

Segmental Abdominal Herpes Zoster Parezi

SEGMENTAL ABDOMINAL HERPES ZOSTER PAREZİSİ

Sevgi BAHADIR*, Ruhsar ŞAKIYAN**, Gülseren ÇİMŞİT***,
Okan BÖLÜKBAŞI****, Kürşat ÇALIŞKAN***, Veysi GÜNDOĞDU**

* Yrd.Doç.Dr.Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji ABD,

** Dr.Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji ABD,

*** Uz.Dr.Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji ABD,

**** Yrd.Doç.Dr.Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji ABD, TRABZON

ÖZET

Herpes zoster enfeksiyonu sonrası segmental abdominal zoster parezi gelişen 68 yaşında bir erkek olgu sunulmuş ve hastalığın motor komplikasyonları ile ilgili literatürler gözden geçirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Herpes zoster, Parezi,
Motor komplikasyonlar

T Klin Dermatoloji 1996, 6:149-151

SUMMARY

A 68-year-old patient who developed segmental abdominal zoster paresis following a herpes zoster infection has been presented and the literature concerning the motor complications of the disease has been reviewed.

Key Words: Herpes zoster, Paresis,
Motor complications

T Klin J Dermatol 1996, 6:149-151

Herpes zoster, varicella zoster virusunun sebep olduğu sinir sisteminin viral bir enfeksiyonudur. Segmental dağılımlı deri erupsiyonu, duysal değişiklikler ve radiküler ağrı zoster sendromunun iyi bilinen bulgularıdır. Primer enfeksiyondan sonra ganglionlarda latent halde bulunan virus ileride ya reenfeksiyonla yahut da bazı faktörlerin etkisi altına reaktif olarak herpes zosteri meydana getirir. Herpes zoster her bin kişiden 3 ile 5'inde görülen yaygın bir hastalıktır. Herhangi bir yaşta ortaya çıkabilirse de en çok 50-70 yaşlarda olmak üzere yaşlı kimselerde gözlenir (1-4).

İmmunosupresif kişilerde, özellikle lenfoproliferatif malignansilerde riskin daha yüksek, enfeksiyonun daha şiddetli ve yaygın olmasına rağmen, sağlıklı kişilerde de görülür (2). Motor sistemin etkilenebileceği ve kas güçsüzlüğünün zoster sendromunun bir parçası olabileceği ise az bilinmektedir (1,2,5).

Burada herpes zoster enfeksiyonu sonrası gelişen bir segmental abdominal parezi olgusu sunulup hastalığın motor komplikasyonları gözden geçirilmiştir.

OLGU

68 yaşındaki erkek hastanın, 15 gün önce karın ve sırtın sağ tarafında ağrı ve yanma ile birlikte su dolu

Geliş Tarihi: 28.05.1996

Yazışma Adresi: Dr.Sevgi BAHADIR
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dermatoloji ABD, TRABZON

Bu çalışma 16-18 Mayıs 1996 tarihleri arasında Adana'da düzenlenen I. Çukurova Dermatoloji Günlerinde poster olarak sunulmuştur.

T Klin J Dermatol 1996, 6

kabarcıklar çıkması şikayetleri olmuş. Döküntülerden 10 gün kadar sonra karın sağ tarafta bir şişlik geliştiğini fark etmiş. Başvurduğu hekimin başlattığı zovirax tablet ve topikal tedavileri kullanması sonucu, ağrının azalması, fakat şişliğin devam etmesi üzerine polikliniğimize başvurdu. Şişlik olan bölgede uyuşukluk olduğu hasta tarafından ifade edildi.

Özgeçmişinde; koroner arter hastalığı olduğu öğrenildi.

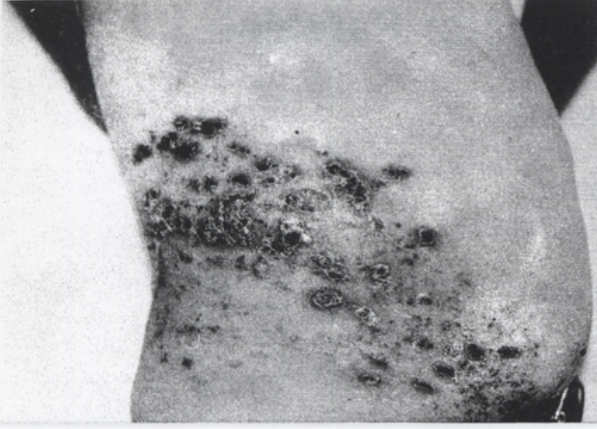
Dermatolojik muayenede, sağ T₉-T₁₂ dermatomuna uyacak şekilde karın sağ yanda, sırt ve kosta vertebral bölgeden sağ inguinal bölgeye kadar uzanan, eritematoz zeminli, krutlu, lineer tarzda lezyonlar (Şekil 1), tutulan dermatom seviyesine uyan abdominal duvarda fitiklaşmış görünüm tespit edildi (Şekil 2). Sistemik fizik muayene ve laboratuvar incelemeleri normal olarak saptandı.

Yapılan EMG tetkikinde; karın ön duvarı T₉-T₁₂ innervasyonlu sağ rectus abdominus kasında T₁₀ seviyesinde fibrilasyon, pozitif diken paterni ve interferans ta ileri derecede seyrelme saptandı (Tablo 1, Şekil 1).

EMG bulgularının kliniği desteklemesi ile hastamıza segmental abdominal zoster parezi tanısı kondu. Egzersiz programı verilerek izleme alındı.

TARTIŞMA

Herpes zoster santral sinir sisteminin herhangi bir kısmını etkileyebilen bir hastalıktır. İyi bilinen duysal etkileri olduğu kadar ensefalit, myelit ve çeşitli alt motor nöron sendromlarında bildirilmiştir (1,2). Motor paralizisi herpes zosterli hastaların %1-5'inde rapor edilmiştir (1,6). Duyusal gangliondan sinir sisteminin bitişik bölüm-



Resim 1. Olgumuzun T₉-T₁₁ dermatomuna uyan herpes zoster enfeksiyonuna ait lezyonların görünümü.



Resim 2. Sağ abdominal bölgedeki herni görünümü.

Tablo 1. Olgumuzdaki rectus kas elektromyografisi sonucu nörojenik tutulumu gösteren elektrofizyolojik bulgular

	M. Rectus Abdominis (T ₁₀ düzeyi)	
	Sağ	Sol
Denervasyon bulgusu	PKD+	-
	Fib+	-
	Fas-	-
Motor unit potansiyelleri	S+	N
	Süre (↑)	N
	Amplütüd N-(↑)	N

Fas: Fasikülasyon, Fib: Fibrilasyon, S: Seyrelme, PKD: Pozitif keskin dalga, (↑) artmış, (-) yok, (+) var, N (Normal)

lerine enfeksiyonun direkt olarak yayılmasından kaynaklanır (1). Herpes zosterde motor tutulumu ait ilk yayın 1866'da Broadbent tarafından yapılmış ve günümüze kadar yapılan çalışmalarla bu komplikasyon vurgulanmıştır (2,6).

Paralizi genellikle döküntünün başlangıcından 2 hafta içinde başlar ve hemen daima etkilenmiş dermatomunki ile birlikte, bitişik innervasyonlu kas gruplarını tutar (1). Bununla birlikte kutanöz lezyonlardan %10 oranında farklı dağılımda görülebildiği, tanıda zorluğa yolaçtığı da bildirilmiştir. Ve sebebi bilinmemektedir (2). Başlagıç ve deri lezyonlarının düzelmesi, motor zayıflık ve duyuşal kayıp farklı zamanlarda meydana gelebilir ve belirli bir sırada olmayabilir (6).

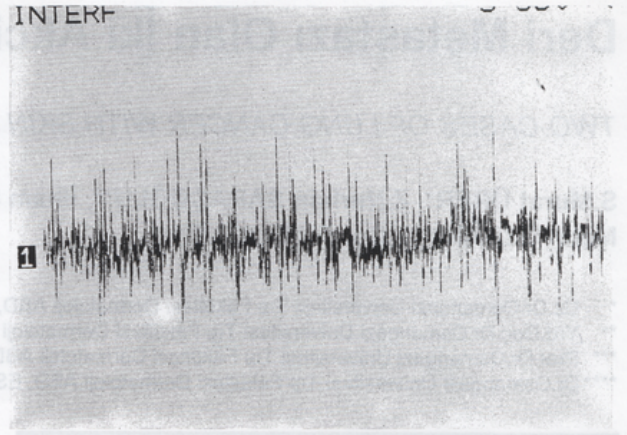
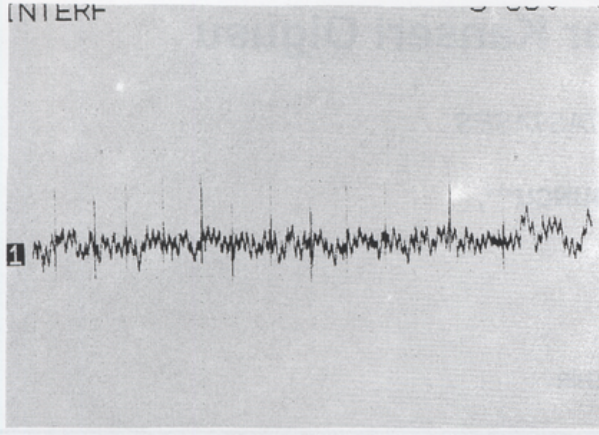
Zoster paralizisi en çok orta yaş üzerindeki hastalarda görülür. Çocuklar ve genç erişkinler nadiren etkilenir. Eğer güçsüzlük gelişirse, genellikle kraniyal ve gövde kaslarını tutar (2). Gövde herpes zoster tutulumunun daha fazla görüldüğü bir alan isede, hastalık nadiren klinik olarak belirgin kas paralizisi ile birlikte olur (6). Torakolomber zosterde hafif motor defisitler sıklıkla gözden kaçırılır (1). Buna karşılık deri lezyonlarının %15'i kraniyal sinir dermatomlarında gelişir, fakat zoster paralizisinin yaklaşık %50 kadarı bu sahalarda görülür. Bu durum çoğu dermatomların ve miyotomların 3 veya 4. dorsal ya da ventral kökten innervasyonuna bağlı olabilir (6). Yüz kasları özellikle zosterin sebep olduğu pareziye hassastır. Hunt tarafından dış kulak yolunda zosteri olan ve fasiyal paralizisi bulunan bir hasta bildirilmiştir. Nadiren frenik sinir tutulumu ile birlikte hemidiafragma paralizisi, mesane ve barsak disfonksiyonunda görülebilir (1,2,5).

Herpes zoster ile etkilenmiş torasik-dermatomal segmentler motor tutulumdan relatif olarak etkilenmez. Diğer taraftan kısmen zoster ile daha az etkilenen servikal ve lombo-sakral segmentlerinde relatif olarak yüksek bir motor tutulum insidansı tespit edilmiştir (7). Bununla birlikte interkostal ve abdominal kasların güçsüzlüğü önemsenmeyebilir. Ancak interkostal ve abdominal motor tutulumun bu kasların multipl innervasyonlu oluşları, kliniği visseral semptomlardan ayırdetme güçlüğü ve rutin EMG tetkiklerinin uygulanmadığı düşünülerek literatürde belirtilenlerden daha fazla olabileceği gözönünde tutulmalıdır (2,6,8).

EMG (Elektromiyografi) de alt motor nöron tutulumunu belirleyen uygun patolojik değişikliklerin saptanması, herpes zoster paralizisinin gerçek insidansını belirlemede en güvenilir metottur (2).

Tutulmuş alt torakal segmentlerdeyse (T₁₀-L₁) bu kaslarda güçsüzlük klinikte karşımıza abdominal herniasyon olarak çıkar (9,10). Bu durumda geçirilmiş zoster enfeksiyonuna ait deri bulgularının aranması ve EMG tetkiki klinik ve sub-klinik kas güçsüzlüklerini ortaya çıkarmada faydalı olacaktır. Bazı çalışmalarda zoster paralizisinin üst ekstremitelerde alt ekstremitelerden daha sık olduğu bildirilmektedir (2). Zoster paralizisi bulunanlarda malign hastalıklar sadece kutanöz zosteri bulunanlara oranla üç kat fazladır (2,5,9,11). Ayrıca motor komplikasyonların diyabet ile birlikteliği de bildirilmiştir (4).

Yapılan tüm çalışmalar prognozunu iyi olduğunu göstermektedir (2,5,6,11-14). Tam fonksiyonel düzelmeye, vakaların %50-70'inde görülür. Hastaların sadece %20 kadarında kalıcı defisitler görülebilir. Bu durum daha çok distal kasları etkiler. Erken uygun fizyoterapi, uzun süre immobilizasyondan kaçınmak, etkili ağrı kontrolü ile bir-



Şekil 1. Rectus kasları interferansı paternlerinde sağ ve sol arasındaki farklılık
a) Sağ M.Rectus (T₁₁ düzeyi interferans paterni) b) Sol M.Rectus (T₁₁ düzeyi interferans paterni)

likte paralizinin sekonder komplikasyonları önlenebilir (2).

Bu olguyu segmental abdominal zoster parezisinin nadir görülmesi, klinik muayenede gözden kaçabilmesi, tutulan dermatomun T10 seviyesinde olması ve klinikte herniasyon şeklinde karşımıza çıkması nedeniyle sunmayı uygun bulduk.

KAYNAKLAR

1. Oxman MN. Varicella and herpes zoster. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF, 4.baskı. Dermatology in general medicine. Newyork: Mc Graw Hill Information Services Company, 1992: 2543-69.
2. Rosenfeld T, Price MA. Paralysis in herpes zoster. Aust NZ J Med 1985; 15:712-6.
3. Tüzün Y, Tüzün B. Derinin viral hastalıkları. Tüzün Y, Kotogyan A, Aydemir EH, Baransü O, 2.baskı. Dermatoloji. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 1994: 207-10.
4. Yerebakan Ö, Altunay İ, Köşklü A. Segmental abdominal zoster parezisi. Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi 1994; 28(3):147-9.
5. Habif TP. Clinical dermatology, 2.baskı. St Louis: The CV Mosby Company, 1990: 291-300.
6. Tjandra J, Mansel RE. Segmental abdominal herpes zoster paresis (Aust NZ) J Med 1986; 56:807-8.
7. Thomas JE, Howard FM. Segmental zoster paresis-a disease profile. Neurology 1972; 22:459-66.
8. Lynberg KK, Sevensson BH. Herpes zoster paresis. A review of the literature and case reports. Ugeskr-Laegerr 1990; 152:1214-17.
9. Hight AS, Kurtz J. Viral infections. In: Champion RH, Burton JL, Ebling FJG, 5.baskı. Textbook of dermatology. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1992: 867-951.
10. Arnold HL, Odom RB, James WD. Diseases of the skin, 8.baskı. Philadelphia: WB Saunders Company, 1990: 446-51.
11. Chang CM, Woo E, Yu YL, Huang CY, Chin D. Herpes zoster and its neurological complications. Postgrad Med J 1987; 63:85-9.
12. Molloy MG, Goodwill CJ. Herpes zoster and lower motor neurone paresis. Rheumatol-Rehabil 1979; 18:170-3.
13. Gardner TC, Foster JB, Barwick DD. Unusual manifestations of herpes zoster. A clinical and electrophysiological study. J Neurol Sci 1976; 28:427-47.
14. Buccia FA, Schwartz RA. Neurologic complications of herpes zoster Am-Fam Physician 1988; 37:185-92.

Hastanın fizik muayenesinde ve elektromiyografik testlerin normal sınırlarında ve FPD negatif idi. Akciğer grafisinde sağ akciğerde volüm kaybı, trakeada sağa çekilme, sağ akciğer üst lobda homojen denizetli artış, sağ diyafram yükselmesi, sol akciğerde 2 ve 8. kostal seviyelerinde ir-iger abdel metastaz olduğu düşünülen lezyonlar saptandı. Bilgisayarlı tomografide sağ akciğerde 2 cm boyutlarında hipertansif alanlar, sağ üst lobe içinde sivi ve sol hemiforaksda plevral effüzyon bulundu. Diğer organların tomografik incelemesi ve batın ultrasonografisi normaldi. Yapılan bronkoskopi bronş karsinom ile uyumlu bulun- du. 3 kez tekahsan balgam sitolojisinin sadece birinde malignite için şüpheli hücreler görüldüğü için sağ akciğerde biyopsi yapıldı. Den biyopsisi histopatolojik olarak skuamöz hücre- li karsinom olarak değerlendirildi (Şekil 2).