

PARTICULARITĂȚILE  
CLINICO-EPIDEMIOLOGICE  
ALE HERPESULUI ZOSTER

Irina RUSU<sup>1</sup>, Constantin ANDRIUȚĂ<sup>1</sup>,  
Valentina POTĂNG-RAȘCOV<sup>1</sup>, Raisa POPOVICI<sup>2</sup>,  
Svetlana MALCOCI<sup>2</sup>, Olga CREȚU<sup>2</sup>, Ana GHERBOVEȚCHI<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Catedra Boli Infecțioase, Tropicale și Parazitologie Medicală,  
USMF N. Testemițanu, <sup>2</sup>Spitalul Clinic de Boli Infecțioase T. Ciorbă

### Summary

#### Clinical and epidemiological features of Herpes Zoster

*Herpes Zoster is an eruptive virosis with sporadic appearance determined by the reactivation of latent infection of VZV. The disease can relapse to those with immune deficits, being an unfavorable evolution indicator and in cases with HIV infection. The effected investigation about one group of patients with various ages with HZ permitted the making evident of some clinical and epidemiological aspects of the disease in young persons and the necessity to investigate them to HIV infection.*

**Key words:** Herpes Zoster, immune deficits, latent infection.

### Резюме

*Герпес Зостер является вирусным заболеванием со спорадическими проявлениями, вызванными реактивацией латентной инфекции. Болезнь рецидивирует у лиц с иммунодефицитом, являясь прогностическим неблагоприятным признаком в случаях ВИЧ инфекции. Проведённые исследования больных с герпесом Зостер позволили выделить клинико-эпидемиологические особенности этой инфекции у молодых лиц и необходимость их обследования на наличие ВИЧ инфекции.*

**Ключевые слова:** герпес Зостер, иммунодефицит, латентная инфекция.

### Actualitatea temei

Herpesul zoster (HZ) este o maladie contagioasă, determinată de virusul varicelo-zosterian, care provoacă și varicela. Se presupune ca virusul varicelo-zosterian persista timp îndelungat (probabil, toată viața) în organismul persoanelor care au suferit de o varicelă tipică sau de o formă inaparentă [1, 2].

Noțiunea de „herpes” a fost pentru prima dată introdusă de Hipocrate. Ea derivă din limba greacă, din care cuvântul „herpein” se poate traduce în română prin „piele de găină”. Inițial această noțiune îngloba atât herpesul simplex, cât și herpesul zoster, desemnând un rash veziculos. Pliny a fost primul care a diferențiat clinic cele două maladii. Ulterior Celsus a descris că leziunile din herpesul zoster se extind „ca un șarpe”, cu aspect de curea. Termenul de „zoster” derivă tot din limba greacă, unde înseamnă „curea” și exprimă distribuția leziunilor în jurul trunchiului de la linia mediană posterioară până la cea anterioară. Relația dintre herpesul zoster și varicelă a fost pentru prima dată menționată în 1888 de către medicul vienez Janos von Bokay. El a observat că după contactul cu un bolnav de herpes zoster copiii fac frecvent varicela [2, 3].

Edgar Hope-Simpson și Albert Wander au demonstrat în 1964 că HZ apare atunci când scade imunitatea contra virusului varicelii. Edgar a ajuns la concluzii valabile și azi:

- HZ poate fi o sursă de infecție pentru varicela, în timp ce situația inversă nu este posibilă;
- Numărul cazurilor de HZ crește odată cu vârsta;
- HZ nu poate fi transmis de la alte cazuri de HZ și nu apare în focare epidemice;
- HZ apărut la copiii mici este cauzat de infecția maternă prenatală cu virusul varicelic;
- Dermatoamele cele mai des afectate de HZ sunt T1-T2 și L1-L2, fapt ce coincide cu zonele în care erupția din varicelă are intensitate maximă [3, 4];
- Reactivarea virusului varicelic este intermitentă, dar este bine controlată de imunitatea gazdei: când imunitatea scade, reactivarea este urmată de migrarea lui către dermatoamele aferente și de apariția HZ.

Ipoteza latenței virusului varicelo-zosterian în ganglionii nervoși a fost confirmată odată cu decelarea particulelor virale prin imunofluorescență sau microscopie electronică în interiorul acestor ganglioni. HZ apare în urma reactivării VZV latent cantonat în ganglionii rădăcinilor dorsale. Virusul activat migrează de-a lungul traiectelor nervoase și produce o erupție veziculoasă strict localizată la unul sau mai multe dermatoame, însoțită de o durere intensă [4, 5].

Herpesul zoster apare la toate vârstele, dar incidența maxima este de 10-15 cazuri la 1000 persoane pentru grupa populațională cuprinsă

între al șaselea și al optulea deceniu de viață. S-a constatat că aproximativ 2% din bolnavii cu herpes zoster vor avea un al doilea episod infecțios.

Contagiozitatea HZ este mai scăzută decât a varicelei și se produce prin conținutul leziunilor cutanate, producând varicela – primoinfecție cu VVZ [2, 3]. În Europa incidența herpesului zoster este de aproximativ 3 cazuri / 1.000 locuitori / an și peste 10 cazuri / 1.000 locuitori cu vârsta peste 80 de ani. Maladia se înregistrează și în R. Moldova sub forme sporadice [3, 4].

În afară de vârstă, un rol important în reactivarea VVZ îl are intervalul de timp scurs de la primoinfecția VVZ – varicela. Astfel, în țările tropicale, unde varicela afectează predominant adulții, incidența herpesului zoster este mult mai mică decât în țările temperate, unde varicela este o boală a copiilor [3, 4]. S-a observat că sexul feminin are un risc mai mare de a dezvolta nevralgia postherpetică. Incidența HZ este strâns legată de statusul imun al indivizilor. La vârstnici imunodepresia fiziologică de bătrânețe explică de ce această grupă de vârstă este predominant afectată, riscul de apariție a HZ fiind mult mai mare la acei cu imunodepresii celulare [1, 3].

Apariția HZ în cursul sarcinii este aproximativ 1/10 000 sarcini, adică 0,1%. Riscul sindromului varicelei congenitale este neglijabil, pentru ca VVZ reactivat nu pătrunde în sânge, el propagându-se pe traiectul nervilor senzitivi către dermatoamele aferente. Mama posedă anticorpi anti-VVZ, care vor neutraliza eventualele particule virale ajunse în sânge și va trimite transplacentar anticorpii anti-VVZ la făt, acesta fiind protejat împotriva varicelei în primele 6 luni de viață [2, 3, 5].

Evoluția are loc spre vindecarea leziunilor cutanate în 2 – 4 săptămâni, dar cu persistența nevralgiei, mai ales la bolnavii vârstnici. Prognosticul, în general bun, este mai rezervat la persoanele imunodeprimite, la care zona se poate generaliza și complica cu afectări neurologice [3, 4].

**Obiectivul lucrării:** studierea aspectelor clinice și epidemiologice ale Herpesului Zoster la diferite grupuri de vârstă ale pacienților.

### Materiale și metode

În studiu au fost incluși 85 de pacienți cu herpes zoster, având vârstele între 13 și 94 de ani, internați în IMSP SCBI *Toma Ciorbă*, în perioada 2008 – 2010. Gradul de severitate a maladii a fost stabilit luând în considerație acuzele bolnavului, datele clinice, epidemiologice, paraclinice și de laborator.

### Rezultatele obținute

Din cei 85 de pacienți examinați femeii erau 59 (69,4%) și bărbați – 25 (30,6%). Majoritatea bolnavilor, 66 (77,7%), erau locuitori din urbe, 19 (22,3%) – din zonele rurale. Elevi și studenți au fost 3 (3,5%), pensionari – 47 (55,3%), angajați în muncă – 17 (20%), șomeri și invalizi – 18 (21,2%). Vârsta pacienților internați a variat între 13 și 94 de ani, media fiind de 60,3 ani (*figura 1*).

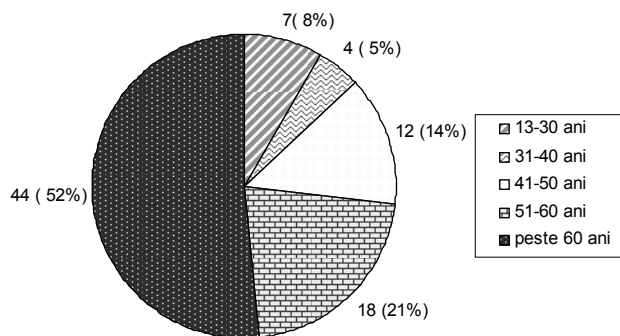


Figura 1. Repartiția bolnavilor cu HZ după vârstă.

Majoritatea pacienților 67 (78,8%) au fost trimiși la spitalizare cu diagnosticul „herpes zoster”, s-au adresat de sine stătător 13 (15,3%) bolnavi, fără a consulta medicul de familie, la 5 persoane s-a suspectat erizipelul sau meningita. La internare diagnosticul de herpes zoster a fost stabilit la 83 (97,6%), infecția herpetică și toxiinfecția alimentară – la câte 1 pacient (1,2%). Până la a 3-a zi de boală au fost internați 23 de bolnavi (27%), la a 4-7-a zi – 53 (62,4%) și la a 8-14-a zi – 9 (10,6%).

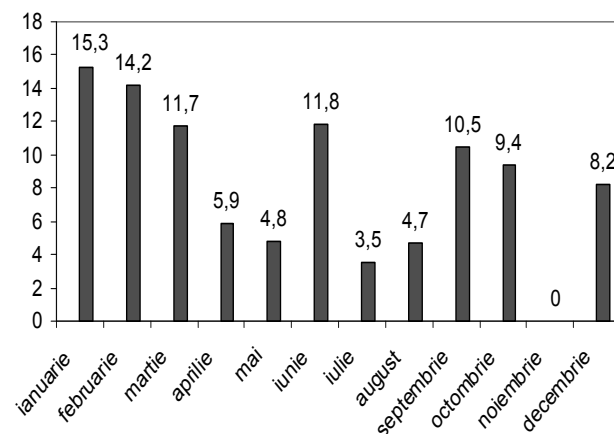


Figura 2. Repartizarea cazurilor de herpes zoster după lunile anului.

Datele din *figura 2* demonstrează că nu s-a înregistrat un caracter sezonier al cazurilor de herpes zoster, ceea ce confirmă și datele din literatură [1, 2].

La pacienții supravegheați s-au înregistrat următoarele forme clinice (*vezi tabelul*):

*Frecvența formelor clinice la bolnavii cu Herpes Zoster*

<i>Formele clinice de HZZ</i>	<i>Numărul absolut</i>	<i>%</i>
HZ toracic și abdominal	53	62,4
HZ al capului și gâtului	21	24,7
HZ generalizat	5	5,9
HZ al spatelui	3	3,5
HZ al membrelor	3	3,5

La majoritatea pacienților 69 (81,3%) starea generală a fost de gravitate medie, forma severă – la 15 (17,5%) și la 1 (1,2%) pacient – ușoară. Din anamneză s-a stabilit că de varicelă în antecedente au suferit 25% din bolnavi și 15 % au fost în contact cu bolnavi de varicelă.

Maladia a debutat cu prodrom, care a durat câteva zile, manifestându-se prin slăbiciune generală, astenie, cefalee și febră. Febra 37,2 – 39,1°C s-a constatat doar la 35 (41,2%) pacienți și a durat 2-3 zile. La internarea pacienților în clinică erupții veziculare au fost prezente la 76 (89,4%) bolnavi. La ceilalți 9 (10,6%) după a 12-a zi de boală persistau doar crustele și durerile chinuitoare. Durerea, foarte intensă, resimțită ca o arsură sau înțepături pe traiectul nervilor, pe care urma să apară erupția, a fost prezentă la 83,5% bolnavi și a persistat timp de 6-8 zile. Durerea era însoțită de o hiperestezie chinuitoare, predominant în orele nocturne la 14% bolnavi. Nevralgia postherpetică a persistat la 12% pacienți și după externarea din staționar.

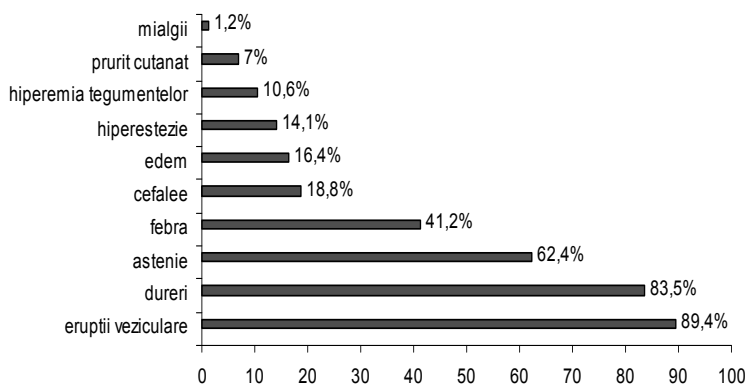


Figura 3. *Frecvența simptomelor clinice.*

Erupțiile veziculare la majoritatea pacienților au apărut în primele 2 zile de boală: în prima zi – la 35 pacienți (41,2%), în a doua zi – la 45 (52,9%), în a 3-a zi – la 4 (4,7%) și după a 3-a zi – la 1 (10,7%). La majoritatea pacienților 59 (69,4%) erupțiile au persistat timp de 8-10 zile. La elevi erupțiile au dispărut în 3-5 zile, la 8 bolnavi cu vârsta de 82-94 ani ele s-au menținut până la 2-3 săptămâni. Doar la 3 persoane erupțiile veziculare s-au transformat în pustule, asociindu-se infecția bacteriană. La 5 (5,9%) pacienți maladia inițial avea o formă localizată, apoi timp de 3-4 zile s-a generalizat prin extinderea erupțiilor veziculare pe toată suprafața corpului, fiind însoțită de intoxicație generală, dureri pronunțate și hiperestezie, care erau cu greu cupate prin analgezice.

O jumătate din pacienți – 43 (50,5%) – au suferit de hipertenzie arterială în combinație cu alte maladii cardiovasculare. Diabet zaharat, hepatite cronice nonvirale, colecisto-pancreatite au fost diagnosticate la câte 8 (9,4%) bolnavi. La 68 pacienți s-au efectuat investigații la HIV/SIDA, dintre care la 3 (4,4%) s-au depistat probe pozitive.

În hemogramă s-a stabilit anemie la 21 (24,7%) pacienți, leucopenie – la 17 (20%), devierea formulei leucocitare – la 51 (60%), eozinofilie – la 7 (8,2%), limfocitoză – la 25 (29,4%), monocitoză – la 29 (34,1%), VSH era accelerată la 41 (48,2%) pacienți. Modificări în analiza generală a urinei s-au atestat la 35 (41,2%) bolnavi.

Toți pacienții au primit tratament antiviral cu Acyclovir. S-au utilizat analgezice, antiinflamatoare, desensibilizante, vitaminele grupei B, diuretice, sedative și preparate antibacteriene pentru prevenirea și combaterea suprainfecției bacteriene.

Bolnavii cu herpes zoster s-au aflat la tratament în staționar timp de 4-10 zile – 71 (83,5%) pacienți, 11-15 zile – 14 (16,5%), externându-se în stare satisfăcătoare 26% din pacienți și cu ameliorare clinică – 74%.

**Concluzii**

1. Herpesul zoster rămâne o maladie ce se înregistrează mai frecvent la persoanele cu o imunitate scăzută.
2. A afectat predominant grupul de vârstă 60-90 de ani. Printre cei spitalizați au fost mai multe femei (69,4%) decât bărbați (30,6%).
3. 2/3 din pacienți s-au internat după a 5-10-a zi de boală, fapt care a determinat evoluția semigravă și gravă a bolii.
4. Maladia a evoluat tipic, cu localizarea erupțiilor veziculare de-a lungul terminațiilor nervoase, fiind însoțite de dureri violente și hiperestezie, care la o mare parte din bolnavi a persistat și după externare. La copii maladia a avut o evoluție ușoară, fără dureri tenace și persistente ca la adulți.

**Bibliografie**

1. В.И. Покровский, С.Г. Пак, *Инфекционные болезни и эпидемиология*. Москва, 2009.
2. Augustin Cupșa, *Boli infecțioase transmise*. Craiova, 2007, p. 8.34-8.38.
3. Vilcea Alina-Maria, Stoicescu Irina, *Herpes zoster – aspecte terapeutice*. Medicina Modernă, București, 2007, p.18-22.
4. Pozniak John, *Herpes zoster blisters on his neck and shoulder*, San Jose, California, United States, 2006.
5. Rahmanova A.G., Neverov B.A., *Boli infecțioase*, Sankt Petersburg, 2001, p. 256-263.