

Le infezioni da Herpes Zoster

Francesca Ucci, Antonella Greco*

Dirigente di I livello, Ospedale San Giuseppe, Empoli

* Specialista in Dermatologia e Venereologia, Responsabile Area Dermatologica SIMG

Il termine "herpes" deriva dal verbo greco "erpein" (strisciare) e venne utilizzato in medicina sin dai tempi di Ippocrate.

Nell'ambito della famiglia degli *Herpesviridae* sono state descritte più di 60 specie virali. Attualmente sono conosciuti 8 tipi di herpes virus umani, tutti con un *core* costituito da DNA a doppia catena.

Herpes Zoster

L'Herpes Zoster (HZ) è causato dal Virus Varicella Zoster (VZV). In seguito all'infezione primaria, che si verifica comunemente in età pediatrica (varicella), il virus rimane allo stato latente per anni nei gangli neurosensoriali del midollo spinale, prevalentemente dorsali e cervicali (anche se tutte le aree anatomiche possono essere interessate). La riattivazione virale determina la migrazione centrifuga dell'agente infettivo e lo sviluppo di un esantema a distribuzione dermatomera. Il rischio di attivazione dell'HZ aumenta con l'età ed è frequentemente connesso, oltre che con il declino dell'immunità cellulo-mediata (CMI) che si instaura con l'avanzare degli anni, con uno stato di immunosoppressione transitorio o cronico, spesso secondario a processi morbosi o ad altri fattori quali traumi e stress fisico o psichico. Complessivamente circa un quarto dell'intera popolazione è a rischio di sviluppare HZ nel corso della vita e la percentuale sale fino al 40-50% nella popolazione con oltre 80 anni.

La fase prodromica è caratterizzata da una sindrome simil-influenzale che insorge una settimana prima della comparsa delle lesioni cutanee. In merito alla localizzazione di pertinenza oftalmologica, circa il 60% dei pazienti riferisce dolore nell'area di distribuzione del nervo oftalmico. In seguito compaiono macchie eritematose, lungo il dermatomero interessato, che si trasformano nel giro di pochi giorni in papule e vescicole e poi in pustole. La rottura di queste lesioni porta alla comparsa di croste che guariscono completamente nel giro di poche settimane. Tipicamente, le eruzioni cutanee dell'HZ seguono la distribuzione di uno o più rami di divisione della branca oftalmica del nervo trigemino e non superano la linea mediana. Il coinvolgimento della punta del naso (segno di Hutchinson) è un segno predittivo di interessamento oculare.

Le manifestazioni cliniche comprendono:

- blefarite e congiuntivite;
- cheratite;
- uveite;
- episclerite e sclerite;
- retinite.

Blefarite e congiuntivite

Nella fase acuta, la *blefarite* può essere di tale intensità da provocare una ptosi secondaria. Successivamente compare la caratteristica eruzione vescicolare, che può guarire completamente o lasciare esiti con zone di depigmentazione o di retrazione cicatriziale.

La *congiuntivite* compare dopo 2-3 giorni dall'esordio e la congiuntiva appare iperemica ed edematosa con petecchie emorragiche. Il quadro clinico si risolve in una settimana.

Cheratite

Il coinvolgimento corneale può portare a una significativa riduzione della vista come sequela permanente per formazione di opacità stromali. Il danno corneale è causato dall'azione diretta del virus, dalla reazione antigene-anticorpo, dalla reazione cellulo-mediata da ipersensibilità ritardata e dal danno neurotrofico. Le complicanze corneali compaiono in circa il 65% dei casi di HZ oftalmico.

La *cheratite puntata* si manifesta 1 o 2 giorni dopo la comparsa dell'eruzione cutanea. Le lesioni possono andare incontro a un peggioramento con la formazione di un'ulcera pseudodentritica di solito al quarto-sesto giorno di esordio della malattia. I dendriti sono ramificati, hanno terminazioni tronche e i margini sono meno definiti e più edematosi rispetto a quelli da HSV. La cheratite da HZV si accompagna a perdita della sensibilità corneale più pronunciata rispetto alla cheratite da HSV.

La *cheratite stromale anteriore* si manifesta nella seconda settimana di malattia con un'incidenza del 25-30% dei casi con opacità corneali nello stroma anteriore ed edema sovrastante.

La *cheratite stromale profonda* è poco frequente e si manifesta 3 o 4 mesi dopo l'episodio acuto con edema corneale centrale e uveite anteriore. La cheratite presenta un andamento cronico recidivante soprattutto senza un trattamento tempestivo e adeguato. I pazienti con un'inflammazione cronica non controllata vanno incontro a neovascolarizzazione stromale. La cheratite a volte si presenta in forma necrotizzante.

La *cheratite neurotrofica* (Fig. 1) è il risultato tardivo della ridotta sensibilità corneale causata dalla distruzione delle terminazioni nervose corneali da parte del virus: si sviluppa un'ulcera centrale indolente che può progressivamente approfondirsi fino alla perforazione corneale. Questi pazienti sono a rischio di infezione e, in caso di perforazione, di endoftalmite.



Figura 1
Cheratitis neurotrofica.

La *cheratite marginale ulcerativa* si manifesta con un'ulcerazione a sede limbare sostenuta generalmente da un'area di intensa iperemia sclerale. L'ulcera può estendersi e approfondirsi fino alla perforazione.

Ripetuti episodi infiammatori possono portare allo sviluppo di opacità stromali in sede paracentrale. La progressione della cheratite interstiziale può portare alla completa opacità della cornea e aggravarsi con uno scompenso endoteliale secondario ai ripetuti processi infiammatori.

Uveite

In circa il 50% dei pazienti immunocompetenti con HZ oftalmico si ha un'uveite anteriore che di solito è lieve o transitoria, ma frequentemente causa un'elevazione della pressione oculare. L'uveite di solito è monolaterale ed è accompagnata da una cheratite attiva o inattiva. L'infiammazione cronica può portare allo sviluppo di un glaucoma, cataratta, endotelite con scompenso corneale. Sequele caratteristiche dell'uveite da HZ sono l'atrofia dell'iride a settore e presenza di sinechie posteriori e periferiche.

Episclerite e sclerite

L'episclerite esordisce in concomitanza con l'eruzione cutanea ed è caratterizzata da iperemia a settore o diffusa oppure in forma nodulare accompagnata da dolore.

TABELLA I
Terapia dell'HZV.

Quadro clinico	Antivirali	Corticosteroidi	Altro
Blefarite e congiuntivite	<ul style="list-style-type: none"> • Aciclovir per os 800 mg 5 volte al giorno per 7-8 giorni (dubbia utilità) • Aciclovir per via topica per circa 10 giorni 		<ul style="list-style-type: none"> • Antibiotici per infezioni secondarie • Impacchi freddi
Cheratite puntata	<ul style="list-style-type: none"> • Aciclovir per os 800 mg 5 volte al giorno per 7-8 giorni • Aciclovir per via topica per circa 10 giorni 		
Cheratite stromale anteriore	Aciclovir per os 800 mg 5 volte al giorno per 7-8 giorni; poi 400 mg 2 volte al giorno per evitare le recidive	Per via topica e dosaggio ridotto gradualmente per evitare recidive	
Cheratite stromale profonda	Aciclovir per os 800 mg 5 volte al giorno per 7-8 giorni; poi 400 mg 2 volte al giorno per evitare le recidive	Per via topica e dosaggio ridotto gradualmente per evitare recidive	
Cheratite neurotrofica			<ul style="list-style-type: none"> • Antibiotici per evitare infezioni • Sostituti lacrimali • Membrana amniotica
Cheratite marginale		Per via topica	
Uveite	Aciclovir per os 800 mg 5 volte al giorno per 7-8 giorni e 400 mg 2 volte al di come mantenimento	Per via topica	<ul style="list-style-type: none"> • Midriatici per uveite • Antiglucomatosi per ipertono
Episclerite e sclerite	Aciclovir per os 800 mg 5 volte al giorno per 7-8 giorni (dubbia utilità)	Per via topica	FANS topici
Retinite	Aciclovir ev 30 mg/kg/die per 5 giorni		

SIMG - SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA GENERALE

Via Del Pignoncino 9/11, 50142 Firenze • Tel. 055 700027 • Fax 055 7130315 • simg@dada.it • www.simg.it

La presente scheda di iscrizione deve essere rispedita alla SIMG, via Del Pignoncino 9/11, 50142 Firenze, in originale oppure anche via fax allo 055 7130315, unitamente al pagamento della quota associativa pari a Euro 125,00 da effettuarsi tramite:

- versamento sul c/c postale n. 14768501 intestato a SIMG - Società Italiana di Medicina Generale, via Del Pignoncino 9/11, 50142 Firenze;
- inviando assegno circolare Non Trasferibile intestato a SIMG - Società Italiana di Medicina Generale, via Del Pignoncino 9/11, 50142 Firenze;
- bonifico bancario personale effettuato a favore del conto corrente bancario intestato a: SOCIETÀ ITALIANA MEDICINA GENERALE; presso: Banca Nazionale del Lavoro, Agenzia di Sesto Fiorentino. IBAN: IT13W0100538100000000001982;
- con carta di credito inviando la relativa autorizzazione (v. allegato) completa di firma in originale;
- con Rid richiedendo la modulistica alla segreteria SIMG.

Il sottoscritto dott./prof. Cognome Nome

Nato a prov. Il / / residente a

Prov. Cap. Via

Tel. (casa) Tel. (studio)

Fax Cellulare E-mail:

Codice fiscale Partita IVA

Anno di laurea Università di

Specializzazioni: 1) 2) 3)

Attività: MG Universitario Libero Professionista Specialista

Lingue: Inglese Francese Tedesco Spagnolo

Eventuale II indirizzo: (Studio/Abitazione/Indirizzo/fiscale) via

Località Prov. Cap.

A conoscenza dello statuto SIMG In fede

Data Firma socio presentatore

Autorizzazione

Il sottoscritto

Nato a il

Residente a

Via/piazza n.

Documento di riconoscimento n.

Rilasciato da: il

Titolare carta di credito VISA n.

Titolare carta di credito Mastercard n.

Scadenza:

Autorizza

La SIMG Società Italiana di Medicina Generale a prelevare dalla carta di credito sopra descritta l'importo di:

€ (.....)

..... li,

.....


Firma e timbro

SIMG

SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA GENERALE

Via Del Pignoncino 9/11, 50142 Firenze

**DOMANDA
DI ISCRIZIONE**



**Euro 125,00
quota per il 2008**