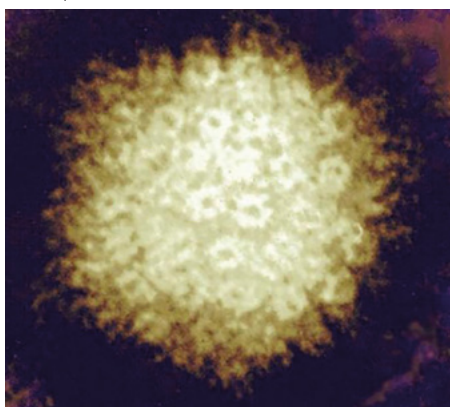


Obr. 1. *Herpes zoster – herpetiformní (plazovitě) šíření eflorescencí (archiv autora)*



Obr. 2. *Varicella zoster virus – elektronový mikroskop*



Obr. 3. *Prof. Thomas Huckle Weller – laureát Nobelovy ceny za fyziologii a medicínu, 1954*



cemí von Bókaye v roce 1888 (publikováno v roce 1909).

O něco později potvrdil Lipschütz, že histologický obraz kožních lézí herpes zoster a varicely je shodný. Kundratitz v roce 1925 objasnil infekčnost onemocnění, v roce 1906 americký patolog Tyzler pracující na Filipínách poprvé popsal identický histologic-

ký obraz kožních projevů herpes zoster a varicely. Sérologický vztah mezi herpes zoster a varicelou byl objasněn v roce 1934 Amiesem a virus byl poprvé vizualizován v roce 1943. Izolace VZV na buněčných kulturách se zdárla v roce 1958 Wellerovi (Nobelova cena) (Obr. 3), genom VZV byl objasněn Davisonem a Scottem v roce 1986. Neurologické změny v segmentu s kožním výsevem herpes zoster zjistil v roce 1831 Richard Bright, a téměř o 30 let později v roce 1862 Barensprung popsal zánětlivé změny v odpovídajících spinálních gangliích. Elektronmikroskopický a histologický průkaz VZV v sensorickém gangliu n. trigeminu jako první podal v roce 1972 Esirini a Tomlison (2).

Etiologie a patogenese

Herpes zoster je jedno z tzv. herpetických onemocnění, tedy onemocnění způsobené početnou skupinou herpetických virů. Herpetické viry jsou DNA viry. Jejich genom tvoří molekula DNA. Mají složitou strukturu a patří k největším známým virovým agens vůbec. Poté, co infikují hostitele, mají schopnost dlouhodobě přežívat v jeho buňkách a za určitých okolností, jako je mimo jiné aktuální stav imunity hostitele, ale i dalších faktorů, jsou schopny reaktivace. Primoinfekce může proběhnout i latentně (např. u HSV 1 až v 95 %, u VZV velmi vzácně) nebo jen s minimálními netypickými příznaky. Inkubační doba je 7–14 dní. Po primoinfekci zůstávají viry v organismu trvale přítomny. Lidské herpesviry jsou řazeny do 3 podskupin: *alphaherpesviridae*: herpes simplex virus typ 1 (HSV 1), herpes simplex virus typ 2 genitális (HSV 2), *varicella zoster virus* (VZV), *betaherpesviridae*: cytomegalovirus (CMV), lidský herpetický virus typ 6 (HHV-6), lidský herpetický virus typ 7 (HHV-7) a *gamaherpesviridae*: virus Epsteinova a Barrové (EBV) a lidský herpetický virus typ 8 (HHV-8). Z vybraných lidských virů: alfaherpesviry (HSV 1, HSV 2, virus varicely zosteru), a také CMV ze skupiny beta-herpesvirů jsou obecně vysoce nakažlivé. Přenášejí se buď přímým kontaktem nebo respirační cestou. Jedná se o vysoce infekční agens. Celosvětově patří mezi nejrozšířenější virová agens v lidské populaci. Člověk je jejich jediným rezervoárem (3).

Klinický obraz

Onemocnění předchází stadium prodromů, pro které je typická únava, subfebrilie, bolesti hlavy a svalů, zajímavostí jsou pacienti uváděné děsivé sny před výsevem.

Již před erupcí vezikul pociťuje nemocný nepříjemné změny citlivosti na kůži, sníženou nebo naopak zvýšenou citlivost na tlak, a to i dotekem pouhého oblečení. Bolest může být někdy natolik výrazná, že může imitovat například migrénu, kardiální bolesti, žlučnické či ledvinové koliky, vertebrogenní algický syndrom či odontogenní bolesti (4).

Typické kožní projevy začínají jako erytémové makuly, papuly či plaky, a na nich se v průběhu 12–24 hodin tvoří herpeticky uspořádané puchýřky (Obr. 4). Jsou uspořádány do různých velikých skupinek, i když některé se mohou vyskytovat také solitárně (Obr. 5). Jejich velikost je od několika mm, krytba je zprvu napjatá, později v centru vkleslá, obsah je zprvu čirý, pak se postupně kalí. Po prasknutí puchýřků a obnažení spodiny se tvoří rozsáhlé mokvavé léze mapovitého tvaru (Obr. 6). Po vysušení ložiska zasychají a mění se v krusty. Po odloučení krust ještě dlouhou dobu přetrvávají barevné změny, tzv. pozánětlivé pigmentace. Výsev je postupný, takže v zasažené oblasti jsou patrné morfy různého stadia vývoje. Průběh i klinický obraz se mohou od „typického“ poněkud lišit. Odlišnosti mohou být v rozsahu výskytu, v kožních lézích, v celkovém průběhu i v dalších projevech. Může se vyskytnout herpes zoster multiplex, kdy je postiženo více dermatomů, nebo vzácný herpes zoster bilaterális s oboustranným postižením. U jedinců těžce imunoprimovaných může nastat i varianta diseminovaného zosteru. Existuje i tzv. herpes zoster sine herpete, který se projevuje pouze pocitovými projevy a bolestmi různého charakteru v zasažené lokalitě, ale bez puchýřnatého výsevu. U herpes zoster haemorrhagicus jsou puchýře naplněné krví, může se vyvinout i herpes zoster gangraenosus, s gangrenózní spodinou puchýřů. V tomto případě onemocnění zanechává jizvy. Vyskytuje se spíše u osob s výraznější imunopresí (5, 6). U pacientů s HIV/AIDS mívá infekce těžký průběh, bývá postiženo několik dermatomů, vznikají rozsáhlé hemoragické léze až nekrózy, projevy se špatně hojí, rozvíjejí se orgánová postižení (encefalitida, keratitida,