

DOĞUM EYLEMİNDE PERİNEAL-İNGUİNAL HERPES ZOSTER ENFEKSİYONU: Nadir bir olgu sunumu

Perineal-Inguinal Herpes Zoster Infection in Labor: A Rare Case Report

Murat BULANIK¹, Nevin SAĞSÖZ², Sabri KURTAY³, Yüksel İŞİK⁴

ÖZET

Amaç: Herpes Zoster (zona) enfeksiyonu yaşam boyu görülme sıklığı % 0,3-0,8 olan, varisella zoster virusunun (VZV) primer olarak nöral dokuyu tuttuğu fakat komplikasyonları dermatolojik, nörolojik, oftalmolojik ya da visseral olabilen viral enfeksiyondur.

Gebelikte varisella zoster enfeksiyonu 1-5/10.000 gibi düşük insidansa sahipken olgulardaki VZV seropozitifliği oldukça yüksektir (> % 95). Gebelikte bulaş in-utero, perinatal, postnatal olabilir. Mortalitesi yüksek olan neonatal suçiçeği enfeksiyonu ise doğum sırasındaki bulaş sonucu ortaya çıkar. Bu yazıda gebeliğinde travay takibinde zona enfeksiyonu geçiren ve bunun üzerine sezeryan ile doğumu gerçekleştirilen bir olgu sunularak konu literatur bilgileri eşliğinde tartışıldı.

Anahtar Sözcükler: *Herpes zoster; Gebelik; Doğum evresi; Zona*

ABSTRACT

Aim: Herpes zoster (shingles), is a viral infection, with the life time incidence between % 0.3-0.8, that can primarily effect the neural tissue but which has dermatological, neurological, ophthalmological or visceral complications, caused by varicella zoster virus (VZV).

As VZV infection has low incidence as 1-5/10.000 and the patients have significantly high seropositivity (>%95). Transmission in pregnancy can occur in utero, perinatally or postnatally. Neonatal chickenpox infection, on the other hand, is transmitted during labor which has high mortality rates. In this report, a case which had HZ infection during labor and and thus gone to caeserian section with a live birth has been presented and this topic have been discussed by the literature knowledge.

Keywords: *Herpes zoster; Pregnancy; Labor; Shingles*

¹Devrek Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü ZONDULDAK

²Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Kırıkkale

³Etlük Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, ANKARA

⁴Özel Batman Zilan Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

Murat BULANIK, Uzm. Dr.
Nevin SAĞSÖZ, Prof. Dr.
Sabri KURTAY, Uzm. Dr.
Yüksel İŞİK, Uzm. Dr.

İletişim:

Prof. Dr. Nevin SAĞSÖZ¹
Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı
Tel: +90 5055778638
e-mail:
nevinsagsoz@yahoo.com

Geliş tarihi/Received: 07.04.2017
Kabul tarihi/Accepted: 25.07.2017

Bozok Tıp Derg 2017;7(4):96-9
Bozok Med J 2017;7(4):96-9

GİRİŞ

VZV, Herpesviridae ailesinden, çift-sarmallı DNA virusudur. Primer enfeksiyonu su çiçeğidir, yaşamın ileri yıllarında bazı bireylerde virusun genellikle tek bir ganglionda reaktif olmasıyla zona olarak bilinen klinik tablo ortaya çıkmaktadır. Her iki tablo da immunitesi sağlıklı bireylerde hafif-ılımlı seyrederken; immunsuprese kişilerde ve yenidoğanlarda ağır klinik tabloya ve komplikasyonlara neden olmaktadır (1).

Zona tipik olarak bir veya iki duyusal dermatom alanında, vücut orta hattını geçmeyen veziküler lezyonlarla karakterizedir. Klinik tablo döküntüler ortaya çıkmadan 48-72 saat önce tutulan dermatomda şiddetli ağrıyla başlar. Makülopapüler döküntü yerini ağrılı kaşıntılı veziküler döküntülere bırakır. Tutulum yerleri sıklıkla torakal, baş bölgesi gangliyonları olmakla birlikte azalan sıklıkta servikal, lumbal ve sakral gangliyonlardır (2).

Gebelikte oluşan zona hastalığında fetal bulaş riski düşük olmakla birlikte (3) bu yazıda, pubik-inguinal bölge tutulumlu olan (L1-L2 dermatom alanları), normal doğum durumunda neonatal bulaş riski olabilecek 39 haftalık gebenin takibi ve tedavisi sunuldu.

OLGU

18 yaşında, G1P0, 39 hafta gebe, kliniğimize sancılı şikâyetiyle başvurdu. Pelvik muayenede 2 cm açıklık, % 60 silinme mevcuttu, ultrasonografide 39 haftayla uyumlu, vertex prezentasyonda, tek, canlı fetus izlendi. Fetal monitorizasyonda 2/10 dakika düzensiz uterin kontraksiyon vardı. Hastanın izleminde hastaneye yatışından yaklaşık 10-12 saat sonra, sağ kasıkta ağrı olması üzerine yapılan muayenede inguinal bölgeden perineye uzanan yaygın veziküler lezyonlar saptandı (Resim 1). Hastaneye yatışından önce şikâyetinin olmadığı, ağrısının sağ kasık bölgesinde olduğu, ağrıdan sonra döküntülerinin başladığı öğrenildi. Tansiyon Arteriyel: 120/80 mmHg, vücut ısısı: 36,7 °C olan hastanın sistemik muayenesinde ek patolojik bulgu saptanmadı. Dermatoloji Bölümüne danışılan hastaya zona tanısı konuldu. Eritemli zemin üzerinde gruplar halinde, toplu iğne başı büyüklüğünde papüller

ve veziküller izlendi. Mevcut klinik durumda; viral replikasyon olabileceği ve açık yaralardan vajinal doğum ile bebeğe bulaş riski olabileceği için ve ayrıca perineal ve inguinal bölgedeki lezyonların aşırı ağrılı olması nedeniyle doğumun sezeryanla gerçekleştirilmesi planlandı. Sezeryan ile 10/10 APGAR'lı 3850 gram ağırlığında, erkek bebek doğurtuldu. Hastaya asiklovir 5x800 mg per-oral ve rifamisin SV ampül 3x1 ile döküntülü alanların pansumanı uygulandı. Hastanın lezyonları postpartum azalmaya başladı. Pediatri Bölümünce de, bebeğe bulaş açısından değerlendirme yapılmış olup, yenidoğanda dermatolojik veya sistemik her hangi bir bulgu tespit edilmemiştir. Bebek ve annede uzun dönemde komplikasyon izlenmedi.



Resim 1: İlio-perineal bölgede yer alan herpes zoster lezyonları

TARTIŞMA

Bilinen tek konağı insan olan VZV'nin bulaştırıcılığı yüksektir. Primer enfeksiyonu olan su çiçeği solunum yoluyla yayılır ve nazofaranks, retikuloendotelial sistemde çoğalarak viremi oluşturur (4). Primer enfeksiyon sonrası dorsal kök ganglionlarında kalmakta, özellikle bağışıklık sistemi baskılanmış ve strese maruz kalma durumlarında kişilerde reaktif olarak beyin ve akciğerde enfeksiyonlara sebep olabilmektedir (5). Zonada ise enfekte kişiler ile karşılaşma öyküsü yoktur. Zona tablosunun gelişmesinde suçiçeği geçirmiş olmak, immunsupresyon [immünosupresif ilaç kullanımı, AIDS

(edinsel bağışıklık yetmezliği sendromu), kanser vb.], travma ve psikolojik stres risk faktörleridir (6). Yapılan çalışmalarda, zona saptanan hastalarda, psikolojik stresin önemli bir etken olduğu bilinmektedir. Bizim olgumuzda, doğum eylemi takibi nedeniyle hastaneye yatış sonrasında gelişen zona kliniğinde, predispozan faktör olarak ek risk tespit edilememiş olup, fiziksel/psikolojik stresin sorumlu olabileceği düşünülmüştür. Suçiçeği enfeksiyonu çoğunlukla çocuklukta geçirilir ve sonrasında enfeksiyona karşı bağışıklık gelişir. Suçiçeği gebeliğin özellikle erken döneminde geçirildiğinde ve bebeğe bulaştığında konjenital varisella sendromuna (dermatomal kutanöz skarlar), nörolojik anomalilere (mental retardasyon, mikrosefali, hidrosefali, Horner Sendromu, nöbet), oküler anomalilere (optik sinir atrofi, katarakt, koryoretinit, mikrooftalmus, nistagmus) ekstremite anomalilerine (hipoplazi, atrofi, parezi), gastrointestinal anomalilere (gastroözofageal reflü, bağırsak stenozu-atrezisi), düşük doğum ağırlığına neden olmaktadır. Doğuma yakın dönemde veya postnatal dönemde geçirildiğinde ise bebekte pnömoni, hepatit, meningoensefalit gibi ciddi enfeksiyonlara sebep olabilmektedir (7). Üçüncü trimesterden maternal enfeksiyon konjenital varisella sendromuyla birliktelik göstermez, fakat bebeğin yaşamının ilk 1-2 yılında zona gelişebilir. Doğumdan hemen önce veya doğum sırasında annede enfeksiyon varsa yenidoğanda ciddi varisella enfeksiyonu oluşabilir. Ciddi enfeksiyon pasif antikor profilaksisi veya antiviral tedavi ile önlenir (8).

Herpes zoster gebelikte nadir değildir, özellikle maternal immün cevaptaki supresyon nedeni ile geç gebelik dönemlerinde daha sıktır (8). Gebelikte herpes zoster enfeksiyonu olan 366 vakanın prospektif olarak sonuçlarının incelendiği bir çalışmada, konjenital varisella sendromu veya infansta zona gözlenmemiştir (5). Maternal zona enfeksiyonu çok nadirdir ve özel durumlarda konjenital varisella enfeksiyonuna neden olur. Jeneralize herpes zoster oluşmadıkça maternal viremi olmadığı için transplasental geçiş olmaz. Anne herpes zoster virüs için nötralizan antikorlara sahip olduğu için nükleosid analogları ile veya VZV immune globulin (VZIG) ile sistemik tedaviye gerek yoktur.

Ancak yaygın dermatitis, herpes zoster otikus, herpes zoster oftalmikus, hemorajik zoster, mukozal tutulma, veya yaygın VZV enfeksiyonlarında sistemik tedavi gerekir (3).

Zona vezikülleri virüs içerdikleri için, yakın temas veya açık cilt lezyonlarına temas bulaş için önemlidir (3, 9). Gebelikte zona hastalığı primer sezeryan endikasyonu değildir, ancak olgumuzda tutulum yeri itibarıyla açık lezyonların bebeği etkileyebileceği ve perineal ağrı-hassasiyet nedeniyle normal doğumu tolere edemeyeceği için sezeryan kararı alınmıştır. Zonanın bulaşma dönemi, su toplamasıyla başlayan zona döküntüsünün iyileşip kabuk bağlamasına kadar olan periyoddur. Kabarcıklar tamamıyla kabuk bağladıktan sonra virüsün bulaşıcılığı sona erer (3, 9). Bizim olgumuzda lezyonlar veziküler dönemde ve perineal bölgede olduğu için sezeryan kararı alındı ve 1 yıllık takipte bebek ve annede herhangi bir sorunla karşılaşılmadı.

Sonuç olarak zona hastalığı gebelikte nadir görülmele birlikte psikojenik stres durumlarında alevlenebileceği bilinmelidir. Tek başına sezeryan endikasyonu oluşturmamakla birlikte lezyonların lokalizasyonu önemli olabilir. Perineal bölge lezyonlarının doğum sırasında ağrı-hassasiyet oluşturması ve fetal bulaş riski olabileceği dikkate alındığında; sezeryan endikasyonu olabilir.

KAYNAKLAR

1. Gnann JW Jr, Whitley R. Clinical practice. Herpes zoster. N Engl J Med. 2002; 347(5):340-6.
2. Dumas AM, Geelen JL, Mares W, Van Der Noordaa J. Infectivity and molecular weight of varicella-zoster virus DNA. J Gen Virol. 1980; 47(1):233-5.
3. Müllegger RR, Häring NS, Glatz M. Skin infections in pregnancy. Clin Dermatol. 2016; 34(3):368-77.
4. Oxman MN. Immunization to reduce the frequency and severity of herpes zoster and its complications. Neurology. 1995; 45 (12 Suppl 8): S41-6.
5. Enders G, Miller E, Craddock-Watson J, Bolley I, Ridehalgh M. Consequences of varicella and herpes zoster in pregnancy: prospective study of 1739 cases. Lancet. 1994; 343 (8912):1548-51.
6. Heininger U, Seward JF. Varicella. Lancet. 2006; 368(9544):1365-76.

7. Koren G. Congenital varicella syndrome in the third trimester. *Lancet*. 2005; 366 (9497):1591-2.
- 8 Smith CK, Arvin AM. Varicella in the fetus and newborn. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2009;14(4):209-17.
9. Marin M, Broder KR, Temte JL, Snider DE, Seward JF. Advisory Committee on Immunization Practices, Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Prevention of varicella: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep*. 2007;22;56(RR-4):1-40.