



Conf. Univ. Dr. V.N. PÂRVULESCU

Zona zoster variceliformă – particularitate clinică evolutivă (prezentare de caz)

– *Varicella-like zona zoster – clinical
particularity of evolution (case presentation) –*

¹Conf. Univ. Dr. V.N. PÂRVULESCU, ³Dr. MARCELA JIFCU,
¹Prof. Univ. Dr. VIORELA ENĂCHESCU, ²Dr. GABRIELA PÂRVULESCU,
¹Şef Lucr. LIGIA FLOREA, ²Dr. MIHAELA IONIȚĂ,
¹Asist. Univ. Dr. CRISTINA BĂRBULESCU, ³Dr. VICA CIUVĂȚ, ²Dr. ROXANA CHELARU,
¹Şef Lucr. S.P. BEZNĂ, ¹Doctorand MIRUNA UȚA
¹UMF Craiova, ²Medicină de familie, ³Spitalul Filantropia

REZUMAT

Lucrarea prezintă un caz social, o pacientă octogenară din mediul rural, cu stare igienică necorespunzătoare, subnutrită, cu patologie psihiatrică asociată, care și-a neglijat boala până la apariția unor leziuni majore tegumentare și cu alterarea stării generale.

Am avut înfirmarea clinică și paraclinică a unei zone zoster paraneoplazice.

Managementul terapeutic adaptat cazului a exclus tratamentul cu inhibitori ai ADN-ului viral (acyclovir, brival) și corticoterapia, dar a asociat tratament psihiatric și conduita igienico-dietetică corespunzătoare, rezultând vindecarea treptată a bolii.

Cuvinte cheie: zona zoster variceliformă – particularitate clinică și biopsihosocială – evoluție și prognostic favorabile prin management terapeutic adecvat.

ABSTRACT

This study presents a social case and it's about an eighty years old female patient from rural area, with an unproper igienic condition, underweight, with an psychiatric condition, who neglected her disease until some major tissues damage appear and sickness.

We have clinic and paraclinic denial of paraneoplastic zona zoster.

Therapeutic management who was adapted with this case excuded the AND viral inhibitors (aciclovyr, brival) therapy and corticotherapy but it associated psychiatric treatment and igienic treatment. The result was the remission of the disease.

Key words: varicellic zona zooster, clinic and biopsihosocial particularity, evolution and prognosis convenient through a good therapeutic management.

GENERALITĂȚI

Zona Zoster (*herpes zoster*) este o epidermo-neuroviroză acută produsă prin infecția cu virusul varicelo-zosterian (*Herpes virus varicellae*), ce realizează o erupție formată din buchete de vezicule așezate pe un placard eritematos și

dispuse unilateral (foarte rar bilateral) pe traiectul unui nerv senzitiv. □

INCIDENȚĂ ȘI PREVALENȚĂ

Această boală infecto-contagioasă este relativ frecvent întâlnită la omul matur (60% dintre cazuri

aparțin decadelor a patra și a cincea de vârstă). Se citează cazuri rare la copii și tineri, iar la persoanele cu neoplazii zona zoster este de patru ori mai frecventă, apărând ca epifenomen la 9% dintre cazurile de boală Hodgkin. Date din literatura de specialitate sugerează o incidență a cazurilor de zona zoster la aproximativ 2-4% din populația României. □

SIMPTOMATOLOGIE CLINICĂ

Boala debutează cel mai frecvent cu un sindrom dureros preeruptiv; durerea poate fi uneori discretă, alteori șocogenă. Ea se poate însoți de simptomatologie generală: febră, cefalee, curbură, urmată, la interval de 3-4 zile, de apariția unui exantem polimorf sau pseudopolimorf de vezicule buchetate localizate pe un dermatom. După localizare se disting mai multe forme clinice de boală: 50% dintre cazuri au localizare toracică, 20% localizare cervicală și craniană, iar în 11% dintre cazuri zona lombo-sacrată.

În practica de specialitate sunt întâlnite câteva particularități de debut și evolutive ale erupției zosteriene:

- la 3-4% dintre cazuri, bolnavii cu *zona zoster* pot dezvolta și elemente diseminate de *erupție variceliformă* („*zona zoster diseminată*”) la persoanele imunodepresate (post iradiere, tratamente cu citostatice, săruri de aur, antiinflamatoare (ne)steroidine, colagenoze: PR, LES post transplant medular etc.);
- *zona zoster hiperalgică*, cu debut șocogen, care poate persista sub forma unei *nevralgii post-zosteriene* câțiva ani;
- *zona zoster a nervului trigemen* (ramura oftalmică și ganglionul geniculat -VII-), cu leziuni ale limbii și canalului auditiv extern și uneori cu pareza nervului facial constituind tabloul complet al sindromului Ramsey-Hunt;
- afectarea *sistemului nervos central* (paralizii de nervi cranieni, meningo-encefalita) cu evoluție adesea fatală;
- *zona zoster oftalmică* evoluează în 50% dintre cazuri cu interesarea mucoasei conjunctivale sau corneei, cecitate consecutivă și uneori chiar iridociclită cu glaucom secundar;
- *zona zoster a maxilarului superior și inferior și zona ganglionului geniculat*, erupția evoluând pe conca urechii, realizând tulburări senzitive linguale, tulburări auditive și adesea paralizie facială tranzitorie unilaterală, mai rar bilaterală;
- *zona zoster* care însoțește sau anunță neoplazii interne sau o hematodermie (leucoze, boala Hodgkin). □

PREZENTAREA CAZULUI

Bolnava P.D., 86 de ani, sex F, din mediu rural, se prezintă pentru durere la nivelul hemitoracelui drept, apărută în urmă cu 10 zile la nivelul spațiilor intercostale IV-VII. În următoarele 4 zile pacienta noastră a prezentat un exantem polimorf de vezicule, având evoluție secvențială.

Examenul obiectiv general: pacientă subponderală (Î – 160 cm; G – 41 kg.), cu stare generală modificată, frisonete, hiperestezie cutanată.

Examenul obiectiv local: tegumentele hemitoracelui drept antero-lateral prezintă vezicule ombilicate buchetate pe fond eritemato-edematos, cu aspect perlat, aflate în tensiune, unele pline cu lichid gălbui și/sau hemoragic, având evoluție spre pustulizare, parțial spre necroză, ulcerării locale și schițând un aspect varioliform (figura 1 a, b și c). Discretă afectare conjunctivală. Fanere indemne.



Figura 1-a

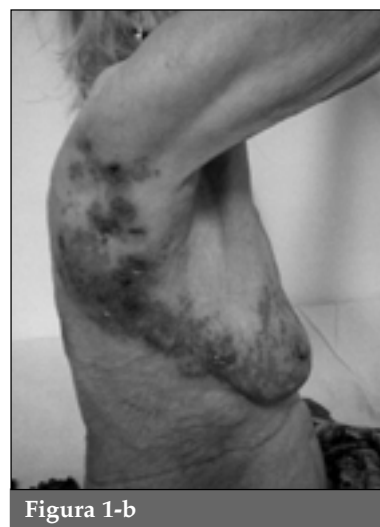


Figura 1-b



Figura 1-c

Pacienta nu a solicitat medicul de familie, ceea ce a determinat evoluția agravată a bolii, prezentându-se direct, în ambulatoriu, la un cabinet de interne.

Diagnosticul pozitiv: relizat prin examenul obiectiv local relevant.

Bilanț de extensie: examenul oftalmologic și neurologic: nerelevant.

Evaluarea terenului pe care evoluează boala: pacientă emaciată cu imunodepresie de vârstă, fără patologii internă asociată. Examenul psihiatric relevă *demența mixtă*.

Diagnosticul diferențial: a fost exclusă anamnezic dermita de contact veziculo-buloasă, erizipelul bulos (lipsa frisonului solemn unic) și herpesul profund tip 1. Nu se face diagnostic diferențial cu dermatita Brocq localizată (descrisă de prof. Longhin).

Tratament local: soluție violet de gențiana 1% până la uscarea leziunilor, apoi mixturi și pomezi cu antibiotice și anestezice până la epitelizarea leziunilor.

Tratament general: antialgice (lyrica, 1g/zi, 14 zile), antiinflamatoare non-steroidine și tratament neurotrop cu vitamine din grupul B. Evoluție favorabilă din prima săptămână de tratament: simptomatologia subiectivă mult ameliorată, elementele lezionare cutanate în remisie parțială la 3 săptămâni de la internare (figura 2 a, b și c).



Figura 2-a



Figura 2-b



Figura 2-c

DISCUȚII

Am descris un caz social al unei paciente octogenare aflată în mediul rural și cu stare igienică necorespunzătoare, subnutrită, prezentând o patologie psihiatrică asociată, care și-a neglijat boala până la apariția unor leziuni majore tegumentare cu alterarea stării generale.

Am avut infirmarea clinică și paraclinică a unei *zone zoster paraneoplazice*.

Managementul terapeutic adaptat cazului a exclus tratamentul cu inhibitori ai ADN-ului viral (acyclovir, brival) și corticoterapia, ultima contraindicată prin afecțiunea psihiatrică, dar a asociat tratament psihiatric și conduită igienico-dietetică corespunzătoare. □

CONCLUZII

1. Considerăm că modificările imunologice induse de vârsta înaintată, starea bio-psiho-socială și nutrițională precară, ca și de patologia psihiatrică, sunt factori de risc pentru apariția unei forme de zona zoster diseminată, cu evoluție nefavorabilă și prognostic rezervat.

2. Neprezentarea la medicul de familie de la debut este o posibilitate de întârziere a diagnosticului și terapiei aplicate în timp util, dar și un risc de agravare a leziunilor cutanate.
3. Cazul s-ar fi pretat la îngrijiri medicale generale aflate în competența medicului de familie, dacă pacienta nu ar fi temporizat prezentarea la consultație, situație în care boala a căpătat indicații de specialitate. □

BIBLIOGRAFIE

1. **Bologna J., Jorizzo J., Rapini R** – Dermatology, Ed. Mosby 2003, p: 1.241-1.243, 1.202-1.203, 713.
2. **Braun-Falco O., Plewig G., Wolff H.H** – Dermatologie und Venerologie, Ed. Springer, 1995, p: 49-52.
3. **Brody MB, Moyer D** – Varicella-zoster virus infection. The complex prevention-treatment picture. Postgrad Med 1997 Jul; 102(1), p: 187-90, 192-4.
4. **Coltoiu A** – Dermato-venerologie, Ed. Didactica si Pedagogica R.A., Bucuresti, 1993, p: 653.
5. **Dawodu OA, Osahon AI, Alican AA, Bacare CE** – Herpes zoster ophthalmicus, S Afr Med J. 2005 Jan;95(1),p: 30-31.
6. **Jain S, Rothare MK** – Maxillary zoster with corneal involvement. Indian J Ophthalmol. 2004 Dec; 52(4), p:323-324.
7. **Keidan S.E., Mainwaring D** – Clin. Pediat., 1965, p:4 - 13.
8. **Kost RG, Straus SE** – Postherpetic neuralgia—pathogenesis, treatment, and prevention. N Engl J Med 1996 Jul 4; 335(1) p: 32-42.
9. **Maier N** – Patologie cutanată, vol. III, Ed. Casa Cartii de Stiință, Cluj, 1999, p. 99-105
10. **Murtagh J** – General Practice 2nd ed., McGraw-Hill, Roseville, NSW, 1998.
11. **Rook A., Wilkinson D.S., Ebling F.J** – Textbook of Dermatology, Ed. Blackwell, 1968, p: 1.757, 1.954 .
12. **Taylor, R.B., Czarand, Peggy and Skelton, K** – Manual of Family Practice; Herpesvirus infections – Ed.Lippincott Williams & Williams, Philadelphia, USA 2002, p: 612 - 616.
13. The Merck Manual of Medical Information. Second Home Edition Online. 2004
14. **Van de SteeneV, Kuhveide R, Vlaminck s, Casselman J** – Varicella zoster virus: beyond facial paralysis, Acta Otorhinolaryngol Belg. 2004;58(1), p:61-6.
15. **Voiculescu M, Taindel CL** – Boli infectioase- Ed.Med. și Ped., 1980, p:114 -116.
16. **Whitley RJ, Weiss H, Gnann JW, et al** – Acyclovir with and without prednisone for the treatment of herpes zoster. A randomized, placebo-controlled trial. The National Institute of Allergy and Infectious Diseases Collaborative Antiviral Study Group. Ann Intern Med 1996 Sep 1; 125(5), p: 376-83.