

## Atipik Zona Tutulumu İle Seyreden Foliküler Lenfoma, Olgu Sunumu

Hasan Ergenç<sup>1</sup>, Ceyhun Varım<sup>1</sup>, Demet Çekdemir<sup>2</sup>,  
Fatma İnci Can<sup>1</sup>, Selçuk Yaylacı<sup>3</sup>, Ali Tamer<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

<sup>2</sup> Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hematoloji Kliniği

<sup>3</sup> Rize Fındıklı Devlet Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği



### Özet

Herpes zoster, dorsal kök ganglionunda latent olarak kalan Varicella zoster virüs'ün (VZV) reaktivasyonu sonucunda gelişen, sıklıkla torasik, servikal, oftalmik ve lumbosakral bölgeleri tutan veziküler döküntü ile karakterize bir hastalıktır. Elli yedi yaşında foliküler lenfoma tanısı ile takip edilen erkek hasta sağ uyluk dış yüzünde ağrı, kızamıklık, şişlik, kabarcıklar ve ateş yakınmaları ile başvurdu. Fizik muayenesinde duyu sinir dermatom sahasına uygun olarak sağ uyluk dış yüzünde gruplar oluşturmuş veziküler döküntüleri mevcuttu. Laboratuvar incelemelerinde VZV IgG pozitif olarak saptandı. Varisella zoster virüs reaktivasyonu ile zona hastalığı meydana gelebilir. Bu olgumuzda, VZV enfeksiyonunun nadir atipik prezentasyon şeklinde de karşımıza çıkabileceğini anımsatmayı amaçladık.

**Anahtar Kelimeler:** foliküler lenfoma, vzv reaktivasyonu, veziküler döküntü

### Abstract

Herpes zoster is a disease which is characterised by vesicular eruptions involving thoracic, cervical, ophthalmic and lumbosacral plexus and caused by the reactivation of Varicella zoster virus (VZV) which is remaining latent in dorsal root ganglions. A 57-year-old man with the diagnosis of follicular lymphoma was admitted to our emergency clinic with the complaints of fever, pain, redness, edema and bubbles on right outer side of thigh. On physical examination, group-forming vesicular eruptions on the lateral side of right thigh were present. Varicella zoster immunoglobulin G was found to be positive. Varisella zoster virus infection may present as zona. In this case, we aimed to remind that VZV infection can be diagnosed rarely in atypical presentation.

**Keywords:** follicular lymphoma, varicella zoster virus reactivation, vesicular rash

Corr. Author:  
**Ceyhun Varım**,  
Sakarya Üniversitesi  
Eğitim ve Araştırma  
Hastanesi İç Hastalıkları  
Kliniği  
P: +90 532 7005090  
F: +90 264 275 91 92 cey-  
hunvarim@sakarya.edu.tr

**Özet**

Varisella zoster virus (VZV), herpes virus grubundan çift sarmal DNA'lı virüstür. Etkenin yayılımı ve bulaşıcılığı oldukça yüksektir. VZV, çocukluk çağıında suçiçeği tablosu ve latent VZV'un reaktivasyonu ile oluşan zona olmak üzere iki farklı klinik tablo oluşturur. Primer enfeksiyon yeri solunum yoludur. Etken nasofarenkste çoğalarak retikuloendotelial sisteme yayılır ve viremi yapar.<sup>1</sup> Reaktivasyon mekanizması belirsizdir. Arka kök ganglionlarına virusun primer enfeksiyon sırasında yerleştiği, reaktivasyona kadar orada kaldığı sanılmaktadır. Bağışıklık sistemi baskılı kişilerde beyin ve akciğer tutulumu olabilir.<sup>1</sup> 57 yaşındaki erkek hastada halsizlik, iştahsızlık, bulantı, kusma, bilinç bulanıklığı ve veziküler döküntü şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Bu yazıda immün sistemi baskılanmış bir hastada gelişen veziküler döküntülerin ayırıcı tanısı ve atipik yerleşimli Zonanın irdelenmesi amaçlanmıştır.

**Olgu**

Elliyedi yaşındaki erkek hasta halsizlik, iştahsızlık, bulantı, kusma, bilinç bulanıklığı ve bir hafta önce bacak arka yüzü ve gövdede yanma ve ağrı yakınması sonrasında ortaya çıkan veziküler döküntü şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu (Resim1). Hastanın yapılan fizik muayenesinde genel durum orta, oryante, koopere, bilinç açıktı.



Resim 1: Veziküler Döküntüler

Nörolojik muayenesi doğaldı. Bacak arka yüzü ve gövdede veziküler döküntü dışında herhangi bir anormallik saptanmadı. Ateş 36.6° C, nabız:88/dk, kan basıncı: 130/80 mmHg olarak saptandı. Özgeçmişinde Hastanın foliküler lenfoma nedeniyle

3 yıldır tedavisiz takipte olduğu, soygeçmişinde annede HT ve babada Tip 2 DM olduğu öğrenildi. Laboratuvar incelemesinde; lökosit 8080/ µl (% 56 PMNL), eritrosit sedimentasyon hızı 28 mm/saat, CRP 8 mg/l olarak bulundu. Serolojik incelemesinde VZV IgG pozitif ve Anti HIV negatif saptandı. Kranial MR incelemesinde patoloji saptanmadı. Veziküler döküntüden yapılan tetkikler neticesinde zona tanısıyla valasiklovir 3x1gr başlandı. Tedaviye bir hafta devam edildi ve üç hafta sonra genel durumu düzelen hastanın zona lezyonlarının iyileştiği görüldü.

**Tartışma**

VZV su çiçeği ve zona hastalıklarının etkenidir. Su çiçeği, VZV'nin primer enfeksiyonu ve çocukluk hastalığı, zona ise rekürren enfeksiyonu ve yetişkin hastalığıdır. Rekürren enfeksiyonlar sıklıkla 60 yaş civarında görülür. vücut orta hattını geçmeyen, bir veya komşu iki dermatom bölgesinde görülen veziküler lezyonlarla seyredir.<sup>2</sup>

Su çiçeği geçirenlerde hastalık ömür boyu bağışıklık bırakır fakat virus latent kalarak, yıllar sonra reaktif olur ve zonaya neden olur. Zona endojen bir enfeksiyon olduğundan sporadik olarak her yaşta görülebilir. 10 yaşın altında nadirdir. Sıklıkla yaşlılarda görülür. Zona geçirenlerin %4'ünde hastalık tekrarlar, üçüncü tekrar nadirdir. İmmün yetmezliklerde zona insidansı yüksektir.<sup>3</sup>

Zonanın tanısı anamnez ve eritematöz makülopapüler döküntülerin görülmesi ile tanı konur. Vezikül tabanından yapılan Tzanck smearında infekte hücrede intranükleer inklüzyonlar görülür. Tzanck testinin sensitivitesi %60 civarındadır. Virüs uygun doku kültürlerinde üretilebilir. Primer ve rekürren enfeksiyonda önemli antikor titre artışı gözlenir. Ig M, primer enfeksiyonu gösterir. Zonalıların yarısında Ig M, tamamında Ig G pozitif saptanır.<sup>4</sup>

Reaktivasyon mekanizması kesin değildir. Arka kök ganglionlarına virusun primer enfeksiyon sırasında yerleştiği, reaktivasyona kadar orada kaldığı sanılır. En sık T3-L3 dermatomları tutulur. Hastalık, döküntüler ortaya çıkmadan 48-72 saat önce tutulan dermatomda şiddetli ağrı ile başlar, kaşıntı ve duyu bozuklukları ağrıya eşlik eder. Eritemli makülopapüler döküntüler veziküllere dönüşür. Sıklıkla ateş ve bölgesel lenfadenopati eşlik eder. Hastalık 7-10 gün sürer. Zonayı takiben aylarca

süren kronik ağrı sendromu (postherpetik nevralsi) gelişebilir. Nedeni virusun siniri kronik irritasyonudur. Gençlerde nadirdir, 50 yaşın üzerinde %50 görülür. Zonanın en rahatsız edici ve en sık görülen komplikasyonudur. Dermatom bölgesinde kalıcı hipo yada hiperestezi ile sonlanır.<sup>5</sup>

Varisella-Zoster Virus enfeksiyonu farklı klinik tablolarla karşımıza çıkabilmektedir. Trigeminal sinirin oftalmik tutulumuna bağlı (keratit) herpes oftalmicus gelişir, fasiyal sinirin mandibular ve maxillar dalının tutulumuna bağlı osteonekroza ve diş dökülmesi, fasiyal paralizi, Ramsey-Hunt Sendromu (fasiyal sinir tutulumuna bağlı dış kulak yolunda ağrı, veziküler lezyonlar, aynı tarafta fasiyal paralizi dilin 2/3 ön kısmında tat duyusu kaybı), oftalmopleji, kolda güçsüzlük, bacakta güçsüzlük, mesane ve rektumda disfonksiyon görülebilir.<sup>1,6,7</sup>

Zonaya bağlı diğer komplikasyonlar; yaygın kutanöz zona, meningoensefalit, transvers miyelit, Guillain-Barre sendromu, pnömoni ve hepatittir. Tüm bu komplikasyonlar, immün yetmezliklerde daha siktir, daha ciddi ve uzun seyirlidir.<sup>2</sup>

Sonuç olarak zona 60 yaş civarında ve immün sistemi baskılanmış hastalarda daha sık görülmektedir. Bizim olgumuzda 57 yaşında ve foliküler tanısı almış bir hastaydı. Özellikle immün sistemi baskılanmış hastalarda farklı klinik tablolarla ve farklı lokalizasyonlarda görülebilir. Özellikle bu hastalarda deride veziküler lezyonların varlığında ayırıcı tanıda VZV reaktivasyonu düşünülmeli ve bu olgularda tutulumun atipik yerleşimli olabileceği unutulmamalıdır.



## Kaynaklar

1. Ultsch B, Köster I, Reinhold T, Siedler A, Krause G, Icks A, Schubert I, Wichmann O. Epidemiology and cost of herpes zoster and postherpetic neuralgia in Germany. *Eur J Health Econ.* 2013 Dec;14(6):1015-26. doi:10.1007/s10198-012-0452-1. Epub 2012 Dec 28. PubMed PMID: 23271349.
2. Brunell PA., *Varicella.* Wyngaarden, Smith, Bennett (eds): Cecil Textbook of Medicine. 19th edition. WB. Saunders Comp Philadelphia 1992, s1840-1842
3. Drew WL. *Varicella Zoster Virus.* Murray, Drew, Kobayashi, Thomson (eds): Medical Microbiology. Wolfe Medical Publ. London 1990s512-517
4. Schulze P., Sönichsen N. The management of herpes zoster infections. *Virus&Life* 1993; 7:13-16
5. Whitley RJ. *Varicella Zoster Virus Infections.* Mandell, Bennett, Dolin (eds): Principles and Practiced of Infection Diseases. 5th ed. Churchill Livingstone Philadelphia 2000 s1580-1586
6. Kondo K, Kanaya K, Baba S, Yamasoba T. Mumps, cervical zoster, and facial paralysis: coincidence or association? *Case Rep Otolaryngol.* 2014;2014:289687. doi: 10.1155/2014/289687. Epub 2014 Feb 6. PubMed PMID: 24653846; PubMed Central PMCID: PMC3933221
7. Miyakoshi A, Takemoto M, Shiraki K, Hayashi A. Varicella-zoster virus keratitis with asymptomatic conjunctival viral shedding in the contralateral eye. *Case Rep Ophthalmol.* 2012 Sep;3(3):343-8. doi: 10.1159/000343463. Epub 2012 Oct 6. PubMed PMID: 23162462; PubMed Central PMCID: PMC3499208.