

Herpes Zostere Bağlı Transvers Myelit Olgusu

HERPES ZOSTER TRANSVERS MYELITIS: A CASE REPORT

Ülker GÜL*, Arzu KILIÇ**, Seçil SOYLU**

* Doç.Dr., SB. Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği

** Asist.Dr., SB. Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, ANKARA

Özet

Giriş: Herpes zoster her yaş grubunda görüle de özellikle 60 yaş üzerinde sık gözlenen bir hastalıktır. Çoğunlukla benign seyirlidir. Postherpetik nevralji başta olmak üzere bazı nörolojik komplikasyonlar gelişebilir. Herpes zostere bağlı transvers myelit ise oldukça nadir gözlenen bir komplikasyondur.

Olgu Sunumu: Bu yazıda asiklovir tedavisi alırken transvers myelit gelişen, 50 yaşında, herpes zosterli bir bayan olgu sunuldu.

Sonuç: Bu olgu nedeni ile literatür incelemesi yapıldı ve herpes zostere bağlı transvers myelitin klinik seyri, patogenezi ve tedavisi tartışıldı. Yayınların çoğunda asiklovirin transvers myelitin tedavisinde yararlı bulunduğu bildirilmesine karşın, olgumuzda asiklovir tedavisi alırken transvers myelit gelişmesi ilginç bulundu.

Anahtar Kelimeler: Herpes zoster,
Nörolojik komplikasyonlar,
Transvers myelit

T Klin Dermatoloji 2003, 13:229-232

Summary

Introduction: Although herpes zoster can occur at almost all decades, it is mostly seen especially at 60 years old and over. It has often a benign prognosis. Some neurological complications can occur and among these, postherpetic neuralgia is the most frequent one. Herpes zoster transvers myelitis is a very rare complication.

Case: In this report we are presenting a 50 years old woman with herpes zoster who developed transvers myelitis while receiving acyclovir therapy.

Conclusion: We reviewed literature and discussed clinical progress, pathogenesis and therapy of herpes zoster transvers myelitis. Although in many reports, acyclovir has been found to be beneficial in the use of transvers myelitis therapy, it is interesting that our patient developed transvers myelitis while receiving acyclovir therapy.

Key Words: Herpes zoster,
Neurological complications,
Transvers myelitis

T Klin J Dermatol 2003, 13:229-232

Herpes zoster (HZ) yılda 1000 bireyin 1,5-5'inde gözlenir. Her yaşta görülebilmekle birlikte, 60 yaş üzerinde önceki yaşlara göre 8-10 kat daha sık görülür (1). Etkeni bir DNA virusu olan Varicella zoster virusudur (VZV) ve primer enfeksiyon suçluğedir. Suçluğünü takiben, virus duyu ganglionlarında latent olarak kalır; ileri yaş, kanserler, immünosupresif tedaviler, PUVA tedavisi, travmalar gibi faktörlerle reaktive olur. Lezyonların özelliği, sıklıkla torakal bölgede olmak üzere dermatomal yayıllımlı, eritemli zemin üzerinde, grup yapmış göbekli veziküller şeklindedir. Subjektif yakınma ağrı, şiddetli yanma hissi, parestezi, disestezi, pruri olabilir. İyileşme

2-4 haftada olur. Rekürrens %5'den az görülür (1-7).

Olguların bir kısmında postherpetik nevralji başta olmak üzere bazı nörolojik komplikasyonlar gelişebilir. HZ myeliti ise çok nadir gözlenen alışılmamış bir nörolojik komplikasyondur (1-7). Bu yazıda transvers myelit gelişmiş olan 50 yaşında herpes zosterli bir bayan olgu sunuldu ve bu konudaki literatür bilgileri gözden geçirildi.

Olgu

GI, 50 yaşında, bayan hasta kliniğimize sağ kalça üzerinde döküntü, şiddetli ağrı ve ağrı sırasında idrar kaçırma şikayetleriyle başvurdu. Hika-

yesinde kliniğe yatışından 5 gün önce sağ kalça üzerinde lezyonları oluşan hastaya, 3 gün önce HZ tanısı ile valasiklovir tb 3x1 gr/gün tedavisi başlanmıştı. Ağrısının şiddetli olması nedeni ile 14.06.2001'de kliniğimize yatırıldı. Özgeçmişinde kolesistektomi, total abdominal histerektomi ve bilateral salpingooforektomi geçirmiş olduğu; penisilin ve siprofloksasin allerjisi olduğu öğrenildi. Ayrıca hastanın stres inkontinansı mevcuttu. Soygeçmişinde anne, baba ve kızkardeşi diabetes mellituslu idi.

Fizik muayenesinde herhangi bir patolojik bulgu saptanmayan hastanın yapılan dermatolojik muayenesinde sağ gluteada, intergluteal alana yakın bölgede, yaklaşık 7 cm çapında, eritemli zemin üzerinde, grup yapmış göbekli veziküller saptandı.

Laboratuvar inceleme bulguları: Tam kan sayımı, formül lökosit, sedimentasyon, tam idrar tetkiği, AKŞ, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, tümör belirteçleri normal sınırlarda bulundu. Anti HIV ½ negatifdi. PA-Akciğer grafisi ve abdominopelvik USG'sinde de patolojik bulguya rastlanmadı.

Kliniğimize yatırıldığı gün, nöroloji konsültasyonu istendi. Nörolojik muayene "normal" saptandı. Artmış olan idrar inkontinansı nörolojik bir defisite bağlanmadı; sadece hastada daha önce mevcut olan stres inkontinansının ağrı ile indüklendiği belirtildi. Zonaya bağlı ağrı nedeniyle karbamazepin tb 2x200 mg/gün tedavisine başlandı. Çok şiddetli ağrısı olması nedeniyle, ertesi gün ağrı merkezine konsülte edildi. "karbamazepin tedavisine devam edilmesi, geçmezse kaudal blok yapılabileceği" belirtildi.

Herpes zoster ve postherpetik nevralji tanıları ile hastaya 5 günlük valasiklovir tedavisini takiben, valasiklovir yerine oral asiklovir 5x 800 mg/gün başlandı. Karbamazepin ve topik olarak rifampisin tedavisine devam edildi. Ek olarak oral B vitamini kompleksi (B1, B2, B6 vitaminleri) başlandı.

Karbamazepin tedavisini tolere edemediği ve ağrı yakınması da devam ettiği için yatışının dördüncü gününde hastanın tekrar nöroloji konsültasyonu istendi: "Nörolojik muayenesi normal bulunan hastanın karbamazepin tedavisinin kesilebile-

ceği" belirtildi. Ağrısının şiddetli olarak devam etmesi nedeniyle ağrı merkezine tekrar konsülte edildi: Tramadol hidroklorür 4x50 mg/g, mesulid 3x1, amitriptilin hidroklorür 1x10 mg/g önerildi.

Lezyonlarının ilk görüldüğü günden sonraki onbeşinci günde aniden "Bacaklarında güç kaybı ve devamlı idrar kaçırma" yakınması oldu, "transvers myelit" ön tanısı ile acil nöroloji konsültasyonu istendi: Transvers myelit ön tanısı ile spinal MRI istenen hastaya aynı tedaviye devam etmesi önerildi. Bir gün sonra 'güç kaybının hızla yukarı bölgelere doğru çıkması' nedeni ile kliniğimizden taburcu edildi ve nöroloji kliniğine yatırıldı.

Taburcu olurken yapılan nörolojik muayenesinde patolojik bulgular şöyleydi: Kas gücü her iki alt ekstremitede 0/5 olarak değerlendirildi. Taban derisi fleksör cevabı bilateral yanıtsız, Hoffman reaksiyonu sağ-sol pozitif. Üretral ve anal sfinkter kusuru mevcut olan hastanın, yüzeyel dokunma duyusunda inguinalden itibaren seviye veren hipoestezi, ağrı ve sıcak duyusunda ise C4'den itibaren seviye veren, solda belirgin disestezi saptandı.

Servikal-torakal-lomber MRI'nda Th2-Th3 düzeyinden itibaren, Th10 düzeyine kadar, T2AG hiperintens, intramedüller patolojik sinyal değişikliği kaydedilmiş olup bulgular myelit ile uyumlu olarak bulundu. BOS incelemesinde: Total protein:103 mg/dl (15-45), glukoz: 29 mg/dl (40-70). BOS periferik yayması: Eritrosit: 50/mm³ (normalde yok), lökosit: 485/mm³ (<10/mm³). VZV IgM ve IgG negatif olarak saptandı.

Nöroloji kliniğinde transvers myelit tanısıyla asiklovir 3x750 mg iv başlandı ve oral B vitamini kompleksi, amitriptilin hidroklorür tedavisine devam edildi.

Tartışma

HZ, VZV'nun reaktivasyon enfeksiyonudur. Genellikle benign seyirli bir hastalıktır. Ancak bazı olgularda nörolojik komplikasyonlar gelişebilir; özellikle malign hastalık (sıklıkla lenfoproliferatif), organ transplantasyonu, AIDS gibi immüno-supresif durumlarda; daha ciddi deri hastalığı, yaygın

deri tutulumu (%6-26), visseral disseminasyon (yaygın deri tutulumu olanların %10-50'si) ve yüksek nörolojik komplikasyon oranlarına rastlanır (2). Hastamızda malign hastalık, herhangi bir organ transplantasyonu anamnezi yoktu ve anti HIV ½ negatif bulundu.

HZ'de gözlenen nörolojik komplikasyonlar arasında postherpetik nevralji, meningoensefalit, transvers myelit, periferik sinir palsileri-motor ve otonomik, diyafragmatik paraliziler, kranial sinir palsileri, duyuşsal kayıp, granümatöz serebral anjiitit, sağırılık, Guillian-Barre sendromu sayılabilir (1-7).

Postherpetik nevralji bu nörolojik komplikasyonların arasında en sık görülen komplikasyon olup, insidansı HZ'li olgularda %7-35 arasında değişir (60 yaş üzerinde %50'den fazla). Devam süresi olguların %3-7'sinde 3 aydan uzun, %2-5'inde bir yıl ve üzerindedir. Patofizyolojisi tam olarak belirlenememekle beraber suçlanan faktörler arasında sinir köklerinde reziduel fibrozis, akson ve myelin yokluğu, spinal kord dorsal boynuzunda atrofi, bazı santral mekanizmalar ve nöronal ekzitotoksin hasarı teorisi sayılabilir (2).

Myelit ise HZ'in çok nadir görülen bir komplikasyonu olup görülme sıklığı Thomas ve Howard'ın çalışmalarına göre 1210 HZ'li olguda bir vakadır (8). Hastalığın patogenezi tam açıklanamamıştır; ancak spinal kordun direk viral invazyonu ve otoimmün vaskülit düşünülmektedir. Myelitin görülme zamanı deri döküntüleri ile eş zamanlı ya da 6 hafta içindedir (ortalama döküntüden 2 hafta sonra). Olgumuzda da benzer olarak ikinci haftada myelit gelişti. Myelitin klinik bulguları: Sıklıkla lezyonun ipsilateralinde (bazen bilateral) güç kaybı, duyuşsal kayıp ve sfinkter bozuklukları. Bulgular ani başlar, gün veya haftalar içinde ilerler (1-7). Hastamızda da ani olarak bilateral güç kaybı, duyuşsal kayıp ve sfinkter bozukluğu meydana geldi ve bir gün içinde hızla tutulum seviyesi ilerledi. Özellikle HIV pozitif olgularda olmak üzere nadiren deri lezyonu olmadan HZ myeliti gelişebilir (9-12). Myelitin prognozu tam iyileşmeden, ölüme dek değişir.

Myelitli olgularda BOS incelemesinde proteinde artış, glukozda azalma, lenfositte artış, plesitoz

gibi nonspesifik bulguların yanısıra normal bulgular da olabilir. BOS'ta VZV antikoru myelit oluşumunu takiben uzun süre tespit edilemeyebilir (1-7). Hastamızda da myelitin ilk oluştuğu dönemde tespit edilemedi. BOS'ta PCR yöntemi ile VZV DNA bakılması son derece spesifik bir yöntemdir (13). MRI da özellikle T2 ağırlıklı hiperintense alanlar görülebilir veya normal bulgular olabilir (14). Olgumuzda da T2'de hiperintense alan saptandı.

Literatürlerin çoğunda HZ myeliti tedavisinde asiklovir önerilmesine rağmen bazı yayınlarda faydalı olmadığı bildirilmiştir (15). Hastamız da lezyonların ortaya çıkış zamanından kliniğimizden taburcu olduğu zamana kadar aralıksız asiklovir tedavisi aldı ve myelit, asiklovir tedavisi alıyorken gelişti.

Myelitin kesinleşmiş bir tanı kriteri olmamakla birlikte herpes zostere ait deri lezyonlarının varlığı; motor güç kaybı, duyuşsal bozukluklar, sfinkter bozuklukları gibi spinal kord disfonksiyonu bulgularının bulunması ve supraspinal seviyede santral sinir sistemi belirtilerinin olmaması durumunda, HZ myeliti tanısının akıldan bulundurulması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Kleinschmidt-DeMasters BK, Gilden DH. Varicella-zoster virus infections of the nervous system clinical and pathologic correlates. Arch Pathol Lab Med 2001; 125:770-80.
2. Echevarria JM, Casas I, Martinez-Martin P. Infections of the nervous system caused by varicella-zoster virus: a review. Intervirology 1997; 40:72-84.
3. Chang CM, Woo YL, Yu YL et al. Herpes zoster and its neurological complications. Postgrad Med J 1987; 63:85-9.
4. Akiyama N. Herpes zoster infection complicated by motor paralysis. J Dermatol 2000; 27:252-7.
5. Gilden DH, Beinlich BR, Rubinstien EM, Stommel E, Swenson R, Rubinstein D, et al. Varicella-zoster virus myelitis: An expanding spectrum. Neurology 1994; 44:1818-23.
6. Hogan EL, Krigman MR, Hill C. Herpes zoster myelitis evidence for viral invasion of spinal cord. Arch Neurol 1973; 29:309-13.
7. Devinsky O, Cho E-S, Petite CK, Price RW. Herpes zoster myelitis. Brain 1991; 113:1181-96.
8. Thomas JE, Howard FM. Segmental zoster paresis—a disease profile. Neurology 1972; 22:459-66.
9. Blanchardiere ADL, Rozenberg F, Caumes E, Picard O, Lionnet F, Livartowski J, et al. Neurological complications of varicella-zoster virus infection in adults with human immunodeficiency virus infection. Scand J Infect Dis 2000; 32:263-9.

10. Meylan PRA, Miklossy J, Iten A, Petignat C, Meuli R, Zufferey J, et al. Myelitis due to varicella-zoster virus in an immunocompromised patient without a cutaneous rash. *Clin Infect Dis* 1995; 20:206-8.
 11. Mayo DR, Booss J. Varicella zoster-associated neurologic disease without skin lesions. *Arch Neurol* 1989;46:313-5.
 12. Heller HM, Carnevale NT, Steigbigel RT. Varicella zoster virus transverse myelitis without cutaneous rash. *Am J Med* 1990; 88:550-1.
 13. Grant AD, Fox JD, Brink NS, Miller RF. Detection of varicella-zoster virus DNA using the polymerase chain reaction in an immunocompromised patient with transverse myelitis secondary to herpes zoster. *Genitourin Med* 1993; 69:273-5.
 14. Hirai T, Korogi Y, Hamtake S, Kushima I, Shigematsu Y, Takahashi M, et al. Case report: Varicella-zoster virus myelitis-serial MR findings. *Br J Radiol* 1996; 69:1187-90.
 15. Lionnet F, Pulik M, Genet P, Petitdidier C, Davous P, Lebon P, et al. Myelitis due to varicella-zoster virus in two patients with AIDS: Successful treatment with acyclovir. *Clin Infect Dis* 1996; 22:138-40.
-
- Geliş Tarihi:** 23.09.2002
- Yazışma Adresi:** Dr.Seçil SOYLU
SB Ankara Onkoloji Eğitim ve
Araştırma Hastanesi
Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği,
ANKARA