

Virusinfektionen der Haut

Anhand einer unterhaltsamen Präsentation von Fallbeispielen behandelten die beiden Moderatoren dieses Seminars (Dr. Werner Kempf, Dermatologische Klinik USZ, und Dr. Beat Coradi, Allgemeinmedizin FMH, Zürich) Fragen und Probleme bei der Behandlung von Herpesinfektionen.

Bericht:
Cornelia Schürer-Maly

Zunächst ging es um Diagnose und Therapie von Herpes-Typ-1-Infektionen, dargestellt am Beispiel eines 62jährigen Diabetikers mit einem Herpes zoster im ersten Trigeminusast.

Wie lange therapieren?

Als erstes beantwortete Werner Kempf die Frage, wie lange man eine Herpesinfektion behandeln sollte beziehungsweise ob eine Langzeittherapie das Auftreten einer postherpetischen Neuralgie (PHN) verhindern kann. Nach einer erfolgreichen Behandlung der initialen Symptome möchten Patient und Arzt die Therapie oft fortsetzen, um allfällige Rezidive und Spätfolgen zu verhindern. Mehrere Studien haben jedoch ergeben, dass bei der Behandlung des Herpes zoster eine Verlängerung der Therapie in keiner Hinsicht zusätzliche Erfolge bringt. Durch eine möglichst frühzeitige Behandlung lassen sich jedoch Komplikationen wie die postherpetische Neuralgie signifikant vermindern. So beträgt die Reduktionsrate bei über 85jährigen Patienten für die Neuralgie bis zu 50% und für ein Übergreifen der Krankheit auf das Auge 9–16%. Das Risiko, dass überhaupt Komplikationen auftreten, hängt im wesentlichen von zwei Faktoren ab: vom Alter (Patienten >50 Jahre haben ein 50–60prozentiges Risiko für eine PHN) und von der anfänglichen Schmerzintensität.

Wen und wann therapieren?

Der Referent riet, grundsätzlich in folgenden Fällen virostatisch zu behandeln:

- Alter >50 Jahre
- Herpes zoster in Kopfbereich
- Immunsupprimierte Patienten
- Atopiker
- Extreme Schmerzen

Grundsätzlich kommen für die Therapie von Herpeserkrankungen Acyclovir, Valaciclovir und Famciclovir in Frage. Sie mindern den akuten Schmerz und verringern Dauer und Heftigkeit der postherpetischen Neuralgie. Valaciclovir und Famciclovir bieten bezüglich der Bekämpfung der akuten Schmerzen sowie der Verminderung von deren Dauer und Intensität einige Vorteile gegenüber Acyclovir. Valaciclovir beispielsweise senkt das Risiko einer postherpetischen Polyneuropathie um etwa 10–20%.

Die Therapie des Herpes zoster beschränkt sich aber nicht nur auf Virostatika. Wie bei den Tumorpatienten empfiehlt sich hier eine stufenweise Behandlung mit:

- Analgetika (Paracetamol, Aspirin, NSAR)
- Trizyklischen Antidepressiva (z.B. Amitriptylin)
- Valproat
- Carbamazepin
- Opiaten

Valproat und Carbamazepin bewähren sich besonders bei lanzinierenden Schmerzen im Trigeminusbereich. Zur Behandlung komplizierter Fälle kommen auch Steroide in Frage. Sie haben zwar keinen Einfluss auf die Dauer einer postherpetischen Neuralgie, verbessern aber die Lebensqualität der Patienten. Allerdings müssen Steroide bei der Therapie eines Herpes zoster möglichst mit Virostatika kombiniert werden. Die Therapie sollte über drei Wochen erfolgen: 60 mg/d in der ersten, 30 mg/d in der zweiten und 15 mg/d in der dritten Woche. Bei Patienten mit zusätzlichen Krankheiten wie einem Diabetes mellitus oder einem Glaukom sind die Risiken einer Steroidbehandlung abzuwägen.

Die Lokaltherapie nicht vergessen

Zur unterstützenden lokalen Therapie bewährt sich oft Lidocain-Creme. Sie kann allerdings zu einer Sensibilisierung der Haut führen. Von Capsaicin-Präparaten ist abzuraten, da sie in den ersten Wochen der Behandlung die Schmerzen eher verstärken. Von den komplementärmedizinischen Therapiemethoden zeigen die Akupunktur und Nervenblockaden oft gute Erfolge.

Für die Zukunft des Managements von Herpeserkrankungen hofft Werner Kempf auf die baldige Verfügbarkeit eines Impfstof-

fes. In ersten Studien zeigte sich, dass eine Lebendvakzine die Rezidivrate senken kann. Abschliessend ging Kempf noch auf die Herpes-therapie bei Kindern ein. Glücklicherweise kommen Herpesinfektionen bei Kindern selten vor. Kinder haben kein höheres Risiko für eine postherpetische Polyneuropathie als Erwachsene. Die Krankheit wird bei Kindern ebenso virostatisch behandelt wie bei Erwachsenen. Die Therapie kann Rezidive jedoch nicht verhindern.

Den Ausführungen des Referenten folgte eine lebhaft Diskussionsrunde. Auf die Frage aus dem Publikum, ob bei jeder Herpesinfektion auch nach einer Immunschwäche gesucht werden müsse, empfahl er, dies nur bei zusätzlichen klinischen Hinweisen zu tun, da nur 5% der Herpetiker eine gleichzeitige Infektion mit dem HI-Virus aufweisen.

Weltweit die Nr. 1

Beim zweiten Fall ging es um einen 30-jährigen Mann mit einer Herpes-genitalis-Infektion, dessen Lebenspartnerin schwanger war. Werner Kempf benutzte dieses Beispiel, um Epidemiologie und Diagnostik der Herpesinfektionen aufzurollen.

Die weltweite Inzidenz von Herpesinfektionen liegt bei 30–40 Millionen. Damit steht der Herpes auf Platz eins der genitalen Infektionskrankheiten. Meistens handelt es sich um Infektionen mit HSV-2, aber es werden auch zunehmend genitale Herpeserkrankungen durch HSV-1 beobachtet. Die Infektion entsteht meistens durch Sexualkontakte. HIV-Infizierte haben ein erhöhtes Risiko, eine Herpesinfektion zu erwerben. Der Primäraffekt verläuft in zwei Drittel aller Fälle asymptomatisch. Deshalb ist es oft nicht sicher möglich, eine Erstinfektion von einem Rezidiv zu unterscheiden.

Diagnostisch stehen für Kempf der Virusnachweis in der Zellkultur und der Nachweis von viralen Antigenen im Blut an erster Stelle, gefolgt von Zytologie, Elektronenmikroskopie und der Polymerasekettenreaktion.

Grundsätzlich werden HSV-2-Infektionen ebenso virostatisch behandelt wie HSV-1. Zur lokalen Therapie eignen sich jodhaltige Lösungen, Betadinlösungen, Eichenrindenextrakte und Bepanthencreme. Bei mehr als sechs Rezidiven pro Jahr empfiehlt sich eine Rezidivprophylaxe mit

- Valaciclovir 1×500 mg/d oder
- Famciclovir 2×250 mg/d oder
- Acyclovir 2×400 mg/d

über 6–12 Monate. Um Probleme mit den Krankenkassen zu vermeiden, sollte vorher aber ein sicherer Virusnachweis erfolgen.

Achtung bei Schwangeren

Gefährlich sind Erstinfektionen bei Schwangeren. Im Falle einer Übertragung auf das Kind kann daraus eine schwerste Erkrankung des Neugeborenen resultieren. Erfolgt die Infektion im ersten Trimenon der Schwangerschaft, bleibt der Mutter genügend Zeit, Antikörper zu bilden und diese auf das Kind zu übertragen. Bei Infektionen im dritten Trimenon reicht die Zeit dafür nicht aus. Die Geburt sollte deshalb in diesem Fall per Sectio erfolgen, mit einer anschliessenden Zovirax-Behandlung von Mutter und Kind. Bei einem Herpesrezidiv bei der Mutter besteht für das Kind kein so grosses Risiko einer Infektion. In schweren Fällen kann die Mutter im letzten Schwangerschaftsmonat mit 2×400 mg Acyclovir behandelt werden. Acyclovir wirkt nicht teratogen und kann auch Säuglingen verabreicht werden.