

# Η ζωστήριακή λοίμωξη στην προσωπική και στοματογναθική περιοχή. Ποιος ο ρόλος του οδοντιάτρου;

Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

A. ΚΑΤΑΚΙΔΗΣ<sup>1</sup>, A. ΜΑΤΙΑΚΗΣ<sup>2</sup>

## Herpes Zoster in oral and maxillofacial region. What is the dentist's contribution to the management of disease

A. KATAKIDIS<sup>1</sup>, A. MATIAKIS<sup>2</sup>

1. Οδοντίατρος  
2. Επίκουρος καθηγητής,  
Εργαστήριο Στοματολογίας,  
Τμήμα Οδοντιατρικής,  
Σχολή Επιστημών Υγείας, Α.Π.Θ..

1. DDS: Doctor  
2. Assistant Professor  
Department of Oral Medicine /  
Pathology,  
School of Dentistry,  
Faculty of Health  
Sciences, Aristotle University  
of Thessaloniki, Greece.

### Περίληψη

**Σκοπός:** Η παρούσα εργασία έχει ως στόχο την παρουσίαση της νόσου του Έρπητα ζωστήρα και την ανάδειξη του ρόλου του οδοντιάτρου στην έγκαιρη αναγνώρισή της, όταν αυτή εμφανίζεται στην προσωπική και στοματογναθική περιοχή. Ο ιός της Ανεμευλογιάς – Ζωστήρα (VZV), που ανήκει στην οικογένεια των ερπητοϊών, είναι υπεύθυνος για τα ομώνυμα νοσήματα. Συγκεκριμένα, στην παιδική ηλικία προκαλεί την εκδήλωση ανεμευλογιάς, μετά την αποδρομή της οποίας, ο ιός παραμένει σε αδρανή κατάσταση στα αισθητικά γάγγλια.

**Μέθοδος:** Για την άντληση και μελέτη των βιβλιογραφικών πηγών πραγματοποιήθηκε εκτενής αναζήτηση της αγγλόφωνης βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων “Google Scholar”, “Pubmed” και “Scopus”.

**Αποτελέσματα:** Η εκδήλωση του έρπητα ζωστήρα μπορεί να διακριθεί σε τρία στάδια: (i) Πρόδρομο στάδιο, (ii) Ενεργό στάδιο ή Οξύ στάδιο, και (iii) Χρόνια φάση. Η θεραπεία αποσκοπεί στη μείωση του ιικού φορτίου, των οξέων συμπτωμάτων, στον περιορισμό της εξάπλωσης και της διάρκειας των βλαβών και στην αποτροπή ανάπτυξης επιπλοκών.

**Συμπεράσματα:** Ενώ η νόσος του έρπητα – Ζωστήρα χαρακτηρίζεται ήπια σε υγιείς νέους ενήλικες, σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας παρουσιάζεται αυξημένος κίνδυνος για επιπλοκές όπως: μεθερπητική νευραλγία, οφθαλμικές επιπλοκές, κινητική νευροπάθεια, ακόμα και προσβολή του κεντρικού νευρικού συστήματος.

### Λέξεις κλειδιά

**ιός Ανεμευλογιάς – Ζωστήρα  
ερπητοϊός  
μεθερπητική νευραλγία  
μηνιγγοεγκεφαλίτιδα**

## Summary

**Aim:** This review study presents the characteristics of Verizella Zoster Virus (VZV) disease concerning epidemiology, clinical manifestations, complications and therapeutics in oral maxillofacial region.

**Materials/Methods:** A thorough search of the English literature was conducted in the following electronic databases: "Google Scholar", "Pubmed" και "Scopus" with the use of appropriate key words.

**Results:** Herpes zoster results from the reactivation of the chickenpox virus which first appears in childhood. Its manifestation is divided in three stages: 1) Prodromal, 2) Active, 3) Postherpetic neuralgia. It is usually recorded in immunocompromised patients either due to senility or underlying health problems. The symptoms accompanying the disease can be misleading and make the differentiation process difficult. Thus, the role of dentist to recognize, differentiate and treat the disease as soon as possible is of outmost importance.

**Conclusions:** The verizella zoster disease is usually mild in younger patients, while in the elder ones can be life threatening and accompanied by many complications. The key point when dealing with it, is prevention via vaccination and early detection of symptoms in order to minimize the severity and duration of the disease.

## Keywords

**Verizella – Zoster Virus (VZV)  
risk factors facial nerve complications  
trigeminal nerve therapeutics  
vaccination**

## Εισαγωγή

Ο ιός της Ανεμευλογιάς – Ζωστήρα (VZV), που ανήκει στην οικογένεια των ερπητοϊών, είναι υπεύθυνος για τα ομώνυμα νοσήματα της Ανεμευλογιάς και του Έρπητα Ζωστήρα. Συγκεκριμένα, στην παιδική ηλικία προκαλεί την εκδήλωση Ανεμευλογιάς, μετά την αποδρομή της οποίας, ο ιός παραμένει σε αδρανή κατάσταση στα αισθητικά γάγγλια. Η εκ νέου ενεργοποίηση του ιού οδηγεί στην εμφάνιση του Έρπητα Ζωστήρα<sup>1,2</sup>. Ο έρπητας ζωστήρας είναι συνήθως μια νόσος που προσβάλλει άτομα μέσης ηλικίας και υπερήλικα. Ανάμεσα στην έκτη και όγδοη δεκαετία της ζωής, ο επιπολασμός της νόσου υπολογίζεται περί τα 5 με 10 περιστατικά ανά 1.000 άτομα<sup>3</sup>. Προδιαθεσικοί – επιβαρυντικοί παράγοντες για την εκδήλωσή του αποτελούν: η ανοσοκαταστολή, η HIV λοίμωξη, οι νεοπλασματικές νόσοι, η συστηματική μακροχρόνια χορήγηση κορτικοστεροειδών, η χημειοθεραπεία, η ακτινοθεραπεία και ο σακχαρώδης διαβήτης. Η πυροδότησή του είναι πιθανή κατόπιν τοπικού τραυματισμού ή στρεσογόνου συνθήκης. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ειδικά σε υπόστρωμα HIV λοίμωξης, ο έρπητας ζωστήρας εμφανίζει συννοσηρότητα με λοίμωξη από τους ιούς: Epstein – Barr και κυτταρομεγαλοϊό<sup>4-6</sup>. Επιπλοκές σχετιζόμενες

με τον έρπητα ζωστήρα, ειδικά στην περιοχή της κεφαλής αποτελούν η μεθερπητική νευραλγία, η αγγειοπάθεια, η μηνιγγίτιδα / μηνιγγοεγκεφαλίτιδα, η εγκεφαλίτιδα. Ακόμη, συχνά αναφέρονται, οφθαλμολογικές επιπλοκές, όπως επιπεφυκίτιδα, οπτική νευρίτιδα και έλκη<sup>7-9</sup>.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι παρουσίαση της νοσολογικής αυτής οντότητας και η εξοικείωση με τα σημαντικότερα στοιχεία που τη χαρακτηρίζουν. Μιας οντότητας, η οποία συχνά επηρεάζει το πεδίο ενδιαφέροντος του οδοντίατρου, είτε άμεσα (ενδοστοματικά) είτε έμμεσα σε παρακείμενη περιοχή (περιστοματικά) και την οποία καλείται να αναγνωρίσει αρχικά, να εκτιμήσει και να αντιμετωπίσει και εν συνεχεία να συνεργαστεί με ιατρούς άλλων ειδικοτήτων, όποτε απαιτείται, προς όφελος του ασθενή.

## Υλικά και μέθοδος

Για την άντληση και μελέτη των βιβλιογραφικών πηγών πραγματοποιήθηκε εκτενής αναζήτηση της αγγλόφωνης βιβλιογραφίας με λέξεις κλειδιά: Verizella – Zoster Virus (VZV), risk factors, facial nerve, trigeminal nerve, complications, therapeutics, vaccination, στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων "Google Scholar", "Pubmed" και "Scopus".

Αναζητήθηκε η αιτιοπαθογένεια, κατανομή και βαρύτητα τόσο του ζωστηριακού ενδοστοματικού ενανθήματος, όσο και του περιστοματικού εξανθήματος, σε σχέση με το ιατρικό ιστορικό, την ηλικία και το φύλο των ασθενών. Επίσης, διερευνήθηκαν τα συνήθη πρόδρομα ευρήματα, οι επιπλοκές της νόσου, οι θεραπευτικές επιλογές και το πρωτόκολλο εμβολιασμού έναντι του ιού VZ.

## Αποτελέσματα

### Αιτιοπαθογένεια – Επιδημιολογία

Ο έρπητας ζωστήρας οφείλεται στον νευροτρόπο ιό της ανεμευλογιάς - ζωστήρα. Έπειτα από την ανοσολογική απόκριση και την υποχώρηση της πρωτογενούς λοίμωξης, ο ιός δύναται να παραμείνει αδρανής. Η εκ νέου ενεργοποίηση του ιού VZ αποτελεί όχι συχνό φαινόμενο και οφείλεται στην πτώση της άμυνας του οργανισμού φορέα. Είναι πιθανό η επανενεργοποίηση του ιού να γίνει σε μικρό ποσοστό νευρώνων που φέρουν τον αδρανοποιημένο ιό, με αποτέλεσμα οι υποτροπιάζουσες βλάβες να είναι τοπικές<sup>10</sup>. Ο ιός της ανεμευλογιάς – έρπητα ζωστήρα προκαλεί την εκδήλωση ανεμευλογιάς κυρίως σε παιδιά, ενώ η επανενεργοποίηση του ιού, που εδράζεται στα νεύρα σε ανενεργή μορφή, προκαλεί την εκδήλωση έρπητα ζωστήρα, κύρια σε ηλικιωμένα άτομα<sup>11,12</sup>. Το 95% των ενηλίκων άνω των 50 ετών έχουν περάσει ανεμευλογιά. Συνεπώς, έχουν τον ιό που προκαλεί τον έρπητα ζωστήρα μέσα στον οργανισμό τους και μπορεί να αναπτύξουν τη νόσο<sup>12</sup>. Ο κίνδυνος εμφάνισης έρπητα ζωστήρα υπερδιπλασιάζεται μετά την ηλικία των 50 ετών, λόγω της φυσικής εξασθένησης του ανοσοποιητικού συστήματος με την αύξηση της ηλικίας<sup>13,14</sup>. Υποστηρίζεται πως το ποσοστό νόσησης από έρπητα ζωστήρα κάποια στιγμή στη ζωή του ανθρώπου είναι κατά προσέγγιση 25 - 30%<sup>15,16</sup>.

Ειδικότερα για άτομα με χρόνια υποκείμενα νοσήματα όπως: σακχαρώδης διαβήτης, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, άσθμα, χρόνια νεφρική νόσο, κατάθλιψη, ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου, αυτοάνοσα νοσήματα· ο κίνδυνος εμφάνισης έρπητα ζωστήρα αυξάνεται σημαντικά<sup>17,18</sup>. Η διαβίου επίπτωση του έρπητα ζωστήρα υπολογίζεται από 10–30% και αυξάνεται σημαντικά με την ηλικία του ατόμου, προσβάλλοντας έως και το 50% των ανθρώπων μέχρι την ηλικία των 85 ετών<sup>15,19–21</sup>. Επιπλέον, πρόσφορο έδαφος για την εκδήλωση του έρπητα ζωστήρα, δημιουργεί η ανοσοκατασταλτική φαρμακευτική αγωγή, κακοήθεις νόσοι, ο υποσιτισμός, η εξάρτηση από αλκοόλ ή άλλες τοξικές ουσίες και το γήρας. Στους ανωτέρω ασθενείς, αναφέρεται σπανίως, ότι είναι δυνατόν, οδοντιατρικοί χειρισμοί, όπως η χορήγηση τοπικής αναισθησίας να οδηγήσει σε αναζωπύρωση του ιού<sup>22</sup>.

Πληθώρα μελετών επιβεβαιώνουν πως ασθενείς με

μειωμένη κυτταρική ανοσιακή απάντηση, όπως ασθενείς που έχουν υποστεί μεταμόσχευση μυελού των οστών ή οργάνων, ασθενείς με λέμφωμα, λευχαιμία ή HIV λοίμωξη έχουν αυξημένο κίνδυνο προσβολής<sup>23–26</sup>. Σε 3 μελέτες που συγκρίνουν την επίπτωση έρπητα ζωστήρα σε HIV-θετικούς and HIV – αρνητικούς ασθενείς, οι οροθετικοί ασθενείς εμφανίζουν 12–17 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο εκδήλωσης έρπητα ζωστήρα<sup>25,27</sup>. Μάλιστα σε κοινότητες με μεγάλο επιπολασμό HIV λοίμωξης, η εκδήλωση ζωστήρα φαίνεται να έχει από 85 – 95% θετική προγνωστική αξία για μετάπτωση του φορέα οροθετικού ασθενούς σε πάσχοντα από AIDS<sup>28,29</sup>. Η εκδήλωση έρπητα ζωστήρα στο στοματικό βλεννογόνο και το δέρμα του προσώπου αποτελεί δείκτη επιδείνωσης της λοίμωξης HIV σε νοσούντες ασθενείς<sup>30</sup>. Οι βλάβες σε αυτές τις περιπτώσεις είναι επίσης κατά μήκος των δερμοτομιών, αλλά συνήθως εμφανίζουν μεγαλύτερη διάρκεια παραμονής και δύναται να περιλαμβάνουν περισσότερα του ενός δερμοτόμια σε προχωρημένη HIV λοίμωξη<sup>31</sup>.

### Κλινική εικόνα

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία η εκδήλωση του έρπητα ζωστήρα μπορεί να διακριθεί σε τρία στάδια:

(i) Πρόδρομο στάδιο, (ii) Ενεργό στάδιο ή Οξύ στάδιο, και (iii) Χρόνια φάση<sup>32,33</sup>. Παρόλα αυτά, μερικοί ασθενείς είναι δυνατό να μην εκδηλώσουν τα τρία στάδια της νόσου<sup>34</sup>.

Το πρόδρομο στάδιο της νόσου χαρακτηρίζεται από πυρετική κίνηση, αίσθηση καύσου, νυγμού, κνησμού, μούδιασματος, και ευαισθησίας στο δέρμα ή / και στον προσβεβλημένο βλεννογόνο<sup>32</sup>. Τα συμπτώματα αυτά προηγούνται της εμφάνισης του εξανθήματος – ενανθήματος της οξείας φάσης από ώρες έως και αρκετές μέρες<sup>9,32</sup>. Ακόμη, ο ασθενής είναι πιθανό να προσέλθει με συμπτώματα οδονταλγίας, η οποία δύναται να αποτελεί και το μοναδικό πρόδρομο σύμπτωμα. Στην πρόδρομη φάση της λοίμωξης, ο οξύς νευρολογικός πόνος του προσβληθέντος τριδύμου νεύρου, μιμείται την οδονταλγία, επομένως μπορεί να αποτελέσει διαφοροδιαγνωστικό κλινικό πρόβλημα έναντι πόνου πολφικής αιτιολογίας, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να αναζητούν οδοντιατρική περίθαλψη<sup>34,35</sup>.

Το ενεργό στάδιο της νόσου περιλαμβάνει την εμφάνιση του εξανθήματος το οποίο μπορεί να συνοδεύεται από γενικευμένη αδιαθεσία, πονοκέφαλο, χαμηλή πυρετική κίνηση και ενίοτε ναυτία. Το εξάνθημα χαρακτηρίζεται από ετερόπλευρη κατανομή και προοδευτικά μετατρέπεται από ερυθματώδη βλατίδα σε φυσαλίδα (Εικόνα 1). Οι φυσαλιδώδεις βλάβες είναι συχνά πολλαπλές, συρρέουσες και μεταβαίνουν σταδιακά από τη ρήξη, στην εξέλιξη, εφελκιδοποίηση και αποδρομή – ίαση σε διάστημα



**Εικόνα 1.** Περίπτωση προσβολής προσωπικού νεύρου από έρπητα ζωστήρα. Παρατηρείται η ετερόπλευρη κατανομή του εξανθήματος στο δέρμα του προσώπου με προσβολή του βλεφάρου και του οφθαλμού.

14 – 21 ημερών, καταλείποντας ερυθρηματώδη ή ωχρά σημάδια και τελικώς υπερχρωματικές ή υποχρωματικές ουλές<sup>32,33,36,37</sup>. Οι περιοχικοί λεμφαδένες παρουσιάζουν διόγκωση και ευαισθησία στην ψηλάφηση. Η δευτερογενής λοίμωξη των βλαβών, εξαιτίας βακτηριακής επιμόλυνσης μπορεί να οδηγήσει στη δημιουργία ουλώδους ιστού στο δέρμα<sup>26,38</sup>. Οι ενδοστοματικές βλάβες συνήθως έπονται του δερματικού εξανθήματος και χαρακτηρίζονται από διαβρώσεις καλυπτόμενες από ψευδομεμβάνες, αφού οι φυσαλίδες ρήγνυνται σχετικά γρήγορα<sup>32</sup>. Ο πόνος κατά την οξεία φάση του έρπητα ζωστήρα μπορεί να διαρκέσει κατά μέσο όρο 2-4 εβδομάδες<sup>39</sup>.

Το σύνδρομο χρόνιου πόνου (μεταζωσθηριακά άλγη) εκφράζεται με τον όρο: Μεθερπητική νευραλγία (Post Herpetic Neuralgia, PHN). Η PHN ορίζεται ως μακροχρόνιος νευροπαθητικός πόνος διάρκειας πέραν της περιόδου επούλωσης των βλαβών του δέρματος και του

βλεννογόνου. Έχει περιγραφεί ως πόνος διάρκειας 1 έως 3 μηνών με πιθανότητα διάρκειας, σπανίως, μέχρι και έτη<sup>32,33</sup>. Η PHN συνίσταται από 3 διακριτά στοιχεία: (i) συνεχής, συχνά βαθύς πόνος (ii) σύντομος υποτροπιάζων διαξιφιστικός πόνος και (iii) οξεία ακτινοβολούσα αίσθηση δυσαισθησίας που προκαλείται από ήπια επαφή της περιοχής που προϋπήρχε η βλάβη, ορισθείσα ως αλλοδυνία<sup>40</sup>. Οι περισσότεροι ασθενείς υποφέρουν από καυστικό, διαπεραστικό πόνο, που μπορεί να είναι σταθερός ή διαλείπων. Μερικές φορές, ακόμη και απαλά ερεθίσματα, όπως η επαφή με τα ρούχα ή με ένα ελαφρό ρεύμα αέρος κατά μήκος του δέρματος μπορεί να προκαλέσει πόνο<sup>41</sup>. Συχνά, η ένταση του πόνου είναι πιθανό να επηρεάσει τον ύπνο και δραστηριότητες της καθημερινότητας, με αποτέλεσμα να προκαλείται ανορεξία, απώλεια βάρους, κατάθλιψη και παραίτηση από κοινωνικές δραστηριότητες – εργασία (**Εικόνα 2**)<sup>41</sup>. Ανάλογα με την ηλικία, η μεθερπητική νευραλγία αναπτύσσεται σε ποσοστό από 10 έως 50% των ατόμων που νόσησαν<sup>13,26</sup>.

### Επιπλοκές

Έχουν καταγραφεί οδοντικές επιπλοκές όπως: μη αντιστρεπτή πολφίτιδα, ενασβεστιώδης εκφύλιση ή νέκρωση του πολφικού ιστού, εσωτερική απορρόφηση δοντιού, περιοδοντική νόσος ακόμα και οστεονέκρωση των γνάθων<sup>9,42</sup>. Από τις σοβαρότερες και περισσότερο σπάνιες επιπλοκές κατά την προσβολή του τριδύμου, αναφέρεται η οστεονέκρωση της γνάθου και κατ' επέκταση η απώλεια των σύστοικων δοντιών. Η πορεία της νόσου σε αυτές τις περιπτώσεις είναι τυπική, δηλαδή, περιλαμβάνει την παρουσία πόνου και φυσαλιδωδών βλαβών κατά μήκος του βλεννογόνου και του δέρματος που νευρώνονται από το τρίδυμο νεύρο. Ωστόσο, με την αποδρομή της ενεργού – οξείας φάσης, εκδηλώνεται η οστεονέκρωση αρχικά και η απόπτωση των δοντιών μετέπειτα στην περιοχή της πρότερης προσβολής του έρπητα ζωστήρα. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, η γνάθος και οι οδόντες του απέναντι ημιμορίου δεν παρουσιάζουν σημεία και συμπτώματα παθολογίας<sup>43</sup>.

Η εγκεφαλίτιδα αποτελεί μία εν δυνάμει θανατηφόρο επιπλοκή. Γι' αυτό, σε εντόνως ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς απαιτείται επιθετική θεραπεία και τακτικοί επανέλεγχοι<sup>25,26</sup>. Η μεθερπητική νευραλγία είναι η πιο κοινή επιπλοκή του έρπητα ζωστήρα. Έως το 20% των πασχόντων από έρπητα ζωστήρα άνω των 50 ετών, μπορεί να εκδηλώσει μεθερπητική νευραλγία<sup>44</sup>. Ο κίνδυνος και η σοβαρότητα αυξάνεται με την ηλικία. Η μεθερπητική νευραλγία είναι δύσκολο να θεραπευτεί και μπορεί να διαρκέσει για μήνες ή ακόμα και χρόνια<sup>40,45</sup>. Το 10-20% των περιστατικών έρπητα ζωστήρα επηρεάζει τον οφθαλ-



Εικόνα 2. Επιπτώσεις μεθερπητικής νευραλγίας<sup>41</sup>

μό, γεγονός το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε επιδείνωση της όρασης ή ακόμα και τύφλωση στον προσβεβλημένο οφθαλμό<sup>46</sup>. Μεταξύ των επιπλοκών επίσης αναφέρονται, η προσβολή της ακοής, οι λοιμώξεις του δέρματος, σπανιότερα η περιφερική κινητική νευροπάθεια, η παράλυση του προσωπικού νεύρου (η παράλυση του Bell), το σύνδρομο Ramsay Hunt (περιφερική παράλυση του προσωπικού νεύρου, που συνοδεύεται από ένα ερυθματώδες φυσαλιδώδες εξάνθημα στο πτερύγιο του ωτός,

με πιθανή ανάπτυξη σύστοιχου φυσαλιδιοδιαβρωτικού ενανθήματος στη γλώσσα ή/και στη σκληρή υπερύα και ενδεχομένως διαταραχή στη γεύση)<sup>26,38,47,48</sup>, (Πίνακας Ι).

**Θεραπευτική αντιμετώπιση**

Η θεραπεία αποσκοπεί στη μείωση του ιικού φορτίου VZV, των οξέων συμπτωμάτων, του πόνου και της κακοδιαθεσίας, στον περιορισμό της εξάπλωσης και της διάρκειας των δερματικών βλαβών και στην αποτροπή ανάπτυξης

Επιπλοκή	Εκδήλωση	Περιοχή αναζοπύρωσης ιού
Άσηπτη Μηνιγγίτιδα	Πονοκέφαλος, μηνιγγισμός	5 <sup>η</sup> εγκεφαλική συζυγία
Περιφερική πάρεση του προσωπικού νεύρου (παράλυση του Bell)	Ετερόπλευρη παράλυση προσωπικού νεύρου, άνευ εξανθήματος	7 <sup>η</sup> εγκεφαλική συζυγία
Οφθαλμική εμπλοκή	Κερατίτιδα, επισκληρίτιδα, ιριδίτιδα, οπτική νευρίτιδα, οξύ γλαύκωμα	2 <sup>η</sup> , 3 <sup>η</sup> , 5 <sup>η</sup> (οφθαλμικός κλάδος - 1 <sup>ος</sup> ) εγκεφαλική συζυγία
Μεθερπητική νευραλγία	Εμμένων πόνος ύστερα από την επούλωση του εξανθήματος	Οιοδήποτε αισθητικό γάγγλιο
Σύνδρομο Ramsey Hunt	Οταλγία & φυσαλιδώδεις βλάβες στον έξω ακουστικό πόρο, μούδιασμα στην πρόσθια μοίρα της γλώσσας, παράλυση προσώπου	7 <sup>η</sup> εγκεφαλική συζυγία – γονάτιο γάγγλιο, επέκταση 8 <sup>η</sup> εγκεφαλική συζυγία

Πίνακας Ι. Τροποποιημένος από: Cohen JI. Herpes Zoster. N Engl J Med. 2013;369(3):255–63

μεθερπητικής νευραλγίας και οφθαλμικών επιπλοκών<sup>49</sup>. Οι βλάβες του δέρματος είναι σημαντικό να παραμένουν καθαρές και στεγνές για να μειωθεί ο κίνδυνος βακτηριακής επιμόλυνσης<sup>50</sup>. Η αντιϊκή θεραπεία είναι χρήσιμη ως προς την επιτάχυνση της επουλωτικής διαδικασίας και φαίνεται ιδιαίτερα χρήσιμη σε περιπτώσεις που αναμένεται η εκδήλωση επιπλοκών<sup>49</sup>. Ταχεία, συστηματική χορήγηση αντιϊκών φαρμάκων είναι απαραίτητη σε άτομα άνω των 50 ετών, σε ανοσοκατεσταλμένα άτομα, στις περιπτώσεις όπου εμπλέκεται εγκεφαλική συζυγία (οφθαλμικός κλάδος τριδύμου, ή ακουστικό νεύρο) και σε περιπτώσεις εκτεταμένων δερματικών αλλοιώσεων. Η χορήγηση πρέπει να αρχίζει το συντομότερο δυνατό, ιδανικά μέσα στις πρώτες 48 ώρες με μέγιστο τις 72 ώρες από την έναρξη των δερματικών βλαβών. Η μεθυστηρή χορήγηση της αγωγής μπορεί να είναι επίσης αποτελεσματική σε ειδικές περιπτώσεις όπως: διάχυτη επέκταση της νόσου, ανοσοκαταστολή, εμπλοκή εσωτερικών οργάνων και εμμένουσα προσβολή οφθαλμού ή ωτός<sup>49,51</sup>.

Η λεπτομερής αναφορά σε αντικαταστάσιμα και δοσολογικά θεραπευτικά σχήματα εκφεύγει του σκοπού της παρούσας εργασίας.

### Πρόληψη – Εμβολιασμός

Το εμβόλιο για την πρόληψη του έρπητα ζωστήρα και των επακόλουθων επιπλοκών της νόσου είναι διαθέσιμο δωρεάν στην Ελλάδα. Το εμβόλιο δρα ενισχύοντας το ανοσοποιητικό σύστημα για να κρατήσει τον ιό αδρανή. Η χορήγησή του έχει προληπτικό χαρακτήρα και όχι θεραπευτικό<sup>44,52</sup>.

Σύμφωνα με το Εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών ενηλίκων 2020 – 2021<sup>53</sup> ισχύουν τα παρακάτω:

#### Εμβόλιο έρπητα ζωστήρα (ζων εξασθενημένος ιός - ZVL)

- Μία δόση εμβολίου έναντι του ιού ανεμευλογιάς - έρπητα ζωστήρα συστήνεται για ενήλικες ηλικίας ≥ 60

ετών, ανεξάρτητα από το αν αναφέρεται προηγούμενο επεισόδιο προσβολής από έρπητα ζωστήρα.

- Άτομα ηλικίας ≥60 ετών με ανοσοκαταστολή μπορούν να εμβολιαστούν αν η κατάστασή τους δεν αποτελεί αντένδειξη.
- Ειδικότερα ασθενείς οι οποίοι πρόκειται να λάβουν ανοσοκατασταλτική θεραπεία, πρέπει να εμβολιαστούν τουλάχιστον ένα μήνα πριν την έναρξη της αγωγής.

Ο εμβολιασμός αντενδίδνυται στην κύηση όπως και στη λοχεία καθώς και σε ειδικές περιπτώσεις ανοσοκατεσταλμένων ασθενών. Επίσης, επί HIV λοίμωξης (όταν CD4+ κύτταρα <200), επί ιστορικού αλλεργικής αντίδρασης (υπερευαισθησίας) σε κάποιο από τα συστατικά του εμβολίου (συμπεριλαμβανομένης της νεομυκίνης ή της ζελατίνης), όπως επίσης επί ενεργού λοιμώξεως από το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης<sup>53,54</sup>.

### Συζήτηση – Συμπεράσματα

Παρά το γεγονός ότι η νόσος από έρπητα – Ζωστήρα είναι ήπια σε υγιείς νέους ενήλικες, τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο για πόνο και επιπλοκές όπως: μεθερπητική νευραλγία, οφθαλμικές επιπλοκές, κινητική νευροπάθεια, ακόμα και προσβολή του κεντρικού νευρικού συστήματος. Η αντιϊκή θεραπεία είναι περισσότερο ωφέλιμη στις περιπτώσεις εκείνες που συνοδεύονται από επιπλοκές ή σε εκείνες με αυξημένη προδιάθεση για επιπλοκές.

Στην πλειονότητα των περιπτώσεων η διάγνωση δύνανται να πραγματοποιηθεί μέσω της κλινικής εικόνας, στοιχείο που αναδεικνύει το ρόλο του οδοντίατρου στην αναγνώριση περιπτώσεων προσβολής του τριδύμου και προσωπικού νεύρου που χαρακτηρίζονται από εμφάνιση σημείων και συμπτωμάτων στο αμιγώς θεραπευτικό του πεδίο (ενδοστοματικά) ή πλησίον αυτού (περιστοματικά, πρόσωπο) (Πίνακας II).

Έρπητας Ζωστήρας	Αναζωπύρωση λανθάνουσας ερπητικής λοίμωξης
	Συνηθέστερα σε υπερήλικα άτομα
	Πρώιμη συμπτωματολογία: πόνος, κνησμός, ερυθρότητα
	Φυσαλιδώδη εξανθήματα (δέρμα) – Φυσαλιδώδη ενανθήματα (βλεννογόνο)
	Ετερόπλευρη εντόπιση βλαβών – κατά μήκος της κατανομής του νευρικού κλάδου
	Έντονη αδιαθεσία – δυσφορία
	Μεγάλη επικινδυνότητα επί ανοσοκαταστολής
	Πιθανή η μεθερπητική νευραλγία σε υπερήλικα άτομα
	Συστηματική χορήγηση Ακυκλοβίρης ή/και Φαμκυκλοβίρης (per os)
	Χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής επί δευτερογενούς λοιμώξεως των βλαβών
	Πρόληψη - εμβόλιο κατά του ιού

Πίνακας II. Σημεία αναφοράς της νόσου

## Βιβλιογραφία

1. Owotade FJ, Ugboke VI, Kolude B. Herpes zoster infection of the maxilla: Case report. *J Oral Maxillofac Surg.* 1999;57(10):1249–51.
2. Meer S, Coleman H, Altini M, Alexander T. Mandibular osteomyelitis and tooth exfoliation following zoster-CMV co-infection. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2006; 101(1):70–5.
3. Thomas SL, Hall AJ. What does epidemiology tell us about risk factors for herpes zoster? *Lancet Infect Dis.* 2004; 4(1):26–33.
4. Mendieta C, Miranda J, Brunet L I., Gargallo J, Berini L. Alveolar Bone Necrosis and Tooth Exfoliation Following Herpes Zoster Infection: A Review of the Literature and Case Report. *J Periodontol.* 2005; 76(1):148–53.
5. Jain MK, Manjunath KS, Jagadish SN. Unusual oral complications of herpes zoster infection: Report of a case and review of literature. *Oral Surgery, Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontology [Internet].* 2010; 110(5):e37–41.
6. Carbone V, Leonardi A, Pavese M, Raviola E, Giordano M. Herpes zoster of the trigeminal nerve: A case report and review of the literature. *Minerva Stomatol.* 2004; 53:49–59.
7. Gildea D, Cohrs RJ, Mahalingam R, Nagel MA. Varicella Zoster Virus Vasculopathies: Diverse Clinical Manifestations, laboratory features, pathogenesis, and treatment. *Lancet Neurol.* 2009;8(8):1–19.
8. Wood MJ, Johnson RW, McKendrick MW, Taylor J, Mandal BK, Crooks J. A Randomized trial of acyclovir for 7 days or 21 days with and without prednisolone for treatment of acute herpes zoster. *N Engl J Med.* 1994; 330:896–900.
9. Millar E, Troulis M. Herpes zoster of the trigeminal nerve: the dentist's role in diagnosis and management. *J Can Dent Assoc.* 1994; 60(5):450–3.
10. Miller CS, Danaher RJ. Asymptomatic shedding of herpes simplex virus (HSV) in the oral cavity. *Oral Surgery, Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontology.* 2008; 105(1):43–50.
11. Arvin A. Aging, Immunity, and the Varicella–Zoster Virus. *N Engl J Med.* 2005 Jun 2; 352(22):2266–7.
12. Johnson RW, Wasner G, Saddier P, Baron R. Postherpetic neuralgia: epidemiology, pathophysiology and management. *Expert Rev Neurother.* 2007 Nov 9; 7(11):1581–95.
13. Johnson RW. Herpes zoster and postherpetic neuralgia: A review of the effects of vaccination. *Aging Clin Exp Res.* 2009; 21(3):236–43.
14. Burke BL, Steele RW, Beard OW, Wood JS, Cain TD, Marmer DJ. Immune Responses to Varicella-Zoster in the Aged. *Arch Intern Med.* 1982; 142(2):291–3.
15. Brisson M, Edmunds WJ, Law B, Gay NJ, Walld R, Brownell M, et al. Epidemiology of varicella zoster virus infection in Canada and the United Kingdom. *Epidemiol Infect.* 2001; 127(2):305–14.
16. Gershon AA, Gershon MD, Breuer J, Levin MJ, Oaklander AL, Griffiths PD. Advances in the understanding of the pathogenesis and epidemiology of herpes zoster. *J Clin Virol.* 2010 May; 48(Suppl 1):S2–7.
17. Forbes HJ, Bhaskaran K, Thomas SL, Smeeth L, Clayton T, Langan SM. Quantification of risk factors for herpes zoster: Population based case-control study. *BMJ.* 2014; 348(May):1–12.
18. Guignard AP, Greenberg M, Lu C, Rosillon D, Vannappagari V. Risk of herpes zoster among diabetics: A matched cohort study in a US insurance claim database before introduction of vaccination, 1997-2006. *Infection.* 2014; 42(4):729–35.
19. Calianno C, O'shea S. Herpes zoster in older adults. *Nurse Pract.* 2013;38(8):10–4.
20. Hope-Simpson RE. The Nature of Herpes Zoster: A Long-Term Study and a New Hypothesis. *J R Soc Med.* 1965; 58(1):9–20.
21. Castle SC. Clinical Relevance of Age-Related Immune Dysfunction. *Clin Infect Dis.* 2000;31:578–85.
22. Willie VH. Oral manifestations of viral infections. *SA Fam Pr.* 2006; 48(8):20–4.
23. Alliegro MB, Dorrucchi M, Pezzotti P, Rezza G, Sinicco A, Barbanera M, et al. Herpes zoster and progression to AIDS in a cohort of individuals who seroconverted to human immunodeficiency virus. *Clin Infect Dis.* 1996; 23(5):990–5.
24. Nagasawa K, Yamauchi Y, Tada Y, Kusaba T, Niho Y, Yoshikawa H. High incidence of herpes zoster in patients with systematic lupus erythematosus: an immunological analysis. *Ann Rheum Dis.* 1990; 49:630–3.
25. Morgan D, Mahe C, Malamba S, Okongo M, Mayanja B, Whitworth J. Herpes zoster and HIV-1 infection in a rural Ugandan cohort. *Aids.* 2001; 15(2):223–9.
26. Cohen JL. Herpes Zoster. *N Engl J Med.* 2013; 369(3):255–63.
27. Veenstra J, Krol A, van Praag RM., Frissen P. J, Schellekens PTA, Lange JM., et al. Herpes zoster, immunological deterioration and disease progression in HIV-1 infection. *AIDS.* 1995; 9:1153–8.
28. Tyndall MW, Nasio J, Agoki E, Malisa W, Ronald AR, Ndinya-Achola JO, et al. Herpes zoster as the initial presentation of human immunodeficiency virus type 1 infection in Kenya. *Clin Infect Dis.* 1995; 21(4):1035–7.
29. Dehne KL, Huss R, Dhlakama DG, Richter C, Mawadza m., McClean D. Herpes Zoster as an Indicator of HIV Infection in Africa. *Trop Doct.* 1992; 22(2):68–70.
30. Scully C, McCarthy G. Management of oral health in persons with HIV infection. *Oral Surgery, Oral Med Oral Pathol.* 1992; 73(2):215–25.
31. Grossman MC, Grossman ME. Chronic hyperkeratotic herpes zoster and human immunodeficiency virus infection. *J Am Acad Dermatol.* 1993; 28(2):306–8.
32. Strommen GL, Pucino F, Tight RR, Beck CL. Human Infection with Herpes Zoster: Etiology, Pathophysiology, Diagnosis, Clinical Course, and Treatment. *Pharmacotherapy.* 1988; 8(1):52–68.
33. Carmichael J. Treatment of herpes zoster and postherpetic neuralgia. *Am Fam Physician.* 1991; 44(1):203–10.
34. Barrett AP, Katelaris CH, Morris JGL, Schifter M. Zoster sine herpette of the trigeminal nerve. *Oral Surgery, Oral Med Oral Pathol.* 1993; 75(2):173–5.
35. Law AS, Lilly JP. Trigeminal neuralgia mimicking odontogenic pain. A report of two cases. *Oral Surgery, Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 1995; 80(1):96–100.
36. Hope - Simpson RE. Postherpetic neuralgia. *J R Coll Gen Pract.* 1975; 25:571–5.
37. Harpaz R, Ortega-Sanchez I, Seward J. Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevention of herpes zoster: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep.* 2008; 6(57):(RR-5):1–30.
38. Odell EW. Cawson's Essentials of Oral Pathology and Oral Medicine. *Oral Pathology and Oral Medicine.* 2017; 239–41 p.
39. Helgason S, Petursson G, Gudmundsson S, Sigurdsson JA. Prevalence of postherpetic neuralgia after a first episode of herpes zoster: Prospective study with long term follow up. *Br Med J.* 2000; 321(7264):794–6.
40. Johnson RW. Consequences and management of pain in her-

pes zoster. *J Infect Dis.* 2002; 186(SUPPL. 1):83–90.

41. Johnson RW, Bouhassira D, Kassianos G, Leplège A, Schmad-  
er KE, Weinke T. The impact of herpes zoster and post-herpetic  
neuralgia on quality-of-life. *BMC Med.* 2010 Dec 21; 8(1):37.

42. Sigurdsson A, Jacoway JR. Herpes zoster infection present-  
ing as an acute pulpitis. *Oral Surgery, Oral Med Oral Pathol Oral  
Radiol.* 1995; 80(1):92–5.

43. Muto T, Tsuchiya H, Sato K, Kanazawa M. Tooth Exfoliation  
and Necrosis of the Mandible - A rare Complication Following Tri-  
geminal Herpes Zoster: Report of a Case. *J Oral Maxillofac Surg.*  
1990; 48:1000–3.

44. Johnson R, McElhane J, Pedalino B, Levin M. Prevention of  
herpes zoster and its painful and debilitating complications. *Int J  
Infect Dis.* 2007; 11(SUPPL. 2):S43–8.

45. Yawn BP, Saddier P, Wollan PC, St. Sauver JL, Kurland MJ, Sy  
LS. A population-based study of the incidence and complication  
rates of herpes zoster before zoster vaccine introduction. *Mayo  
Clin Proc.* 2007; 82(11):1341–9.

46. Cunningham AL, Breuer J, Dwyer DE, Gronow DW, Helme RD,  
Litt JC, et al. The prevention and management of herpes zoster.  
*Med J Aust.* 2008; 188(3):171–6.

47. Galil K, Choo PW, Donahue JG, Platt R. The Sequelae of Her-  
pes Zoster. *Arch Intern Med.* 1997; 157:1209–13.

48. Sweeney CJ, Gilden DH. Ramsay Hunt syndrome. *J Neurol  
Neurosurg Psychiatry.* 2001 Aug 1; 71(2):149–54.

49. Gross G, Schöfer H, Wassilew S, Friese K, Timm A, Guthoff R,  
et al. Herpes zoster guideline of the German Dermatology Society  
(DDG). *J Clin Virol.* 2003; 26(3):277–89.

50. Gnann JW, Whitley R. Clinical Practice: Herpes Zoster. *N Engl  
J Med.* 2002; 347(5):340–6.

51. Johnson. Herpes zoster in the immunocompetent pa-  
tient: management of post - herpetic neuralgia. *Herpes.* 2003;  
10(2):38–45.

52. Mick G. Vaccination: A new option to reduce the burden of  
herpes zoster. *Expert Rev Vaccines.* 2010; 9(SUPPL. 3):31–5.

53. Εγκύκλιος Υπουργείου Υγείας, Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολι-  
ασμών Ενηλίκων 2020-2021, Αριθ. Πρωτ. Δ1α/Γ.Π.οικ.74363,  
19/11/2020 [Internet]. Available from: [https://www.moh.gov.gr/  
articles/health/dieythynsh-dhmosias-ygjeinhs/emboliasmoi/eth-  
niko-programma-emboliasmwn-epe-enhlikwn/7968-ethniko-pro-  
gramma-emboliasmwn-enhlikwn-2020-2021](https://www.moh.gov.gr/articles/health/dieythynsh-dhmosias-ygjeinhs/emboliasmoi/ethniko-programma-emboliasmwn-epe-enhlikwn/7968-ethniko-programma-emboliasmwn-enhlikwn-2020-2021)

54. Φύλλο Οδηγιών Χρήσης Εμβολίου Έρπητα ζωστήρα (ZOS-  
TAVAX), Αύγουστος 2020 [Internet]. Available from: [https://  
www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/zos-  
tavax-epar-product-information\\_el.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/zos-tavax-epar-product-information_el.pdf)

Στοιχεία επικοινωνίας Α. Κατακίδης

Ηλεκτρονική διεύθυνση [anastasioskat@hotmail.gr](mailto:anastasioskat@hotmail.gr)

Corresponding author **A. Katakidis**

Email [anastasioskat@hotmail.gr](mailto:anastasioskat@hotmail.gr)