faktorech (maligní lymfomy, morbus Hodgkin, leukemie, karcinomy, HIV infekce).
V praxi se můžeme setkat i se závažnými klinickými formami herpetu zoster. V případě postižení první větve n. trigemini může mít až 50 % pacientů oční postižení, jako je keratitida, eroze na rohovce, konjuktivitidy, iridocyklitidy, sekundární glaukom, neuritidy optického nervu atd.
Vezikuly v oblasti špičky nosu a na laterální ploše nosu (**Hutchinsonovo znamení**) poukazují na postižení nasobiliární větve. Pacienta je v těchto případech třeba řádně vyšetřit oftalmologem.
Ramsay-Huntovův syndrom je kombinace obrny faciálního nervu s příznaky postižení ucha (vertigo, tinitus, nystagmus, hluchota) způsobený postižením vnějšího ucha nebo bubínku – **herpes zoster oticus**. V případě postižení 2. větve n. trigemini je postižena sliznice dutiny ústní.
Postižení sakrálních ganglií může vést k retenci moči a stolice (5).
Nejčastější komplikací je **postherpetická neuralgie**. Vyskytuje se asi v 10–20 %. Je to chronická neuropatická bolest, která perzistuje nebo má rekurentní průběh po zhojení kožních projevů (6). Definice postherpetické neuralgie není jednotná. Většinou se udává perzistence či rekurence bolesti 3–6 měsíců po začátku pásového oparu. Podle některých autorů se za postherpetickou neuralgii považuje bolest v postiženém dermatomu trvající více než 6 týdnů (5). Může trvat měsíce či roky, ale obvykle sama odezní u 95 % pacientů do 1–6 měsíců (1). Častější je u starších pacientů nad 60 let. Nejčastěji komplikuje oftalmický herpes zoster. Taktéž se udává souvislost mezi intenzitou bolesti v akutním stadiu výsevu herpetu zoster, prolongovaným průběhem a vznikem postherpetické neuralgie. K ostatním komplikacím patří motorické paralýzy a neuropatie, meningoencefalitida, myelitida, různé viscerální postižení a bakteriální superinfekce, které mohou vést k jizvení. U jinak zdravých osob herpes zoster odezní spontánně.

Diagnóza

Diagnóza se stanovuje na základě klinického obrazu. Důležitý je nález herpetiformně uspořádaných vezikul, které jsou nejprve čiré, postupně se zakaleným obsahem, následně tvorbou krust v oblasti dermatomu postiženého nervu.
V méně jasných případech je možnost využití Tzankového testu, rychlé detekce pomocí elektronového mikroskopu, přímá imunofluorescence, důkaz antigenu VZV pomocí komplement – fixace z vezikuly, sérologické vyšetření, identifikace VZV pomocí PCR, kultivace na buněčných kulturách a histologické vyšetření.

Diferenciální diagnostika

Prodromální bolest může napodobovat infarkt myokardu, pleuritidu, apendicitidu, prolaps meziobratlové ploténky, žlučníkovou a ledvinovou koliku, migrénu, duodenální vředy, vertebroalgický syndrom atd.
Jinak je nutné herpes zoster odlišit od následujících případů: herpes simplex, dermatitis contacta, erysipelas, impetigo contagiosa, při diseminované formě herpetu zoster od varicelly.

Léčba

Po dobu léčby je vhodný klid na lůžku. Na oblast vezikul se aplikuje zinkový olej, který vysušuje, zinková pasta v tenké vrstvě a vysušující alkoholové roztoky s antibakteriálním účinkem. Při tvorbě krust se aplikují indiferentní masti, externa s antiseptickým či antibakteriálním účinkem.
Celková léčba spočívá v antivirové léčbě (aciklovir, valaciklovir, famciklovir, brivudin).
Ideální je, pokud léčba začne do 48–72 hodin od začátku exantému, avšak většina pacientů přichází k lékaři pozdě. Antivirotika jsou indikovaná u pacientů starších 50 let, u pacientů s herpetem zoster v oblasti hlavy, krku, v oblasti trupu či na končetinách, při těžším průběhu a imunosupresi a u pacientů s atopickou dermatitidou (1).
Při bolesti aplikujeme analgetika. Používají se paracetamol, acetaminofen, nesteroidní antirevmatika, slabé opioidy (tramadol, kodein). Antibiotika jsou indikována v případě sekundární infekce. V případě přetrvávající postherpetické neuralgie je vhodná léčba na ambulanci chronické bolesti. Při silných neuralgických bolestech se podávají kromě analgetik i antikonvulziva (karbamazepin, valproát, gabapentin). V některých případech tricyklická antidepresiva.
K lokální terapii postherpetické neuralgie se aplikují intralezionálně kortikosteroidy, lokálně anestetika, kapsaicin krém, kryoterapie.
K podpůrné terapii se doporučuje vitaminoterapie, zejména vitaminy skupiny B.

Prognóza

Prognóza onemocnění je dobrá, pokud nedojde ke komplikacím. Taktéž rozhoduje celkový stav imunity pacienta, přidružená onemocnění, věk a jiné faktory.

MUDr. Andrea Hradiská
Kožní ambulance, Uherskohradišťská nemocnice a. s.
(hradiska.andrea@gmail.com)

LITERATURA

1. Hercogová, J. a kol.: *Herpes zoster.* Česko-Slovenská Dermatologie, Terapeutické postupy v dermatologii, 2006, 3, s. 1–8.
2. Pospíšilová, A.: *Herpes zoster.* Medicína pro praxi, 2009, 1, s. 38–41.
3. Bartošová, D.: *Infekce vyvolané virem varicella zoster a jejich terapie.* Interní Med. 2008, 10, s. 31–34.
4. Lilie, H. M., Wassilew, S. W.: *Varicella-zoster-Virusinfection.* Hautarzt, 2004, 55, s. 83–840.
5. Sterry, W. a kol.: *Dermatology.* New York: Thieme, 2006, 61.
6. Vondráčková, D.: *Pásový opar a postherpetická neuralgie (hlavní téma Bolest).* Postgrad Med, 2003, 5 (1), s. 95–103.

Foto: archiv autorky



Inzerce 10 10 10366