





# Neuralgia po półpaścu krocza

## Post-vulvar herpes zoster neuralgia

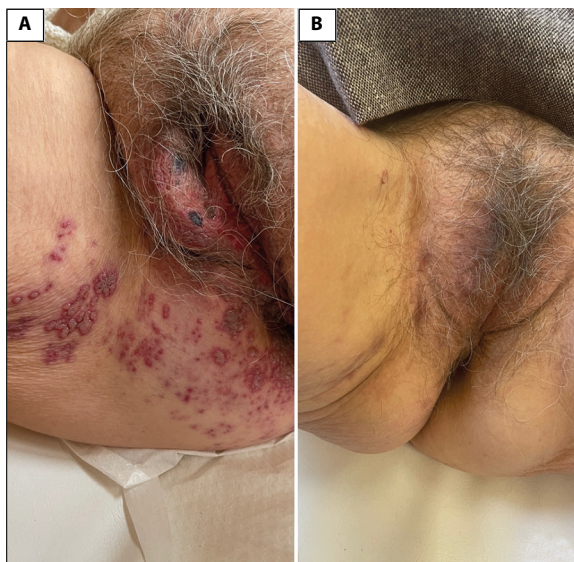
Mikołaj Łanocha<sup>1</sup> , Karolina Dębowska<sup>1</sup>, Aleksandra Frątczak<sup>2</sup> ,  
Karina Polak<sup>3</sup> , Beata Bergler-Czop<sup>2</sup> 

<sup>1</sup>Oddział Dermatologii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. Andrzeja Mielęckiego w Katowicach

<sup>2</sup>Katedra i Klinika Dermatologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

<sup>3</sup>Szkoła Doktorska Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Pacjentka 74-letnia zgłosiła się do kliniki dermatologii z powodu licznych pęcherzyków na rumieniowym podłożu, występujących w obrębie skóry sromu i krocza od siedmiu dni (ryc. 1). Zmiany występowały jednostronnie, nie przekraczając linii pośrodkowej ciała; ich lokalizacja odpowiadała dermatomom unerwianym przez zakres nerwów rdzeniowych S2–S4. Towarzyszyła im bolesność skóry krocza. Ponadto pacjentka zgłaszała trudności z rozpoczęciem oddawania moczu i pieczenie podczas mikcji. Pięć dni przed przyjęciem pacjentka była leczona przez lekarza rodzinnego, który podejrzewał owrzodzenia krocza o nieokreślonej przyczynie i zalecił przyjmowanie doksycykliny (200 mg/d. p.o.) — bez poprawy. W wywiadzie pacjentka podawała dodatkowo występowanie nadciśnienia tętniczego oraz cukrzycy typu 2. Na podstawie charakterystycznego obrazu klinicznego oraz wykrycia materiału DNA wirusa *Varicella zoster* w badaniu z użyciem reakcji łańcuchowej polimerazy (PCR, *polymerase chain reaction*), rozpoznano półpaśca. Zalecono doustne stosowanie acyklowiru (4000 mg/d.) przez siedem dni, a także, w związku z podejrzewanym nadkażeniem bakteryjnym zmian, stosowanie amoksycykliny z kwasem klawulanowym (1750 mg + 250 mg/d.) przez dziesięć dni; dodatkowo wdrożono leczenie przeciwbólowe (325 mg paracetamolu + 37,5 mg chlorowodorku tramadolu 2×d.) oraz zalecono miejscową dezynfekcję zmian skórnych oktenidyną (2×d.). Po miesiącu pacjentka zgłosiła się do poradni dermatologicznej na wizytę kontrolną. W wyniku zastosowanego leczenia uzyskano ustąpienie zmian skórnych, na skórze krocza widoczne były jedynie przebarwienia pozapalne. Pacjentka zgłaszała jednak wciąż utrzymujące się dolegliwości bólowe oraz dyskomfort w obrębie krocza. Zalecono preparat złożony z witamin z grupy B, pregabalinę (300 mg/d. z zaleceniem stopniowego zwiększania dawki do



**Rycina 1.** Stan pacjentki w momencie przyjęcia (A) oraz po miesiącu leczenia (B)

**Figure 1.** Patient's condition on admission (A) and after one month of treatment (B)

1800 mg/d. na przestrzeni dwóch tygodni) oraz hydroksyzynę (25 mg/d.). Po sześciu tygodniach dokonano ponownej oceny skuteczności leczenia neuralgii, w opinii pacjentki uzyskując całkowite ustąpienie dolegliwości.

Półpasiec to choroba spowodowana przez reaktywację latentnego zakażenia wirusem *Varicella zoster virus* (VZV); wirus przenoszony jest drogą kropelkowa lub przez bezpośredni kontakt z materiałem zakaźnym — dochodzi do wywołania ospy wietrznej. Po przechorowaniu w zwojach nerwów czuciowych pozostają przetrwałe formy wirusa. W wyniku obniżania się z upływem czasu poziomu limfo-

### Adres do korespondencji:

lek. Aleksandra Frątczak, Katedra i Klinika Dermatologii, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach,  
ul. Francuska 20/24, 40–027 Katowice, tel. +48 32 25 91 200, e-mail: kikderm@sum.edu.pl, ola.fratczak89@gmail.com

Received: 7.07.2022

Accepted: 24.08.2022

Early publication date: 17.11.2022

**Tabela 1.** Najczęściej stosowane leki przeciwwirusowe oraz ich dawkowanie w przypadku półpaśca**Table 1.** The most commonly used antiviral drugs and their dosage for shingles

Lek	Dawkowanie
Acyklowir doustnie (Acyclovir — oral route)	5 × 800 mg na dobę przez 7 dni (5 × 800 mg once daily for 7 days)
Acyklowir dożylnie (Acyclovir — intravenous route)	8–10 mg/kg co 8 h przez co najmniej 5 dni (8–10 mg/kg every 8 hours for at least 5 days)
Walacyklowir doustnie (Valaciclovir — oral route)	1000 mg co 8 h przez 7 dni (1000 mg every 8 hours for 7 days)
Famcyklowir doustnie (Famciclovir — oral route)	250 mg co 8 h przez 7 dni (250 mg every 8 hours for 7 days)
Brywudyna doustnie (Brivudine — oral route)	1 raz na dobę 125 mg przez 7 dni (125 mg once daily for 7 days)

cytów T pamięci oraz uogólnionego obniżenia odporności dochodzi do reaktywacji zakażenia. Wywołuje to typowy obraz kliniczny w postaci rumieniowo-pęcherzykowej wysypki, ograniczonej do zakresu unerwienia danego nerwu czuciowego (dermatom). Mogą wystąpić objawy prodromalne w postaci parestezji, bólu, pieczenia lub swędzenia skóry w obrębie zajętego dermatomu. Pęcherzyki przekształcają się w krosty, a następnie strupy. Zmiany skórne ustępują zwykle w ciągu trzech tygodni, natomiast dolegliwości bólowe mogą utrzymywać się jeszcze przez wiele miesięcy [1].

Choroba może wystąpić w każdym wieku, jednak większość zachorowań przypada na okres pomiędzy 50. a 80. rokiem życia. Do 50. roku życia mężczyźni i kobiety chorują tak samo często, w późniejszym wieku półpaście częściej występuje u kobiet [2]. Do znanych czynników wywołujących reaktywację zakażenia należą: starszy wiek, stosowanie leków immunosupresyjnych, zakażenie wirusem HIV, nowotwory złośliwe oraz pozytywny wywiad rodzinny [3]. Do najczęściej zajmowanych dermatomów należą nerw trójdzielny (pod postacią półpaśca ocznego, usznego i zespołu Ramseya Hunta), nerwy szyjne, piersiowe i lędźwiowo-krzyżowe. Poważne stany immunosupresji mogą wywołać reaktywację zakażenia w wielu dermatomach, wywołując półpaśca uogólnionego lub zakażenie narządów wewnętrznych.

Półpaściec okolicy krocza jest rzadką lokalizacją, stanowi około 2–4% wszystkich przypadków półpaśca [4]. Krocze określane jest jako najniższa część tułowia, anatomicznie ograniczona od przodu przez spojenie łonowe, po bokach przez guzy kulszowe oraz — od tyłu — spojenie łonowe [5]. Okolica krocza unerwana jest przez gałązki pściowe nerwu udowo-pściowego oraz nerwu sromowego i guzicznego opatrzące segmenty L1 oraz S1–S5. W związku z różnorodnością unerwienia półpaściec krocza może manifestować się jako: półpaściec sromu [6], moszny, penisa [7], okołodbyt-

niczy [8]. Ze względu na wspólne unerwienie dermatomów przez nerw sromowy nierzadko zajętych jest kilka okolic [9]. Oprócz typowej neuralgii popółpaścowej do powikłań zakażenia w tej lokalizacji należą także zapalenie pęcherza moczowego, zastój moczu, zaburzenia erekcji, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, utrudnione wypróżnianie. Mogą być one związane z zajęciem włókien parasympatycznych splotu krzyżowego na poziomie S2–S4 [3].

W diagnostyce różnicowej, ze względu na częste występowanie w tej okolicy oraz podobny obraz kliniczny, należy wziąć pod uwagę możliwość zakażenia wirusem opryszczki zwykłej (HSV, *Herpes simplex virus*), a także przeprowadzić szczegółowy wywiad w kierunku chorób przenoszonych drogą płciową. Decydującą metodą diagnostyczną różnicującą zakażenie VZV od HSV jest wykrycie materiału DNA wirusa przy użyciu reakcji łańcuchowej polimerazy (PCR, *polymerase chain reaction*) [10].

Do leków hamujących replikację VZV należą acyklowir, walacyklowir, famcyklowir oraz brywudyna. W niepowikłanym półpaścu lekiem pierwszego wyboru jest acyklowir, który jako jedyny może być podawany także dożylnie. Dawkowanie przedstawia tabela 1. Leczenie skraca okres utrzymywania się zmian skórnych oraz czas trwania bólu i jego natężenia. Wpływ leczenia na częstość występowania neuralgii popółpaścowej jest niejednoznaczny. Maści z acyklowirem są zalecane wyłącznie w przypadku półpaśca ocznego [4].

Równolegle z leczeniem przeciwwirusowym należy rozpocząć terapię przeciwbólową. Podczas ostrej fazy zakażenia należy prowadzić leczenie przeciwbólowe zgodnie z drabiną analgetyczną zalecaną przez Światową Organizację Zdrowia (WHO, *World Health Organisation*), obejmującą w kolejności leki nieopioioidowe, słabe opioidy oraz silne opioidy. W przypadku komponenty neuropatycznej pomocne są neuroleptyki takie jak gabapentyna i pregabalina, a także leki przeciwdepresyjne — amitriptylina i nortryptylina. Po wyleczeniu fazy ostrej i zaniku zmian skórnych w przewlekłej neuropatii można stosować miejscowe leczenie przeciwbólowe. Lekiem z wyboru jest kapsaicyna w formie kremu lub plastrów. Terapią drugiego rzutu są plastry z lidokainą. Możliwe jest także zastosowanie blokad nerwowych z użyciem leków miejscowo znieczulających lub glikokortykosteroidów [4].

### Konflikt interesów

Autorzy pracy deklarują, że nie zachodzi żaden konflikt interesów w związku z publikowaną pracą.

### PIŚMIENNICTWO

1. Koshy E, Mengting Lu, Kumar H, et al. Epidemiology, treatment and prevention of herpes zoster: A comprehensive review. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2018; 84(3): 251–262, doi: 10.4103/ijdv.IJDVL\_1021\_16, indexed in Pubmed: 29516900.

2. Shiraki K, Toyama N, Shiraki A, et al. Miyazaki Dermatologist Society, Miyazaki Dermatologist Society. Age-dependent trigeminal and female-specific lumbosacral increase in herpes zoster distribution in the elderly. *J Dermatol Sci*. 2018; 90(2): 166–171, doi: [10.1016/j.jdermsci.2018.01.009](https://doi.org/10.1016/j.jdermsci.2018.01.009), indexed in Pubmed: [29395575](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29395575/).
3. Marra F, Parhar K, Huang B, et al. Risk factors for herpes zoster infection: a meta-analysis. *Open Forum Infect Dis*. 2020; 7(1): ofaa005, doi: [10.1093/ofid/ofaa005](https://doi.org/10.1093/ofid/ofaa005), indexed in Pubmed: [32010734](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32010734/).
4. Gross GE, Eisert L, Doerr HW, et al. S2k guidelines for the diagnosis and treatment of herpes zoster and postherpetic neuralgia. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2020; 18(1): 55–78, doi: [10.1111/ddg.14013](https://doi.org/10.1111/ddg.14013), indexed in Pubmed: [31951098](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31951098/).
5. Mahadevan V, Chandak P. The surgical anatomy of the perineum. *J R Army Med Corps*. 2013; 159 Suppl 1: i10–i14, doi: [10.1136/jramc-2013-000019](https://doi.org/10.1136/jramc-2013-000019), indexed in Pubmed: [23631319](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23631319/).
6. Martins MM, Ferreira P, Maciel R, et al. Vulvar herpes zoster infection: a rare and challenging diagnosis. *BMJ Case Rep*. 2021; 14(12), doi: [10.1136/bcr-2021-246797](https://doi.org/10.1136/bcr-2021-246797), indexed in Pubmed: [34972780](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34972780/).
7. Arshad AR, Alvi KY, Chaudhary AA. Herpes zoster involving penis and scrotum: an unusual occurrence. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2015; 25(3): 218–219, doi: [08.2014/JCPSP.218219](https://doi.org/10.2014/JCPSP.218219), indexed in Pubmed: [25772966](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25772966/).
8. Elliott TR, Miller C, Macrae FA. Severe perianal shingles during azathioprine and budesonide treatment for Crohn's disease—preventable with zoster vaccine? *BMJ Case Rep*. 2016; 2016, doi: [10.1136/bcr-2016216527](https://doi.org/10.1136/bcr-2016216527), indexed in Pubmed: [27440857](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27440857/).
9. Correia O, Pereira MA, Pereira T, et al. Perineal muco-cutaneous herpes zoster treated with brivudin. *J Dermatolog Treat*. 2008; 19(4): 255–256, doi: [10.1080/09546630801955168](https://doi.org/10.1080/09546630801955168), indexed in Pubmed: [18608718](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18608718/).
10. Ljubojević Hadžavdić S, Kovačević M, Skerlev M, et al. Genital herpes zoster as possible indicator of HIV infection. *Acta Dermatovenerol Croat*. 2018; 26(4): 337–338, indexed in Pubmed: [30665486](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30665486/).