

Herpes zoster u 9měsíčního kojence

MUDr. Eliška Langerová

Dermatologická ambulance Olomouc

Herpes zoster (HZ), pásový opar, je klinický projev reaktivace latentní infekce *varicella zoster virem* (VZV), projevující se typicky unilaterálním segmentálním herpetickým výsevem v příslušném kožním dermatomu. Primoinfekcí VZV je varicela, plané neštovice. HZ a varicela jsou dvě klinicky odlišná onemocnění vyvolaná jedním patogenem, VZV. Vzhledem k vysoké infekciozitě a dlouhé inkubační době jsou onemocnění vyvolaná VZV jedny z nejčastěji hlášených infekčních onemocnění v České republice. Zatímco výskyt varicely je typický pro dětský věk (s maximem do 10 let), HZ se objevuje spíše u starší populace (nad 50 let). V následném kazuistickém sdělení je popsán případ 9měsíčního chlapečka s HZ. HZ je v dětském, kojeneckém, věku velmi raritní diagnóza, vyskytující se v ojedinělých případech. Průběh HZ u dětí bývá mírnější, s nižším rizikem vzniku komplikací a postherpetických neuralgií. Celková terapie u dětí nebývá nutná. Očkovací látky jsou dostupné jak proti HZ tak proti varicelle.

Klíčová slova: herpes zoster, varicela – VZV, kojenec, aktivní imunizace.

Herpes zoster in 9-month old infant

Herpes zoster (HZ) is a clinical sign of reactivation of latent *Varicella Zoster Virus* (VZV) infection. Unilateral segmental herpetic eruption in adjacent skin dermatome is typical. Varicella, chickenpox/smallpox, is primary infection. HZ and varicella are two distinct diseases caused by a single agent, VZV. It is highly infectious, its incubation period is long, therefore VZV infections are one of the most common infectious diseases reported in Czech republic. Occurrence of varicella is a disease typical for children (maximal incidence up to 10 years), on the other hand HZ is typically a disease of elderly people (over 50 years). In our clinical report we describe a case of 9months old boy with HZ. HZ is in children, infants, very rare and its clinical course is mild, with lower risk of complications and postherpetic neuralgies. Systemic therapy in children is not necessary. Vaccination is possible either for varicella as well for HZ.

Key words: herpes zoster, varicella, infant, active immunisation.

Úvod

Herpes zoster (HZ; pásový opar) je akutní infekční onemocnění vyvolané virem *varicella zoster* (VZV). Jedná se o projev reaktivace latentní VZV infekce. Po prodělané primoinfekci VZV, varicelle (planých neštovicích), dochází k doživotní perzistenci VZV v jádrech neuronů spinálních a kraniálních senzoryních ganglií. V důsledku endogenního či exogenního oslabení imunitního systému dochází následně k reaktivaci infekce a jejímu šíření podél příslušného nervu do jím inervované oblasti kůže, sliznice = dermatomu, kde dochází k výsevu herpeticky uspořádaných puchýřků (1, 2). Samotný název HZ odkazu-

je jednak na klinický obraz, zoster pochází ze starověkého Řecka a znamená pás, a na původce onemocnění, *varicella zoster virus* – lidský herpesvirus typ 3 (human herpesvirus type 3, HHV-3) (3). VZV patří do rodiny herpetických DNA virů, podčeleď *alfaherpesvirinae*. Do této podčeledi patří kromě VZV také *Herpes simplex virus 1* a *Herpes simplex virus 2* (Tab. 1). Růstový cyklus těchto virů je krátký, odpovídající klinicky jejich vysoké infekciozitě, a primárním cílem jsou mukoepiteliální buňky, přenos infekce vzdušnou cestou. Člověk je jediným rezervoárem těchto virů a poté co infikují hostitele (primoinfekce), mají schopnost přežívat v jeho organismu

celoživotně ve formě tzv. latentní infekce. Latentní infekce je definována jako přítomnost genomu virů v hostitelských buňkách, lišících se dle typu herpetického viru, bez aktivní produkce infekčních virových částic. Schopnost replikace viru zůstává zachována a v případě oslabení T-buněčné imunity se zvyšuje riziko reaktivace replikace a následné klinické propuknutí infekce. Faktory, které přispívají k reaktivaci jsou kromě přibývajícím věku, se kterým přirozeně klesá T-buněčná imunitní odpověď, například malignita (paraneoplastický projev), infekce, traumata, UV záření, psychosomatická zátěž, toxické působení léků apod. (2, 4, 5, 6).

Tab. 1. *Herpesviridae* (4)

Podčeď	Místo latence	Zástupci	Primární infekce	Reaktivace latentní infekce
Alfaherpesvirus	ganglia spinálních a hlavových nervů	HSV 1 (HHV-1); HSV 2 (HHV-2); VZV (HHV-3)	akutní gingivostomatitida; herpes genitalis; varicela	herpes labialis; herpes genitalis; herpes zoster
Betaherpesvirus	uzliny, CNS, ledviny, plíce, retina	CMV (HHV-5); HHV-6; HHV-7	syndrom infekční mononukleózy; exanthema subitum; exanthema subitum like	encefalitida, hepatitida, pneumonie
Gamaherpesvirus	lymfatické tkáně	EBV (HHV-4); HHV 8 (KSHV)	infekční mononukleóza; horečka s exantémem	Burkittův lymfom; Kaposiho sarkom

Varicela

Varicela (plané neštovice) je projevem primoinfekce vyvolané *varicella zoster virem*. Jedná se o druhé nejčastěji hlášené infekční onemocnění v České republice (ČR), po infekci vyvolané covidem-19, incidence na 100 000 obyvatel v roce 2022 byla 542,5 (7) (Tab. 2 a 3).

Varicela se nejhojněji vyskytuje u dětí do 10 let, pouze 1,8% případů se vyskytuje u osob nad 20 let věku, přičemž s věkem se zvyšuje riziko komplikací jinak spíše benigního onemocnění s lehkým průběhem (5). Jak již bylo zmíněno výše, virus se šíří vzdušnou cestou pomocí kapének a primárním cílem jsou mukopiteliální buňky hrtanu a spojivek. Mimo to je možný také transplacentární přenos infekce z matky na plod. Inkubační doba se udává mezi 6–23 dny, s průměrem 14 dní. V období tzv. primární virémie dochází k pomnožení viru ve sliznici respiračního traktu a následně v mononukleárovém-fagocytovém systému, virus se šíří lymfatickým a krevním řečištěm a replikuje se i v parenchymatózních orgánech. Po prodromálním stadiu (teplota, únava, lymfadenopatie), zhruba 15 dní po nákaze, dochází k sekundární virémii, kdy virus disseminuje do kůže, případně dalších orgánů a vzniká typický kožní exantém. Klinicky se jedná o pleomorfní exantém, charakterizovaný nejprve výsevem erytematozních makul, měnících se v papuly, po několika hodinách (12–24 hod) z nich vznikají drobné vezikuly, nejprve s čirým, posléze se zakalujícím obsahem (pustuly), které 4.–5. den zasychají v krusty. Výsev probíhá v několika vlnách. První projevy se tvoří ve kšticí a na sliznicích (v dutině ústní, v zevním zvukovodu, v okolí anu a genitálu) s následnou generalizací. Onemocnění je provázeno horečkou. Infekciozita začíná již 1–2 dny před výsevem exantému, kdy se virus šíří aerosolem z dýchacích cest a následně po vzniku vezikul trvá u nemocného s normální imunitní výbavou zhruba

Tab. 2. *Počet onemocnění a nemocnost na 100 000 obyvatel (H)*

	Varicella	Herpes zoster
Absolutní počet	2 981	280
Nemocnost	28,3	2,7

Tab. 3. *Nemocnost na 100 000 obyvatel v letech 2013–2022 (H)*

Diagnóza	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Varicella	384,5	490,4	446,3	401,7	372,3	288,6	439,3	167,7	99	542,5
HZ	59,9	63,5	61,2	63,8	58,7	57,3	57,8	41,7	33,2	31,8

ba 7 dní od prvních kožních projevů do jejich zaschnutí, protože je virus obsažen v tekutině puchýřů. Nejčastější komplikací varicely je im-petiginizace, intersticiální pneumonie a vzácně mohou být postiženy i další orgány (např. hepatitida, myokarditida, perikarditida, glomerulonefritida, orchitida, encefalitida, myelitida, polynervitida...). V případě nekomplikovaného průběhu je terapie pouze symptomatická (antihistaminika, antipyretika, eventuálně další léky, dle příznaků nemocného). Z důvodu rizika rozvoje Reyova syndromu (hepatocerebelární syndrom) by neměly být při horečce podávány léky s kyselinou acetylsalicylovou. Lokálně se aplikují externa s vysušujícím účinkem (např. zinkový olej, tekutý pudr). Prodělání varicely, jako primoinfekce VZV, nebo aktivní imunizace proti varicelle, je předpokladem pro vznik herpes zoster (5, 6, 8, 9). Od roku 2002 je v ČR dostupná aktivní imunizace pomocí živé očkovací látky. Očkovat je možné děti od 12. měsíce v kombinované očkovací látce (*Priorix-tetra*, *Proquad* – spalničky, zarděnky, příušnice, neštovice) nebo samostatně od 9. měsíce (*Varilrix*) (8, 10, 11, 12). Studiemi bylo zjištěno, že 10% dospělé evropské populace nemá protilátky proti VZV (13).

Varicela novorozenců, mladších kojenců

Výskyt varicely u novorozenců, mladších kojenců je zpravidla vázán na onemocnění matky v průběhu těhotenství (transplacentární přenos,

přímý kontakt v průběhu porodu). Samotný výskyt varicely v těhotenství je poměrně raritní diagnózou (98% případů varicely se objeví do 20 let věku). Následky pro plod se liší, dle fáze těhotenství. Pokud dojde k infekci matky během prvních 2 trimestrů těhotenství (13.–20. gtt představuje nejvyšší riziko), vzniká **kongenitální varicelózní syndrom**, který zahrnuje kožní léze ve formě jizvení, oční postižení, postižení kostí a centrálního nervového systému v průběhu intrauterinního vývoje plodu. Na tyto následky umírá až 30% novorozenců v průběhu prvních měsíců života. Zdáli VZV primoinfekce v průběhu prvních 20 gtt zvyšuje riziko potratu je nejasné. **Neonatální varicela** vzniká při infekci matky v průběhu posledních 3 týdnů těhotenství před porodem. Novorozenci se rodí s generalizovaným exantémem, nebo se exantém objeví až do 10 dní od porodu. Průběh bývá mírný díky přeneseným mateřským protilátkám. Nejvíce rizikové období pro novorozence je, pokud matka onemocní varicelou 5 dní před porodem a až dva dny po porodu, kdy riziko přenosu je 20–50%. V tomto období je plod vystaven vysoké virové náloži, ale současně není dostatek času pro vytvoření a přenos specifických mateřských protilátek a dochází k postižení parenchymatózních orgánů, hovoříme o tzv. **viscerální varicelle novorozence** s úmrtností až 20%. **Postnatální infekce** novorozenců a mladších kojenců (nejčastěji jsou zdrojem infekce starší sourozenci) je provázena lehkým průběhem s málo četnými kožními pro-

jevy, vzhledem k přetrvávání specifických protilátek získaných od matky. Následně se u takto infikovaných dětí může vyvinout herpes zoster v průběhu prvního roku života. **Herpes zoster u těhotné** nepředstavuje riziko pro plod z důvodu transplacentárního přenosu protektivních mateřských protilátek (14, 15).

Herpes zoster

Herpes zoster (HZ, pásový opar), jak bylo zmíněno výše, je klinickým projevem reaktivace latentní VZV infekce z ganglií zadních míšních kořenů a ganglií hlavových nervů. V případě reaktivace se virus pomnoží v gangliu a následně se z něj virus šíří podél senzitivních nervových vláken do kůže a sliznic (dermatomu). Vzácně dochází i k šíření retrogradnímu, se vznikem myelitidy, projevující se jako para- či kvadruparéza, porucha citlivosti distálně od místa léze (etáž koresponduje s dermatomem) (2, 6, 16). Herpes zoster se vyskytuje celoročně, bez sezónní prevalence. Častěji bývají postiženi muži, incidence se zvyšuje s věkem (50–59 let 20% případů, nad 60 let 40% případů HZ), nejvyšší riziko výskytu HZ je u lidí nad 75 let (4,2–4,5/1 000 osoboroků), ale může se objevit v každém věku, ani výskyt v dětském věku není výjimkou (0–10 let 5% případů HZ, 0–14 let–0,45/1 000 osoboroků) (5, 17, 18). V České republice bylo v prosinci 2022 hlášeno 280 případů HZ, průměrná HZ nemocnost v letech 2012–2022 byla 52,9 na 100 000 obyvatel (tab. č. 2 a 3). Inkubační doba HZ je 7–14 dní. Kožní projevy může předcházet prodromální stadium (u 75% pacientů) s lokálními (parestzie, brnění, mravenčení, bolest v místě následného postižení kůže) a celkovými příznaky (bolesti hlavy, malátnost, zvýšená teplota). Typicky se na kůži unilaterálně v příslušném dermatomu nejprve objevují erytemové makuly, papuly či plaky, na kterých se následně během 12–24 hodin vysévají několik mm velké puchýřky s čirým obsahem a napjatou krytkou. Poté dochází k zakalení obsahu a oploštění puchýře z centra. K zaschnutí puchýřů v krusty dochází během 7–10 dní, přetrvávají následné barevné změny, jizvy se v případě lokálně nekomplikovaného průběhu netvoří. Výsev je postupný. Nejčastěji bývá postižena u dospělých oblast dolní hrudní (50%) a bederní. K postižení ganglia trojklanného nervu dochází v 10–15% případů (5, 9, 18, 19). Raritně nemusí

dojít k herpetickému výsevu na kůži nebo sliznici a poté hovoříme o tzv. **HZ sine herpete**. Může také vzácně dojít k postižení více dermatomů, **HZ multiplex**, k oboustrannému postižení, **HZ bilateralis**, k disseminaci projevů (u těžce imunosuprimovaných jedinců), **HZ disseminatus**. Případně dojde k prokrvácení puchýřů, **HZ haemorrhagicus** a nebo ke gangrénní spodiny puchýře, **HZ gangrenosus** s následným jizvením v místě puchýřů. **HZ cephalicus** je souhrnné označení pro HZ v oblasti hlavových nervů. **HZ ophtalmicus** (1. větev n. trigemini) je provázen očním postižením s možným napadením všech struktur oka (spojivka, duhovka, rohovka, skléra), akutní keratitida je hlavní rizikový faktor pro ztrátu zraku. Jako Hutchinsonovo znamení se označuje výsev herpetických morf na špičce nosu a klinicky představuje vyšší riziko očního postižení. K postižení 2. větve n. trigemini (**HZ maxillaris**) a 3. větve n. trigemini (**HZ mandibularis**) dochází méně často a herpetický výsev je nejen na kůži, ale také na sliznici dutiny ústní a na jazyku s erozemi až ulceracemi. **HZ facialis** (n. VII), bývá provázen poruchou slzení, vymizením chuti na jazyku. **HZ oticus**, *Ramsay Huntův syndrom*, je projevem reaktivace latentní VZV v ganglion geniculi, s výsevem v oblasti n. facialis (n. VII) a n. vestibulocochlearis (n. VIII). Klinicky se jedná typicky o triádu projevů: ipsilaterální paréza lícního nervu, herpetický výsev v oblasti tzv. Ramsay Huntovy senzitivní oblasti (ušní boltec, zevní zvukovod, processus mastoideus) a bolest ucha. K dalším příznakům Ramsay Huntova syndromu patří tinnitus, vertigo, nystagmus, snížená tvorba slin a slz. **HZ laryngis**, postižení n. glossopharyngeus (n. IX) a n. vagus (n. X), provází rozsáhlejší postižení centrálního nervového systému (5, 6, 18, 20, 21). Kromě již výše zmíněných komplikací HZ může dojít k sekundární bakteriální superinfekci ložisek na kůži, vzácně dochází k postižení CNS, projevující se horečkou, bolestí hlavy, meningeálními příznaky. Viscerální postižení jsou velmi vzácná, nejčastěji u těžce imunosuprimovaných pacientů (např. VZV pneumonitidy u transplantovaných pacientů), ale patří mezi život ohrožující stavy a musí na ně být pamtováno. Postherpetická neuralgie (PHN) je nejčastější pozdní komplikací HZ, vyskytující se u 10–20% pacientů s HZ. 50% všech případů PHN je u pacientů starších 60 let. PHN je defi-

nována jako bolest trvající déle než 4 týdny od vzniku herpetického výsevu, nebo pokud se objeví znovu po 4 týdnech od akutní infekce. Bolest je vyvolána zánětlivými změnami v nervových gangliích a je výsledkem poranění periferálních nervů s postižením centrální nervové signalizace. Klinicky se projevuje jako spontánní palčivá bolest nebo pocit pálení v postiženém dermatomu, paroxysmální záchvatovitá bolest, intenzivní svědění, alodynies (bolest vyvolána normálními podněty – pohyb, tepelné změny), hyperalgezie (přehnaná bolest po malém podnětu). PHN v 95% případech spontánně odezní do 6 měsíců, v 5% mohou přetrvávat potíže i několik let. Včasné zahájení celkové terapie (do 72 hodin od začátku výsevu) výrazně snižuje výskyt a závažnost PHN (5, 6, 18). Recidivy HZ nejsou časté (1–8% pacientů), **rekurentní HZ** je častější u žen, 3 a více epizod HZ se vyskytují velmi vzácně (5, 18). V případě častějších recidiv je nutné diferenciatně diagnosticky vyloučit ostatní onemocnění jako HSV infekce, kontaktní dermatitidy, impetigo, autoimunitní puchýřnaté choroby, bulózní erysipel, polékové reakce, fototoxické reakce a další. V případě diagnostických rozpaků je zlatým standardem diagnostiky provedení PCR (polymerase chain reaction) k průkazu virové DNA, střem ze spodiny puchýře. Senzitivita PCR je 98%, specifita 99% (3). Terapie HZ je komplexní a mnohdy vyžaduje mezioborovou spolupráci. V lokální léčbě se používají externa s vysušujícím účinkem např. tekuté pudry, zinkový olej, zinkové pasty, antiseptické roztoky a antibiotika při sekundární bakteriální nástavbě. Celková terapie u dospělých pacientů by měla být zahájena co nejdříve (do 72 hodin od prvních kožních projevů) ke zmírnění průběhu onemocnění a eliminaci rizika komplikací. Systémová antivirotika podáváme dle stavu pacienta a dle lokalizace výsevu buď perorálně nebo parenterálně. Nejčastěji se k léčbě užívá aciklovir (*Herpesin*, *Zovirax*) se standardním dávkováním perorálně 800 mg 5x denně (D) 5–7 dní, v těžších případech je možné parenterální podání, u pacientů s chronickou renální insuficiencí (CHRI) je nutná redukce dávkování (22) (Tab. 4). Dále Valaciklovir (*Valtrex*) 1 g 3x D p.o. 7–10 dní, Famciklovir (*Famvir*) 500 mg 3x D p.o. 7–10 dní, u obou je opět nutná redukce u pacientů s CHRI. Dále v celkové terapii k redukci bolesti podáváme

analgetika (nesteroidní antiflogistika, slabé opioidy), u silných neuralgií poté v kombinaci s antidepresivy (tricyklickými) a neuroleptiky (gabapentin). Ke zmírnění svědění doplňujeme terapii o antihistaminika, v případě závažné impetiginizace podáváme antibiotika. Terapii je možné také obohatit o vitaminy (skupiny B), imunomodulační léky (*Isoprinosine*) a enzymoterapii (*Wobenzym*) (1, 3, 5, 6, 9). Herpes zoster se z člověka na člověka nepřenáší, avšak člověk s HZ, může nakazit VZV vnímavého/naivního jedince (t. j. takového, který neprodělal varicellu nebo nebyl aktivně imunizován) a poté se u něj vyvine primoinfekce – t. j. varicela, nikoliv HZ (6). Nakažlivost v porovnání s neštovicemi je mírná, k šíření dochází pouze při těsném kontaktu s puchýřky, izolace pacientů se liší tedy dle místa lokalizace projevů. Prevenci vzniku HZ a vzniku PHN je aktivní imunizace vakcínou *Zostavax* (uvedena na trh v roce 2006), oslabený živý VZV. Podává se v jedné dávce subkutánně pacientům ve věku 50 let a starším, je kontraindikován u pacientů s primárním, sekundárním imunodeficitem, u pacientů léčených imunosupresivou (včetně vysokodávkovaných kortikosteroidů), u pacientů s aktivní tuberkulózou, u těhotných a u pacientů s alergií na neomycin (*Zostavax* obsahuje stopy neomycinu) (23). V roce 2017 byla na trh uvedena vakcína *Shingrix*, glykoprotein E VZV, podávaný ve 2 dávkách intramuskulárně. Je indikován pro pacienty 50 let nebo starší, pro pacienty 18 let a starší se zvýšeným rizikem výskytu HZ (24). Účinnost vakcíny *Shingrix* přesahuje účinnost vakcíny *Zostavax* jak v prevenci vzniku HZ (84,7–97,4% vs. 42–54,7%) tak v prevenci vý-

Tab. 4. Dávkování acikloviru u pacientů s HZ a CHRI (Z)

	Běžná dávka	G4 (GFR 0,49–0,25 ml/s/1,73 m ²)	G5 (GFR 0,25 ml/s/1,73 m ²)	hemodialýza
Aciklovir	800 mg 5x denně 7 dní	800 mg 2x denně	400–800 mg 2x denně	400–800 mg 2x denně po HD

skytu PHN (88,8–91,2%), v případě vzniku HZ nebo PHN i přes očkování je průběh mírnější. Na druhou stranu nežádoucí účinky vakcinace jsou více vyjádřeny po podání *Shingrix* (lokální bolestivost v místě aplikace, chřipkové příznaky). Je možné podání *Shingrix* vakcíny po předešlé vakcinaci *Zostavaxem* (3).

Herpes zoster u dětí

Herpes zoster není jen onemocnění dospělé populace, ale vyskytuje se i u dětí a to již od novorozeneckého věku. V dětském věku je četnost výskytu 0,45 případů/1 000 osoboroků, nejnižší je ve věku 0–5 let (20 případů/100 000 osoboroků), nejvyšší u adolescentů (63 případů/100 000 osoboroků). Častěji bývají postiženi chlapci 1,5:1 (16). HZ u dětí může vzniknout na podkladě vystavení VZV infekci in utero nebo po postnatální expozici VZV (tzv. *wild-type* VZV) a nebo po VZV vakcinaci (tzv. *vaccine-related strain* VZV). Přičemž u dětí vystavených VZV infekci in utero nebo po proděláním neštovic v průběhu 1. roku života nebo po aktivní VZV imunizaci živými vakcínami v průběhu prvních 12 měsíců života se zvyšuje následně riziko vzniku HZ (relativní riziko 13,5; četnost výskytu 4,1 případů/1 000 osoboroků) z důvodu nevyzrálé adaptivní T-buněčné imunitní odpovědi (16, 19, 25). Varicella matky v průběhu gravidity bývá

nejčastěji zdrojem neonatální latentní VZV infekce (69%) oproti postnatální expozici VZV (31 %), kdy nejčastěji bývá zdrojem nákazy starší sourozenec. HZ u jinak zdravých dětí má mírný průběh, kožní projevy se hojí v průběhu 1–3 týdnů, s minimální rizikem vzniku PHN. Z celkových příznaků se mohou objevit horečky, bolesti hlavy a lokální lymfadenopatie. Nejčastěji se herpetický výsev objevuje sestupně v oblasti hrudních dermatomů (HZ thoracicus, 65–75%), hlavových nervů (HZ cranialis, n. trigeminus), bederní a sakrální oblasti.

Vzhledem k benignímu klinickému průběhu celková terapie u dětí nebývá indikována. Celková terapie bývá doporučována zejména v případě HZ ophthalmicus a v případě závažného klinického průběhu. V takovém případě se celkově může podávat aciklovir 20 mg/kg tělesné hmotnosti 4x denně (D) u dětí mladších 2 let, u starších dětí 40–60 mg/kg 4x D po dobu 5–8 dní. Famciclovir a valaciclovir jsou u dětí kontraindikovány. Lokální terapie je stejná jako u dospělých, ke zmírnění celkových příznaků můžeme podávat antihistaminika, analgetika, antipyretika (16, 17).

Kazuistika

Do ordinace přichází matka s 9měsíčním kojencem s unilaterálním herpetickým výsevem na levé straně hrudníku a na levé paži.

Obr. 1. Solitární ložisko erytematózních papul na levé straně hrudníku



Obr. 2. Herpetiformně uspořádané drobné vezikuly na erytematózní spodině v levé axile a na vnitřní straně paže a předloktí vlevo



Chlapec je narozen z druhé fyziologické gravidity, matka i dítě v průběhu gravidity i peripartálně byli bez komplikací. Má starší 4 letou sestru. Chlapec je zdravý, prospívá, není sledován ve specializovaných ambulancích. V prosinci roku 2021, 8. týden života, byl nemocný, měl rýmu a kašel, s následným výsevem ojedinělých drobných pustulek, které brzy odezněly. V předchorobí předcházela varicela u sestry, od které se chlapec nakazil. Následně byl chlapec bez komplikací, bez infektu. V červenci 2022 (9. měsíc) se na vnitřní straně levé paže objevil výsev drobných papulovezikul na zarudlé spodině, postupně se během 3 dnů šířících na předloktí

a následně nad sternum a hrudník vlevo, kde byly pouze ojedinělé drobné papulovezikuly. Projevy byly lokalizovány unilaterálně vlevo, podél dermatomu odpovídajícímu inervaci Th1. V předchorobí byl bez prodromálních příznaků. Subjektivně bez obtíží, neškrábe se, není algický, afebrilní. Indikovaná byla pouze lokální terapie vysušujícími externy. Celková terapie nebyla vzhledem k nekomplikovanému průběhu a lokalizaci HZ nutná. Zhojeno v průběhu 3 týdnů ad integrum.

Závěr

Herpes zoster je v dětském věku raritní diagnózou, ale možnost vzniku HZ by

neměla být opomíjena v diferenciální diagnostice herpetických exantémů u dětí. Poddiagnostikování HZ u dětí bývá dáno minimálním klinickým obrazem a mírným průběhem. Anamnesticky by mělo být cíleně pátráno po pre- nebo post-natální expozici VZV. Incidence HZ u dětské populace s érou VZV vakcinace klesá. Zavedením aktivní imunizace proti varicelle došlo ke snížení incidence HZ u dětí o 78 %, s přechodně zvýšenou incidencí HZ mezi 1.–2. rokem u dětí, které byly očkovány před 1. rokem života. Vhodnost aktivní VZV imunizace dětí do 12 měsíců života zůstává z výše uvedených důvodů sporná (25).

LITERATURA

1. Pospíšilová A. Herpes zoster. Med. praxi. 2009;6(1):38–41.
2. Fašanecká L, Mihalčin M, Pýchová M, et al. Herpetické infekce centrálního nervového systému. Interní Med. 2017;19(4): 204–208.
3. Rosamilia LL. Herpes Zoster Presentation, Management, and Prevention: A Modern Case-Based Review. American Journal of Clinical Dermatology. 2020;21:97–107.
4. Sedláček D, Dort J, Štruncová V, et al. Onemocnění vyvolaná lidskými herpetickými viry. Pediatr. Praxis. 2005;6:329–332.
5. Bartošová D. Infekce vyvolané virem Varicella-zoster a jejich terapie. Interní med. 2008;10(1):31–33.
6. Schimmerová P. Herpes zoster – klinický obraz, možnosti terapie a prevence. Dermatol. praxi. 2017;11(3):115–119.
7. ISIN. Available from: https://szu.cz/wp-content/uploads/2023/03/nemocnost_2013-2022.pdf.
8. Roháčová H. Plané neštovice a jejich možné komplikace. Med. praxi. 2016;13(2):58–60.
9. Růžicková J, Jarešová L. Varicella, herpes zoster, komplikace a postherpetické neuralgie, prevence. Neurol. praxi. 2015;16(5):290–292.
10. SÚKL. Available from: <https://prehledy.sukl.cz/prehledy/v1/dokumenty/14510>.
11. SÚKL. Available from: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/proquad-epar-product-information_cs.pdf.
12. SÚKL. Available from: <https://prehledy.sukl.cz/prehledy/v1/dokumenty/14645>.
13. Varicella and Herpes zoster vaccines: WHO position paper. 2014;25(89):265–288.
14. Blumental S, Lepage P. Management of varicella in neonates and infants. BMJ Paediatr Open. 2019;3(1):e000433. Available from: www.ncbi.nlm.gov/pmc/articles/PMC6570487.
15. Boštíková V, Prášil P, Salavec M, et al. Vybrané virové a bakteriální perinatálně přenosné infekce – 2. část: Herpetické viry. Pediatr.praxi 2015;16(4):227–230.
16. Rodríguez-Fanjul X, Noguera A, Vicente A, et al. Herpes Zoster in Healthy Infants and Toddlers After Perinatal Exposure to Varicella-zoster Virus. The Pediatric Infectious Disease Journal. 2010;29(6):574–576.
17. Kurlan JG, Connelly B, Lucky AW. Herpes Zoster in the First Year of Life Following Postnatal Exposure to Varicella-zoster Virus. Arch Dermatol. 2004;140:1268–1272.
18. Albrecht MA, Levin MJ. Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of herpes zoster. Available from: www.uptodate.com.
19. Peterson N, Goodman S, Peterson M, et al. Herpes Zoster in Children. Pediatric Dermatology. 2016;98:93–95.
20. Zimová J, Zimová P. Herpes zoster – pásový opar aktuálně a přehledně. Dermatol. praxi. 2012;6(2):94–99.
21. Štrofová H, Svozílková P. Herpes zoster virus a oční postižení. Interní med. 2014;16(4):159–162.
22. Bednářová V, Hartinger JM. Ambulantní antibiotická léčba u pacientů s chronickým onemocněním ledvin. Postgraduální nefrologie. 2019;17(2):3–7.
23. SÚKL. Available from: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/zostavax-epar-product-information_cs.pdf.
24. SÚKL. Available from: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/zostavax-epar-product-information_cs.pdf.
25. Weinmann S, Naleway AL, Koppol P, et al. Incidence of Herpes Zoster Among Children: 2003–2014. Pediatrics 2019;144(1):e20182917. Available from: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7748320.