

## Atipik Yerleşimli Herpes Zoster Olgusu

### An Atypical Presentation of Herpes Zoster Case

Uğur ERGÜN\*

\*Demirci Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları, Manisa / TÜRKİYE

## ÖZET

Akut herpes zoster, geçmiş yıllarda varicella zoster virüsü ile enfekte olmuş ve latent kalmış kişilerde yaşamın ileriki yıllarda virüsün genellikle reaktif olmasıyla zona olarak bilinen klinik durumdur. İmmunsistemi etkileyen birçok faktör kaynaklı ortaya çıkmaktadır. Ağrılı ve derideki veziküller döküntü başlıca bulgularıdır. Belli başlı dermatom ve tutulum alanları olan bu hastalığı ön kol gibi atipik yerleşim gösteren olgular çok nadir görülmektedir. Tedavide öncelikle anti viral ile analjezik tedavi verilmektedir. Atipik yerleşim gösteren ön kol C8-T1 arası dermatom hattında etkili olan akut herpes zosterli olguyu literatüre katkı amaçlı sunduk.

**Anahtar Kelimeler:** Zona, ön kol, atipik yerleşim

## ABSTRACT

Acute herpes zoster is the clinical condition known as shingles, in which the virus usually reactivates in later years of life in people who have been infected with the varicella zoster virus in the past years and remain latent. It is caused by many factors that affect the immune system. Painful and vesicular rash on the skin are the main findings. Cases with atypical localization such as the forearm of this disease, which has certain dermatomes and areas of involvement, are very rare. In the treatment, primarily antiviral and analgesic therapy is given. We presented a case of acute herpes zoster, which was effective in the dermatome line between the forearm C8-T1 with atypical localization, to contribute to the literature.

**Keywords:** Herpes zoster, forearm, atypical presentation

## GİRİŞ

Akut herpes zoster, geçmiş yıllarda varicella zoster virüsü ile enfekte olmuş ve latent kalmış kişilerde yaşamın ileriki yıllarda virüsün genellikle reaktive olmasıyla zona olarak bilinen klinik durumdur. İmmunitesi sağlam ek bir hastalığı olmayan kişilerde hastalık ılımlı seyrederken; immunitesi zayıf ve kronik hastalıkları mevcut olan kişilerde hastalık ağır şiddetli seyredebilmektedir (1,2).

Zona tipik olarak bir veya iki duyuşal dermatom alanında, vücut orta hattını geçmeyen veziküler lezyonlarla karakterizedir. Klinik tablo döküntüler ortaya çıkmadan 48-72 saat önce tutulan dermatomda şiddetli ağrıyla başlar. Makülopapüler döküntü yerini ağrılı kaşıntılı veziküler döküntülere bırakır. Tutulum yerleri sıklıkla torakal, baş bölgesi gangliyonları olarak bilinmektedir. Ancak azda olsa servikal, lumbal ve sakral gangliyon tutulumlarında görülmektedir (3).

Bu yazımızda ön kol düzeyinde görülen zona hastalığının atipik yerleşimli olması ve çok sık görülmemesi nedeniyle literatüre katkı amaçlı sunmayı amaçladık.

## OLGU

66 yaşında kadın hastanın, 7 gün önce başlayan sol ön kolunda döküntü, kızarıklık ve ağrı yakınmaları nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenede sol ön kolda T1 ve C8'e uyan dermatom hattında yer yer eritemli ağrılı veziküler döküntü tespit edildi (Resim1,2).

**Resim 1.** Sol ön kol distal alanın iç yüzeyinde orta hatta eritemli kümeleşmiş veziküler döküntü



Şiddetli ağrı yakınması olan hastaya vizuel analog skala (VAS) skorlaması yapıldı ve VAS skoru 10 olarak belirlendi. Özgeçmişinde astım dışında önemli bir özellik olmayan hastanın diğer sistemik muayenesi olağandı. Laboratuvar tetkik sonuçları ise normal sınırlar içerisinde görülerek patolojik bulgu tespit edilmedi. Hastanın anamnez ve fizik muayenesi akut herpes zoster enfeksiyonu ile uyumlu olduğu

düşünüldü. Hastaya brivudin 1x125 mg per-oral, fusidik asit topikal uygulama ve analjezik tedavi başlandı. Poliklinik kontrolünde mevcut döküntülerde iyileşme olduğu ancak ağrı yakınmalarının devam etmesi üzerine algoloji bölümüne yönlendirildi.

**Resim 2.** Sol ön kol medial alanda yer yer eritemli makülopapüler, veziküler döküntü



## TARTIŞMA

Varisella zoster virus bilinen rezervuarı insan olan ve bulaşıcılığı yüksek olan bir virüsdür. İki klinik tablo ile karşımıza çıkmaktadır. Çocukluk çağındaki su çiçeği tablosu ve latent bu virüsün reaktivasyonu ile oluşan zona hastalığıdır. Reaktivasyon mekanizması karışık ve net olmayıp genellikle arka kök ganglionlarına virüsün primer enfeksiyon sırasında yerleştiği ve risk faktör sonucu reaktive olduğu bilinmektedir (4,5).

Zona hastalığı, genellikle kronik hastalıklı, immunsupresif bireyler ile 45 yaş üstündekilerde sık görülmektedir. Kadın cinsiyet, immunsupresif durum, travma, diyabetes mellitus, depresyon, emosyonel stres, daha önce geçirilmiş zona hastalığı, ciddi kilo kaybı başlıca risk faktörlerindedir (6,7). Olgumuzda da kadın cinsiyet ve astım gibi kronik hastalığı olması olası riskler olarak görüldü.

Tanıda klasik prodromal ağrı, batma, yanma ve veziküler döküntüler görülmektedir. Tek taraflı etkilenen dermatom boyunca döküntüler görülür. Virus oluşan lezyonlarda birkaç gün kalabilir, immun sistemi baskılanmış kişiler dışında cilt yayılımı sık değildir (8). Olgumuzda sol ön kol medial kısmında sınırlı lezyonları gördük. Olguların %50'sinde toraks alanında, %10-15'inde trigeminşal sinir tutulumu ve T3-L3 arası dermatomlar sık görülmektedir. Olgumuzda C8-T1 arası dermatom hatlarında tutulum olması oldukça nadir görülen bir durumdur (8). Klinikte ise lokal ağrı şiddetli olmaktadır. Ağrı reseptörlerinin inflamasyonu, ciltteki primer nöronların doku hasarı ile uyarılması sonucu olduğu bilinmektedir. Zonada şiddetli ağrı yanında postherpetik nevralji, oftalmik tutulum, döküntülerin sekonder enfeksiyonu da önemlidir (3).

Tedavide antiviral ilaçlar ile sekonder bakteriyel enfeksiyon riski açısından antibiyoterapi, topikal tedavi vb

seçenekler bulunmaktadır. Ağrıya yönelik analjezik tedavi ve gerektiğinde algoloji biriminden destek alınması önerilir. Temel hedef hızlı iyileşme, ağrı kontrolü, ve olabildiğince komplikasyon riskini azaltmaktır. Antiviral tedaviye erken başlamak döküntü iyileşmesini hızlandırır, şiddetini, bazı komplikasyonları azaltır (9).

### **SONUÇ**

Bu olgu sunumu ile zona hastalığının belli başlıca tutulum yerleri olduğu ancak çok nadirde olsa bazı dermatom hatlarında da görülebileceğini literatüre katkı olarak sunmak ve bu durumun engellenmesi, morbidite ve mortalitenin azaltılması amaçlı ileriye ek çalışmaları desteklemek amaçlı sunuldu.

### **KAYNAKLAR**

1. Topçu W. A., Söyletir G. ve Doğanay M. Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi. 4.baskı. Nobel Tıp Kitabevleri. 2017: 1474-78.
2. Schmader K. Herpes zoster. Clin Geriatr Med. 2016; 32: 539–53.
3. Tyring SK. Management of herpes zoster and postherpetic neuralgia. J Am Acad Dermatol 2007; 57: 136-42.
4. Gnann JW Jr, Whitley RJ. Clinical practice: herpes zoster. N Engl J Med 2002; 347: 340-6.
5. Schmader K. Herpes zoster in older adults. Clin Infect Dis 2001; 32: 1481-6
6. Arvin A. Aging, immunity and the varicella zoster virus. NEJM. 2005; 352: 2266-7.
7. Thomas SL. and Hall AJ. What does epidemiology tell us about risk factors for herpes zoster? Lancet Infect Dis. 2004; 4: 26-33.
8. Akpınar ÇK. ve ark. Herpes Zoster Ophthalmicus That Mimics the SUNCT Syndrome. Noro Psikiyatı Ars. 2016; 53: 184-5.
9. Vrcek I., Choudhury E. and Durairaj V. Herpes Zoster Ophthalmicus: A Review for the Internist. Am J Med. 2017; 130: 21–6.