

Topisches Capsaicin zur Behandlung der Post-Zoster-Neuralgie

Leserbrief zur Falldarstellung im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 4/2026, Seite 22 ff.

Aus Falldarstellungen lässt sich Vieles für die tägliche Praxis lernen. Insbesondere deshalb, weil Fallberichte nah am klinischen Alltag sind und es um individuelle Schicksale dabei geht. Deshalb ein Dankeschön an den Autor, Dr. Stephan Scheike. Der Fokus seiner Darstellung liegt auf der medikamentösen Behandlung der post-zosterischen Neuralgie mittel Capsaicin-Pflaster [1]. Ich möchte jedoch auf einen scheinbaren Nebenaspekt des Fallberichtes eingehen. In der Publikation heißt es: „Es wird berichtet über eine 71-jährige Patientin, welche sich im September 2024 mit Schmerzen im Bereich der Nacken- und Halsregion sowie im Dekolleté linksseitig und der linken Schulter hausärztlich vorstellt. Im Rahmen der klinischen Untersuchung zeigten sich **in den Dermatomen C3-Th2 Herpes Zostertypische Hauteffloreszenzen**. Es erfolgte zunächst eine medikamentöse Schmerztherapie mit Ibuprofen sowie eine topische Behandlung mit Zink-Salbe. **Eine systemische antivirale Therapie wurde nicht durchgeführt.**“ (Hervorhebungen durch den Autor).

Es ist schon verwunderlich, dass bei Diagnosestellung einer frischen Infektion mit Herpes zoster (Bläschen vorhanden, kurze Anamnese) durch den erstbehandelnden Hausarzt auf eine antivirale Therapie komplett verzichtet wurde. Zink-Salbe ist nicht als topische Therapie des H. zoster anzusehen, allenfalls werden hierdurch die Bläschen zum Eintrocknen gebracht, die Infektion selbst wird hierdurch nicht beeinflusst.

Welche Risikofaktoren sind für die post-zosterische Neuralgie bekannt? Ein Alter ≥ 60 Jahre, ausgeprägte Hautveränderungen, prodromale Schmerzsymptome, Rauchen, Alkoholmiss-

brauch, immunsuppressiver Status und Begleiterkrankungen wie Diabetes mellitus, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Bluthochdruck, bösartige Tumore oder chronische Nierenerkrankungen sowie eine hohe Viruslast wurden als unabhängige Risikofaktoren identifiziert [2, 3]. Dem Leser stehen keine detaillierten Angaben zu Vorerkrankungen zur Verfügung, doch das höhere Lebensalter (71 Jahre) und eine Ausbreitung über drei Dermatome sind belegt.

Laut S2K-Leitlinie „Diagnostik und Therapie des Zoster und der Postzosterneuralgie“ ist eine systemische antivirale einzuleiten bei:

- Zoster lokalisationsunabhängig bei Patienten > 50 Jahre,
- Zoster im Kopf-Hals-Bereich,
- Zoster lokalisationsunabhängig mit assoziiertem mittelschwerem bis schwerem Schmerz,
- hämorrhagischen oder nekrotischen Läsionen,
- multisegmentalem Befall,
- aberrierenden Bläschen/Satellitenläsionen,
- mukokutanem Befall,
- Zoster bei immunsupprimierten Patienten,
- Zoster bei Patienten mit prädisponierenden Hauterkrankungen (zum Beispiel atopische Dermatitis),
- Zoster bei Kindern und Jugendlichen unter Langzeittherapie mit topischen Steroiden [4].

Optimal ist es, die antivirale Behandlung ist innerhalb der ersten 72 Stunden einzuleiten. Die Erstlinientherapie besteht in der Gabe von Aciclovir. Die perorale Dosierung bei Erwachsenen sollte fünf mal 800mg/Tag betragen. Die orale Applikation erzielt nur eine

begrenzte Bioverfügbarkeit und ist der intravenösen Gabe deutlich unterlegen, bei unkompliziertem Verlauf aber zu bevorzugen. Als Alternative in der oralen Behandlung steht Brivudin (125 mg einmal täglich) zur Verfügung. Eine frühzeitige systemische antivirale Therapie reduziert das Risiko einer post-zosterischen Neuralgie [5].

Die Behandlung der post-zosterischen Neuralgie mit Capsaicin-Pflaster ist eine effektive Methode. Mit frühzeitiger Einleitung der leitliniengerechten antiviralen Sytemtherapie hätte das Risiko für die H. zoster-Komplikation jedoch deutlich reduziert werden können [6]. ■

Literatur unter
www.slaek.de/aerzteblatt-sachsen

Prof. Dr. med. habil. Uwe Wollina, Dresden

Antwort

Sehr geehrter Herr Prof. Wollina, Ich stimme Ihnen vollkommen zu, dass solche Fallberichte die Realität und die Herausforderungen der Patientinnen und Patienten realitätsnah darstellen. Danke auch für die Bemerkungen zu Akut-Behandlung, potenziellen Risikofaktoren und Begleiterkrankungen für die Entstehung der post-zosterischen Neuralgie. Es ist ein Asthma bronchiale bekannt. Ansonsten lagen außer den im Fallbericht geschilderten, keine weiteren bisher identifizierten Risikofaktoren (prodromale Schmerzsymptome, Rauchen, Alkoholmissbrauch, immunsuppressiver Status und Begleiterkrankungen wie Diabetes mellitus, chronisch obstruktive Lungenerkrankung [COPD], Bluthochdruck, bösartige Tumore oder chronische Nierenerkrankungen) bei der beschriebenen Patientin vor.

Dr. med. Stephan Scheike, Leipzig