Nawrotowa opryszczka sromu

W przypadkach nawrotowej opryszczki sromu (powyżej 4 epizodów/rok) rekomenduję profilaktykę acyklowirem przez pół roku, po czym można zrobić przerwę na dalszą obserwację, z biegiem lat dynamika nawrotów się zmniejsza. Do tej pory rekomendowałam 400 mg/dz, ale obecnie obowiązuje dawka profilaktyczna to 800 mg/dz (tabl a 800mg). Jeśli takie postępowanie nie jest skuteczne, upewnij się, że pacjentka przyjmuje lek prawidłowo, wyklucz HIV, różnicuj z innymi chorobami na sromie (wymaz z wykwitu z badaniem PCR). Ostatecznie możesz zmienić profilaktykę na walacyklowir 500 mg/dz (tabl a 500 mg), jest droższy (kuracja ok. 170 zł/msc w profilaktyce), bez refundacji. Oporność na acyklowir u osób immunokompetentnych jest rzadka (<1%).

Postępowanie w profilaktyce nawrotów

Krok zerowy: sprawdź dawkę, zanim uznasz niepowodzenie

Standardowa dawka supresyjna acyklowiru to **800 mg/dobę**.

Zweryfikuj rozpoznanie

Zanim zmienimy lek — potwierdź, że to HSV. Metodą z wyboru jest **PCR z wymazu aktywnej zmiany, z typowaniem HSV-1/HSV-2**. Różnicuj z nawrotowymi dermatozami sromu: liszaj twardzinowy, płaski czy prosty, wyprysk kontaktowy (CD), zapalenia mieszków włosowych (folliculitis), chorobą Behçeta.

Typowanie nie zmienia doboru leku ani dawek, ale wpływa na strategię: HSV-2 nawraca genitalnie częściej (mocniejsze wskazanie do supresji), genitalny HSV-1 zwykle rzadziej (często wystarczy leczenie epizodyczne). PCR z typowaniem wykonują ogólnopolskie sieci laboratoriów komercyjnych oraz laboratoria wirusologiczne szpitali.

Dawkowanie — supresyjne i epizodyczne

Leczenie supresyjne (częste nawroty, zwykle ≥4–6/rok, lub duży wpływ na jakość życia):

Lek	Dawka supresyjna
Acyklowir	800 mg/dobę
Walacyklowir	500 mg 1×/dobę (rozważ 1 g 1×/dobę przy bardzo częstych nawrotach)

Leczenie epizodyczne (interwencyjne) — rozpocznij jak najwcześniej, najlepiej w okresie prodromalnym lub tuż po pojawieniu się pierwszych zmian/objawów:

Lek	Dawka epizodyczna	Czas trwania
Acyklowir	400 mg 3×/dobę (schematy alternatywne wg ChPL preparatu) lub 800 mg 3x/dobę	7 dni 2 dni
Walacyklowir (Vaciclor)	500 mg 2×/dobę	3–5 dni; w pierwotnym zakażeniu o ciężkim przebiegu do 10 dni

Dostępność i koszt w Polsce

Acyklowir — wiele preparatów doustnych (m.in. Heviran, Antivir, Hascovir, Zovirax), w dawkach 200 mg i 400 mg. Refundacja 50% we wskazaniu opryszczka. Tabletki 400 mg bez refundacji ok. **20–50 zł za 30 tabl.**

Walacyklowir — **bez refundacji**; w praktyce dostępny jeden preparat: **Vaciclor 500 mg, tabl. powl., 10 tabl. — ok. 59 zł**. Konsekwencje kosztowe:

- Supresja (500 mg 1×/dobę) → ok. 3 opakowania miesięcznie (~177 zł/mies.).
- Leczenie epizodyczne (500 mg 2×/dobę przez 3–5 dni) → ok. 1 opakowanie na epizod.

Famcyklowir — niedostępny w Polsce.

Kiedy eskalować i kiedy podejrzewać oporność

Przy nawrotach mimo pełnej, regularnej dawki. **Oporność HSV na acyklowir u osób immunokompetentnych jest rzadka (<1%)** — podejrzewaj ją przy utrzymywaniu się lub progresji zmian mimo prawidłowo dawkowanego, potwierdzonego leczenia, zwłaszcza w immunosupresji lub przy nietypowej morfologii (przewlekłe owrzodzenia). W takiej sytuacji zaproponuj **test HIV** i skieruj dalej.

Gdzie kierować

W Polsce nie ma wydzielonej sieci ośrodków referencyjnych dla opornego HSV. Kieruj do jednostek przy szpitalach uniwersyteckich/klinicznych: **kliniki chorób zakaźnych** (diagnostyka oporności, leczenie dożylne foskarnetem/cydofowirem), **kliniki dermatologii i wenerologii**, **poradnie leczenia HIV/AIDS**. Foskarnetu i cydofowiru nie inicjuje się ambulatoryjnie.

Nowe leki

Inhibitory helikazy-primazy (pritelivir, amenamevir) działają niezależnie od kinazy tymidynowej, więc pozostają aktywne wobec szczepów opornych na acyklowir. **W Polsce niedostępne** — pritelivir niezarejestrowany, amenamevir zarejestrowany wyłącznie w Japonii. Znaczenie dziś wyłącznie dla ośrodków referencyjnych.

Ograniczenia

Dawki, statusy rejestracyjne i ceny wymagają weryfikacji na dzień publikacji (Rejestr Produktów Leczniczych, obwieszczenie refundacyjne MZ, cena apteczna).

Źródło

Liczba przeanalizowanych źródeł: 3 dokumenty wytycznych. Opracowano na podstawie: CDC STI Treatment Guidelines 2021; IUSTI/WHO Europe genital herpes guideline (Patel i wsp.); BASHH genital herpes guideline.