

Olgu Sunumu

Alışılmadık Omuz Ağrısı: Herpes Zoster'e Bağlı Brakiyal Pleksopati**A Rare Shoulder Pain: Brachial Plexopathy Due to Herpes Zoster****Dilara Mermi Dibek¹, Leyli Can Aynal¹, Selim Selçuk Çomoğlu¹**¹Sağlık Bakanlığı Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Ankara, Türkiye**Özet**

Herpes Zoster'e bağlı brakial pleksopati nadir görülen bir nörolojik komplikasyondur. Bu makalede klinik, radyolojik ve elektrofizyolojik incelemeler sonucunda herpes zoster'e bağlı brakial pleksus nöriti tanısı konulan hasta sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Brakial Pleksus Nöriti, Herpes Zoster, Varisella Zoster'e Bağlı Brakial Pleksopati.

Abstract

Brachial plexus neuritis due to Herpes zoster is a rare neurological complication. In this report we present a case who diagnosed with brachial plexopathy used by clinic, radiologic and electrophysiologic investigations.

Key Words: Brachial Plexus Neuritis, Herpes Zoster, Zoster Associated Upper Limb Paresis.

Giriş

Brakiyal pleksus, C5- T1 sinir köklerinden köken alan, omuz ve kol kaslarını uyan, duyusunu sağlayan, kendi içinde sinirlerin birleşip ayrıldığı oldukça kompleks bir anatomik yapıdır. Brakial pleksopati ise brakial pleksustaki sinir köklerinin, trunkusların, kordların veya sonlanan periferik sinirlerin patolojileri sonucu oluşur. Pleksopatiye sebep olan patolojik durumlar genellikle travmatik nedenlerle görülse de non-travmatik, iyatrojenik veya neonatal nedenlerle de görülebilir (1). Erkeklerde görülme sıklığı kadınlara göre iki kat fazladır (1). Pleksopatiye bağlı semptomlar akut ya da yavaş progresif bir şekilde ortaya çıkabilir.

Herpes Zoster'e bağlı pleksopati ise ilk kez 19. Yüzyılda James Paget tarafından tanımlanmıştır (2). Herpes Zoster ilişkili ekstremitte parezisi genellikle pleksus veya periferik sinire lokalize güçsüzlükle ilişkilidir ve sıklıkla Post Herpetik Nevralji ile birlikte (3).

Zona ilişkili ekstremitte parezisi %37 radikülopati %14 mononöropati %8 radikülopleksus nöropatiye bağlıdır (3). Motor nöropati herpes zoster hastalarının %0.5-5'inde gözlenir (4). Herpes zoster insidansı yaklaşık 3.6/1000 kişi-yıl olmakla birlikte popülasyonda demografik kaymalar ile artmaktadır.

Bu makalede Varisella Zoster enfeksiyonuna bağlı total brakial pleksopati tanısı alan hasta sunulmuştur.

Olgu sunumu

87 yaşında erkek hastanın, 40 gün önce başlayan sağ omuzunda ağrı ve hareket kısıtlılığı yakınmaları ve bu yakınmalara 3 gün sonra sağ omuz ve önkolun dış kısmından baş parmağa kadar devam eden cilt döküntüleri eklenmiş. Hastaya herpes zoster tanısı konularak brivudin 125 mg günde bir defa olmak üzere 7 gün süreli tedavi verilmiş. Hasta, cilt lezyonlarının skar bırakarak düzelmesine karşın, ağrı ve kolundaki güç kaybının giderek artması üzerine kliniğimize başvurdu. Hastanın nörolojik muayenedesinde patolojik olarak;sağ omuz fleksiyon ve ekstansiyon 0/5, abduksiyon 0/5, addüksiyon 4/5, iç rotasyon 0/5, önkol fleksiyon 0/5, ekstansiyon 4/5, supinasyon 0/5, pronasyon 4/5, sağ el fleksiyon ve ekstansiyonu 4/5, baş parmak abduksiyon ve addüksiyonu 3/5, parmakların ekstansiyonları, abduksiyonları, addüksiyonları 4/5 olup, sağ C4-C6 duyu alanlarında hipoestezi mevcuttu. Sağ biceps, stiloradial ve triseps refleksleri alınmadı. Sağ C4-C6 dermatom alanlarıyla uyumlu bölgede zonaya ait döküntü skarları gözlendi (resim 3 ve 4). Hastanın yapılan biyokimya, tam kan incemeleri, HbA1c, tiroid fonksiyon testleri, Hepatit B Virüs ve HIV taramaları normaldi. İmmunoelektroforez ve protein elektroforez incelemesinde anormal bant paterni izlenmedi. HSV tip 1 IgM negatif IgG pozitif, HSV tip 2 IgM ve IgG negatif ve VZV IgG pozitif IgM negatifti.

Hastaya yapılan elektromyografik incelemede üst ve orta trunkusta ağır ve alt trunkusta orta

şiddetli sensorimotor aksonal dejenerasyon tespit edildi. Servikal ve brakiyal pleksus MRG'de T2 ağırlıklı kesitlerde brakial pleksusta hiperintensite (Resim 2) ve T1-kontrastlı görüntülemelerde brakial pleksusta kontrast tutulumu saptandı (Resim 1). Bu bulgular brakial pleksusta inflamasyon ve ödemle uyumlu olarak yorumlandı. Hastaya günde bir defa 80 mg oral prednisolon başlandı, 8 haftada azaltılarak kesildi. Tedavinin ikinci gününde hastanın ağrısı azalırken; 10. günde motor kaybında düzelme başladı. Tedavinin 21. gününde hastanın ağrısı tamamen kayboldu, kas gücünde de bir miktar daha düzelme gözlemlendi.



Resim 1. MR T2 koronal kesit; sağ brakial pleksusta ok ile işaretli alanda enflamasyonla uyumlu hiperintensite



Resim 2. Kontrastlı T1 coronal kesit; sağ brakial pleksusta ok ile işaretli alanda kontrast tutulumu



Resim 3. Hastanın C4 C5 C6 trasesinde veziküler döküntü



Resim 4. Hastanın C4 C5 C6 trasesinde veziküler döküntü

Resim 3 ve 4. Hastanın başvurusunda inspeksiyonda gözlenen döküntü skarları

Tartışma

Varisella zoster, herpesviridea ailesine ait, varisella enfeksiyonu sonrası serebral veya arka kök ganglionlarda latent hale gelen bir virüstür. En çok latent kaldığı bölge trigeminal ganglion, torasik, lomber, sakral arka kök ganglionlarıdır. Bu latent enfeksiyon yıllar sonra tekrar aktive olduğunda önce ağrı ile prezente olup üç gün sonra makülopapüler ve veziküler döküntüler ortaya çıkarak kendini gösterir (5). Latent devrenin sonlanmasının sebebi sellüler immun cevabın düşmesine bağlıdır. Bu duruma genellikle yaşlılık, aşırı efor, steroid kullanımı veya malignensi neden olabilir. 70 yaş sonrası hastaların %0,8' inde Herpes Zoster enfeksiyonu görülür (6). Motor nöropati herpes zoster hastalarının %0.5-5'inde gözlenir (4). Herpes Zoster'e bağlı motor nöropatilerin %80'i kranial sinir parazisine bağlıdır (7). Segmental ekstremitte parazisi nadir olmakla birlikte torakal segment tutulumuna göre daha fazla bildirilmiştir (5). Üst ekstremitenin proksimal kas tutulumu alt ekstremiteye göre daha sık görülür (1). Sunulan tüm brakial pleksus nöritis vakalarında en sık üst ve orta trunkus tutulumu

bildirilmiştir (3). Nitekim bizim olgumuzda da benzer şekilde brakial pleksusun üst ve orta trunkuslarında ağırlıklı tutulum vardır.

Zona ilişkili ekstremitte parezisi olan 49 hasta'nın incelendiği bir çalışmada ortalama başlangıç yaşı 71 olarak saptanmıştır. Hastaların %67'si erkek olup çoğunlukla post herpetik nevralji (PHN) ile birlikte görülmüştür. PHN veya rezidüel herpetik ağrı 3 ay veya daha fazla sürmektedir. Güçsüzlüğün minimum devam süresi 193 gün olarak bulunmuştur. Bu seride zona ilişkili ekstremitte parezisi %37 radikülopati %14 mononöropati %8 radikülopleksus nöropatiye bağlıdır (3).

Son yıllarda zona ilişkili ekstremitte parezlerinde; sinir, pleksus ve spinal kord MR incelemeleri tanısal amaçlı kullanılmaya başlanmıştır (8, 9). MR görüntülemesinde etkilenen pleksus ve periferik sinirlerde genişleme, T2 sinyal uzaması veya çoğunlukla sinyal artışı (%64) bildirilmiştir (3). Bizim vakamızda da sağ pleksusta T2AG de hiperintensite (resim-2) ve inflamasyon lehine olarak yorumlanan kontrastlanma (resim-1) tespit edilmesi pleksopati tanısını desteklemektedir.

Tedavide antiviral, oral veya intravenöz tek başına ya da kortikosteroid veya kombine tedavileri kullanılabilir. Bizim hastamızda ise antiviral tedaviyle progresyon devam ederken kortikosteroid eklenmesiyle birlikte ağrı ve bir miktar da parezide düzelme izlenmiştir.

Bu olgu sunumu ile özellikle üst ekstremitte monoarezilerinde Herpes Zoster enfeksiyonunun etyolojik bir faktör olabileceği ve kortikosteroidlerin geç dönemde de olsa yararlı olabilecekleri vurgulanmıştır.

Kaynaklar

1. van Alfen N, van Engelen BG. The clinical spectrum of neuralgic amyotrophy in 246 cases. *Brain* 2006; 129: 438.
2. Case of Herpetic Eruption in Part of the Distribution of the Second Division of the Right Fifth Cerebral Nerve *Br Med J* 1866; 2: 402.
3. Jones LK Jr, Reda h Clinical, electrophysiologic, and imaging features of zoster-associated limb paresis. *Muscle Nerve* 2014; 50(2): 177-85.
4. Rosenfeld T, Price MA. Paralysis in herpes zoster *Aust NZJ Med* 1985,15: 712-6.
5. Jeevarethinam A¹, Ihuoma A, Ahmad N. Herpes zoster brachial plexopathy with predominant radial nerve plasy. *Clin Med* 2009; (9),(5): 500-1
6. Wareham DW, Breuer J. Herpes zoster. *BMJ* 2007; 334: 1211-5.
7. MacDonald BK, Cockerell OC, Sander JW, Shorvon SD. The incidence and lifetime prevalence of neurological disorders in a prospective community-based study in the UK. *Brain* 2000; 123(Pt 4): 665.
8. Thomas JE, Howard FM Jr. Segmental zoster paresis-a disease pro- file. *Neurology* 1972; 22: 459-66.
9. Merchut MP, Gruener G. Segmental zoster paresis of limbs. *Electromyogr Clin Neurophysiol* 1996; 36: 369-75.

Sorumlu Yazar:

Dilara Mermi DİBEK

Sağlık Bakanlığı Dışkapı Yıldırım Beyazıt
Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji
Kliniği, ANKARA, TÜRKİYE
E-mail: leylicanaynal@gmail.com
Telefon 0553 574 5664