

Curs 8

Îngrijirea pacienților cu herpes zoster

Boală infecțioasă acută determinată de reactivarea unei infecții vechi, persistente, cu virusul varicelozosterian, caracterizată prin *erupția veziculoasă unilaterală*, cu *distribuție dermatomerică*, cu transformare ciclică, urmată de dureri locale, reziduale.

Apare mai frecvent în infecția cu HIV/SIDA, boala Hodgkin, limfom, la cei cu tratamente imunosupresoare sau cu patologie vertebrală, la vârstnici, dar și la imunocompetenți.

Etiologie:

- *Virusul varicelozosterian (VVZ)* face parte din familia *Herpesviridae*
- VVZ conține ADN dublu spiralat, cu o anvelopă și simetrie icosaedrică
- genomul viral codifică o timidinkinază, care face VVZ sensibil la acyclovir și la agenți antivirali înrudiți
- Herpes zoster este manifestarea reactivării infecției latente cu VVZ

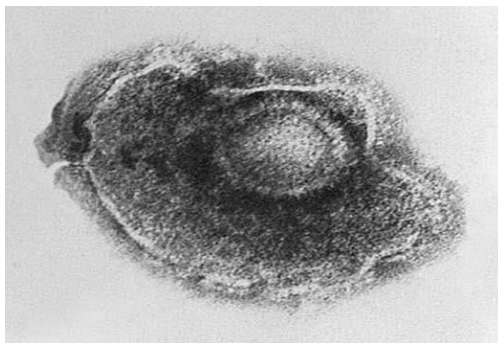


Fig. 2. Virusul varicelozosterian, microscopie electronică

Semne și simptome clinice

- *debutul* este marcat cel mai frecvent de senzația de arsură în teritoriul afectat, care preced leziunile cu 48-72 ore
- simptome prodromale, cu o durată de câteva zile: oboseala, cefalee, febră
- durerile sunt acompaniate de hiperestezie marcată
- *perioada de stare* se instalează odată cu apariția erupției, care este unilaterală, iar în zona toracică în hemicentură, de-a lungul unei rădăcini nervoase senzitive,

putând deborda pe unul sau mai multe metamere contigue, nedepășind linia mediană (rar)

- elementele sunt inițial maculo-papuloase eritematoase, roz aprins, acoperite în 24 ore de vezicule rotunde, grupate în buchete, apoi în bule policiclice confluyente

- veziculele se tulbură în a 5-a zi, apoi se usucă și se acoperă cu o crustă brună, către a 7-a zi

- crusta cade către a 10-a zi, lăsând o cicatrice rozată, apoi albicioasă, foarte frecvent indelebilă

- la gazdă normală, leziunile continuă să se formeze pe o perioadă de 3-5 zile, cu durata totală a bolii de 10-15 zile.

- poate dura 1 lună, până la revenirea la normal a tegumentului

- erupția este acompaniată frecvent de paretezii și de tulburări obiective de sensibilitate

- starea generală rămâne de obicei bine conservată

- există frecvent o adenopatie satelită, în zona toracică fiind axilară

- *evoluția* durează 2-3 săptămâni, frecvent în puseuri succesive

- durata durerilor postzosteriene nu depășește 3 luni

- *la imunocompromiși*, herpesul zoster evoluează mult mai sever; formarea leziunilor continuă până la 2 săptămâni, iar acoperirea cu cruste se produce după 3-4 săptămâni.

- pacienții cu limfoproliferări maligne prezintă riscul diseminării cutanate (*herpes zoster varicellous*) și al afectării viscerale, incluzând pneumonia variceloasă, hepatita și meningoencefalita

- *la pacienții infectați cu HIV*, herpesul zoster apare cu frecvență de 8-11%; diseminarea cutanată este rară, dar complicațiile sunt frecvente: retinita cu VVZ, necroza retiniană acută, encefalita progresivă cronică

- *Herpesul zoster cronic*, la bolnavii infectați cu HIV sau la alte gazde imunocompromise, prezintă formare susținută de noi leziuni, cu absența vindecării celor existente, fiind asociat cu izolarea VVZ rezistent la acyclovir.

- *Herpesul zoster în SIDA* este mult mai frecvent decât la grupele de control, de aceeași vârstă; reactivarea infecției cu VVZ este atât de frecventă, încât acest VVZ a fost propus ca *marker de prognostic al progresiunii bolii* și este inclus în infecțiile oportuniste din definiția OMS a cazului de SIDA, alături de candidoza orofaringiană, herpesul simplex diseminat progresiv și meningita criptococică

- *complicații:*

- oculare (Keratita, din herpes zoster oftalmic, iridociclită severă, glaucom secundar, conjunctivită foliculară, oftalmoplegie, neuroretinită, nevrită optică sau ocluzia vasculară retiniană, retinopatie hemoragică, etc.)
- nervoase (meningoencefalita sau encefalita cu VVZ, paralizii motorii, sindromul Guillain-Barre, mielita transversă și miozita, nevrită acută urmată de sindrom dureros postzosterian,
- nevralgia postzosteriană este mai ales apanajul localizării cefalice și apare la 25-50% dintre pacienții peste vârsta de 50 ani. La peste 50% dintre acești bolnavi durerea tenace durează peste 1 lună. Durerea este mai marcată noaptea și la schimbările de temperatură, putând să afecteze capacitatea de muncă. Dispariția durerilor poate surveni în 2 luni - 1 an,
- suprainfecții bacteriene: erizipel, impetigo, celulită
- generalizarea herpesului zoster este apanajul imunodeprimaților

Plan de monitorizare

- I. Culegerea datelor
- II. Problemele pacientului
- III. Obiective de îngrijire
- IV. Intervenții medicale

I. Culegerea datelor

- date epidemiologice:
 - VVZ devine latent după infecția primară, iar boala apare sporadic.
 - Herpesul zoster apare la toate vârstele și afectează 10-20% din populație, în special vârstnicii
 - apare la indivizii seropozitivi pentru VVZ, mai exact la cei care au avut varicelă
 - reactivarea apare dependentă de echilibrul dintre VVZ și factorii gazdei
 - echilibrul se poate rupe prin scăderea rezistenței imune a gazdei în diverse împrejurări:
 - șocuri psiho-emoționale, depresii majore
 - boli debilizante intercurrente (operații)
 - boli cronice, debilizante sau consumptive, de la neoplazii la SIDA
 - incidența cea mai înaltă variază între 5 și 10 cazuri per 1 000 indivizi, peste decada a șasea de viață.

- se admite ca 4% dintre pacienți prezintă al doilea episod de herpes zoster și rareori al treilea.
- la imunocompromiși incidența este net crescută
- antecedente personale patologice: boli cronice asociate, tratamente imunosupresive, regim alimentar, intoleranțe alimentare, alergii medicamentose, etc.
- condiții de viață și muncă: evenimente stresante din viață în funcție de caz
- factori de risc, consum de alcool, tutun, cafea, droguri, etc.

II. Problemele pacientului

- febră
- cefalee
- senzație de arsură locală, parestezii
- durere locală
- exantem circumscribit în limitele dermatomului afectat, unilateral
- astenie
- izolare socială din cauza stigmatului asociat cu boala contagioasă
- stare depresivă din cauza izolării
- risc de complicații

III. Obiective de îngrijire

- diminuarea febrei
- reducerea cefaleei
- atenuarea durerii locale, arsurilor și paresteziilor
- reducerea exantemului
- atenuarea asteniei
- reducerea anxietății și depresiei
- asigurarea confortului fizic și psihic
- reinsertia socială și familială a bolnavului
- evitarea complicațiilor
- educația medicală a pacientului

IV. Intervenții medicale

- izolarea pacientului în saloane special destinate cu respectarea strictă a regulilor privind circulația aparținătorilor și vizitarea bolnavilor
- se recoltează sânge pentru determinarea hemogramei, VSH-ului, fibrinogenului, uree și creatinină serică, etc.
- se recoltează urină pentru sumar de urină
- se monitorizează temperatura, pulsul, tensiunea arterială, respirația
- pentru diminuarea și reducerea febrei:
 - se aplică comprese hipotermizante de 2-3 ori pe zi, pe frunte, pe torace, la nivelul membrelor (temperatura acestor comprese să fie cu 1-2 grade mai mică decât temperatura corpului)
 - repausul la pat, se aerisește camera de 3-4 ori/zi (câte 15 minute);
 - se administrează medicația prescrisă de medic
 - antitermice (algalmin, paracetamol, piafen, algifen)
- pentru atenuarea durerii locale, cefaleei, arsurilor și paresteziilor se vor administra antalgice, antipiretice, antiinflamatorii nonsteroidiene (ibuprofen, diclofenac, naproxen), alături de medicație gastroprotectoare (omeprazol), vitamine de grup B, vitamina C, Calciu, Magneziu, etc.
- *Chimioterapia antivirală de elecție* este constituită de *acyclovir* (Zovirax, Virolex, 2-3 g/zi, timp de 7-10 zile), un analog guanozinucleozid; acyclovirul acționează prin inhibiția sintezei virusurilor ADN, este fosforilat de timidinkinaza specifică pentru herpes, în monofosfat și în aceasta formă inhibă polimeraza- ADN virală; nu este activ în celulele neinfectate, ceea ce îi conferă o toxicitate minimă; la toți pacienții trebuie luate în considerație *efectele adverse* la acyclovir, care includ tulburări gastrointestinale și cefalee, rareori tulburări nervoase (confuzie, tremor, delir, convulsii, comă); utilizarea i.v. poate produce afectarea renală, iar bolnavii trebuie bine hidratați și monitorizați cu clearanceul la creatinină; deoarece drogul este eliminat renal, se recomandă ajustarea dozelor la bolnavii cu insuficiență renală.
- în *herpesul zoster diseminat* sau în *herpesul zoster oftalmic*, se utilizează doze mari de *acyclovir* oral: 800 mg oral, la 4 ore, sau 15 mg/kg i.v., la 8 ore, 10-15 zile
- în *infecțiile cu VVZ rezistent la acyclovir* se pot utiliza:
 - famciclovir 250-500 mg x 3/zi - 7 zile;
 - valaciclovir - 1 000 mg x 3/zi - 7 zile.
- *Durerile postzosteriene* beneficiază de antialgicele curente, pregabalin (Lyrica), gabapentin (Neurotin), neuroleptice (Largactil, Nozinan), la indicația medicului curant

- **reducerea anxietății prin administrarea de anxiolitice, sedative (Diazepam, Sedocalm, etc.)**
- **reducerea asteniei prin administrare de Glucoză, vitamine de grup B, vitamina C, vitamina C+propolis, Calciu, Magneziu, etc.**
- **prevenirea suprainfecțiilor tegumentare prin evitare administrării de pomezi locale, evitarea bărbieritului, evitarea gratajului, evitarea dușurilor și a spălăturii cu șampoane, până la căderea crustelor**
- **pentru asigurarea confortului fizic și psihic asistenta va urmări efectuarea și păstrarea curățeniei în salon, schimbarea lenjeriei de pat, dezinfecția și aerisirea zilnică a salonului cu păstrarea unei temperaturi și umidități confortabile, alături de evitarea conflictelor și menținerea liniștii pe parcursul nopții**
- **pentru reinsertia socială și familială a bolnavului se poate apela la consiliere psiho-socială acolo unde dispunem de cabinete și cadre specializate**
- **educația medicală a pacientului privind: importanța imunizărilor, respectarea igienei personale, igiena locuinței, igiena tegumentelor, prevenirea complicațiilor, colaborarea cu medicul, etc.**