

Romatoid artritli bir hastada sakral ve inguinal bölge tutulumu gösteren herpes zoster

Herpes zoster with sacral and inguinal involvement in a patient with rheumatoid arthritis

Ülkü Öztoprak Siyah, Salih Cesur, Kader Arslan, Sami Kınıklı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

Cite this article as/Bu makaleye atıf için: Öztoprak Siyah Ü, Cesur S, Arslan K, Kınıklı S. Romatoid artritli bir hastada sakral ve inguinal bölge tutulumu gösteren herpes zoster. Anatolian Curr Med J 2020; 2(3): 87-90.

ÖZ

Herpes zoster, dorsal kök gangliyonlarında latent olarak kalan varicella zoster virüsünün reaktivasyonu sonucunda gelişen, en sık torasik bölgeyi tutan, servikal, lomber, sakral ve oftalmik bölgeleri de tutabilen sıklıkla ağrılı veziküler döküntü ile karakterize bir hastalıktır. Bu olgu sunumunda, 72 yaşında altta yatan romatoid artritli olan bir hastada sakral bölge ve inguinal bölgede ağrılı veziküler döküntülerle karakterize bir zona olgusu sunuldu. Olguda tanı fizik muayene ve laboratuvar testleri (varicella zoster-IgG pozitifliği) ile konuldu, asiklovir tedavisi sonrası lezyonları geriledi. Olgu sakral ve inguinal bölge tutulumu (atipik prezentasyon) göstermesi nedeniyle sunuldu.

Anahtar kelimeler: Herpes zoster, atipik prezentasyon, antiviral ilaçlar

ABSTRACT

Herpes zoster is a disease characterized by painful vesicular rash, most commonly involving the thoracic region, involving the cervical, lumbar, sacral and ophthalmic regions, resulting from the reactivation of varicella zoster virus, which remains latent in the dorsal root ganglia. In this case report, we present a case of shingles characterized by painful vesicular eruptions in the sacral and inguinal regions in a 72-year-old patient with underlying rheumatoid arthritis. The patient was diagnosed by physical examination and laboratory tests (varicella zoster-IgG positivity). After acyclovir treatment, the lesions regressed. The case is presented because of sacral and inguinal involvement (atypical presentation).

Keywords: Herpes zoster, atypical presentation, antiviral agents

GİRİŞ

Varicella zoster virüsü (VZV), Herpesviridae ailesinde yer alan zarflı bir DNA virüsüdür. Bilinen tek rezervuarı insandır. VZV primer enfeksiyonu olan suçiçeği ve latent enfeksiyonun reaktivasyonu ile ortaya çıkan rekkürren enfeksiyonu olan herpes zoster (zona) olmak üzere iki farklı klinik tablodan sorumludur (1). Herpes zoster enfeksiyonu sağlıklı erişkin bireylerin %10-20'sinde görülebilir. Altta yatan malignite varlığı, AIDS, otoimmün hastalık, sistemik lupus eritematosus (SLE), romatoid artrit (RA), psikolojik bozukluklar, major depresyon, radyoterapi, kemoterapi, travma gibi bağışıklık sistemini baskılayan hastalıklar veya immünsupresif tedaviler zona gelişimini kolaylaştırır. Bu hasta gruplarında görülme

sıklığı artmaktadır, görülme sıklığı %30-50 arasında bildirilmektedir (2).

İmmün sistemi baskılanmış hastalarda daha fazla sıklıkta görülmesinin yanı sıra daha ağır seyir gösterebilir (2). Herpes zoster görülme sıklığı yaşla birlikte artmakta, özellikle 50 ile 70 yaş arasında en üst seviyeye ulaşmaktadır (3). RA ve SLE gibi otoimmün hastalıkların tedavisinde kullanılan kortikosteroidler ve diyabet, VZV reaktivasyonu için önemli risk faktörleridir (1-3).

Bu yazıda, RA olan 72 yaşında erkek hastada sakral ve inguinal bölge tutulumu ile karakterize herpes zoster enfeksiyonu sunuldu.

Corresponding Author / Sorumlu Yazar: Salih Cesur, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Sakarya Mah., Ulucanlar Cad., No: 89, 06230, Altındağ, Ankara, Türkiye

E-mail / E-posta: scesur89@yahoo.com

Received / Geliş: 08.08.2019 **Accepted / Kabul:** 17.10.2019



OLGU

Yetmiş iki yaşında erkek hasta sağ bacak ve inguinal bölge üzerinde ağrı ve takiben gelişen döküntü şikayetli ile dermatoloji polikliniğine başvurmuş. Hastaya zona ön tanısı ile brivudin tablet ve mupirosin pomad reçete edilmiş. Şikayetlerinde gerileme olmayan hasta kliniğimize yatırıldı. Öz geçmişinde; hipertansiyon, kronik böbrek hastalığı, alt ekstremitelerde varis, koroner arter hastalığı nedeniyle stent uygulandığı ve hastanın 1,5 yıldır RA tanısı ile hidroksiklorokin kullandığı öğrenildi.

Fizik muayenesinde; vücut ısısı: 36,6 °C, nabız 96/dk, arteriyel kan basıncı 110/60 mm/Hg, O₂ saturasyonu %93 idi. Genel durumu iyi, bilinç açık. Oryante ve koopere idi. Her iki alt ekstremitelerde belirgin varis ve şişlik olduğu görüldü. Hastanın sağ bacak üzerinde sakral ve inguinal bölgeye yayılım gösteren, eritemli zeminde yer yer kurutlu ağırlı veziküler döküntü mevcut idi (**Resim 1**). Inguinal lenfadenopati palpe edilmedi. Diğer sistem

muayeneleri normaldi. Laboratuvar incelemesinde; lökosit sayısı 6260/mm³, Hb 13,6 gr/dl, trombosit sayısı 198000/mm³, eritrosit sedimantasyon hızı 5 mm/saat (normali: 0-15 mm/saat), CRP: 20,7 mg/dl (normali<5), serum kreatinin: 1,6 mg/dl (normal üst sınır: 1,2 mg/dl), üre: 91 mg/dl (normali: 18-55mg/dl), Na: 136 mmol/L, K: 3,9 mmol/L, AST: 20 U/L, ALT: 11 U/L idi. Hepatit markerları ve HIV testi negatifti. ELISA yöntemiyle bakılan VZV-IgG pozitif olarak saptandı. Hastaya sakral ve inguinal bölgeyi tutan zona tanısıyla asiklovir 3x750 mg dozda intravenöz (i.v.) yolla başlandı, topikal olarak mupirosin tedavisine devam edildi. Ağrıları için nonsteroid antiinflatuvar ilaç verildi. Tedavinin 3. gününde lezyonlar kurutlanmaya ve soyulmaya başladı (**Resim 2**). Asiklovir tedavisi 5 güne tamamlandıktan sonra oral valosiklovir 3x1 gr dozda 5 gün süreyle kullanmak üzere taburcu edildi. Tedavi bitiminde kontrole gelen hastada lezyonların kurutulduğu ve daha da düzeldiği görüldü.



Resim 1a,b. Tedavi öncesi hastanın sağ bacak üzerinde sakral ve inguinal bölgeye yayılım gösteren, eritemli zeminde yer yer kurutlu ağırlı veziküler lezyonları



Resim 2a,b. Tedavinin 3.gününde lezyonlarda kurutlanma ve düzelme görülmekte

TARTIŞMA

Herpes zoster (diğer adıyla zona) sıklıkla dorsal kök gangliyonlarında veya bazı kranial sinir ganglionlarında latent olarak kalan VZV'nin reaktivasyonu ile oluşan ağrılı veziküler lezyonlarla karakterize bir hastalıktır. VZV, tek taraflı radiküler ağrı ve veziküler döküntü ile dermatom boyunca yayılım gösterir. Zonada tutulum bölgeleri; torasik bölge %50-62, oftalmik zoster %12-21, lomber bölge %10-14, servikal bölge %11-14, sakral bölge tutulumu ise %2-8 arasında değişir. Altta yatan hastalığı olan hastalarda zona sıklığı farklılık gösterir.

Romatoid artritli hastalardaki sıklığı %2,1 (3111 hasta); kontrol grubunda (8029) ise %1,5 olarak bildirilmiştir. Genel popülasyonda 50 yaş altında 2,08/1000 kişide, RA'lı hastalarda 3,51/1000 oranında; 70 yaş üzerinde genel popülasyonda %8,8 oranında, RA'lı hastalarda ise %12,47 oranında görüldüğü rapor edilmiştir (3).

Varicella zoster virüs enfeksiyonlarında karakteristik olarak duysal sinir dermatomuna uyan cilt bölgesinde eritemli zemin üzerinde gruplar oluşturmuş ağrılı veziküllerin bulunması ile tanı konabilmektedir (4). Zona da en sık tutulum bölgesi torasik dermatom iken, daha az sıklıkla sakral dermatomda tutulum görülür (1-5). Hastamızda da duysal sinirin dermatom sahasına uygun olarak sağ uyluk ön ve dış yüzeyi, sağ diz üstü alanda gruplar oluşturmuş veziküler döküntüleri mevcuttu ve VZV IgG pozitifliği saptandı.

Zona ayırıcı tanısında; herpes simpleks, böcek ısırıkları, iritan dermatit ve büllöz hastalıklar yer almaktadır (5,6). Karakteristik zona benzeri döküntüler bazen Herpes simplex virüs (HSV) enfeksiyonları ile de karışabilmektedir (4,5). Herpes zoster tedavisinde kullanılan başlıca antiviral ilaçlar; asiklovir, valasiklovir, famsiklovir ve brivudindir (2,6). Antiviral tedaviye semptomların ortaya çıkmasından sonraki 72 saat içerisinde başlanması ve 7 gün veya yeni lezyon çıkışı durduktan iki gün sonrasına kadar devam edilmesi önerilmektedir. Bağışıklık sistemi normal kişilerde hastalık 7-10 günde iyileşirken, zayıf olan kişilerde tedavi edilmezse bu süre 15-28 güne kadar uzayabilir (2).

Sunduğumuz olguda daha önce kullandığı brivudin tedavisi ile klinik semptomları ve cilt lezyonları gerilemediğinden, İ.V asiklovir tedavisi başlandı. Tedavi oral valasiklovir ile toplamda 10 gün süreyle uygulandı. İmmüsuprese hastalar tedavi edilmezse herpes zoster daha ağır seyir gösterebilir. Kutanoz tutulum daha yaygındır; sıklıkla iki taraflı yaygın dermatom tutulumları, pnömoni, hepatit, meningoensefalit gibi viseral tutulumlar görülebilir (5,6). Sunduğumuz olguda tek dermatomda ancak sakral ve inguinal bölgeleri de kapsayan yaygın bir tutulum mevcuttu.

Literatürde atipik tutulum gösteren herpes zoster olguları bildirilmiştir. Özellikle sakral bölge ve genital bölge tutulumları oldukça nadirdir (5-8). Sunduğumuz olguda genital organlarda tutulum yoktu ancak ağrılı veziküler lezyonlar sağ inguinal bölgeye kadar uzanıyordu. Türkiyeden İpekdal ve ark. (7), 62 yaşında bir erkekte herpes zoster'e bağlı sakral gangliyon tutulumu, Erol ve ark. (8) da herpes zoster'e bağlı sakral bölge tutulumu ve üriner retansiyon gelişen bir olgu bildirmişlerdir. Esmer ve ark. (5) ise genital bölge ve inguinal tutulum gösteren ve herpes genitalis ile karışan, altta yatan hastalığı olmayan 79 yaşında bir erkek hasta bildirmişlerdir. Zona aşısı özellikle 50 yaş ve üzeri hastalarda tekrarlayan zona atakları ve postherpetik nevraljiyi azalttığı için önerilmektedir (9). Bu nedenle özellikle altta yatan immüsupresif hastalığı olan hastalarda immüsupresif tedaviden en az iki hafta öncesinde zona aşısı önerilmektedir. Bu aşuların kullanılması hastalarda morbiditeyi azaltarak yaşam kalitesini artırabilir (2).

SONUÇ

Sonuç olarak; sunduğumuz olguda olduğu gibi herpes zosterin atipik bölge tutulumu ile de ortaya çıkabileceği akılda tutulmalıdır. Ayrıca, bu hastalarda zona aşısı zona ataklarını ve herpes zoster'e bağlı komplikasyonları önleyebileceğinden önerilmelidir.

ETİK BEYANLAR

Aydınlatılmış Onam: Çalışmaya katılan hastadan yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Hakem Değerlendirme Süreci: Harici çift kör hakem değerlendirmesi.

Çıkar Çatışması Durumu: Yazarlar bu çalışmada herhangi bir çıkarı dayalı ilişki olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışmada finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Yazar Katkıları: Yazarların tümü; makalenin tasarımına, yürütülmesine, analizine katıldığını ve son sürümünü onayladıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Köse S, Atalay S, Gül S, Sönmez U, Ödemiş İ. Hastaneye yatırılan herpes zoster olgularının değerlendirilmesi. Tepecik Eğit Hast Derg 2013; 23: 89-92.
2. Benderli Y, Turasan CA. Kanserli hastalarda radyoterapi sonrası herpes zoster. Türkderm 2013; 47: 170-5.
3. Forbes HJ, Bhaskaran K, Thomas SL, Smeeth L, Clayton T, Langan SM. Quantification of risk factors for herpes zoster: population based case-control study. BMJ 2014; 348.

4. Karaman K, Akbayram HT, Garipardıç M. Atipik yerleşimli herpes zoster enfeksiyonu: bir olgu sunumu. İKSST Derg 2014; 6: 106-8.
5. Esmer H, Cesur S, Özsoy M, Kınıklı S, Vahaboğlu G. Genital bölge tutulumu gösteren ve herpes genitalis'le karışan bir herpes zoster olgusu. Klimik Derg 2019; 32: 96-8.
6. Whitley RJ. Chickenpox and herpes zoster (varicella zoster virus) In: Bennett JE, Dolin R, Blaser MJ, eds. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders, 2015: 1731-7.
7. İpekdal İH, Karadas Ö, Öz O, Ulas ÜH. Restless legs syndrome secondary to sacral zona zoster [Letter]. J Pain Symptom Manage 2011; 41: e8-e11.
8. Erol B, Avci A, Eken C, Ozgok Y. Urinary retention, erectile dysfunction and meningitis due to sacral herpes zoster: a case report and review of the literature. Urol Int 2009; 82: 238-41.
9. Cunningham AL, Lal H, Kovac M, et al. Efficacy of the Herpes zoster subunit vaccine in adults 70 years of age or older. N Engl J Med 2016; 375: 1019-32.