

Trigeminal sinirin sol maksiller ve mandibular dallarını tutan, osteonekroz veya post herpetik nevraljinin eşlik ettiği iki *Herpes zoster* olgusu

Nazan Koçak¹, Irmak Turhal², Zuhale Tuğsel²

¹Mersin Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi AD, Mersin

²Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene AD, İzmir

Öz

Amaç: *Herpes zoster*; gangliyonlarda latent kalmış *varisella zoster* virüsünün reaktivasyonu sonucunda ortaya çıkan viral bir hastalıktır. Bu olgu sunumuyla, diş hekimliğinde nadiren karşılaşılan ve trigeminal siniri tutan *Herpes zoster* enfeksiyonunda komplikasyonların eşlik ettiği iki olgunun tedavi ve prognozlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. **Olgu:** İlk olguda, hemifasyal ağrılı, yüzün sol bölgesinde vezikülleri bulunan bir kadın hasta kliniğimize başvurdu. Hastaya oral antiviral tedavi başlandı ve lezyonları geriledi. Sonrasında post herpetik nevralji gelişti ve ağrı kontrolü için pregabalın reçete edildi. İkinci olguda ise sol maksiller molar bölgesinde bir ay süren yanma şikayeti ve hiperestezi ile bir erkek hasta kliniğimize başvurdu. Muayene sırasında; hastada vezikülobüllöz lezyonlar, alveoler kemikte osteonekroz ve sol maksiller birinci molar dişte devitalizasyon olduğu saptandı. Her iki olguya *Herpes zoster* tanısı konuldu ve tedavi edildi. **Sonuç:** *Herpes zoster* tedavi edilmediğinde, dişlerin devitalizasyonuna ve eksfoliasyonuna, alveoler kemiğin osteonekrozuna ve post herpetik nevraljiye yol açabilen komplikasyonlar göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: antiviral ilaçlar, devitalize diş, *Herpes zoster*, nevralji

Two cases of *Herpes zoster* with osteonecrosis or post herpetic neuralgia involving left maxillary and mandibular branch of trigeminal nerve

Abstract

Aim: *Herpes zoster*; is a viral disease that occurs as a result of reactivation of latent varicella zoster virus in ganglia. In this case report, we aimed to evaluate the treatment and prognosis of two cases with complications in *Herpes zoster* infection, which rarely occurs in dentistry and has trigeminal nerve involvement. **Case:** In the first case, a woman with hemi-facial pain and vesicles in the left side of the face admitted to our clinic. Oral antiviral therapy was initiated and the lesions shrunk. Subsequently, post-herpetic neuralgia occurred and pregabalın was prescribed for the pain control. In the latter case, a male patient with a complaint of burning and hyperesthesia in the molar region of the left maxilla for a month period, admitted to our clinic.

Yazının geliş tarihi:20.03.2017

Yazının kabul tarihi: 24.10.2017

Sorumlu yazar: Nazan KOÇAK, Mersin Üniversitesi Diş Hek. Fak. Ağız-Diş ve Çene Radyolojisi A.D Yenişehir/ Mersin. Tel: 0545 829 78 98 E-posta: nazannkocak@gmail.com

During the examination; vesiculobullous lesions, osteonecrosis of the alveolar bone and devitalization in the first left maxillary tooth were determined in the patient. Both cases were diagnosed with *Herpes zoster* and treated. **Conclusion:** When *Herpes zoster* is not treated, it causes complications that can lead to de-vitalization and exfoliation of the teeth, osteonecrosis of the alveolar bone and post herpetic neuralgia.

Keywords: Antiviral drugs, devitalized tooth, *Herpes zoster*, neuralgia

Giriş

Varisella zoster virüsü (VZV), gangliyonlarda uzun süre kalarak enfeksiyonlara neden olan insan nörotropik herpes virüsleridir. VZV, primer enfeksiyondan sonra duyu ganglionlarında latent kalır ve yıllar sonra virüsün reaktivasyonu sonucunda gelişir.^{1,2} Virüs belirli bir süre sonra kendiliğinden ya da tetikleyici faktörleri takiben, özellikle yaşlılarda ve bağışıklığı baskılanmış bireylerde, reaktif olabilir.³ *Herpes zoster* (HZ) ile ilişkili en yaygın komplikasyon post herpetik nevralkji (PHN).⁴ Bu olgu sunumuyla alveolar kemikte osteonekroz, dişte devitalizasyon gibi eşlik ettiği komplikasyonlarla birlikte nadir görülen veya birden fazla dermatomu tutan ve PHN'nin geliştiği^{5,6}, intraoral veya ekstraoral bölgede görülen, trigeminal siniri tutan HZ'e ait iki farklı olgunun tedavi, takip ve prognozları tartışılarak muayene bulgularına ve komplikasyonlarına dikkat çekmek istenmiştir. Olgu sunumuna katılmış her iki hastadan da sözel ve yazılı onam alınmıştır.

Olgu sunumu-1

Yüzün sol tarafında hemifasiyal ağrı ile ağız, diş ve çene radyolojisi kliniğine başvuran altmış sekiz yaşında bayan hastanın klinik muayenesinde, intraoral olarak herhangi bir patolojik bulgu ile karşılaşılmazken, yüzün sol tarafında (yanak, çene ve dudaklara uzanan bölgede) sıvı dolu veziküller olduğu görüldü. Başlangıçta veziküller küçük ve az sayıda olup, 1 ay sonra sayıları artarak yüzün sol yarısını kapladı. Sol preauriküler, auriküler, temporal bölgenin saçlı derisinde ve sol mental bölgeden başlayarak sol mandibular ramus bölgesine doğru ilerleyen çok sayıda vezikül kümeleri görüldü (Fotoğraf 1A, B, C).



Fotoğraf 1: Birinci olgu; **A:** Preauriküler veziküler lezyonlar, **B:** Temporal bölgede saçlı deri üzerindeki veziküler lezyonlar, **C:** Malar alan, mental bölge ve mandibular ramusa uzanan veziküler lezyonlar, **D:** İyileşen skar dokusu ve hipopigmente alanlar

Sistemik hastalığı bulunmayan hastanın yüzünün sol yarısını tutan veziküller ve sonrasında gelişen PHN ağrısıyla birlikte hastalığa HZ ön tanısı konuldu. Sonrasında hasta dermatoloji kliniği ile konsulte edildi ve tedavi planlaması kliniğin önerileri doğrultusunda gerçekleştirildi. Oral antiviral tedavi (asiklovir 800 mg, günde beş defa 7 gün süreyle) reçete edildi. Ayrıca Eau Bariquee %2'lik solüsyonla pansuman, antiseptik pomad ve B1, B6, B12 vitamin kompleksi önerildi.

Bir hafta süren tedaviden sonra lezyonlar geriledi. Ancak hastada devam eden ağrı olduğundan ağrı kontrolü için pregabalin (75 mg, oral, günde iki defa) reçete edildi. İki ay sonra, ekstraoral lezyonlar yerini skar dokusuna ve hipopigmente alanlara bıraktı (Fotograf 1D). Ağrı şikayetleri geriledi ve HZ'nin ekstraoral lezyonlarında belirgin iyileşme görüldü.

Olgu sunumu-2

Sol maksiller molar bölgede bir ay süren yanma hissi ve ağrı ile ağız, diş ve çene radyolojisi kliniğine başvuran, sistemik olarak herhangi bir rahatsızlığı bulunmayan otuz sekiz yaşında erkek hastanın intraoral muayenesinde, sert damak sol yarısında yaygın hiperestezi ve vezikülobüllöz lezyonlar bulundu. Ayrıca bu bölge dişlerinin bukkal ve palatinal tarafında (Fotograf 2A) bulunan kemiğin nekroze olduğu görüldü.

Sol maksiller birinci molar dişin canlılığından şüphe duyuldu ve vitalometre ile değerlendirmek istendi. Dişte çürük ya da travma gibi bir etken olmamasına rağmen vitalometreye verdiği cevabın devital olduğu belirlendi. Sert damağın sol yarısını tutan veziküler hastalık, eşlik eden osteonekroz ve dental komplikasyon sonucunda hastalığa, HZ ön tanısı konuldu. Hasta dermatoloji kliniği ile konsulte edildi ve tedavi planlaması kliniğin önerileri doğrultusunda gerçekleştirildi. Hastanın 7 gün boyunca antiviral tedavi (asiklovir 800 mg, günde beş defa) kullanması sağlandı. Hastanın devitalize olan sol maksiller birinci molar dişi antiviral tedavi sonrasında

vitalitesi tekrar değerlendirilerek, kök kanal tedavisi uygulandı. Bir hafta sonra takip kontrolünde, lezyonun gerilediği görüldü (Fotograf 2B) ve bir ay sonra lezyon tamamen iyileşti.



Fotograf 2: İkinci olgu; **A:** Ağız içi görüntüsü, **B:** Bir hafta sonrasına ait kontrol görüntüsü

Tartışma

HZ, dorsal kök gangliyonlarının veya ekstremiteler kranial sinir gangliyonlarının iltihaplanmasıyla, dermatoma uyan bölgenin deri veya muköz membranında veziküller ve ağrı ile karakterize akut enfeksiyöz viral bir hastalıktır. En yaygın olarak etkilenen dermatomlar sırasıyla torasik (% 45), servikal (% 23) ve trigeminal (% 15) dermatomlardır.⁴ Predispozan faktörleri yaş, HIV/AIDS, lösemi, lenfoma, diabetes mellitus, sistemik steroid tedavisi ve radyoterapi-kemoterapi tedavisi alan

hastalar oluşturmaktadır. Stres ya da travma da HZ'nin oluşumunu tetikleyebilir.⁷ HZ tanısı genellikle medikal anamnez ve klinik muayene ile konulur. Kliniğimize başvuran, herhangi bir sistemik rahatsızlığı bulunmayan olgularda; hemifasiyal veziküler lezyonlar, PHN, dişlerde devitalizasyon ve alveolar kemikte nekroz görülmesi gibi bulgular, HZ'nin doğru tanı ve tedavi planlamasında büyük önem taşımaktadır. Tzanck smear, polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) testi, deri biyopsisi, immüno Floresans testi ve viral izolasyon HZ için tanıyı oluşturan laboratuvar testleri arasında yer alır. Bu testlerin çoğunun zaman alıcı olması, düşük özgüllük göstermesi ve bu testleri uygulayan akademik merkezlerin dışarda bulunması gibi durumlar HZ'nin teşhisinde sınırlamaları getirmektedir.⁸

Genelde PHN dışındaki HZ komplikasyonları çok nadir olarak incelenmiştir. Maksillofasiyal komplikasyonlara özellikle diş komplikasyonlarına ait olgularla da nadiren karşılaşmaktadır. Bu durumlara yüzde skar oluşumu, alveolar kemikte osteonekroz, dişlerin ekfoliasyonu, periodontitis, kalsifiye ve devitalize olmuş pulpalar, periapikal lezyonlar, köklerin rezorpsiyonu ve gelişimsel anomaliler (düzensiz kısa kökler ve eksik dişler gibi) bulgular sayılabilir.^{9,10}

HZ'de trigeminal sinirin tutulumu genellikle tek taraflıdır ve tek bir dal ile sınırlıdır. Trigeminal sinirin ilk (oftalmik) dalında tutulum daha sıklıkla görülmektedir. İkinci veya üçüncü dalı etkilenirse oral belirtiler ortaya çıkar. Veziküler oluşumun görülmediği nadir bir form da literatürde belirtilmiştir.¹¹ Ayrıca trigeminal sinirin her üç dalının birlikte tutulduğu olgu sayısı da oldukça nadirdir.⁵ İlk olgumuzda da trigeminal sinirin kutanöz dağılımının hem maksiller (malar alanı inerve eden) hem de mandibular (mental bölge, mandibular ramusu inerve eden) dallarının birlikte tutulması ve bu duruma PHN eşlik etmesi HZ'nin farklı ve az karşılaşılan klinik seyrine örnek olmuştur (Fotoğraf 1c). Diğer komplikasyonlar arasında motor sinir felci, optik nöropati, körlük, ensefalit ve kutanöz kalsinoz

bulunmaktadır.¹² İkinci olgumuzda ise, klinik olarak sol maksiller birinci molar dişin bukkal ve lingualinde alveolar kemikte osteonekroz olduğundan ilgili dişin canlılığından şüphe duyulmuştur ve vitalometreye verilen cevaba göre dişin devital olduğu görülmüştür. Olgumuzda dişin canlılığını yitirmesine sebep olacak travma ya da çürük gibi bir etken bulunmadığından, bu bulgunun HZ'nin dental komplikasyonlarından biri olduğu düşünülmüştür. Sistemik viral enfeksiyon odontoblastlara zarar vererek dejeneratif doku değişikliklerine (pulpa nekrozu)¹³ neden olduğundan, ikinci olgumuzdaki dişin devital olmasına bu durumun etken olduğu düşünülmektedir.

HZ'nin en sık görülen komplikasyonu, veziküler döküntü gelişiminden sonra altı haftadan uzun süren PHN ağrısıdır. PHN kadınlarda erkeklerden daha sık meydana gelir ve trigeminal sinir trasesinde HZ'den sonra gelişir. Ayrıca trigeminal sinir trasesi boyunca hareket eden virüsün neden olduğu şiddetli vazokonstriksiyon, endarterit ve iskemi sonucu oluşan vaskülitin, PHN oluşumunda rol oynadığı öne sürülmüştür.¹⁴ İlk olgumuzda HZ sonrası gelişen PHN'de daha az rastlanan formu olan, trigeminal sinir trasesi üzerinde meydana gelmiştir.

HZ'nin tedavisi antiviral ve analjezik uygulamalarını kapsar. Oral yoldan alınan asiklovir (800 mg), günde 5 kez; famsiklovir (500 mg), günde 5 kez ve valasiklovir (1000 mg) gibi antiviral ajanlar ise günde üç kez 7 ila 10 gün boyunca DNA sentezini ve viral replikasyonu inhibe ederek ağrı ve diğer semptomları azaltmaktadır.¹⁵ Olgularımızda da benzer şekilde antiviral ve analjezik tedavi uygulamalarına ilaveten ilk olguda Eau Bariquee %2'lik solüsyonla pansuman, antiseptik pomad ve B1, B6, B12 vitamin kompleksi önerildi ve devam eden ağrı yakınması olduğundan ağrı kontrolü için pregabalın (75 mg, oral, günde iki defa) reçete edildi.

Sonuç olarak, *Herpes zoster* enfeksiyonu özellikle bağışıklık sistemi baskılanmış, uygun tedavi edilmemiş veya tedavisi gecikmiş hastalarda, farklı oral bulguların eşlik edebildiği bir viral enfeksiyondur. HZ'nin prodromal

dönemlerde yalnızca diş ağrısı şeklinde semptom verebileceği göz önünde tutulmalıdır. Yetersiz düzeyde bilgi sahibi olmak, doğru tanı konulmasını ve HZ'nin erken teşhis ve tedavisini geciktirmektedir ve bu durum enfeksiyonun ciddi bir hal almasına ve komplikasyonların ilerlemesine sebebiyet verebilmektedir.

Çıkar çatışması: Yazarlar bu çalışmayla ilgili herhangi bir çıkar çatışmalarının bulunmadığını bildirmişlerdir.

*Sunulan olgu, Oral Diagnoz ve Maksillofasiyal Radyoloji Derneği 6. Ulusal Sempozyum ve 1. Uluslararası Kongre, 17-19 Nisan 2015, İzmir, Türkiye'de poster bildirisi olarak sunulmuştur.

Teşekkür: Olgumuza gönüllü olarak katılan Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi hastalarına içtenlikle teşekkür ederiz.

Kaynaklar

1. Dagistan S, Bilge OM, Altun O. Recurrent Herpes Labialis (Review of the Literature and A Case Report). *J Dent Fac Atatürk Univ* 2003;13(2):31-35.
2. Topp KS, Meade LB, LaVail JH. Microtubule polarity in the peripheral processes of trigeminal ganglion cells: Relevance for the retrograde transport of herpes simplex virus. *J Neurosci* 1994;14(1): 318-325.
3. Kennedy PGE. Varicella-zoster virus latency in human ganglia. *Rev Med Virol* 2002;12(5):327-334.
4. Malathi N, Rajan ST, Thamizhchelvan, Sangeetha N. *Herpes zoster: a clinicopathologic correlation with literature review. Oral and Maxillofac Pathol J.* 2014;5(1):449-452.
5. Naveen KN, Pradeep AV, Kumar JS, Hegde SP, Pai VV, Athanikar SB. *Herpes zoster affecting all three divisions of trigeminal nerve in an immunocompetent male: a rare presentation. Indian J Dermatol* 2014;59:423.
6. Gupta S, Sreenivasan V, Patil PB. Dental complications of *Herpes zoster*: Two case reports and review of literature. *Indian J Denet Res* 2015;26(2):214-9.
7. Jain MK, Manjunath KS, Jagadish SN. Unusual oral complications of *Herpes zoster* infection: report of a case and review of literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2010;110(5): 37-41.
8. Espy MJ, Teo R, Ross TK, Svien KA, Wold AD, Uhl JR, Smith TF. Diagnosis of varicella-zoster virus infections in the clinical laboratory by Light Cycler PCR. *J Clin Microbiol* 2000;38(9):3187-3189.
9. Ramchandani PL, Mellor TK. *Herpes zoster* associated with tooth resorption and periapical lesions. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2007;45(1):71-73.
10. Gholami M, Shahakbari R, Abdolapour S, Hatami M, Roshanmir A. *Herpes zoster* Induced Alveolar Bone Necrosis in Immunocompromised Patients; Two Case Reports. *Iran J Otorhinolaryngol* 2016;28(88):369-373.
11. Mendieta C, Miranda J, Brunet LI, Gargallo J, Berini L. Alveolar bone necrosis and tooth exfoliation following *Herpes zoster* infection: a review of the literature and case report. *J Periodontol* 2005;76(1):148-153.
12. Badjate SJ, Cariappa KM, Sheno SR, Nakhate S. Ramsay-Hunt syndrome complicating osteonecrosis of edentulous maxilla and mandible: report of a rare case *J Maxillofac Oral Surg* 2009;8(2):188-191.
13. Van Heerden WF, McEachen SE, Boy SC. Alveolar bone necrosis and tooth exfoliation secondary to *Herpes zoster* in the setting of HIV/AIDS. *AIDS* 2005;19(18):2183-2184.
14. Hope-Simpson RE. Postherpetic neuralgia. *J R Coll Gen Pract* 1975;25(157):571-575.
15. Wood MJ, Kay R, Dworkin RH, Soong SJ, Whitley RJ. Oral acyclovir therapy accelerates pain resolution in patients with *Herpes zoster*: a meta-analysis of placebo-controlled trials. *Clin Infect Dis* 1996;22(2):341-347.