

Najczęstsze zmiany wirusowe okolicy narządów płciowych spotykane przez ginekologów w codziennej praktyce lekarskiej

The most common viral lesions in the genital area encountered by gynecologists in everyday practice

Helena Rotsztein¹, Anna Zalewska², Tomasz Stetkiewicz³

Celem pracy było zwrócenie uwagi praktykującym ginekologom na istotny problem infekcji wirusowych obejmujących okolicę narządów płciowych, które mogą doprowadzić do rozwoju raka, infekcji wewnątrzmacicznych i skutkować poważnymi objawami ubocznymi dla noworodka.

W pracy przedstawiono przegląd najczęściej spotykanych infekcji wirusowych okolic narządów płciowych, do których należą kłykciny kończyste, opryszczka narządów płciowych, mięczak zakaźny oraz półpasiec.

Słowa kluczowe: narządy płciowe, zmiany wirusowe, dermatologia

(Przegląd Menopauzalny 2005; 5: 54–58)

Celem pracy jest dokonanie przeglądu najczęstszych infekcji wirusowych występujących w obrębie narządów płciowych. Należą do nich kłykciny kończyste, opryszczka narządów płciowych, mięczak zakaźny oraz półpasiec [1-4].

Wirusy atakujące narządy płciowe są to najczęściej wirusy DNA, a należą głównie do grupy *herpes*, *pox* oraz *papova*. Wśród grupy wirusów *herpes* najczęściej wywołujących zmiany na narządach płciowych obserwuje się wirus opryszczki (*herpes simplex*), wirus cytomegalii oraz wirus ospy i półpaśca [1, 2, 5]. Wirusy grupy ospy w okolicy narządów płciowych wywołują zmiany o typie mięczaka zakaźnego i ospy krowiej

(*arvin*). Wirusy grupy *papova* prowadzą do rozwoju zmian o typie kłykciny kończyste [1, 2].

Infekcje wirusowe pobudzają rozwój nacieku z komórek jednojądrzastych i limfocytów [5].

Ze względu na szybki przebieg infekcji wirusowej, konieczne jest natychmiastowe postawienie rozpoznania. Dlatego też w laboratoriach szpitalnych powinna być możliwość szybkiego przeprowadzenia odpowiednich badań, do których należą izolacja wirusa, identyfikacja typu wzrostu wirusa — efekt cytopatyczny, hodowla na jajach kurzych lub zwierzętach laboratoryjnych, metody cytologiczne, serologiczne oraz techniki hybrydizacyjne [5, 6].

¹Poradnia Dermatologiczna Przychodni Specjalistycznej Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi; kierownik Przychodni: dr n. med. Piotr Woźniak;

²Katedra i Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi; kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Anna Sysa-Jędrzejowska

³Klinika Ginekologii i Chorób Menopauzy Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi; kierownik Kliniki: prof. dr hab. med. Tomasz Pertyński



Kłykciny kończyste

Kłykciny kończyste (*Condyloma acuminatum*) wywołuje wirus brodawczaka ludzkiego (*human papilloma virus*, HPV). Dotychczas poznano co najmniej 70 typów HPV, które są odpowiedzialne za wywoływanie różnych zmian skórnych.

HPV-1 jest odpowiedzialny za rozwój zwykłych brodawek skóry, natomiast zakażenie HPV-6 oraz 11 prowadzi do rozwoju kłykciny kończyste zwanych inaczej brodawkami narządów płciowych. Uważa się, że typy HPV 16, 18, 45, 56 są wirusami wysokiego ryzyka jeśli chodzi o rozwój kancerogenezy, wirusy HPV typu 31, 33, 35, 51, 52, 58 są tzw. wirusami średniego ryzyka, a typu 6, 11, 42, 43 oraz 44 są wirusami niskiego ryzyka. Wykazano, że w 55% przypadków raka *in situ* oraz nasilonej dysplazji szyjki macicy wykrywa się materiał genetyczny wirusów HPV [7]. Najczęściej choroba ta lokalizuje się w obrębie przedsionka oraz warg sromowych. Zmiany także często stwierdza się w okolicy odbytu, wzgórka łonowego, pochwy, szyjki macicy oraz cewki moczowej. Należy zwrócić uwagę, że w zmianach długo trwających, zwanych kłykciami olbrzymimi Buschkego-Lowensteina, może dochodzić do rozwoju raka inwazyjnego sromu [2]. Kłykcinom kończystym występującym przed pokwitaniem lub u kobiet w okresie menopauzy, bądź w ciąży, czasami towarzyszą choroby przenoszone drogą płciową, do których należą rzeżączka, rzeżystkowica lub zakażenia chlamydiami.

Kłykciny kończyste w początkowej fazie swojego rozwoju mają charakter małych grudek o pobrudzonej powierzchni i wykazują tendencje do odśrodkowego wzrostu (fot. 1.) [2]. Rozpoznanie kliniczne zwykle potwierdza się w oparciu o wyniki badania mikroskopowego, które wykazuje akantozę, wydłużenie sopl naskórkowych, papillomatozę, hiperkeratozę i nacieki zapalne w skórze właściwej. W warstwie Malpighiego często obserwuje się zwyrodnienie wodniczkowe.

Wśród metod leczniczych stosowanych miejscowo, przy zmianach o niewielkich rozmiarach, wyróżnia się podofilinę lub kwas trójchlorooctowy i dwuchlorooctowy [7]. Natomiast w leczeniu zmian o większych rozmiarach zwykle stosuje się laser dwutlenkowo-węglowy lub chirurgiczne usunięcie zmian. W przypadku zmian nawrotowych należy rozważyć włączenie ogólnego leczenia interferonem [8–10].

Opryszczka narządów płciowych

Opryszczka narządów płciowych (*Herpes genitalis*) jest chorobą często spotykaną w obrębie sromu i pochwy. Opryszczka zwykła jest wywołwana przez 2 rodzaje wirusów: HSV-1, który jest odpowiedzialny za zmiany w obrębie błon śluzowych jamy ustnej, warg,



Fot. 1. Kłykciny kończyste w początkowej fazie rozwoju

twarzy, tułowia i kończyn, natomiast HSV-2 powoduje zmiany w obrębie narządów płciowych i pośladków. U niektórych kobiet tzw. bezobjawowych wykrywa się przeciwciała skierowane przeciwko HSV-2, co oznacza, że zostały one zakażone tym wirusem w przeszłości. Zakażenie to często stwierdza się u kobiet aktywnych seksualnie. Ponadto u niektórych ciężarnych, pomimo braku objawów, stwierdza się zakażenie HSV-2 [11, 12]. Do najczęstszych objawów pojawiających się przed rozwojem zmian chorobowych zalicza się bolesność, przeczulicę oraz uczucie pieczenia lub palenia. Często obserwuje się także objawy ogólne, do których należą gorączka oraz bóle głowy.

Do charakterystycznych cech mikroskopowych należy rozwój pęcherzyków śródskórnymi, które są wynikiem zwyrodnienia naskórka, a w szczególności akantolizy i nagromadzenia płynu pod warstwą rogową. W naskórku i skórze właściwej obserwuje się nacieki leukocytarne, a po przerwaniu pokrywy pęcherzy rozwój powierzchniowych owrzodzeń. Charakterystyczną cechą jest zwyrodnienie balonowate komórek nabłonka, które tworzą komórki wielojądrowe zwane komórkami olbrzymimi o typie wirusowym, w których często obserwuje się śródjądrowe ciała wtętowe (wtęty). Zmiany dotyczą najczęściej warg sromowych większych i mniejszych, okolic odbytu, przedsionka, pochwy, a nawet szyjki macicy. Klinicznie obserwuje





Fot. 2. Opryszczka narządów płciowych (*Herpes genitalis*)

się grudki, pęcherzyki a nawet nadżerki i owrzodzenia (fot. 2.). Przeprowadzenia badań laboratoryjnych nie jest wymagane ze względu na charakterystyczny obraz kliniczny. Jeżeli jednak istnieje możliwość wykonania specjalistycznych badań, to w tkankach wykrywa się antygeny wirusa, a we krwi przeciwciała [1, 2].

Leczeniem z wyboru jest stosowanie acyklowiru. W przypadkach zakażeń nawrotowych acyklowir jest także skuteczny w ograniczeniu czasu trwania aktywnej fazy choroby [13, 14].

Do grupy wirusów *herpes* (opryszczki) należy także wirus cytomegalii (CMV), jednakże nie wywołuje on w obrębie sromu zmian charakterystycznych, ale może być niebezpieczny dla kobiet w ciąży i noworodków. Zakażenie wirusem CMV jest przenoszone drogą płciową. Objawy ogólne są zbliżone do obserwowanych w przebiegu mononukleozy tj. podrażnienie gardła oraz adenopatia. Zakażenie CMV może się przenieść na płód. Zakażenie u noworodka charakteryzuje się zajęciem mózgu, uszu, oczu, układu siateczkowo-śróbłonkowego oraz płuc. Jak dotychczas nie opracowano skutecznego leczenia zakażenia CMV. Trwają prace nad opracowaniem szczepionki, która w przyszłości mogłaby zapewnić ochronę przed tą infekcją [15].

Mięczak zakaźny

Mięczak zakaźny (*molluscum contagiosum*) jest często spotykaną chorobą wirusową, głównie u dzieci, natomiast u dorosłych dotyczy głównie okolic narządów płciowych zewnętrznych [16, 17]. Wyróżnia się 2 typy wirusa mięczaka: MCV-1 oraz MCV-2. Choroby te mogą być przenoszone drogą płciową, a obserwuje się je głównie u młodych, aktywnych seksualnie kobiet. Ze względu na tę drogę przenoszenia zakażenia postuluje się, aby przypadkom o udowodnionej drodze przenoszenia za pomocą kontaktów seksualnych nadać nazwę *molluscum contagiosum venerum*. Obserwuje się także przypadki samowszczepienia zmian u osób zakażonych i rozsiewu infekcji. U osób dorosłych zmiany lokalizują się zazwyczaj na wzgórku łonowym, wewnętrznych powierzchniach ud oraz na zewnętrznych narządach płciowych [18]. Często zmiany mięczaka zakaźnego obserwuje się u osób zakażonych wirusem HIV [5].

W większości przypadków zakażenie przebiega bezobjawowo, a w przypadkach objawowych dochodzi do tworzenia się okrągłych guzków, barwy perlistej, z pępkiowatym zagłębieniem w centrum zmiany (fot. 3.). Niekiedy zmiany przybierają charakter guzków olbrzymich, często u chorych zakażonych wirusem HIV.

W badaniu histopatologicznym obserwuje się akantotycznie przerośnięty nabłonek z hiperkeratozą. W cytoplazmie wyróżnia się ciała wtrętowe, zwane ciałkami mięczakowymi, które zawierają liczne wirusy. W zmianach olbrzymich często obserwuje się komórki atypowe. Zakażone komórki nabłonka powiększając się przesuwają w kierunku powierzchni naskórka. Zmiany można stosunkowo łatwo usunąć poprzez zamrożenie lub odparowanie [10].

Półpasiec

Półpasiec (*herpes zoster*) jest chorobą zakaźną o przebiegu podobnym do opryszczki narządów płciowych, wywoływaną przez wirusy z grupy *herpes*, które w fazie utajonej przebywają w zwojach nerwowych. Wirus półpaśca jest identyczny z wirusem ospy wietrznej. W przebiegu infekcji rzadko dochodzi do zajęcia śluzówek sromu, w przeciwieństwie do skóry tego obszaru. Zmiany mają charakter pęcherzyków umiejscowionych na rumieniowej podstawie, które powiększają i łączą się tworząc ogniska rumieniowo-nadżerkowe (fot. 4.). W badaniu histopatologicznym stwierdza się pęcherzyki śródskórne oraz zwyrodnienie balonowate, jak również śródkomórkowe ciała wtrętowe. Oprócz objawów skórnych, dochodzi do zmian zapalnych w obrębie korzeni grzbietowych zwojów nerwowych oraz tylnych korzeni nerwowych. Przed rozwojem zmian skórnych, chorzy skarżą się zwykle na bolesność o charakterze neurotycznym oraz przeculicę ob-





Fot. 3. Mięczak zakaźny (*molluscum contagiosum*)



Fot. 4. Półpasiec (*herpes zoster*)

szaru skóry, w obrębie którego dochodzi później do rozwoju zmian patologicznych. Bolesność, zwłaszcza u osób w wieku starszym może się utrzymywać przez wiele tygodni, a nawet miesięcy po całkowitym ustąpieniu zmian chorobowych [17].

Zastosowanie metody PCR pozwala na zróżnicowanie wirusa ospy-półpaśca od wirusa opryszczki, jednakże przeprowadzenie powyższej diagnostyki nie jest konieczne, gdyż obie jednostki są leczone tym samym lekiem tj. acyklowirem.

Zmiany w obrębie narządów płciowych zewnętrznych rozwijają się zwykle jednocześnie ze zmianami

umiejscowionymi w innych obszarach. Wskazane jest jak najszybsze rozpoczęcie leczenia acyklowirem, najlepiej w ciągu 24 godz. od pojawienia się pierwszych objawów infekcji, ze względu na największą skuteczność podejmowanego leczenia. Podsumowując, należy podkreślić, iż infekcja wirusowa powinna zostać wyleczona ze względu na ryzyko rozwoju raka w tkankach dotkniętych zakażeniem. W przypadku kobiet ciężarnych ze zmianami wirusowymi w obrębie krocza niezwykle ważna jest decyzja o wykonaniu cięcia cesarskiego, aby uniknąć zakażenia płodu podczas porodu [19, 20].

Summary

The aim of the study is to familiarize gynecologists with a very important problem of viral diseases located in the genital region, because of potential carcinoma risk, possibility of intrauterine infections in pregnant women and consequences for the newborn. The most commonly encountered viral infections of the genital region in women have been reviewed, including condylomata acuminatum, herpes genitalis, molluscum contagiosum and herpes zoster.

Key words: *genitals, viral infections, dermatology*

Piśmiennictwo

1. Condylomata International Collaborative Study Group. *Recurrent condyloma acuminatum treated with recombinant interferon alpha-2a*. JAMA 1991; 265: 2694-687.
2. Powell LC Jr. *Condyloma acuminatum*. Clin Obstet Gynecol 1972; 15: 948.
3. Sawchuk WS, Webber PJ, Lowy DR, et al. *Infectious papilloma virus in the vapor of warts treated with carbon dioxide laser or electrocoagulation*. J Am Acad Dermatol 1989; 21: 41-49.
4. *Gawkrodger DJ. An illustrated colour text dermatology*. Churchill Livingstone, New York 1997.
5. Brown ZA, Bery S, Vontver LA. *Genital Herpes simplex infections complicating pregnancy*. J Reprod Med 1986; 31: 420-5.



6. Goldberg LH, Kaufman RH, Kurtz TO, et al. *Long-term suppression of recurrent genital herpes with acyclovir*. Arch Dermatol 1993; 120: 582-97.
7. Kaufman RH, Dreesman GR, Burek J, et al. *Herpesvirus-induced antigens in squamous cell carcinoma in situ of the vulva*. N Engl J Med 1981; 305: 483-8.
8. Epstein WL. *Molluscum contagiosum*. Semin Dermatol 1992; 11: 184-9.
9. Prober CG, Corey L, Brown ZA, et al. *The management of pregnancies complicated by genital infection with herpes simplex virus*. Clin Infect 1992; 5: 1031-8.
10. Stagno S, Whitley R. *Herpesvirus infections of pregnancy*. N Engl J Med 1985; 313: 1270-4.
11. Jabłońska S, Chorzelski T. *Choroby skóry*. Wyd Lek PZWL, Warszawa 2001.
12. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K (red.). *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. Vol. 2, Mc Graw Hill, New York 2003.
13. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, Burgdorf WHC (red.). *Dermatologia*. Vol. 1, Wyd Czelej, Lublin 2002.
14. Memar O, Tying SK. *Cutaneous viral infections*. J Am Acad Dermatol 1995; 33: 279-87.
15. Jabłońska S, Majewski S, Obątek S, et al. *Cutaneous warts*. Clin Dermatol 1997; 15: 309-19.
16. Brugha R, Keersmaekers K, Renton A, et al. *Genital herpes infection: a review*. Int J Epidemiol 1997; 26: 17-32.
17. Pereira FA. *Herpes simplex: evolving concepts*. J Am Acad Dermatol 1997; 137: 440-4.
18. Lewis EJ, Lam M, Crutchfield CE 3rd. *An update on molluscum contagiosum*. Cutis 1997; 60: 29-34.
19. Arvin AM. *Varicella-zoster virus: overview and clinical manifestations*. Semin Dermatol 1996; 15: 4-7.
20. Kost RG, Straus SE. *Postherpetic neuralgia – pathogenesis, treatment, and prevention*. N Engl J Med 1996; 335: 32-42.

Adres do korespondencji

dr n. med. **Helena Rotsztejn**
 Poradnia Dermatologiczna Przychodni Specjalistycznej
 Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki
 ul. Rzgowska 281/289
 93-338 Łódź
 tel. +48 422 71 10 93
 faks +48 422 71 66 53
 e-mail: mchl3@wp.pl

