

OLGU SUNUMU

Case Report

Yazışma adresi

Correspondence address

Salih EMRE

Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği,
Sakarya, Türkiye

salihemre90@gmail.com

Geliş Tarihi / Received : 04 Haziran 2025

Kabul Tarihi / Accepted : 14 Ocak 2026

Bu makalede yapılacak atf

Cite this article as

Emre S, Moralı H, Vatan A, Güçlü E,
Öğütü A, Karabay O.

HIV Enfeksiyonu ile ilişkili Herpes Zoster
Oftalmikus: Olgusu

Akd Tıp D 2026;12: 1-4

Salih EMRE

Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği,
Sakarya, Türkiye

Hande MORALI

Sakarya Üniversitesi,
Tıp Fakültesi,
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü,
Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı,
Sakarya, Türkiye

Aslı VATAN

Sakarya Üniversitesi,
Tıp Fakültesi,
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü,
Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı,
Sakarya, Türkiye

Ertuğrul GÜÇLÜ

Sakarya Üniversitesi,
Tıp Fakültesi,
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü,
Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı,
Sakarya, Türkiye

Aziz ÖĞÜTLÜ

Sakarya Üniversitesi,
Tıp Fakültesi,
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü,
Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı,
Sakarya, Türkiye

Oğuz KARABAY

Sakarya Üniversitesi,
Tıp Fakültesi,
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü,
Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı,
Sakarya, Türkiye

HIV Enfeksiyonu ile ilişkili Herpes Zoster Oftalmikus: Olgusu

Herpes Zoster Ophthalmicus Associated with HIV Infection: Case Report

ÖZ

Otuz beş yaşında kadın hasta, diz ağrısı ve tekrarlayan oral aftlar nedeniyle Romatoloji polikliniğine başvurdu. Hemogram tetkiklerinde lökopeni ve nötropeni saptanması üzerine yapılan ileri tetkiklerde HIV pozitifliği tespit edildi. Antiretroviral tedavi başladıktan 10 gün sonra sol göz çevresinde veziküler döküntü gelişen hastaya herpes zoster oftalmikus tanısı konuldu. Bu olgu, zona tanısı alan hastalarda HIV taramasının önemini ve HIV ile yaşayan bireylerde zona sıklığının arttığını hatırlatmaktadır.

Anahtar Kelimeler

HIV, Herpes Zoster, Oftalmik Zona, İmmünsüpresyon

ABSTRACT

A thirty-five-year-old woman presented to the Rheumatology outpatient clinic with knee pain and recurrent oral ulcers. Complete blood counts revealed leukopenia and neutropenia and further investigations revealed HIV positivity. The patient developed a vesicular rash around the left eye 10 days after antiretroviral therapy was started and was diagnosed as herpes zoster ophthalmicus. This case highlights the importance of HIV screening in patients diagnosed with herpes zoster and reminds the increased incidence of herpes zoster in individuals living with HIV.

Key Words

HIV, Herpes Zoster, Herpes Zoster Ophthalmicus, Immunosuppression

GİRİŞ

Herpes zoster (zona), varicella zoster virüsünün (VZV) dorsal kök ganglionlarında latent kalmasından yıllar sonra reaktivasyonu ile gelişen, akut, ağrılı ve dermatomal dağılım gösteren veziküler döküntülerle karakterize bir hastalıktır (1). VZV, primer enfeksiyon olan varisella (suçiçeği) sonrasında sinir ganglionlarında latent halde kalır ve yaşam boyu bu durumunu sürdürebilir. Virüsün reaktivasyonu, özellikle VZV'ye özgü hücre aracılı bağışıklıkta (cell-mediated immunity) azalma ile yakından ilişkilidir (2).

Zona insidansı yaşla birlikte artmakta olup, 50 yaş üzerindeki bireylerde belirgin şekilde yükselmektedir (3). Ancak genç yaşta zona gelişimi, altta yatan immünsüpresif durumların varlığını düşündürmelidir. İmmün sistem baskılanması, organ transplantasyonu, malignite, immünsüpresif ilaç kullanımı ve HIV enfeksiyonu gibi durumlarda zona riski önemli ölçüde artmaktadır (4).

HIV enfeksiyonu, CD4+ T lenfosit sayısında azalma ve hücre aracılı bağışıklık fonksiyonlarında bozulma ile karakterize olup, bu durum VZV reaktivasyonu için önemli bir risk faktörü oluşturmaktadır (5). HIV ile yaşayan bireylerde (HIYB) herpes zoster insidansı, HIV negatif popülasyona göre 5-15 kat daha yüksektir (6). Ayrıca bu hastalarda zona daha erken yaşta görülebilmekte, daha şiddetli seyredebilmekte ve komplikasyon riski artmaktadır (7).

Herpes zoster oftalmikus (HZO), trigeminal sinirin oftalmik dalının (V1) tutulumu ile gelişen ve tüm zona vakalarının %10-15'ini oluşturan özel bir formdur (8). HZO, konjonktivit, keratit, sklerit, üveit ve hatta retinal nekroz gibi ciddi oküler komplikasyonlara yol açabilir ve kalıcı görme kaybına neden olabilir (9). İmmünsüprese hastalarda bu komplikasyonların görülme riski daha da artmaktadır.

Son yıllarda yapılan çalışmalar, zona tanısı alan hastalarda HIV taramasının yetersiz olduğunu göstermektedir (10). Özellikle genç yaşta zona gelişen hastalarda altta yatan HIV enfeksiyonunun araştırılması hem hastanın prognozu, hem de halk sağlığı açısından kritik önem taşır. Bu nedenle zona tanısı alan tüm erişkin hastalarda HIV taraması önerilmektedir (11).

Bu olgu sunumunda, romatolojik şikâyetlerle başvuran ve tesadüfen HIV pozitifliği saptanan genç bir kadın hastada, antiretroviral tedavi başlangıcından kısa süre sonra gelişen HZO olgusu sunulmakta ve zona-HIV ilişkisi literatür eşliğinde tartışılmaktadır.

Olgu Sunumu

Otuz beş yaşında, evli, 3 çocuk annesi kadın hasta Şubat 2024'te Romatoloji polikliniğine başvurdu. Hastanın özgeçmişinde üç kez sezaryen operasyonu dışında özellik yoktu. Bilinen sistemik hastalığı ve düzenli kullandığı ilaç bulunmuyordu. Soy geçmişinde özellik saptanmadı. Hasta polikliniğe diz ve diz altı bölgede ağrı, gece krampları, topukların üzerine basmakta güçlük, tekrarlayan oral aftlar ve gluteal ağrı şikâyetleri ile başvurdu. Vital bulguları stabil olan hastanın fizik muayenesinde, oral mukozada aftöz lezyonlar dışında patolojik bulgu saptanmadı.

Romatoloji polikliniğinde istenen ilk tetkiklerinde tam kan sayımında lökopeni (WBC: 2920/mm³, normal: 4000-10000/mm³) ve nötropeni (nötrofil: 1320/mm³, normal: 1800-7000/mm³) saptandı. Diğer hemogram parametreleri normal sınırlarda idi. Bu bulgular üzerine hasta hematoloji polikliniğine konsülte edildi. Hematoloji polikliniği tarafından istenen tetkikler arasında yer alan Anti-HIV testi pozitif sonuçlandı. Bu bulgu üzerine hasta enfeksiyon hastalıkları polikliniğine yönlendirildi. Enfeksiyon hastalıkları polikliniğinde yapılan değerlendirmede Anti-HIV ELISA: Pozitif, HIV-1 RNA (viral yük): 31.000 kopya/mL, CD4+ T lenfosit sayısı: 303 hücre/mm³ (normal: 500-1600 hücre/mm³) idi. Bu bulgularla hastaya HIV-1 enfeksiyonu tanısı konuldu ve lamivudin 300 mg ve dolutegravir 50 mg dozunda antiretroviral tedavi başlandı.

Tedavi başlangıcından yaklaşık 10 gün sonra hasta acil servise sol gözde yanma, batma ve ağrı şikâyetleri ile başvurdu. Hasta bu yakınmaları başlangıçta antiretroviral ilaçların yan etkisi olarak düşündüğünü belirtti. Başvurudan 2-3 gün sonra sol göz çevresinde veziküler döküntüler ortaya çıktı. Lezyonlar sol göz çevresi ve saçlı deriye yayılım gösterdi. Dermatolojik muayenede sol trigeminal sinirin oftalmik dalı (V1) dermatomu boyunca eritematöz zeminde gruplanmış vezikül ve püstüller gözlemlendi. Oftalmolojik muayenede sol gözde konjonktival hiperemi, korneal ödem ve görme keskinliğinde azalma tespit edildi. Bu bulgularla hastaya HZO tanısı konuldu ve valasiklovir 1000 mg günde 3 kez, 7 gün süreyle oral antiviral tedavi başlandı. Ayrıca topikal oftalmik tedavi uygulandı. Antiviral tedavinin dördüncü gününde cilt lezyonlarında belirgin gerileme gözlemlendi. Vezikül ve püstüller kurumaya başladı ve yeni lezyon oluşumu durdu. Ancak hastanın sol gözündeki görme düzeyinde belirgin azalma devam etti ve zaman zaman yanma tarzında nöropatik ağrı şikâyeti mevcuttu.

Hasta enfeksiyon hastalıkları, dermatoloji ve oftalmoloji polikliniklerinde multidisipliner yaklaşımla takibe alındı. Antiretroviral tedaviye (ART) uyumu iyi olan hastanın HIV viral yükünde azalma ve CD4+ T lenfosit sayısında artış gözlemlendi. HZO komplikasyonlarının gelişimi yakından izlendi. Uzun dönem takibinde görme ile ilgili şikâyetlerinde kısmi düzelme oldu.

TARTIŞMA

Bu olguda, 35 yaşında immün kompetan görünen bir kadın hastada, başlangıçta romatolojik şikâyetlerle başvuru sonrası tesadüfen saptanan HIV enfeksiyonu ve ardından gelişen HZO sunulmuştur. Bu olgu, zona tanısı alan hastalarda HIV taramasının önemini ve HIV enfeksiyonunun erken dönemde bile zona gelişimi için önemli bir risk faktörü olduğunu göstermektedir.

Hastamızın ilk başvuru şikâyetlerinden olan rekürren oral ülserasyonlar, HIV enfeksiyonunun erken dönem bulgularından biri olabilmektedir (12). Ayrıca hemogram tetkiklerinde saptanan lökopeni ve nötropeni de HIV enfeksiyonunu düşündürülen bulgular arasında yer almaktadır. Bu durum, farklı klinik şikâyetlerle başvuran hastalarda bile HIV enfeksiyonunun akılda tutulması gerektiğini göstermektedir.

HIV enfeksiyonu olan hastalarda, ART başlangıcında immün rekonstitüsyon inflamatuvar sendromu (IRIS) gelişebilmektedir (13). IRIS, ART başlangıcından sonraki ilk haftalarda görülebilen ve mevcut fırsatçı enfeksiyonların alevlenmesi veya yeni enfeksiyonların ortaya çıkması ile karakterize bir durumdur. IRIS iki ana formda sınıflandırılmaktadır. “Unmasking IRIS” olarak adlandırılan durumda ART başlanmadan önce fark edilmeyen, latent bir enfeksiyon, immün sistemin yeniden güçlenmesiyle klinik olarak belirgin hale gelir. İkinci form ise “Paradoksal IRIS” olup, ART öncesinde tanı konmuş veya tedavi edilmiş bir enfeksiyonun, ART başladıktan sonra klinik olarak alevlenmesiyle karakterizedir (14). Olgumuzda HZO, ART başladıktan yaklaşık on gün sonra ortaya çıkmıştır. Bu süre, literatürde IRIS için tanımlanan klasik zaman aralığının erken sınırında yer almaktadır (15). Hastamızda ART öncesinde herhangi bir zona öyküsü veya klinik bulgu bulunmadığı için, bu durum olası “Unmasking HZO-IRIS” olarak değerlendirilebilir. Öte yandan, literatürde HIV ile yaşayan bireylerde herpes zosterin, özellikle ART’nin erken dönemlerinde, IRIS mekanizmasından bağımsız olarak da sık görülebildiği bildirilmektedir (16). Olguda klinik seyrin antiviral tedaviye hızlı ve belirgin yanıt vermesi, ağır immünsüpresyonun olmaması klasik Unmasking IRIS tablolarında beklenen ağır inflamatuvar yanıt ile tam olarak örtüşmemektedir.

CD4 T lenfosit sayısının 303 hücre/mm³ olması, hastanın orta derecede immünsüpresyon durumunda olduğunu göstermektedir. HIV ile yaşayan bireylerde zona riski, CD4 sayısı azaldıkça artmaktadır (6). Literatürde, CD4 sayısı 500 hücre/mm³’ün altında olan hastalarda zona riskinin belirgin şekilde arttığı bildirilmektedir (7).

Hastamızda V1 dermatom tutulumu söz konusudur. HZO, tüm zona vakalarının %10-15’ini oluşturur ve ciddi oküler komplikasyonlara yol açabilir (8). Olgumuzda da görme düzeyinde azalma tespit edilmiş olup, bu durum keratit, üveit veya retinal tutulum gibi komplikasyonların gelişmiş olabileceğini düşündürmektedir.

Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde yapılan retrospektif çalışmada, 1231 zona tanılı hastanın sadece %32,7’sine HIV testi yapıldığı ve test yapılan hastaların %2,2’sinde HIV pozitifliği saptandığı bildirilmiştir (17). Bu veriler, zona tanısı alan hastalarda HIV taramasının yetersiz olduğunu göstermektedir. Özellikle dermatoloji kliniklerinde HIV testi isteme oranlarının düşük olması, bu konuda farkındalığın artırılması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Olgumuzun tedavisinde valasiklovir 3x1000 mg kullanılmış ve antiviral tedavinin dördüncü gününde cilt lezyonlarında gerileme gözlenmiştir. HIV pozitif hastalarda herpes zoster tedavisinde, immün kompetan bireylere göre daha uzun süreli antiviral tedavi gerekebilmektedir (18). Ayrıca bu hastalarda komplikasyon riski yüksek olduğundan yakın takip önemlidir.

Korunma açısından, HIV pozitif bireyler için rekombinant zoster aşısı (RZA) önerilmektedir. RZA, 18 yaş ve üzeri HIV pozitif bireylerde herpes zoster ve postherpetik nevralji riskini anlamlı şekilde azaltmaktadır (19).

SONUÇ

Sonuç olarak, bu olgu zona tanısı alan hastalarda, yaş ve klinik görünümünden bağımsız olarak HIV taramasının önemini vurgulamaktadır. Özellikle genç yaşta zona gelişen hastalarda altta yatan immünsüpresyon mutlaka araştırılmalıdır.

Hasta Onamı

Tüm katılımcıların hakları korunmuş ve Helsinki Deklarasyonuna göre prosedürlerden önce yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Çıkar Çatışması

Yazarların beyan edecek çıkar çatışması yoktur.

Finansal Destek

Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

1. Arvin AM. Varicella-zoster virus. *Clin Microbiol Rev.* 1996;9(3):361-81.
2. Arvin AM. Cell-mediated immunity to varicella-zoster virus. *J Infect Dis.* 1992;166 Suppl 1:S35-41.
3. Yawn BP, Saddier P, Wollan PC, St Sauver JL, Kurland MJ, Sy LS. A population-based study of the incidence and complication rates of herpes zoster before zoster vaccine introduction. *Mayo Clin Proc.* 2007;82(11):1341-9.
4. Harpaz R, Ortega-Sanchez IR, Seward JF; Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevention of herpes zoster: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep.* 2008;57(RR-5):1-30.
5. Buchbinder SP, Katz MH, Hessol NA, Liu JY, O'Malley PM, Underwood R, Holmberg SD. Herpes zoster and human immunodeficiency virus infection. *J Infect Dis.* 1992;166(5):1153-6.
6. Gebo KA, Kalyani R, Moore RD, Polydefkis MJ. The incidence of, risk factors for, and sequelae of herpes zoster among HIV patients in the highly active antiretroviral therapy era. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2005;40(2):169-74.
7. Veenstra J, Krol A, van Praag RM, Frissen PH, Schellekens PT, Lange JM, Coutinho RA, van der Meer JT. Herpes zoster, immunological deterioration and disease progression in HIV-1 infection. *AIDS.* 1995;9(10):1153-8.
8. Liesegang TJ. Herpes zoster ophthalmicus natural history, risk factors, clinical presentation, and morbidity. *Ophthalmology.* 2008;115(2 Suppl):S3-12.
9. Shaikh S, Ta CN. Evaluation and management of herpes zoster ophthalmicus. *Am Fam Physician.* 2002;66(9):1723-30.
10. Ku HC, Tsai YT, Konara-Mudiyanselage SP, Wu YL, Yu T, Ko NY. Incidence of Herpes Zoster in HIV-Infected Patients Undergoing Antiretroviral Therapy: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Clin Med.* 2021;10(10):2047.
11. HIV/AIDS Tanı İzlem ve Tedavi El Kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. 2019.
12. Patton LL. Oral lesions associated with human immunodeficiency virus disease. *Dent Clin North Am.* 2013;57(4):673-98.
13. Müller M, Wandel S, Colebunders R, Attia S, Furrer H, Egger M; IeDEA Southern and Central Africa. Immune reconstitution inflammatory syndrome in patients starting antiretroviral therapy for HIV infection: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis.* 2010;10(4):251-61.
14. Schregenberger S, Graup V, Schibli A, Preiswerk B, Laube I, Huber LC, Stüssi-Helbling M. Immune reconstitution inflammatory syndrome (IRIS): Case series and review of the literature. *Respir Med Case Rep.* 2025;55:102213.
15. French MA, Price P, Stone SF. Immune restoration disease after antiretroviral therapy. *AIDS.* 2004;18(12):1615-27.
16. Grabar S, Tattevin P, Selinger-Leneman H, de La Blanchardiere A, de Truchis P, Rabaud C, Rey D, Daneluzzi V, Ferret S, Lascaux AS, Hanslik T, Costagliola D, Launay O; French Hospital Database on HIV (FHDH-ANRS CO4 Cohort). Incidence of herpes zoster in HIV-infected adults in the combined antiretroviral therapy era: results from the FHDH-ANRS CO4 cohort. *Clin Infect Dis.* 2015;60(8):1269-77.
17. Çakırca TD, An İ, Tuna M. Zona Tanılı Hastalarda HIV Prevalansının Değerlendirilmesi. *Oral Presentations. Mediterr J Infect Microb Antimicrob.* 2024;13(1).
18. Dworkin RH, Johnson RW, Breuer J, Gnann JW, Levin MJ, Backonja M, Betts RF, Gershon AA, Haanpää ML, McKendrick MW, Nurmikko TJ, Oaklander AL, Oxman MN, Pavan-Langston D, Petersen KL, Rowbotham MC, Schmader KE, Stacey BR, Tyring SK, van Wijck AJ, Wallace MS, Wassilew SW, Whitley RJ. Recommendations for the management of herpes zoster. *Clin Infect Dis.* 2007;44 Suppl 1:S1-26.
19. Carta V, Mangeri L, Tiecco G, Focà E, Quiros-Roldan E, De Francesco MA. Immunogenicity and safety of live attenuated and recombinant/inactivated varicella zoster vaccines in people living with HIV: A systematic review. *Hum Vaccin Immunother.* 2024;20(1):2341456.