

TRAVMA SONRASI ALT EKSTREMİTE PARALİZİSİNE YOL AÇAN ZONA ZOSTER OLGUSU

ZONA ZOSTER CASE CAUSING POSTTRAUMATIC LOWER LIMB PARALYSIS

Miruna Florentina ATEŞ¹, Fatih Öner KAYA², Sibel KARŞIDAĞ¹

¹Maltepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nöroloji Ana Bilim Dalı
²Maltepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

ÖZET

Zona zoster genellikle tek taraflı dermatomal alanda vesiküller ve duysal semptomlarla seyreder. Nadiren motor paralizlere yol açar. Tip II diyabet hastası olan bu olguda, alçı ile stabilize edilen fibula kırığından altı hafta sonra L4-L5 dermatomunda vesiküller, peroneal, tibial ve femoral sinirleri içeren distalde daha belirgin motor paralizisi gelişmiştir. Lomber MR görüntülemesinde sol lomber bölgede lomber pleksitis ile uyumlu kontrast tutulumu saptanmıştır. Zona zosterin travma sonrası tetiklenebilmesi ve pleksus tutulumuna yol açabilmesini hatırlatması açısından sunulmaya değer bulunmuştur.

ANAHTAR KELİMELER: Zona zoster, Motor paralizisi, Travma.

ABSTRACT

Zona zoster usually progresses with vesicles and sensory symptoms in the unilateral dermatomal area. It rarely causes motor paralysis. In the present case, a type II diabetes patient had developed distal motor paralysis accompanied by vesicles on the L4-L5 dermatome including peroneal, tibial and femoral nerves six weeks after the fibula bone fracture stabilized with a cast. Lumbar MR imaging showed contrast enhancement consistent in left lumbar area that points out lumbar plexitis. Zona zoster was found to be worth presenting as it can be triggered after trauma and can lead to plexus involvement.

KEYWORDS: Zona zoster, Motor paralysis, Trauma.

Geliş Tarihi / Received: 06.01.2021

Kabul Tarihi / Accepted: 26.05.2021

Yazışma Adresi / Correspondence: Dr. Öğr. Üyesi Miruna Florentina ATEŞ

Maltepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nöroloji Ana Bilim Dalı

E-mail: miruna.ates@gmail.com

Orcid No (Sırasıyla): 0000-0001-5953-4240, 0000-0002-3507-5083, 0000-0002-2887-9235

GİRİŞ

Zona zoster (ZZ), dorsal kök gangliyonlarında bulunan varicella zoster virüsünün yeniden aktive olması sonucu ortaya çıkar. Duyu sinirinin inerve ettiği dermatom alanında tek taraflı ağrılı veziküller ile kendini gösteren hastalıktır (1). En sık ZZ komplikasyonu, post herpetik nevralji olmasına rağmen, nadiren motor paralizilere de yol açabilmektedir (2). Burada kemik kırığından altı hafta sonra kırık bölgesinde motor paraliziye yol açan ZZ gelişen olgu, travmanın tetikleyici etkisini vurgulamak amacı ile sunulmuştur.

OLGU

Yetmiş dört yaşında Tip 2 diabetes mellitusu olan erkek hastada yürürken takılarak düşme sonucu sol naviküler kemik ve fibula alt ucunda kırık gelişmiştir. Kırık hattında ayrılma olmadığı için sadece alçı ile stabilize edilmiştir. Bir ay sonrasında alçı çıkarıldığında muayenede, sol alt ekstremitte kaslarında hipotoni ile birlikte proksimal kaslarda 3/5, distal kaslarda 1/5 kas gücü defisiti saptanmış, aşil ve patella refleksi alınamamıştır. İmmobilizasyona bağlı güçsüzlük düşünülen hastaya fizik tedavi ve rehabilitasyon başlanmıştır. Hastada L4-L5-S1 dermatomlarında eritemli, büllöz döküntüler izlenmiştir (**Resim 1**).



Resim 1: L4 trasesinde eritemli-büllöz, Zona Zoster ile uyumlu lezyonlar

Yapılan elektronöromyografi (EMG) incelemesinde, solda tibial ve peroneal motor sinirlerde distal latanslar ve ileti hızları normal sınırlarda, F latansları uzun, aksiyon potansiyeli amplitüdlerinde karşı tarafa kıyasla belirgin azalma izlenmiştir. Sol sural ve peroneal superfisial sinirler uyarılamamış, iğne EMG'inde solda tüm siyatik ve femoral sinir innervasyonu kaslarda akut denervasyon potansiyelleri izlenmiştir (**Tablo 1, Tablo 2**).

Tablo 1: Alt ekstremitte motor ve duysal elektrofizyolojik bulguları

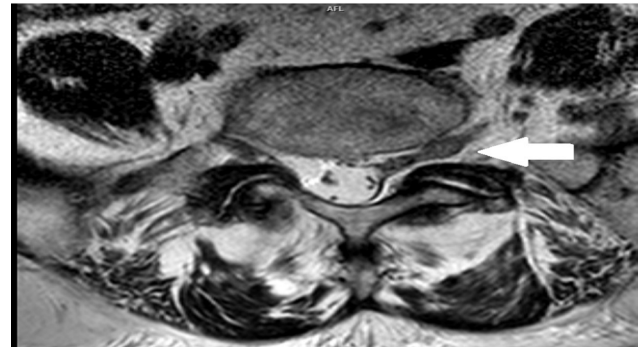
Sinir	Lat (ms)	Amplitüd (mV)	Hız (m/s)	F latansı (ms)
Sol Peroneal	2.9	0.54 0.74 0.81	45.2 47	66.8
Sol Tibial	4.9	0.47 0.21	41.6	66.3
Sağ Peroneal	2.8	1.05 1.17 1.51	47 52	69.2
Sağ Tibial	4.2	1.58 1.25	42.4	59.5
Sol Sural	Ø	Ø	Ø	
Sağ Sural	3	2.3µV	40	
Lat:latans				

Tablo 2: Alt ekstremitte iğne EMG bulguları

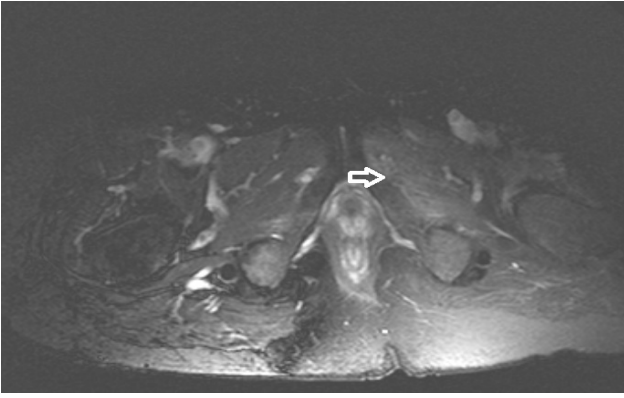
	Fib.	Pozitif diken dalga	Normal MUP	Polfazi	Amp.	Süre	Rekrüt.
Sol TA	+3	+3	+2	+++	N, 1	11	111
Sol Gastrokn.	+2	+2	+2	+++	N, 1	11	11
Sol Kuad.	+2	+3	+1	+++	N, 1	11	111
Sol ten. fascia lata	+3	+3	+2	+++	N, 1	11	111
Sol iliop.	+3	+3	+3	+++	N, 1	11	11

Fib: fibrilasyon MUP: motor ünit potansiyel Amp: amplitüd Rekrüt: rekrütman TA: tibialis anterior Gastrokn: gastroknemius Ten fascia lata: tensor fascia lata İliop: iliopsoas

Hastanın lomber manyetik rezonans (MR) tetkikinde solda lomber pleksusta, iliopsoas kası düzeyinde belirgin, kontrast tutulumu izlenmiştir (**Resim 2, Resim 3**). Hastaya ZZ enfeksiyonuna bağlı "lumbosakral pleksitis" tanısı ile valasiklovir 1000mg 3x1 (14 gün) tedavisi başlanılmıştır. Tedavinin on beşinci gününde döküntülerde solma ve motor defisitte %50'ye yakın düzelme saptanmıştır. Bu dönemde enflamasyonu azaltmak için, sıkı glukoz takibi altında oral prednizolon 16 mg 1x4, tedricen azaltılarak on beş gün süre ile verilmiştir. Rehabilitasyonuna devam edilen hastada kas gücü altı ay sonrasında tama yakın düzelme göstermiştir. Hastadan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.



Resim 2: T2 MR görüntülemesinde solda radikste genişleme



Resim 3: Solda iliopsoas kasında kontrast tutulumu

TARTIŞMA

Zona zosterle bağlı motor etkilenim %0.5-5 oranında bildirilmektedir, ayrıca %30 olguda zoster reaktivasyonu öncesi santral veya periferik sinir sisteminin travma öyküsü olduğu rapor edilmiştir. Olgumuz travma sonrası hem pleksitise yol açması hem de motor paralizi ile sonuçlanması açısından, zoster enfeksiyonunun nadir bir örneğidir. Prevalansı %0.8 olarak bildirilen ZZ genellikle yaşlı popülasyonda daha sık görülmektedir (1). Hücrel immünitenin rol aldığı bu tabloda travma, immünsüpresan durumlar tetikleyici faktörler olarak bildirilmektedir (3). Diyabette risk faktörü olup Herpes Zoster (HZ) gelişme riski 1.8-8.4 kat artmıştır (4). Hastamızda, HZ enfeksiyonu Tip 2 diyabet (immün sistem zayıflığı) ve kırık yaşaması sonrası gelişmiştir.

Vesiküllerin başlangıcından iyileşmesine kadar olan süre yaklaşık 4 haftadır. Nörolojik komplikasyonlar olarak, postherpetik nevralkji, nadiren motor nöropati, kranial sinir felci, transvers miyelit, ensefalit, herpes zoster oftalmikus bildirilmiştir (2). Motor etkilenimin mekanizması kan sinir bariyerinin bozularak inflamasyonun ön boynuzdaki motor nöronlara ilerlemesidir (4 - 6). Sıklık sırasına göre kranial motor nöropati en sık görülüp bunu, segmental üst ekstremitte ve daha nadiren alt ekstremitte motor parezileri izler (7 - 11). Proksimal kas grupları daha çok etkilenmekle birlikte nadiren distal kas gruplarının etkilendiği bildirilmiştir (12). Motor paralizinin döküntüler ortaya çıktıktan birkaç gün ile haftalar sonra geliştiği bildirilmektedir (6, 12). Bizim hastamızda MR görüntülerde inflamasyonun iliopsoas kasına yayılması ve EMG'de L2 den S1 e kadar tüm köklerden inerve olan kaslarda akut denervasyon bulgularının saptanması ne-

deniyle lomber pleksitis düşünülmüştür. Herpes zoster sonucu gelişen motor paralizinin iyileşmesinin haftalar ve aylar sürdüğü çeşitli yayınlarda raporlanmıştır (13, 14). Hastamızda iyileşme 6 ay sürmüştür. Antiviral tedavilerin yanısıra segmenter motor paralizinin geliştiği olgularda kortikosteroidlerde önerilmektedir (13, 14).

Sonuç olarak duyuşal gangliyonlarda virüsün tekrar aktivasyonu ile gelişen ZZ yaşlı, diyabetik ve travma öyküsü olan hastalarda daha sık görülmekte olup, inflamasyonun yayılması ile ön boynuzdaki motor nöronları, radiksleri, pleksusları etkileyerek disabilite yaratan motor defisitlere yol açabilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Wareham DW, Breuer J. Herpes zoster. *BMJ*. 2007;334(7605):1211-5.
2. Gnann JW Jr, Whitley RJ. Clinical practice. Herpes zoster. *N Engl J Med*. 2002;347(5):340-6.
3. Arvin AM. Varicella-zoster virus. *Clin Microbiol Rev*. 1996;9(3):361-81.
4. Hata A, Kuniyoshi M, Ohkusa Y. Risk of Herpes zoster in patients with underlying diseases: a retrospective hospital-based cohort study. *Infection*. 2011;39(6):537-44.
5. Hanakawa T, Hashimoto S, Kawamura J, Nakamura M, Suenaga T, Matsuo M. Magnetic resonance imaging in a patient with segmental zoster paresis. *Neurology*. 1997;49(2):631-632.
6. Yoleri Ö, Ölmez N, Öztura İ, Şengül İ, Günaydın R, Memiş A. Segmental zoster paresis of the upper extremity: a case report. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2005;86(7):1492-94.
7. Gupta SK, Helal BH, Kiely P. The prognosis in zoster paralysis. *J Bone Joint Surg Br*. 1969;51:593-603.
8. Yaszay B, Jablecki CK, Safran MR. Zoster paresis of the shoulder. Case report and review of the literature. *Clin Orthop Relat Res*. 2000;(377):112-8.
9. Fabian VA, Wood B, Crowley P, Kakulas BA. Herpes zoster brachial plexus neuritis. *Clin Neuropathol*. 1997;16:61-4.
10. Eyigor S, Durmaz B, Karapolat H. Monoparesis with complex regional pain syndrome-like symptoms due to brachial plexopathy caused by the varicella zoster virus: a case report. *Arch Phys Med Rehabil*. 2006;87:1653-5.
11. Economou PG. Hemiparesis and Bell's palsy following brachial plexus herpes zoster. *JAMA*. 1984;252(8):1012.
12. Leo AM, Kasper DA, Saxena A. Atypical herpes zoster infection preceded by sciatica and foot drop. *Archives of Dermatology*. 2009;145(8):954-55.

13. Ece Ü, Ulaş ÜH, Odabaşı Z, Yılmaz Ö, Çalçı A. Herpes zoster radiculopathy: report of two cases. *Journal of Neurological Sciences*. 2005;22(3):319–24.

14. Shin MK, Choi CP, Lee MH. A case of herpes zoster with abducens palsy. *Journal of Korean Medical Science*. 2007;22(5):905–907.