

ANGELIKA WÓJCICKA-RUBIN, RÓŻA PETERSON-JĘCKOWSKA, ANNA J. KURNATOWSKA

## *Herpes zoster* II i III gałęzi nerwu trójdzielnego – opis przypadku

### Herpes Zoster of the Trigeminal Nerve Second and Third Branch – Case Report

Zakład Periodontologii i Chorób Błony Śluzowej Jamy Ustnej Katedry Stomatologii Zachowawczej, Endodoncji i Periodontologii UM w Łodzi, Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 6 w Łodzi

#### Streszczenie

Półpasiec (*herpes zoster*) jest jednostką chorobową wywoływaną przez wirus *Varicella-zoster*. Charakteryzuje się jednostronnymi zmianami skórnymi i błony śluzowej, którym towarzyszą silne dolegliwości bólowe w obszarze zaopatrywanym przez zakażony nerw. Zmiany w jamie ustnej występują najczęściej w przypadku zajęcia II i III gałęzi nerwu trójdzielnego. Pacjent przed pojawieniem się bardziej charakterystycznych wykwitów na skórze i błonie śluzowej jamy ustnej może odczuwać przez kilka dni ból podobny do bólu zębowego, włącznie z zaburzeniami smaku i czucia. W pracy przedstawiono przypadek 20-letniej pacjentki, u której stwierdzono bolesne, pęcherzykowe i nadżerkowe wykwity w jamie ustnej na tle półpaśca szczękowej i żuchwowej gałęzi nerwu trójdzielnego. Występowały one w obrębie błony śluzowej policzka, podniebienia twardego i języka. W wyniku zastosowanej farmakoterapii ogólnej i miejscowej uzyskano korzystne wyniki lecznicze. Autorzy szczegółowo opisują objawy kliniczne, przebieg oraz możliwości leczenia choroby (**Dent. Med. Probl. 2005, 42, 3, 515–518**).

**Słowa kluczowe:** półpasiec, nerw trójdzielny, jama ustna.

#### Abstract

Shingles (*herpes zoster*) is a disease evoked by *Varicella zoster virus*. It is characterized by unilateral skin and mucous lesions with concomitant pain over the infected nerve distribution. Intraoral lesions usually appear when the II or III branch of the trigeminal nerve has been affected. In this situation, several days prior to the appearance of the rash, patient may experience symptoms such as odontalgia, taste and sensation disorders. This paper reports the case of 20-year-old woman with painful vesicular and erosive oral lesions due to herpes zoster of the maxillary and mandibular trigeminal nerve branch. These lesions developed on the buccal mucosa, hard palate and tongue. After introduction of systemic and local therapy, beneficial therapeutic effects were achieved. The clinical symptoms, the course of the disease and methods of treatment are presented (**Dent. Med. Probl. 2005, 42, 3, 515–518**).

**Key words:** herpes zoster, trigeminal nerve, oral cavity.

Półpasiec (zoster; herpes zoster) jest chorobą zakaźną wywołaną przez neurotropowy wirus DNA *Varicella-zoster virus* (VZV lub HSV3 – *Herpes simplex virus* typ 3), który jest także przyczyną ospy wietrznej (*Varicella*). Po pierwotnym zakażeniu i przechorowaniu ospy wietrznej wirus pozostaje w formie latentnej w zwojach nerwowych międzykręgowych nerwów czaszkowych lub w nerwach obwodowych. Czynnikiem inicjującym reaktywację wirusa może być m.in.: promieniowanie UV, uraz psychiczny lub mechaniczny, niektóre

leki (m.in. immunosupresyjne), inne zakażenie, terapia rentgenowska, proces nowotworowy [1–3].

Schorzenie dotyczy około 20% osób dorosłych, przy czym częstość występowania półpaśca oraz nasilenie objawów wyraźnie zwiększa się wraz z wiekiem. Ponad 13% przypadków zachorowań dotyczy II lub III gałęzi nerwu trójdzielnego i wiąże się z występowaniem charakterystycznych objawów pochodzących z błony śluzowej jamy ustnej lub/i skóry twarzy [1, 2, 4]. W tych przypadkach pacjenci szukają pomocy przede wszyst-

kim u stomatologa, którego zadaniem jest właściwe i szybkie rozpoznanie choroby oraz zastosowanie odpowiedniej terapii ogólnej i miejscowej. W pracy, na podstawie opisu przypadku, przedstawiono charakterystyczny obraz choroby wraz z postępowaniem leczniczym.

## Opis przypadku

Pacjentka K.K., lat 20, została przyjęta do Zakładu Periodontologii i Chorób Błony Śluzowej Jamy Ustnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi z powodu utrzymującego się od kilku dni silnego bólu lewej połowy twarzy oraz bolesnych zmian na podniebieniu twardym. Pacjentka poinformowała, że tydzień wcześniej zgłosiła się do swojego stomatologa z powodu samoistnych dolegliwości bólowych w obrębie dolnych zębów przedtrzonowych po stronie lewej. Lekarz badaniem klinicznym i radiologicznym wykluczył przyczynę zębową, zalecił dalszą obserwację oraz płukanie jamy ustnej szalwią i Dentoseptem®. Dolegliwości bólowe nie ustąpiły, ból nasilał się i promieniował do ucha i gardła, obejmując całą lewą połowę twarzy włącznie z błoną śluzową jamy ustnej. Objawom miejscowym towarzyszyło ogólne złe samopoczucie, zaburzenia snu i gorączka do 38°C. Na dzień przed wizytą w Zakładzie chora zaobserwowała pojawienie się drobnych pęcherzyków na podniebieniu oraz na języku. W wywiadzie ogólnym pacjentka podała, że nie ma żadnych schorzeń ogólnoustrojowych, przy czym odczuwa znaczne osłabienie spowodowane intensywną nauką oraz tym że przez ostatnie 4 miesiące chorowała na nawracające zapalenie górnych dróg oddechowych. Ospę wietrzną chora przeżyła w wieku 15 lat.

W badaniu zewnątrzustnym stwierdzono silną lewostronną bolesność ujścia II i III gałęzi nerwu trójdzielnego oraz skóry policzka lewego. Węzły

chłonne podżuchwowe strony lewej były bolesne i powiększone. Brak było patologicznych wykwitów skórnych. Wewnątrzustnie stwierdzono obecność pojedynczych pęcherzyków i zlewnych nadżerek na rumieniowo zmienionej błonie śluzowej podniebienia twardego, bocznej powierzchni języka, policzka oraz okolicy dna jamy ustnej po stronie lewej (ryc. 1 i 2). Zasięg zmian nie przekraczał linii pośrodkowej. Grzbietowa powierzchnia języka była pokryta grubym, białoszarym nalotem (ryc. 3). Na podstawie wywiadu i badania przedmiotowego rozpoznano *Herpes zoster* II i III gałęzi nerwu trójdzielnego.

## Leczenie

U chorej wdrożono farmakoterapię ogólną i miejscową. Ogólnie podawano: acyklowir w dawce 800 mg 5 × dziennie przez 10 dni, witaminę B<sub>1</sub> 25 mg 3 × dziennie przez 14 dni, witaminę C 500 mg 2 × dziennie. Ze względu na szczególnie nasilone dolegliwości bólowe, utrudniające sen i wpływające bardzo negatywnie na kondycję psychiczną pacjentki, zalecono przyjmowanie parace-



**Ryc. 2.** Zmiany nadżerkowe na bocznej powierzchni języka

**Fig. 2.** Erosive lesions on the lateral side of the tongue



**Ryc. 1.** Jednostronne zmiany pęcherzykowe i nadżerkowe na podniebieniu twardym

**Fig. 1.** Unilateral vesicular and erosive lesions on the hard palate



**Ryc. 3.** „Język wirusowy” obłożony grubym, białoszarym nalotem

**Fig. 3.** Virally changed tongue with thick, white-grey fur

tamolu 0,5 g 3 × dziennie. Miejscowo zastosowano: płukanek osłaniającą (*Folium Altheae*, *Anthodii Chamomillae*, *Flos Malvae*, *Semen Linii*), płukanek przeciwzapalną (*Anthodii Chamomillae*, *Natrii Bicarbonici*), 0,02% wodny roztwór chlorheksydyny oraz do pędzlowania jamy ustnej 10% roztwór anestezyny z kwasem bornym i gliceryną. Zalecono przyjmowanie łagodnych, miękkich pokarmów. Pacjentkę poinformowano o zakaźnym charakterze choroby i zalecono pozostanie w domu.

Podczas wizyty kontrolnej w 7. dniu od rozpoczęcia leczenia zaobserwowano częściowe ustąpienie objawów ogólnych i miejscowych. W badaniu zewnętrznym zauważono zmniejszenie bolesności palpacyjnej węzłów chłonnych oraz skóry twarzy w zakresie unerwienia przez II i III gałąź nerwu trójdzielnego. W badaniu wewnętrznym zauważono wyraźną poprawę stanu miejscowego, zmniejszenie zaczerwienienia i obrzęku błony śluzowej w miejscu wykwitów, nadżerki wykazywały cechy gojenia, w większości były pokryte włókniem. Badanie kontrolne w 14. dniu leczenia ujawniło brak patologicznych zmian na błonie śluzowej jamy ustnej oraz całkowite ustąpienie dolegliwości bólowych. Pacjentkę skierowano do lekarza rodzinnego w celu wykonania badań pozwalających na wykluczenie choroby ogólnej jako przyczyny reaktywacji wirusa w tak młodym wieku.

## Omówienie

Półpasiec jest spotykany wśród osób starszych, przeważnie po 55. roku życia, kilkanaście, a nawet kilkadziesiąt lat po przebyciu ospy wietrznej. Bardzo rzadko zachorowanie występuje u młodych osób, poniżej 25. roku życia. W takich sytuacjach należy zawsze wziąć pod uwagę możliwość współistniejącej choroby ogólnoustrojowej (np. rozrosty limforetikularne, nowotwory, choroby autoimmunologiczne, zakażenie HIV) [2, 4]. W opisywanym przez autorów przypadku przyczyną reaktywacji

wirusa był najprawdopodobniej spadek odporności ustroju spowodowany przebytymi zakażeniami dróg oddechowych i silnym stresem.

Zmiany w jamie ustnej występują najczęściej wzdłuż II i III gałęzi nerwu trójdzielnego, rzadko w obrębie nerwu twarzowego i językowo-gardłowego. Przed pojawieniem się bardziej charakterystycznych zmian na skórze i błonie śluzowej jamy ustnej pacjent może odczuwać przez kilka dni ból podobny do bólu zębowego, włącznie z zaburzeniami smaku i czucia. Jeśli badanie kliniczne i radiologiczne wykluczy przyczynę pochodzenia zębowego, to nie należy podejmować decyzji o usunięciu zęba [1, 4, 5]. W fazie prodromalnej mogą wystąpić dodatkowe objawy, takie jak: złe samopoczucie, osłabienie, ból głowy, podwyższenie temperatury ciała, mdłości, utrata apetytu, powiększenie i bolesność węzłów chłonnych. Objawy prodromalne poprzedzają na 10–14 dni wystąpienie charakterystycznych wykwitów w postaci pęcherzyków. Wyśiew zmian, rozpoczynający się na błonie śluzowej lub na skórze, może ograniczyć się wyłącznie do błony śluzowej jamy ustnej. W przypadku objęcia II gałęzi nerwu trójdzielnego zmiany występują na podniebieniu i w przedsionku jamy ustnej [1, 2, 4–6]. Półpasiec III gałęzi nerwu trójdzielnego zdarza się rzadziej, a wykwity zwykle obejmują policzki, język, dno jamy ustnej oraz wargę dolną. Sąsiadujące pęcherzyki mogą się zlewać w większe pęcherze, następnie pękają, tworząc bolesne nadżerki. Wykwity śluzówkowe pojawiają się jednostronnie i nie przekraczają linii pośrodkowej ciała [4, 5].

Rozpoznanie ustala się na podstawie jednostronnych wykwitów pęcherzykowych lub pęcherzowych na rumieniowym podłożu na błonie śluzowej lub/i na skórze zmienionej zapalnie oraz towarzyszących nerwobólów [2, 3].

Postępowanie lecznicze w półpaścu obejmuje terapię ogólną i miejscową. Leczenie ogólne to przede wszystkim terapia przeciwwirusowa pod postacią preparatów acyklowiru, walacyklowiru i famcyklowiru (tab. 1). Ma ona na celu skrócenie

**Tabela 1.** Doustne leki przeciwwirusowe stosowane w leczeniu półpaśca

**Table 1.** Intraoral, anti-viral drugs applied in *Herpes zoster* therapy

Nazwa międzynarodowa (Drug)	Przykładowy preparat (Marketing name)	Postać leku i dawka (Formulation and dose)	Dawkowanie (Dosage)	Czas kuracji (Treatment time)
Acyklowir	Zovirax®	tabletki 0,2 g; 0,4 g; 0,8 g zawiesina 0,2 g/5 ml	0,8 g 5 × dz. 10 mg/kg 3 × dz.	7–10 dni 7–10 dni
Walacyklowir	Valtrex®	tabletki 0,5 g	1,0 g 3 × dz.	7 dni
Famcyklowir	Famvir®	tabletki 0,125 g; 0,25 g	0,5 g 3 × dz.	7 dni

czasu gojenia się wykwitów, zmniejsza ryzyko powikłań oraz zapobiega rozsiwianiu się zmian u osób ze zmniejszoną odpornością [2, 5]. Najlepiej poznanym lekiem jest acyklowir. Stwierdzono, że ze względu na podobieństwa w sposobie replikacji wirusa HSV1 i HSV3, acyklowir wywiera wpływ wirusostatyczny na *Varicella zoster* pod warunkiem, że jest stosowany w wyższej dawce. Wymagana lecznicza dawka acyklowiru dla dorosłych wynosi 800 mg 5 × dziennie doustnie. W przypadku osób ze zmniejszoną odpornością należy rozważyć dożylną podanie leku. W każdym przypadku rozpoznania półpaśca terapia przeciwwirusowa powinna być włączona jak najszybciej, najlepiej w ciągu 48–72 godzin od wystąpienia charakterystycznych dla półpaśca wykwitów [4, 5, 7]. Jest to możliwe tylko przy niezwłocznym zgłoszeniu się pacjenta do lekarza. Leczenie powinno trwać nie krócej niż 7–10 dni, aby zmniejszyć prawdopodobieństwo wystąpienia neuralgii popółpaścowej. Jest to istotne, gdyż objawy tej neuralgii mogą być ciężkie i niezwykle trudne w leczeniu [2, 5]. W terapii ogólnej półpaśca ważną rolę odgrywa także uśmierzanie dolegliwości bólowych. W zależności od nasilenia objawów stosuje się m.in. paracetamol, ibuprofen, pyralginę, ewentualnie tramadol. Można zalecać ponadto witaminy z grupy B oraz witaminę C [3]. Niektórzy autorzy, w obawie przed wtórnym zakażeniem bakteryjnym, w przypadku rozległych zmian lub współistniejących chorób ogólnoustrojowych, za celowe uważają podanie szerokowidmowych antybiotyków z grupy makrolidów, tetracy-

klin lub cefalosporyn [2]. U leczonej przez autorów pacjentki, ze względu na młody wiek, ograniczenie występowania wykwitów tylko do błony śluzowej jamy ustnej oraz brak schorzeń ogólnoustrojowych zrezygnowano z antybiotykoterapii ogólnej. Oprócz leczenia ogólnego, zawsze jest wskazane postępowanie miejscowe. Pęcherzyki występujące wewnątrznie bardzo szybko pękają, tworząc bolesne nadżerki. Aby zapobiec wtórnemu nadkażeniu, jest wskazane stosowanie płukanek przeciwzapalnych, m.in. naparu rumianku, roztworu 0,002% chlorheksydyny. Miejscowe działanie przeciwbólowe mają 5–10% roztwory anestezyny przeznaczone do pędzlowania jamy ustnej oraz łagodząco-osłaniające płukanki ziołowe [1, 2, 5].

Pacjenci w ostrej fazie zakażenia stanowią zagrożenie dla osób ze zmniejszoną odpornością. Chory jest zakaźny od 2 dni poprzedzających wystąpienie pęcherzyków aż do okresu wygojenia nadżerek, dlatego zawsze należy poinformować pacjenta o unikaniu kontaktów z kobietami w ciąży, noworodkami, osobami starszymi bądź ze zmniejszoną odpornością [1, 4].

Półpasiec jest przykładem bardzo dokuczliwej jednostki chorobowej, która przede wszystkim wiąże się z nasilonymi dolegliwościami bólowymi. Ze względu na możliwość pojawienia się zmian w jamie ustnej lekarz stomatolog powinien mieć podstawową wiedzę z zakresu symptomatologii i postępowania leczniczego w takich przypadkach. Pozwala to na udzielenie szybkiej pomocy choremu i zapobiega powstaniu groźnych powikłań.

## Piśmiennictwo

- [1] BRUCE A. J., HAIRSTON B. R., ROGERS R. S.: Diagnosis and management of oral viral infections. *Dermatol. Ther.* 2002, 15, 270–286.
- [2] GWIEŻDZIŃSKI Z., PROTAS-DROZD F.: Nowoczesne leczenie półpaśca. *Przew. Lek.* 2000, 9, 58–60.
- [3] JABŁOŃSKA S., CHORZELEWSKI T.: Choroby skóry. PZWL, Warszawa 2002, 99–106.
- [4] TIDWELL E., HUTSON B., BURKHART N., GUTMANN J. L., ELLIS C. D.: Herpes zoster of trigeminal nerve third branch: a case report and review of the literature. *Int. Endod. J.* 1999, 32, 61–66.
- [5] WRÓBEL K., ŻABA R.: Półpasiec – objawy i leczenie. *Zakażenia* 2004, 4, 52–61.
- [6] GÓRKIEWICZ-PETKOW A.: Opryszczka, półpasiec – przebieg kliniczny, leczenie. *Przew. Lek.* 2000, 3, 97–98.
- [7] RADZIKOWSKI A., GYRCZUK E.: Acyklowir. Leczenie zakażeń HSV i VZV. *Lek. Rodz.* 2004, 9, 74–83.

## Adres do korespondencji:

Angelika Wójcicka-Rubin  
Zakład Periodontologii i Chorób Błony Śluzowej Jamy Ustnej UM  
ul. Pomorska 251  
92-213 Łódź  
tel.: (42) 675 75 40, 0 501 40 16 17  
e-mail: angelikarubin@o2.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 22.07.2005 r.  
Po recenzji: 8.08.2005 r.  
Zaakceptowano do druku: 8.08.2005 r.

Received: 22.07.2004  
Revised: 8.08.2005  
Accepted: 8.08.2005