

Circumscripția sanitară Suseni, jud. Harghita
(cond.: dr. Józsa Ákos, medic de circumscripție)

CONSIDERAȚII ASUPRA CAZURILOR DE ZONA ZOSTER URMĂRITE ÎN CIRCUMSCRIPȚIA SANITARĂ SUSENI

dr. *Á. Józsa*, dr. *A. Kercsó*, *Vilma Józsa*

Zona zoster nu este o boală frecventă, totuși, datorită caracterului său neplăcut, trenant, poate suscita interesul. În lipsa unui tratament specific, medicul recurge la posibilitățile terapiei simptomatice, al cărei efect este însă deseori discutabil.

Agentul patogen al bolii este identic cu virusul varicelei. Sub aspect

epidemiologic, această constatare a fost făcută pentru prima oară de *Bókai János* senior în 1888. Izolarea virusului și identificarea agentului patogen comun la cele două boli se leagă de numele lui *Weller* (19) și al colaboratorilor săi.

Datorită apariției sale caracteristice, zosterul a fost denumit de grecii antici zona. *Von Bärensprung* (1862) a observat primul că suprafața de erupție în zoster corespunde regiunii adiacente ganglionului intercostal.

Natura contagioasă a bolii a fost presupusă, întâia oară de *Landonczy* (1884). *Seiler* (17) a constatat că din cele 246 de cazuri urmărite, boala a apărut la contacti în două cazuri. Alți autori, urmărind un număr mare de bolnavi, au observat că boala apare la contacti tot într-o proporție de 1—2%.

Datele din literatură relevă că zona zoster apare aproximativ în același procentaj și la contactii cu bolnavii de varicelă. Deci, în marea majoritate a cazurilor, sursa de infecție rămâne necunoscută (20). *Dawnie* (7) presupune că purtătorii asimptomatici de virus constituie sursa de infecție.

Bazându-ne pe observațiile noastre efectuate asupra celor 87 cazuri de zona zoster, prezentăm în cele ce urmează morbiditatea specifică, repartitia după sex, vîrstă și sezon a bolii, precum și evoluția ei.

Bolnavii noștri au fost urmăriți în circumscripția sanitară *Suseni* începînd din anul 1963, fiind ținuți în evidență separată. În acest interval, morbiditatea specifică a variat între 76,3—244,2^o/0000. Privind repartitia după sex, nu s-au constatat diferențe apreciabile, fapt concordant de altfel și cu datele din literatură.

Björk (3), *Namiki* și *Takanaschi* (14) relevă că boala survine într-un procentaj mai ridicat la bărbați.

Cercetînd incidența bolii în funcție de vîrstă, am confruntat rezultatele noastre cu cele obținute de alți autori la un număr mai mare de bolnavi și am constatat o frecvență net mai ridicată la vârsta de 50—60 ani, ceea ce corespunde observațiilor lui *Lang* (12) și *Burgoon* (4). Cazurile ivite după vîrsta de 50 de ani constituie 64,7% din totalul îmbolnăvirilor, în timp ce această grupă de vîrstă reprezintă doar 20% a populației.

Repartitia bolii după sezon nu ne oferă o imagine concludentă. În lunile ianuarie, iulie, octombrie și decembrie apare o creștere moderată. Patru luni morbiditatea prezintă o frecvență medie, în timp ce în alte patru ea rămîne sub valorile medii. La concluzii similare au ajuns și *Dewald* (6), *Kadamkaryan* și *Kochettow* (10).

Analizînd evoluția bolii, am constatat că în stadiul prodromal, care ține 2—3 zile, bolnavii sînt inapetenți, subfebrili și acuză dureri în regiunile afectate. După o zi—două apare local o hiperemie, urmată de erupții veziculare tipice. În toate cazurile leziunea cutanată a fost însoțită de dureri vii, săgetătoare, pruriginoase, de intensitate diferită. Leziunile cutanate se caracterizau prin unilateralitate, formațiunile veziculare apărînd sub formă de valuri. Majoritatea bolnavilor au fost tratați ambulatoriu. Deschiderea flictenelor și suprinfecția lor se poate explica, în numeroase cazuri, prin acțiunea exercitată de mișcare și îmbrăcăminte. Apariția

crustelor a dus la diminuarea considerabilă a durerilor, vindecarea producându-se după o pigmentație trecătoare. Dintre cele 87 de cazuri, doar la 5 au persistat durerile nevralgice și după 2—3 luni. Pornind de la cazurile noastre, am încercat să efectuăm o clasificare a bolii și după intensitatea acuzelor existente. 60% dintre bolnavi se plîng de dureri puternice, chinuitoare. În funcție de vîrstă am constatat că durerile puternice apar într-o proporție de 36,6% la grupa de vîrstă între 0—50 de ani, pe cînd după 50 de ani, proporția se ridică la 72,7%.

Privind localizarea bolii în diferitele regiuni ale corpului, constatările noastre sînt redată comparativ cu cele ale altor autori în tabelul nr. 1, care relevă o incidență mai ridicată în regiunea toracică, față de alte localizări.

Tabelul nr. 1

Localizarea bolii în diferitele regiuni ale corpului

Localizarea	Józsa și colab. (1972)	Burgoon (1957)	Seiler (1949)	Ballarini
toracală	9,2 %	19,5 %	15,2 %	14,17 %
cervicală	8,0 %	11,2 %	20,1 %	18,45 %
dorsală	69,0 %	55,3 %	53,3 %	47,71 %
lumbară	10,3 %	13,0 %	9,2 %	3,31 %
sacrală	3,5 %	2,4 %	2,2 %	4,56 %

În 5 cazuri, afecțiunea s-a ivit la bolnavii de gripă sau la cei ce au trecut recent prin această boală, iar în 3 cazuri, la baza afecțiunii se afla un proces malign.

În tratamentul aplicat bolnavilor s-au dovedit eficiente analgeticele, vitaminele și medicația locală. Datele mai recente din literatura de specialitate arată că s-au obținut rezultate satisfăcătoare prin dimercaptopropanol sau sulfactin, cum se mai denuște preparatul. *Sakurane* (16) a observat că gammaglobulina aplicată general, intracutan și sub formă de unguent, 3%, duce la rezultate promițătoare.

La 5 dintre bolnavii noștri cu nevralgii intercostale sechelare au persistat cicatricele remanente și pigmentația pielii. La aceștia s-a produs o suprainfecție după deschiderea flictenelor prin frecare.

Sub aspectul corelației dintre zona zoster și varicelă am observat următoarele: cazurile de zoster nu au prezentat paralelism cu îmbolnăvirile de varicelă în regiunea noastră, dimpotrivă cele două curbe prezintă divergențe. Herpesul zoster nu a urmat repartitia sezonieră a varicelei. Menționăm că printre bolnavii noștri, care au prezentat în antecedente varicelă, se afla și un copil de 12 ani, la care se poate presupune că a existat o puternică imunitate postinfecțioasă.

Am constatat într-un singur caz apariția zonei zoster la o mamă care alăpta și ai cărei copii — doi la număr — sufereau de varicelă. De altfel numărul de îmbolnăviri simultane epidemiilor de varicelă nu diferă de numărul afecțiunilor ivite în afara acestor epidemii.

După mai mulți autori, virusul zoster are o deosebită predispoziție de a trece prin punctele de plasmă de la o celulă la alta. Astfel poate persista timp îndelungat în organism, fără să cauzeze simptome, ca apoi, în urma unor acțiuni exercitate asupra organismului, să disemineze, respectiv să se activeze, ducând la zoster. Mai recent acest virus este trecut în rândul celor „suspectați” drept cancerigeni. În acest context pot fi explicate cazurile noastre ivite la bolnavi canceroși. După cum ne relevă datele din literatură, virusurile persistente sînt destul de răspindite. Semnificația lor nu este încă suficient elucidată, dar pare că starea de purtător al virusului înseamnă un premanent pericol. Interacțiunea dintre aceste virusuri și organism poate avea consecințe care azi ne sînt încă necunoscute.

Sosit la redacție: 6 martie 1973.

Bibliografie

1. *Bakács T., Farkas E.*: Orvosi Virologia. Medicina, Budapest, 1965;
2. *Brostoff I.*: Brit. Med. (1966), 5529, 1571; 3. *Björk A.*: Acta Derm. Ven. (1950), 30, 34; Acta pediat. (1949), 37, 363; 4. *Burgoon G. F. jr., Burgoon S. S., Baldrige G. D.*: J. Amer. Med. Ass. (1957), 164, 265; 5. *Duca M.*: Inframicrobiologie. Ed. did. și ped., București, 1965; 6. *Dewald W.*: Dtsch. Gesundh W. (1963), 18, 1994; 7. *Downiw A. W.*: Brit. Med. Bull. (1959), 15, 197; 8. *Géder L. Koller, Göncöl M., Jenei E., Göncöl E.*: Orv. Hetil. (1963); 9. *Hegedüs S.*: Orv. Hetil. (1963), 5, 234; 10. *Kadamkaryan A. A., Kochettow V. D.*: Vesztn. Derm. Ven. (1964), 38, 4; 14; ref. Zbl. Hant-u Geschl. Krkh. (1964), 117, 186; 11. *Kulcsár G., Hász I.*: Orv. Hetil. (1972), 27, 1579; 12. *Lang I.*: Arch. Derm. Syph. (1938), 176, 515; 13. *Naserman T.*: Internist (1965), 7, 34; 14. *Namiki S., Takanaschi H.*: Acta dermat. (Kyoto) (1964), 59, 31; ref. Zbl. Hant-u, Geschl. Krkh. (1938), 118, 36; 15. *Rajka Ö., Szodoray L.*: Bőr és nemibetegségek. Medicina, Budapest, 1965; 16. *Sakurane I.*: Hautarzt (1963), 14, 152; 17. *Seiler* cit. *Bakács*; 18. *Tappeiner I., Wolff K.*: Zoster. Veb. Gustav Fischer Verlag, Jena, 1968; 19. *Weller* cit. *Bakács*; 20. *Vendég V., Ábrahám S., Ujváry I.*: Orvosképzés (1973), 2, 103; 21. *Zimmermann H.*: Derm. Wschr. (1964), 150, 112.