

Čo bolo príčinou bolesti trinásťročnej slečny?

MUDr. Zuzana Linkayová

Pediatrická ambulancia, Procure Bratislava

Herpes zoster vzniká reaktiváciou vírusu varicella-zoster, ktorý latentne prežíva v nervových gangliách po prekonaní varicely. Výskyt ochorenia je v detskom veku zriedkavý. Kazuistika predstavuje prípad 13-ročnej slečny s bolesťou, ktorej príčina bola objasnená po siedmych dňoch a viedla k pomerne širokej diferenciálnej diagnostike.

Kľúčové slová: bolesť, varicella, herpes zoster, aciklovir

What was the cause of pain in a 13-years old girl?

Herpes zoster is caused by reactivation of latent varicella-zoster virus in ganglia of the nervous system. The disease is rare in childhood. The case report describes a 13-years old girl, with a pain lasting for 7 days and a wide differential diagnosis of the problem.

Key words: pain, varicella, herpes zoster, aciclovir

Úvod

Pri hľadaní príčiny bolesti trinásťročnej slečny sme museli zvažovať pomerne širokú diferenciálnu diagnostiku. Nakoniec nás k diagnóze po 7. dňoch priviedol postupne sa vyvíjajúci klinický obraz.

Kazuistika

13-ročná pacientka, z 1. fyziologickej gravidity, pôrod a popôrodná anamnéza bez pozoruhodností. Nebola hospitalizovaná ani operovaná. Ako 4-ročná prekonala varicelu, ako 11-ročná mala infekčnú mononukleózu. Je sledovaná v imuno-alergologickej ambulancii pre alergiu na plesne a pele stromov, v sezóne užíva antihistaminiká.

Afebrilná pacientka prišla na ambulanciu s anamnézou 4 dni trvajúcich bolestí v pravej ingvine, na pravom stehne, v pravej lumbosakrálnej oblasti a posledné dni udávala aj bolesť pravého labia vulvy. Má pocit pálenia pri močení. Bolesť opisuje ako ťahavo-pálivú. Úraz neudáva. Menštruácia je pravidelná, pri vyšetrení 12. deň cyklu, výtok nemá. Nezvracia, chuť do jedla je dobrá. Stolica je pravidelná. Nie je údaj použitia novej kozmetiky alebo oblečenia. Pri cielenej anamnéze udáva, že pred týždňom bola behať a dlhšie ostala v mokrom oblečení.

Pri povrchovej palpácii v lumbosakrálnej oblasti vpravo, na pravom stehne, v pravej ingvine a pravom labiu udáva bolesť. Koža je čistá, ružová, bez patologických eflorescencií. Vo vyšetrovanej oblasti nie je hmatná rezistencia. Je naznačený diskretný opuch pravej ingviny a pravého labia vulvy. Brucho je mäkké, priehmatné, palpačne nebolestivé, bez hepatosplenomegálie, bez rezistencie. Pri vyšetrení dolných končatín – vpravo Lassegueov príznak 70°, bolesť v lumbosakrálnej oblasti vpravo, Thomayerov test +20 cm.

Uvedené príznaky viedli k širšej diferenciálnej diagnostike. Vyšetrenia sa smerovali na:

1. Vylúčenie infekcie močových ciest – CRP negatívny, moč papierikom aj kultivačne negatívny.

2. Vylúčenie ingvinálnej hernie, akútnej príhody brušnej či patologického procesu v malej panve. V deň vyšetrenia bolo vykonané USG brucha, malej panvy, pravej ingviny a paravertebrálnej oblasti vpravo. Sonografický nález bol bez patomorfologických zmien vo vyšetrovanej oblasti.

3. Vylúčenie vertebrogénneho algického syndrómu. Záver neurologického vyšetrenia: V. s. iritácia miechového koreňa L1 vpravo. Odporučené CT vyšetrenie. V terapii sa odporučil Flector lokálne, suché teplo, Voltaren 2 x 1, Ibalgin 2 x 1 a pokojový režim.

Ďalší deň sa pacientka cítila lepšie, bolesť bola zmiernená. Na tretí deň pacientka prichádza do ambulancie pre zhoršenie bolestí, mala teplotu do 37,3 °C a objavili sa červené škvrny na koži. Objektívne boli v pravej lumbosakrálnej oblasti viditeľné červené makuly s veľkosťou 2 – 3 cm, s ojedinelými, drobnými cca 3 mm vezikulami. Laboratórne výsledky boli v norme, až na mierne znížené celkové IgA 0,34 g/l (norma 0,46 – 3,26). Sérológia antiVZV IgM 0,810 index, IgG 650 mIU/ml, sérológia antiHSV 1,2 IgM 0,580 index, anti HSV 1,2 IgG 17 000 titer. Sérologické vyšetrenia sa opakovali aj po 2 mesiacoch (pri imunologickom vyšetrení) s výsledkami antiVZV IgM 1,870 index, antiVZV IgG 2 500 mIU/ml, antiHSV 1,2 IgM 0,530 index, IgG 19 000 titer.

Bolo vyslovené podozrenie na herpes zoster a pacientka bola odoslaná na Klinikum infekčnej a geografickej medicíny, kde bol vykonaný ster z ložiska na DNA PCR VZV a HSV 1, 2. Ordinovaná bola liečba Dithiaden 2 x 1, Voltaren 2 x 1, acyk-

lovirová masť a odporučená kontrola na druhý deň. Nasledujúci deň (4. deň po príchode do pediatrickej ambulancie) mala pacientka teplotu do 38 °C, bolesti hlavy, bola unavená. V postihnutej lokalite sa objavili početné herpetiformne usporiadané vezikuly. Výsledky steru ešte neboli k dispozícii, ale na základe už rozvinutého klinického obrazu infektológ zhodnotil nález ako herpes zoster. Odporučené RTG hrudníka bolo bez patologického nálezu. K terapii bol doordínovaný Telviran 400 mg 5 x 1 tbl 7 dní a kúpele v hypermangáne. Pri kontrole po 5. dňoch bolesti ustúpili, eflorescencie postupne zasychali, pretrvávali subfebrility. Výsledky steru z ložiska VZV DNA PCR boli pozitívne, HSV 1,2 PCR negatívne. Pacientka užívala Telviran 7 dní. Imunológom bola po dobratí Telviranu odporučená liečba Isoprinosine 3 x 1 tbl 6 týždňov. Po dobratí bol realizovaný imunologický odber – so záverom normálny stav imunity, ľahká IgA deficiencia, ktorá nebola príčinou ťažkostí. Kontrolná sérológia antiVZV IgG, potvrdzuje 4-násobný vzostup protilátok. Pacientka bola už bez ťažkostí, bez postherpetickej neuralgie.

Diskusia

Herpes zoster je zápalové ochorenie spinálnych ganglií a zadných koreňov miechy alebo mozgových nervov. Vzniká reaktiváciou latentnej varicelózne infekcie a prejaví sa typickou kožnou erupciou v príslušnom dermatóme, sprevádzanou bolestivosťou (1). Vírus varicella-zoster je ľudský alfa herpes vírus, veľkosti 120 – 200 nm. Vyvoláva dve rozličné ochorenia – primárnu infekciu, ktorá sa manifestuje ako varicela resp. reaktiváciu infekcie pod obrazom herpes zoster (2). Na súvislosť medzi ovčím kiahňami a pásovým oparom upozornil v roku 1888 vonBokay, prednosta Detskej kliniky v Pešti. V roku 1925

Pediatr. prax, 2017, 18(2): 76–77

Kundratitz dokázal, že inokuláciou tekutiny z eflorescencie herpes zoster možno u vnímavého jedinca vyvolať ovčie kiahne (4). Riziko prenosu infekcie od pacienta s herpes zoster je oveľa nižšie ako pri varicеле, kde je pravdepodobnosť ochorenia vnímavého jedinca pri kontakte až 90 % (2).

Vírus sa replikuje v epitelálnych bunkách kože a spôsobuje ich lýzu. Potom sa vírus cestou nervových zakončení dostáva do trigeminnálnych, torakálnych, lumbálnych, sakrálnych a genitálnych ganglií, kde perzistuje vo forme latentnej infekcie (2). K reaktivácii dochádza u 10 – 20 % ľudí, ktorí prekonali varicelu. Recidívy herpes zoster sú vzácné, asi 1 – 8 % (1). Recidívy môžu upozorniť na poruchu imunity, napr. AIDS, nádorové ochorenie alebo dosiaľ nezistené ochorenie (1). Počas reaktivácie sa vírus šíri z ganglií, pozdĺž nervových vlákien do kože. K histopatologickým zmenám dochádza nielen na koži, ale aj v centrálnom a periférnom nervstve. K rizikovým faktorom reaktivácie patria všetky stavy spojené so zníženou imunitou, ako sú – starnutie, nádorové ochorenia – hlavne Hodgkinova choroba, lymfómy, užívanie imunosupresív, chemoterapia, trauma, UV žiarenie, fyzický a psychický stres (3). 60 % percent ochorení je hlavne u ľudí nad 45 rokov, častejšie u mužov (1). U detí 0 – 10-ročných je výskyt asi 5 % (1). Výskyt u mladých ľudí je vyšší, ak prekonali varicelu do 1 roka.

Ochorenie sa začína prodromálnym štádiom, v ktorom dominuje bolesť. Bolesť býva ostrá, páľivá, bodavá, prípadne so svrbením, mravčením alebo pálením v príslušnom dermatóme. Môže sa objaviť teplota a príznaky podobné chrípke. Údaje o dĺžke prodromálneho štádia sa v litera-

túre rôznia od 1 – 5 dní (2), 2 dni – 2 týždne (1), 1 – 4 dni (3).

Aktívne štádium sa prejaví výsevom začervenaných makulózných eflorescencií, po 12 – 24 hodinách pribúdajú vezikuly, ktoré sa herpetiformne zoskupujú a v priebehu ochorenia sa menia na krusty. Eflorescencie sú uložené unilaterálne, v priebehu jedného alebo viacerých periférnych senzitivných nervov. 50 % prípadov býva v hrudnej alebo lumbálnej oblasti, 10 – 15 % v oblasti inervovanej trojklaným nervom (1). Nebezpečná je manifestácia v oblasti oka. Komplikácie pozorujeme u 1 – 2 % pacientov. Najčastejšie ide o bakteriálnu superinfekciu, pri postihnutí oka môže dôjsť k slepote, generalizovaný herpes môže byť komplikovaný pneumóniou, hepatitídou a postihnutím CNS. Obávaná komplikácia je postherpetická neuralgia (bolesť trvajúca viac ako mesiac, po ústupe eflorescencií). V detstve a mladosti je zriedkavá. Častejšia je u pacientov, ktorí mali výrazné prodromálne príznaky, rozsiahly výsev eflorescencií, u pacientov trpiacich depresiou alebo úzkosťou, častejšia je u žien (2).

Bolesť v prodromálnom štádiu môže imitovať infarkt myokardu, verebrogénny algický syndróm, náhlu brušnú príhodu. Pri výseve treba odlíšiť herpes simplex.

Diagnostikuje sa na základe charakteristického klinického obrazu popri výseve. V nejasných prípadoch je možný dôkaz metódou PCR – VZV z biologického materiálu (pľuzgieriky, likvor, tkanivá), prípadne sérologicky – štvornásobný vzostup protilátok v párových vzorkách.

Kauzálna liečba sú virostatiká, najčastejšie aciklovir (Herpesin, Telviran) 5 – 10 dní. Efekt závisí od skorej aplikácie, do 72 hodín po za-

čiatku výsevu (2). Táto skorá aplikácia skráti priebeh a zabráni postherpetickej neuralgii (1). Symptomatically sa podávajú analgetiká, antihistaminiká, lokálne adstringentné roztoky (Burow alkohol, 1 % chloramín, 1 % roztok solutio Rivanoli), prípadne dezinfekčné roztoky (slaboružový roztok hypermangánu).

Záver

Keďže výskyt herpes zoster v detskom veku je pomerne zriedkavý, v prodromálnom štádiu sme o tejto diagnóze neuvažovali. Napriek tomu je potrebné aj v tomto veku na diagnózu herpes zoster myslieť. Pracovnou diagnózou bol vetebrogénny algický syndróm. Po 7. dňoch prodromov nás charakteristický výsyp priviedol k diagnóze. Terapia bola nasadená 48 hodín po výseve, bolesť ustúpila na 4. deň liečby. Pacientka nemala postherpetickú neuralgiu. Vyvolávajúcu príčinu sme nenašli – imunologický profil pacientky bol v norme. Aj tento prípad podporuje význam očkovania proti varicеле, čo umožňuje predísť aj následnej komplikácii, akou je herpes zoster.

Literatúra

1. Bartošová D. Infekce vyvolané virem varicella-zoster a jejich terapie. *Interní medicína pro praxi*. 2008;10(1):31–34.
2. Stankovič I. Pásový opar. *Via practica*. 2005;2(6):317 – 320.
3. Kozub P, Šimaljaková M. Herpes zoster – aktuálne pohľady na liečbu. *Via Practica*. 2008;(10):439 – 443.
4. Whitley RJ. Varicella – Zoster virus Chapter 126. In: Mandel GL, Bennet JE, Dolin R. *Principles and Practise of Infectious Diseases*. 5th ed. Londýn Churchill Livingstone; 2000.

MUDr. Zuzana Linkayová

Pediatrická ambulancia Procure
Jelačičova 7, 821 08 Bratislava
linkayova.zuzana@procare.sk