Der seltene Fall in der gynäkologischen Praxis – eine häufige hausärztliche Diagnose

Daniel Brügger

Die 51-jährige Patientin leidet Mitte August unter Müdigkeit, Halsweh und seit zwei Tagen unter schmerzhaften bläschenförmigen Effloreszenzen labial links. Unter kolposkopischer Vergrösserung scheinen die teilweise verkrusteten, plaqueartigen Effloreszenzen im Bereich des linken labium majus pigmentiert zu sein. Zudem ist die Haut linksseitig entzündet und induriert, cranial bis gegen den mons pubis zu. Inguinale Lymphknoten sind beidseits unauffällig. Differentialdiagnostisch denke ich an einen Morbus Bowen oder einen Herpes simplex genitalis, weshalb ich zwei kleine Probebiopsien entnehme, die ich an ein Pathologieinstitut einsende (in meinen 25 Jahren gyn. Praxis habe ich noch nie einen M. Bowen diagnostiziert). Zudem PCR-Abstriche auf HSV 1+2, sowie HPV. Probatorischer Beginn mit Valaciclovir 2× 500 mg tgl. Die Histologie ergibt ein Ulcus mit Viruseinschlusskörpern und chronischer Entzündung, vereinbar mit einer Herpes-simplex-Infektion. Alle PCR-Befunde fallen negativ aus. Die Kontrolle nach 5 Tagen zeigt eine leichte Regredienz der lokalen Effloreszenzen, doch sind die Schmerzen weiterhin störend, aber nicht so ausgeprägt vorhanden wie bei einem typischen HSV-Primärinfekt. Weiterhin auffallend sind die deutliche Hautentzündung und die einseitige Befundlokalisation. Einer intuitiven Eingebung folgend denke ich differentialdiagnostisch an eine Gürtelrose an ungewohnter Körperstelle und erhöhe die Valaciclovir-Dosis auf 3× 1 g tgl. für weitere 5 Tage. Die telefonische Rückfrage beim Pathologen weist darauf hin, dass histomorphologisch zwischen Herpes simplex und Herpes zoster nicht unterschieden werden kann. Die nachträglich im Material der Erstkonsultation veranlasste zusätzliche PCR-Analyse ergibt molekularbiologisch einen positiven VZV-DNA-Nachweis und bestätigt die Diagnose eines linksseitigen labialen Herpes-zoster-Infektes. Anfang Oktober ist die Patientin beschwerdefrei, restitutio ad integrum ohne postherpetische Neuralgie.

Der Autor hat keine finanzielle Unterstützung und keine anderen Interessenskonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Kurzdiskussion

In der Literatur finden sich wenige Angaben zur Häufigkeit des Herpes zoster der Vulva. Bei 2225 Patienten mit positivem PCR-Nachweis von viraler DNA [1] fanden sich in 36% HSV-1, in 61% HSV-2 und immerhin in 2,9% VZV. Die Mehrzahl dieser 65 Patienten mit genitaler VZV-Infektion wurden vor dem Laborbefund klinisch als Herpes-simplex-Erkrankte eingestuft. Die korrekte Diagnose ist wichtig, um die perorale Therapie ausreichend zu dosieren, die Infektionsquelle respektive den Übertragungsweg richtig zu interpretieren sowie das fehlende lokale Rezidivrisiko bei vulvärem Herpes zoster so kommunizieren zu können.
In der Schweiz ist ein prophylaktischer Impfstoff gegen Herpes zoster ab dem Alter von 50 Jahren zugelassen. Dieser ist einerseits seit 2011 nicht mehr verfügbar und andererseits von der EKIF und dem BAG nicht empfohlen [2].

Korrespondenz:
Dr. Daniel Brügger
Frauenarztpraxis
Bahnweg 55
CH-3177 Laupen
daniel.bruegger[at]hin.ch

Literatur

1 C J Birch CJ, Druce JD, Catton MC, MacGregor L, Read T: Detection of varicella zoster virus in genital specimens using a multiplex polymerase chain reaction. Sex Transm Infect. 2003;79:298–300.
2 Eidgenössische Kommission für Impffragen, Bundesamt für Gesundheit. Übertragbare Krankheiten. Impfung gegen Herpes zoster: keine Aufnahme in den Schweizerischen Impfplan. Bull BAG 2010;Nr. 6:97–101.