

Trigeminal Sinir Dermatomu Yerleşimli Pediatrik Herpes Zoster

Pediatric Herpes Zoster Located In The Trigeminal Nerve Dermatome

¹Ayben Leblebici, ²Seher Tekeli, ²Merve İşeri Nepesov, ³Meltem Dinleyici,

²Ömer Kılıç, ¹Ener Çağrı Dinleyici

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Eskişehir, Türkiye

²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Enfeksiyon Bilim Dalı, Eskişehir, Türkiye

³Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sosyal Pediatri Anabilim Dalı, Eskişehir, Türkiye

Özet

Herpes zoster diğer ismi ile zona, dorsal kök ganglionlarında latent kalan varicella zoster virüsünün reaktivasyonu sonucu ciltte veziküler lezyon olarak karşımıza çıkar. Birincil suçiçeği enfeksiyonundan veya aşı uygulamasından sonra herhangi bir zamanda görülebilir. Sağlıklı çocuklarda nadiren görülür ve çoğunlukla kendi kendini sınırlar. Altta yatan herhangi bir immünyüpresyon öyküsü veya kronik hastalığı olmayan sekiz yaşında kız hasta, trigeminal sinir tutulumu ile seyreden zona tanısı ile oral asiklovir tedavisi alırken yeni döküntülerin ortaya çıkması, şiddetli ağrı şikayeti oluşması üzerine intravenöz asiklovir ile tedavi edildi. Ağrı kontrolü için oral analjezikler ve topikal lidokain içerikli pomad uygulandı. Takiplerinde bakteriyel süperenfeksiyon gelişmesiyle trimetoprim-sulfametoksazol tedavisi verildi ve intravenöz asiklovir tedavisi 7 güne tamamlandı.

Anahtar Kelimeler: çocuk, herpes zoster, trigeminal sinir

Abstract

Herpes zoster, also known as shingles, appears as a vesicular lesion on the skin as a result of the reactivation of varicella zoster virus, which remains latent in the dorsal root ganglia. Herpes zoster can develop at any time after the primary varicella infection or vaccination. It occurs rarely in healthy children and is mostly self-limiting. An eight-year-old female patient without any underlying immunosuppression history or chronic disease was treated with intravenous acyclovir due to the emergence of new rashes and severe pain while receiving oral acyclovir treatment with the diagnosis of herpes zoster with trigeminal nerve involvement. Oral analgesics and topical lidocaine-containing ointment were applied for pain control. Trimethoprim-sulfamethoxazole treatment was given for bacterial superinfection and intravenous acyclovir treatment was applied for 7 days.

Keywords: child, herpes zoster, trigeminal nerve

Correspondence:

Merve İŞERİ NEPEYOY
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Enfeksiyon Bilim Dalı, Eskişehir, Türkiye
e-mail: iserimerve@yahoo.com

Received 17.06.2020 Accepted 26.04.2021 Online published 27.04.2021

Leblebici A, Tekeli S, Iseri Nepesov M, Dinleyici M, Kılıç O, Dinleyici EC, Pediatric Herpes Zoster Located In The Trigeminal Nerve Dermatome, Osmangazi Journal of Medicine, 2022;44(1):134-138 Doi: 10.20515/oid.754007

1. Giriş

Varisella zoster virüs (VZV), herpes virüs ailesinin alfa herpes grubundan olan çift sarmallı bir DNA virüsüdür. VZV'nin neden olduğu primer enfeksiyon suçiçeği olup virüs duyu sinirlerinin arka kök gangliyonlarında latent olarak kalır. Vahşi tip veya aşı tipi VZV ile ortaya çıkan primer bir enfeksiyon, herpes zoster için ön koşuldur (1). Latent virüsün konakta aktivasyonu herpes zoster ile sonuçlanır.

Herpes zoster gelişimi için risk faktörleri kadın cinsiyet, siyah ırk, aile öyküsü ve komorbidite varlığıdır (2). Küçük çocuklarda herpes zoster daha çok servikal ve sakral dermatoma yerleşir (3). Yetişkinlerde lezyonlar alt torasik ve üst lomber dermatomlarda daha sık görülür ve trigeminal siniri içerebilir (3). Herpes zoster tanısı, belirgin klinik görünüm ve semptomatolojiye dayanarak klinik olarak konulur (4). Antiviral tedavinin amacı viral yükü azaltmak, kutanöz lezyonların iyileşmesini hızlandırmak, yeni lezyon oluşumunu önlemek, akut nörit ile ilişkili ağrıyı ve muhtemel komplikasyonları azaltmaktır (5). Bu çalışmada altta yatan herhangi bir hastalığı olmayan ve trigeminal sinir tutulumu ile seyreden sekiz yaşındaki zona olgusu sunulmuştur.

2. Olgu Sunumu

8 yaşında kız hasta 1 hafta önce sağ tragustan başlayıp ağzın sağ köşesine kadar yayılım gösteren döküntü şikayetiyle Çocuk Acil Birimine başvurdu. Döküntü dışında ek bir şikayeti yoktu. Hikayesinden bir hafta önce sağ tragus cildinde birkaç adet veziküler döküntü gelişmesi nedeniyle dış sağlık kuruluşuna başvurduğu ve azitromisin antibiyoterapisi başladığı öğrenildi. Hastanın bilinen kronik hastalık öyküsü veya düzenli ilaç kullanımı yoktu. Suçiçeği aşısı uygulanmamış olup suçiçeği geçirme öyküsü mevcuttu. Döküntüleri herpes zoster olarak değerlendirilerek oral asiklovir (80 mg/kg/gün, 4 dozda) tedavisi başlandı. Oral asiklovir tedavisinin ikinci gününde döküntülerin gerilememesi, 4-5 adet benzer döküntünün sırtta da görülmesi ve şiddetli ağrı şikayetleriyle hasta tekrar başvurdu. Fizik muayenede; trigeminal sinirin mandibuler dalı tutulumu ile uyumlu olacak şekilde sağ dış kulak yolunda, sağ tragustan ağız köşesine kadar uzanan eritemli zeminde veziküler lezyonlar görüldü, şiddetli ağrısı mevcuttu (Resim 1). Sırtta herhangi bir dermatoma uymayan dağınık yerleşimli 5 adet veziküler döküntü görüldü. Fizik muayenesinde ek bulgu saptanmayan hastanın laboratuvar tetkiklerinde tam kan sayımı, kan biyokimyası, akut faz reaktanları normal bulundu.



Resim 1. Trigeminal sinir dermatomu yerleşimli herpes zoster ile uyumlu veziküler döküntü

Herpes zoster tanısı konulan hastaya intravenöz asiklovir (30 mg/kg/gün, 3 dozda) tedavisi başlandı. Lezyonların olduğu bölgede şiddetli ağrı olması üzerine Algoloji Bilim Dalının önerisiyle ibuprofen (8 mg/kg/doz günde 1 kez) ve parasetamol (10 mg/kg/doz günde 3 kez) tedavisi verildi, lezyonlara topikal lidokain içerikli pomad uygulandı; hastanın ağrı şikayeti geriledi. Dış kulak yolundaki veziküler lezyonlar nedeniyle Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalının önerisiyle %3 burrow solüsyonu 3x5 damla 10 gün süreyle uygulandı. İşitme testinde her iki kulak duyma fonksiyonu normal olarak değerlendirildi. İntravenöz asiklovir tedavisinin ikinci gününde 38 °C ateşi görülen hastanın fizik muayenesinde mevcut cilt lezyonları haricinde ateş odağı saptanmadı,

laboratuvar tetkiklerinde akut faz reaktanlarında artış görülmedi, gönderilen kan kültüründe patojen bakteri üremesi görülmedi. Ciltte sekonder bakteriyel enfeksiyon düşünülerek trimetoprim-sulfametoksazol tedavisi başlandı. Döküntüleri ve ağrı şikayeti gerileyen hastanın intravenöz asiklovir tedavisi ve trimetoprim-sulfametoksazol tedavisi 7 güne tamamlandı. Hastanın taburculuk sonrası ikinci ay poliklinik kontrolünde fizik muayenede; sağ auriculadan malar bölge ve çeneye doğru uzanan dermatomal hat üzerinde yer yer eritemli, yer yer hiper veya hipopigmente maküler ve krutlu lezyonlar saptandı (Resim 2). Hastanın bir yıllık klinik izleminde iyilik halinin sürdüğü, ağrısının olmadığı belirlendi.



Resim 2. Trigeminal sinir dermatomu yerleşimli hiper ve hipopigmente maküler ve krutlu lezyonlar

3. Tartışma

Herpes zoster, virüse özgü hücrel bağışıklığın azalmasıyla latent VZV'nin yeniden aktive olmasından kaynaklanır. Genellikle ileri yaşlı veya immünsüpresif bireylerde görülsede tüm yaş gruplarında ve immünkompetan bireylerde de görülebilir (6). Yirmi altı ülkeden 130 çalışmanın dahil edildiği meta-analizde herpes zoster görülme sıklığı yılda 3-5/1000 kişi arasında saptanmıştır (7). Yaş ve cinsiyete göre bakılan herpes zoster insidansı ise genel popülasyonda 3.2/1000 kişi iken bu oran 0-14 yaş arası

çocuklarda 1.1/1000 kişidir (8). Genel olarak, yaşamın ilk yılında enfekte olanlar hariç 10 yaş altında herpes zoster görülmesi nadirken, primer enfeksiyonu erken dönemde geçiren çocuklarda herpes zoster gelişme olasılığı daha fazladır (9). İmmün sistemi baskılanmış bireyler, aynı yaşta ki immünkompetan bireylerden belirgin daha yüksek risk taşıyor (10). Ayrıca altta yatan astım, diyabet, böbrek yetmezliği, malignite gibi hastalık öyküsü olan çocuklarda zona gelişme riski daha fazladır (11,12). Bizim olgumuz 8 yaşında kız

hasta olup altta yatan herhangi bir hastalığı bulunmamaktaydı.

Herpes zoster, aşılama sonrası VZV aşı suşuna bağlı gelişebilmekte fakat vahşi tip suçiçeği sonrası gelişenden daha hafif seyretmektedir (1, 13). Varisella aşısı olan hem sağlıklı hem de bağışıklığı baskılanmış çocuklarda herpes zoster insidansı, doğal varisella enfeksiyonu yaşayan çocuklardan daha azdır (1,13). Aşılı hastalarda herpes zostere bağlı döküntüler daha çok lumbosacral dermatomda ve az sayıda görülürken, 10 yaş altı vahşi tip varisellaya bağlı zona enfeksiyonu daha çok torasik dermatomda gözlenir (13). Ülkemizde suçiçeği aşısı Ocak 2012 tarihinden itibaren doğan 12. aydaki çocuklara tek doz olarak yapılmakta olup bizim olgumuzun suçiçeği aşısı bulunmamaktaydı (14).

Herpes zoster genellikle bir veya daha az yaygın olarak iki veya üç komşu dermatom alanında lokalize veziküler lezyon olarak başlar. Etkilenen bölgede parestezi, yanma veya kaşıntı olabilir (10). Lezyonlar genellikle orta hattı geçmez (4). Klinik çocuk yaş grubunda erişkine göre genellikle daha hafif seyrlidir. Veziküller büllöz lezyonlar oluşturmak için birleşebilirler (10). Veziküler ve büllöz lezyonlar 7-10 gün içerisinde püstüler veya bazen de hemorajik hale gelebilir ve sonuçta krutlanır (10,15). Herpes zoster ilişkili iki tür ağrı tanımlanmış olup ilki duysal nöronlarda VZV'ün reaktivasyonunun neden olduğu akut ağrıdır. İkincisi ise hastalığın akut fazı geçtikten sonra, genellikle iyileşmiş döküntü alanında gelişen postherpetik nevrалji adı verilen ağrıdır. Çocuklarda postherpetik nevrалji nadiren görünür (16). Bizim olgumuzda belirtiler sağ tragus cildinde birkaç adet veziküler döküntü ile başlamış olup 2 gün içerisinde sağ ağız köşesine kadar yayılmış, sırtta da orta hattı geçmeyecek şekilde veziküler döküntüler izlenmiştir. Ağrı ilk döküntü çıkmasının yedinci gününde şiddetlenmiştir.

Tanı için laboratuvar testleri genellikle gerekli değildir (4). Doğrudan floresan inceleme (FDA) tahlili kullanılarak cilt sıyrıklarında veya veziküllerde spesifik viral antijenlerin gösterilmesi ile teşhis gerekirse doğrulanabilir. Lezyonun polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) ile viral DNA analizi, vahşi

tip ile aşı tipini ayırt etmek için kullanılabilir (4). Belirgin klinik görünümü ve tipik ağrısı olması nedeniyle olgumuzda herhangi bir laboratuvar tanı testine gerek duyulmamıştır.

Sık görülen komplikasyonlar ikincil bakteriyel enfeksiyon, inflamasyon sonrası depigmentasyon ve skar gelişimidir (17,18). Herpes zoster oftalmik tutulumu şiddetli göz ağrısı, konjonktivit, retina nekrozu, oftalmoparezi / pleji, sklerokeratit, ön üveit ve optik nörite yol açabilir (4). Herpes zoster akut döneminden sonra düzelmeyen bir ağrı sürekliliğini temsil eden postherpetik nevrалji, çocuklarda nadir görülür (15). Diğer nadir komplikasyonlar arasında Ramsay Hunt sendromu, Guillain-Barré sendromu, alt solunum yolu enfeksiyonu, aseptik menenjit, ensefalit, meningoensefalit, ventrikülit, miyelit, kraniyal ve periferik sinir parezi/pleji görülebilir (4,10,17,19). Bizim olgumuza da asiklovir tedavisinin 2. gününde gelişen ateşinin sekonder bakteriyel enfeksiyon kaynaklı olabileceği düşünüldüğünden antibiyotik tedavisi 7 gün süreyle verildi. Oftalmik tutulum düşündürülen herhangi bir bulgu saptanmadı, izleminde postherpetik nevrалji görülmedi.

İmmünkompetan çocuklarda herpes zoster çoğunlukla kendi kendini sınırlayan bir enfeksiyon olması nedeniyle antiviral tedavi tartışmalıdır, bununla birlikte asiklovir kullanımı cilt lezyonlarının daha hızlı iyileşmesinde ve akut ağrının giderilmesinde etkilidir (16). İmmün sistemi baskılanmış yaygın hastalık riski taşıyan çocuklarda veya ciddi herpes zoster vakalarında intravenöz asiklovir tercih edilen tedavi yöntemidir (4,16). İdeal ilaç uygulaması döküntü başlangıcının ilk 72 saatidir (15). Nevralji önlenmesinde antiviraller, topikal analjezikler ve nonsteroid anti inflamatuvar ilaçlar kullanılabilir (4). Bizim olgumuzda, hastanın şikayetinin bir haftadır olması ve döküntünün bu süreçte giderek yaygınlaşması ayrıca akut şiddetli ağrının gelişmesi nedeniyle asiklovir tedavisi intravenöz olarak 7 gün boyunca verildi. Nevralji için oral ve lokal analjezik tedavi uygulandı. Tedavi sonrası birinci hafta kontrolünde tüm lezyonlarda belirgin gerileme gözlemlendi.

Sonuç olarak sağlıklı çocuklar da herpes zoster enfeksiyonu geçirebilmekte olup, klasik

tutulmuş yerleri dışında atipik yerleşim görülebilmektedir. İmmünkompetan bireylerde hastalık genelde iyi seyirlidir ve komplikasyonsuz iyileşir. Hastamızda

antiviral ve analjezik tedavi ile akut nörite bağlı ağrı azalmış olup; kutanöz lezyonlarda iyileşme görülmüştür.

KAYNAKLAR

1. Chun C, Weinmann S, Riedlinger K, et al. Laboratory characteristics of suspected herpes zoster in vaccinated children. *Pediatr Infect Dis J*. 2011;30:719-21.
2. Kawai K, Yawn BP. Risk Factors for Herpes Zoster: A Systematic Review and Meta-analysis. *Mayo Clin Proc*. 2017;92:1806-21.
3. Leung AK, Robson WL, Leong AG. Herpes zoster in childhood. *J Pediatr Health Care*. 2006;20:300-3.
4. Dayan RR, Peleg R. Herpes zoster - typical and atypical presentations. *Postgrad Med*. 2017;129:567-71.
5. Feder HM Jr, Hoss DM. Herpes zoster in otherwise healthy children. *Pediatr Infect Dis J*. 2004;23:451-7.
6. Hwang JH, Kim KH, Han SB, et al. A clinico-epidemiological multicenter study of herpes zoster in immunocompetent and immunocompromised hospitalized children. *Clin Exp Vaccine Res*. 2019;8:116-23.
7. Kawai K, Gebremeskel BG, Acosta CJ. Systematic review of incidence and complications of herpes zoster: towards a global perspective. *BMJ Open*. 2014;4:e004833.
8. Insinga RP, Itzler RF, Pellissier JM, et al. The incidence of herpes zoster in a United States administrative database. *J Gen Intern Med*. 2005;20:748-53.
9. Stein M, Cohen R, Bromberg M, et al. Herpes zoster in a partially vaccinated pediatric population in central Israel. *Pediatr Infect Dis J*. 2012;31:906-9.
10. Staikov I, Neykov N, Marinovic B, et al. Herpes zoster as a systemic disease. *Clin Dermatol*. 2014;32:424-9.
11. Hata A, Kuniyoshi M, Ohkusa Y. Risk of Herpes zoster in patients with underlying diseases: a retrospective hospital-based cohort study. *Infection*. 2011;39:537-44.
12. Kim BS, Mehra S, Yawn B, et al. Increased risk of herpes zoster in children with asthma: a population-based case-control study. *J Pediatr*. 2013;163:816-21.
13. Civen R, Chaves SS, Jumaan A, et al. The incidence and clinical characteristics of herpes zoster among children and adolescents after implementation of varicella vaccination. *Pediatr Infect Dis J*. 2009;28:954-9.
14. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Suçiçeği aşısı uygulaması. 2013 (Erişim Tarihi: 11.3.2021). https://hsgm.saglik.gov.tr/dosya/mevzuat/genel_nitelikli_yazilar/asi_db/sucicegi_asisi_uygulamasi_fedb8.pdf
15. Saguil A, Kane S, Mercado M, et al. Herpes Zoster and Postherpetic Neuralgia: Prevention and Management. *Am Fam Physician*. 2017;96:656-63.
16. Cherry JD, Harrison GJ, Kaplan SL, Steinbach WJ, Hotez PJ. (2019), Feigin and Cherry's Textbook of Pediatric Infectious Disease. 8th ed. Philadelphia: Elsevier.
17. El Hayderi L, Nikkels-Tassoudji N, Nikkels AF. Incidence of and Risk Factors for Cutaneous Scarring after Herpes Zoster. *Am J Clin Dermatol*. 2018;19:893-97.
18. Bader MS. Herpes zoster: diagnostic, therapeutic, and preventive approaches. *Postgrad Med*. 2013;125:78-91.
19. O'Connor KM, Paauw DS. Herpes zoster. *Med Clin North Am*. 2013;97:503-22.