-jirovecii-Pneumonie
- Tuberkulose
- Auszehrungssyndrom
- AIDS-definierende Neoplasien
- ...

**Gleicher Übertragungsweg**

- Hepatitis B oder C
- Sexuell übertragbare Erkrankungen

**Indikatorerkrankungen (HIV-Prävalenz  $> 0,1\%$ )**

- Mononukleoseartige Erkrankungen
- Lymphadenopathie unklarer Genese
- Leukopenie/Thrombopenie unklarer Genese
- Periphere Neuropathie unklarer Genese
- Seborrhoische Dermatitis

ral suppression. The prerequisite for reaching this goal is the HIV diagnosis, which every doctor is requested to do.

**Care:** In Austria, HIV-infected patients are mainly treated in specialized centres (and in Vienna, also by some general practitioners). A standardized electronic patient file is used at all centres. This categorical recording of HIV-infected persons also provides epidemiological data that is the envy of other European countries. In the last 12 months, 4,538 patients were registered in Austria, and 4,494 of them were on antiretroviral therapy (ART; 99%). In almost 95% of the patients, the copy number is  $\leq 50/\text{ml}$ , meaning that the UNAIDS benchmark has almost been reached.

**The therapy:** The HIV therapy in 2023 means only taking 1 tablet 1x per day. Such a tablet usually contains three active ingredients (“3-drug single tablet”). There are also nucleoside-sparing regimens. These tablets contain two active substances (“2-drug single tablet”), such as dolutegravir/lamivudine (3TC), and are a good option for many patients, or dolutegravir/rilpivirine, a maintenance therapy for certain HIV-infected patients. Cabotegravir/rilpivirine *i.m.* is currently the only fully parenteral HIV therapy. This is a very good option for certain HIV-infected people.

**The appeal:** All dermatologists are requested to help put an end to HIV infection by conducting and promoting HIV testing.

Situations in which an HIV test makes sense are summarized in the table. “Or to state things quite simply: Please test if you think a situation seems unusual!”

**Situations in which an HIV test makes sense:**

**AIDS-defining illnesses**

- Oesophageal candidiasis (thrush)
- Pneumocystis pneumonia
- Tuberculosis
- Emaciation disorder
- AIDS-defining neoplasms
- ...

**Same transmission route**

- Hepatitis B or C
- Sexually transmitted diseases

**Indicator diseases (HIV prevalence  $> 0.1\%$ )**

- Mononucleosis-like illnesses
- Lymphadenopathy of unknown origin
- Leukopenia/thrombocytopenia of unknown origin
- Peripheral neuropathy of unknown origin
- Seborrheic dermatitis

- Herpes Zoster (unter 65 Jahren)
- Soorstomatitis
- Schwere Pneumonie (unter 65 Jahren)
- Neue und exazerbierte Psoriasis
- Zervikale oder anale Dysplasie/Karzinom ( $\geq$  CIN II)
- andere

#### HIV-Infektion beeinflusst Management

- Immunsuppression
- Transplantation
- Autoimmunerkrankungen
- Chronisch-entzündliche Erkrankungen
- Hämatonkologische Erkrankungen

#### Schwangerschaft

- Herpes zoster (under 65 years of age)
- Oral candidiasis (oral thrush)
- Severe pneumonia (under 65 years of age)
- New and exacerbated psoriasis
- Cervical or anal dysplasia/carcinoma ( $\geq$  CIN II)
- Other

#### HIV infections affect the management of:

- Immunosuppression
- Transplantation
- Autoimmune diseases
- Chronic inflammatory diseases
- Hematooncological diseases

#### Pregnancy

**Redaktionelle Erstellung:** Dr. Claudia Uhlir

**Korrespondenz:** editors@skinonline.at

**Editorial work:** Dr. Claudia Uhlir

**Correspondence:** editors@skinonline.at

<https://doi.org/10.61783/oegdv10022>

Theresa Benezeder, Peter Wolf

## Mastzellen als potenzielle Treiber der Entzündung bei Psoriasis

Universitätsklinik für Dermatologie und Venerologie, Medizinische Universität Graz, Österreich

Das proinflammatorische Zytokin IL-17A spielt eine wichtige Rolle bei der Pathogenese der Psoriasis, indem es direkt auf Keratinozyten wirkt und Hyperproliferation auslöst. Wenig ist allerdings bekannt über die Expression von IL-17A bei aktiver Psoriasis oder in der postläsionalen Haut nach erfolgter Behandlung. Es wird angenommen, dass T-Zellen, insbesondere Th17-Zellen, die Hauptquelle von IL-17A sind, aber neuere Erkenntnisse deuten darauf hin, dass auch Zellen des angeborenen Immunsystems wie ILC<sub>3</sub>, NK-Zellen, Neutrophile und Mastzellen IL-17A produzieren können<sup>1</sup>. Obwohl bekannt ist, dass Mastzellen an der Pathogenese von diversen Krankheiten beteiligt sind und dass die Anzahl der Mastzellen bei Psoriasis erhöht ist, wurde ihre Rolle bei der Pathogenese der Psoriasis bisher eher übersehen. Mastzellen sind jedoch langlebige und in der Haut residente Zellen, die in engem Kontakt mit T-Zellen und anderen Zellen in der Dermis stehen<sup>2</sup>. Mastzellen können zusätzlich zu ihrer Rolle in angeborenen Immunprozessen auch als Regulatoren adaptiver Immunantworten fungieren, insbesondere indem sie T-Zellen auf einen Th17-Phänotyp lenken<sup>3</sup>. Eine mögliche Wechselwirkung zwischen Mastzellen und T-Zellen, insbeson-

Theresa Benezeder, Peter Wolf

## Mast cells as potential drivers of inflammation in psoriasis

Department of Dermatology and Venereology, Medical University Graz, Austria

While it is known that the pro-inflammatory cytokine IL-17A plays an important role in the pathogenesis of psoriasis by directly targeting keratinocytes and triggering hyperproliferation, little is known about the expression of IL-17A in active psoriasis or in post-lesional skin after treatment. T cells, and particularly Th17 cells, are thought to be the main source of IL-17A, but recent evidence suggests that innate cells such as ILC<sub>3</sub>, NK cells, neutrophils, and mast cells may also act as IL-17A-producing cells<sup>1</sup>. Although it is known that mast cells are involved in the pathogenesis of a broad spectrum of diseases, and that the number of mast cells is increased in psoriasis, their role in the pathogenesis of psoriasis has been generally overlooked. However, mast cells are long-lived, tissue-resident cells, and – as we and others have shown – they come in close contact with T cells and other cells located in the dermis<sup>2</sup>. In fact, in addition to their role in innate immune processes, mast cells may also act as regulators of adaptive immune responses, especially by directing T cells to exhibit a Th17 phenotype<sup>3</sup>.