

İnternal Karotis Arterde Vaskülitte Yol Açan Oftalmik Zona

Gülçin BENBİR¹, Sibel ÖZEKMEKÇİ¹, Sibel ERTAN¹, Sait ALBAYRAM²

¹ İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul

² İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Özet

Intrakraniyal vaskülit ender olarak herpes zoster virüs infeksiyonunun bir komplikasyonu olarak görülmektedir. Sunulan olguda 51 yaşında erkek hasta, başının sol tarafında ağrı, sol periorbital ödem, ptozis ve kemozis tablosuyla başvurmuş, kraniyal manyetik rezonans ve anjiyografi tetkikleri ile ipsilateral internal karotid arter kavernoöz parçasında trombotik vaskülit tanısı almıştır. Metil-prednizolon tedavisi başlanan hastada, ancak tedavinin 4. gününde sol trigeminal sinirin oftalmik dalında tipik makülopapüler herpetik döküntü gelişmiş, bunun üzerine herpetik konjonktivit ve vaskülit tanısı konulmuştur. Bu olgu temelinde, postherpetik serebral vaskülitin henüz asemptomatik dönemde ortaya çıkabileceği ve komplikasyonların önlenmesi açısından herpes infeksiyonunun erken tetkik ve tedavisinin önemi vurgulanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Oftalmik zona, herpes zoster virüsü, vaskülit, internal karotid arteri.

Cerrahpaşa Tıp Derg 2006; 37: 103 - 105

Ophthalmic Zoster Infection Presenting with Internal Carotid Artery Vasculitis

Abstract

Cerebral vasculitis is a rare complication of herpes zoster virus infection. In the presented case, 51 year-old man has admitted with left-sided headache, left periorbital edema, ptosis and chemosis, and he was diagnosed as thrombotic vasculitis of internal carotid artery by cranial magnetic resonance and angiographic imagings. After the initiation of methylprednisolone therapy, typical maculopapular herpetic rash over the ophthalmic branch of trigeminal nerve appeared, the diagnosis of herpetic vasculitis and conjunctivitis was made. In this case, it is emphasized that postherpetic cerebral vasculitis can be observed at asymptomatic phase, and, as its complications could be prevented, early diagnosis and treatment of herpes zoster virus infection is important.

KeyWords: Ophthalmic zoster, herpes zoster virus, vasculitis, internal carotid artery.

Cerrahpaşa J Med 2006; 37: 103 - 105

Genellikle çocukluk yaşlarında infeksiyona neden olan herpes zoster virüsü spinal dorsal kök ganglionların nöronlarında latent olarak saklanır. Özellikle immün sistemi baskılanmış hastalar başta olmak üzere yaşlanma, malnütrisyon, fizik veya emosyonel stres gibi durumlarda tekrar aktive olarak infeksiyona neden olabilmektedir [1,5]. En sık torakal T5-T12 dermatomlarını etkilemekle birlikte, kraniyal sinir tutulumu ender olmayarak % 14-20 vakada görülmektedir [5,6]. Kraniyal sinir tutulumu en sık olarak trigeminal sinirde olup, oftalmik dalın etkilenmesi (oftalmik zona), maksiler ve mandibuler dal tutulumuna kıyasla yaklaşık 20 kat daha sıktır [5]. Oftalmik zona, tüm herpes zoster olgularının yaklaşık dörtte birini oluşturur. Klinik olarak tek taraflı ağrı ile birlikte, tutulan dermatoma uygun bir şekilde alın, periorbital alan ve burun kanadında veziküler deri lezyonları görülür [4]. Hastaların yaklaşık % 50'sinde konjonktival kemozis, blefarit, keratit, episklerit, iritis ve katarakt gibi oküler komplikasyonlar gelişebilir [5,7]. Erken dönemde antiviral tedavi ile komplikasyonların

sıklığı %20-30'a gerilemektedir [8,9]. Merkezi sinir sistemi tutulumu ise oldukça ender görülen bir komplikasyondur ve infeksiyona sekonder gelişen vaskülit ile şekillenmektedir [3,10].

Bu yazıda, sol göz kapağında ptozis ve ödem tablosuyla başvuran ve tipik dermatolojik lezyonlar belirmeden önce kraniyal manyetik rezonans (MR) tetkikinde ipsilateral internal karotid arterde (İCA) vaskülit saptanan bir hasta sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

Daha önce hiçbir şikayeti olmayan 51 yaşında erkek hasta, 7 gün önce ani gelişen ve giderek artan, başının sol tarafında şiddetli ağrı, sol göz kapağında düşme ve sol gözünde kızarıklık yakınmaları ile başvurdu. Eşlik eden semptom, ateş, bulantı veya kusma olmadığı bildirildi. Özgeçmişinde ve soy geçmişi özelliği saptanmadı.

Hastanın nörolojik muayenesinde solda periorbital ödem, sol göz kapağında ptozis ve konjonktivada kemozis saptandı. Başlangıç muayenesinde konjuge göz küresi hareketleri normal olarak gözlendi, ancak takiplerde sol göz küresinde yukarı ve dış yana bakışta minimal kısıtlılık ol-

Alındığı Tarih: 20 Mayıs 2006
Yazışma Adresi (Address): Dr. Gülçin BENBİR
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı
34098 - Cerrahpaşa - İstanbul
E-posta: drgulcinbenbir@yahoo.com

duğu dikkati çekti (Şekil 1). Sola bakışta diplopi yakınması gelişen hastada periorbital ödem ve kemozis yanı sıra, okülomotor sinirin levator palpebra ve superior rektus kaslarını inerve eden dalları ile abducens sinirinde parezi tespit edildi. Laboratuvar incelemeleri normal sınırlar içinde bulunan hastanın kraniyal MR tetkikinde ipsilateral İCA'nın kavernöz parçasında, medioadventisya tabakasında, fokal kalınlaşma, ince lineer kontrast tutulumu ve trombus tespit edildi. Manyetik rezonans anjiyografisinde (MRA) trombotik vaskülit ile uyumlu bulgular elde edildi. Elde edilen veriler doğrultusunda metilprednizolon (64 mg/gün) tedavisi başlanan hastada, tedavinin 4. gününde alın bölgesinde orta

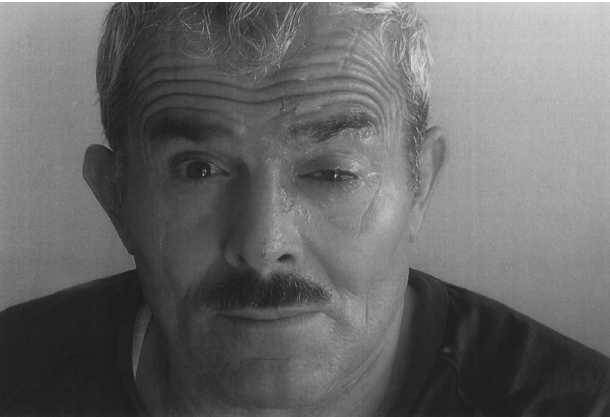


Şekil 1. Sol göz küresinde yukarı bakışta minimal kısıtlılık ile birlikte alın bölgesinde orta hattın hemen sol tarafında, hiperpigmente burun sol kanadında makülopapüler döküntüler.

hattın hemen sol tarafında, hiperpigmente maküler deri lezyonları belirdi. Ertesi günden itibaren bu lezyon, çok sayıda makülopapüler lezyonlara dönüştü ve genişleyerek burun sol kanadında da benzer döküntüler gelişti (Şekil 2).

Dermatoloji konsültasyonu ile değerlendirilen hastaya oftalmik zona tanısı kondu. Mevcut oküler bulguları da döküntülerin gelişmesi sonrasında göz hastalıkları konsültasyonu ile herpes virüsü konjunktiviti olarak değerlendirildi.

Oftalmik zona ve herpes vaskülit tanısı alan hastada steroid tedavisi kesilerek, intravenöz asiklovir (2250 mg/gün) tedavisi başlandı. Sol göze topikal steroid ve antiviral



Şekil 2.

tedavi uygulandı. Bunlara ek olarak, vaskülitte bağlı sekonder inme profilaksisi amacı ile antiagregan tedavi eklendi. Oldukça hızlı klinik düzelme gözlenen hastada tedavinin 15. gününde deri lezyonlarının ve oküler bulguların belirgin şekilde gerilediği izlendi.

TARTIŞMA

Sunulan hastada subakut gelişen tek taraflı baş ağrısı, periorbital ödem, ptosis ve kemozis tablosu, ipsilateral kavernöz sinüs ve çevresinde ya da internal karotis arterin sifon bölümünde yerleşen bir patolojiye yönlendirmektedir. Kraniyal MR ve MRA incelemelerinde de internal karotis arterin sifon bölümünde vaskülit bulguları saptanmış ve steroid tedavisi başladıktan dört gün sonra, sol yüz yarısında oftalmik dermatomda herpetik döküntüler ortaya çıkmıştır. Tipik herpes zoster infeksiyonunda oftalmolojik bulguların genellikle deri döküntülerinden 1-2 hafta sonra geliştiği bilinmektedir [5]. Ancak bizim olgumuzda, deri lezyonları çok daha geç dönemde, konjonktivit ve İCA vaskülit tanısı sonrasında ortaya çıkmıştır. Benzer şekilde deri lezyonlarının daha sonra gelişebileceği oldukça ender olarak bildirilmiştir [11,12].

Herpes infeksiyonunda en sık 3. kraniyal sinir olmakla birlikte daha ender olarak 4. ve 6. sinirler tutulabilmekte ve çoğunlukla 6-18 ay içerisinde kendiliğinden düzelme gözlenmektedir [4,5]. Bizim hastamızda da takip eden günler içerisinde 6. kraniyal sinir felcinin geliştiği gözlenmiştir, ancak düzelme antiviral tedaviye takiben gelişmiştir.

Oftalmik zonada bir komplikasyon olarak ipsilateral serebral vaskülit, ilk kez 1896 yılında Dumary tarafından bildirilmiş olup, bunu diğer benzer olgular izlemiştir [2, 3,10,12-14]. Patogenezinde direkt veya hematogen yolla yayılım öne sürülmektedir [13,15]. Direkt viral yayımda, Gasser ganglionunda latent kalan virüsün 5. kraniyal sinirin oftalmik dalının perivasküler pleksusundan geçerek ipsilateral ön veya orta serebral arterleri etkileyebileceği düşünülmektedir [3]. İmmün sistemi baskılanmamış olanlarda çoğunlukla büyük damar tutulumu izlenirken, immün sistemi baskılanmış hastalarda daha sık küçük damar tutulumu gelişmektedir [12]. İntraserebral tutulumun genellikle deride herpetik döküntülerin ortaya çıkmasından ortalama 1 ay sonra (1 hafta-2 yıl arası) geliştiği bildirilmiştir [14,16]. Bizim olgumuzda görüldüğü üzere, herpetik döküntüler olmaksızın nörolojik tutulumun ilk bulgu olarak ortaya çıkabileceği de gösterilmiştir [11,12]. Özellikle genç hastalarda olmak üzere, özgeçmişinde herpes zoster infeksiyonu bulunan inme hastalarında herpetik serebral vaskülit olasılığının akılda tutulması önerilmektedir [14]. Bunun yanı sıra, herpes zoster infeksiyonuna bağlı olarak mikotik anevrizma, subaraknoid kanama, gecikmiş hemidistoni, beyin sapı enfarktı, ense-falit, miyelit, radikülit ve menenjit, gibi birçok farklı nörolojik komplikasyon da görülebilmektedir [1,3,17,18,19].

Antiviral tedavi ile hastalarda hızlı düzelme sağlanır [1,13].

Tedavinin özellikle deri lezyonlarının ortaya çıkmasını takiben ilk 72 saatte başlanması gerekmektedir [4,5,20,21]. Bununla birlikte tedaviye geç başlanan hastalarda da düzelme gözlemlendiği bildirilmiştir [21]. Bizim hastamızda da asiklovir tedavisine ilk semptomların başlangıcından ancak 10 gün sonra başlanabilmesine karşın hızlı klinik düzelme gözlenmiştir. Tedavisinde en az 7-10 gün süre ile 800 mg/gün dozunda asiklovir kullanımı önerilmektedir [4, 5, 22]. Sunulan olguda olduğu gibi, eşlik eden konjonktivit, sklerit, keratit gibi göz bulgularının tedavisinde ise topikal steroidler faydalı olmaktadır [4].

Sonuç olarak, herpes zoster infeksiyonu, primer infeksiyonu takiben ömür boyu latent olarak kalmakta ve ilerleyen yıllarda tekrar aktive olarak oküler veya serebral tutulum ile seyreden ağır klinik tabloya neden olabilmektedir. Özellikle tedavisi mümkün bir hastalık olması açısından, oftalmik zona hastalarında, öncesinde herpetik deri döküntüleri belirmeden önce, kavernoöz sinüs trombozunu taklit edebilen semptomların yanı sıra, kraniyal MR'da saptanan İCA'nın sifon bölümünde vaskülit şeklinde komplikasyonların da ortaya çıkabileceğinin göz önünde bulundurulması önemlidir.
* *Hastanın fotoğraflarının yayımlanması için olur onayı alınmıştır.*

KAYNAKLAR

1. De La Blanchardiere A., Rozenberg F., Caumes E., Picard O., Lionnet F., Livartowski J., Coste J., Sicard D., Lebon P., Salmon-Ceron D. Neurological complications of varicella zoster virus infections in adults with human immunodeficiency virus infection. *Taylor & Francis Health Sciences* 2000;32: 263-269.
2. Picard O., Brunereau L., Pellose B., Kerob D., Cabane J., Imbert J.C. Cerebral infarction associated with vasculitis due to varicella zoster virus in patients infected with the human immunodeficiency virus. *Biomed & Pharmacother* 1997;51: 449-454.
3. O'Donohue J.M., Enzmann D.R. Mycotic aneurysm in angiitis associated with herpes zoster ophthalmicus. *American journal of neuroradiology* 1987;8: 615-619.
4. Shaikh S., Ta C.N. Evaluation and management of herpes zoster ophthalmicus. *American Family Physician* 2002; 66: 9.
5. Covucci A.L. Paresis of cranial nerves 3, 4, and 6 associated with herpes zoster ophthalmicus: a case report. *Clin Eye Vision Care* 1999;11: 159-163.
6. Hope-Simpson R.E. The nature of herpes zoster: a long-term study and a new hypothesis. *Proc R Soc Med* 1965 ;58: 9-20.
7. Cobo M., Foulks G.N., Liesegang T., Lass J., Sutphin J., Wilhelmus K., Jones D.B. Observations on the natural history of herpes zoster ophthalmicus. *Curr Eye Res* 1987; 6: 195-199.
8. Beutner K.R., Friedman D.J., Forszpaniak C., Andersen P.L., Wood M.J. Valaciclovir compared with acyclovir for improved therapy for herpes zoster in immunocompetent adults. *Antimicrob Agents Chemother* 1995; 39: 1546-1553.
9. Hoang-Xuan T., Buchi E.R., Herbort C.P., Denis J., Frot P., Thenault S., Pouliquen Y. Oral acyclovir for herpes zoster ophthalmicus. *Ophthalmology* 2000; 85: 576-581.
10. Lie J.T. Primary (granulomatous) angiitis of the central nervous system: A clinicopathologic analysis of 15 new cases and a review of the literature. *Human pathology* 1992; 23: 164-171.
11. Kawasaki A., Borruat F. An unusual presentation of herpes zoster ophthalmicus: orbital myositis preceding vesicular eruption. *Am J Ophthalmol* 2003; 136: 574-575.
12. Gilden D.H., Mahalingam R., Cohrs R.J., Kleinschmidt DeMasters B., Forghani B. The protean manifestations of varicella-zoster virus vasculopathy. *J Neurovirology* 2002; 8: 75-79.
13. Hosseinipour M.C., Smith N.H., Simpson E.P., Greenberg S.B., Armstrong R.M., White A.C. Middle cerebral artery vasculitis and stroke after varicella in a young adult. *Southern Medical J* 1998; 91: 11.
14. Brodtmann A., MacDonell R. Granulomatous angiitis following primary varicella zoster infection. *Clinical neuroscience* 1998; 5: 228-230.
15. Eidelberg D., Sotrel A., Horoupian S., Neumann P.E., Pumarola-Suna T., Price R.W. Thrombotic cerebral vasculopathy associated with herpes zoster. *Ann Neurol* 1986;19: 7-14.
16. Sigal L. The neurologic presentation of vasculitic and rheumatologic syndromes. *Medicine* 1987; 66: 157-180.
17. Jain R., Deveikis J., Heckenbottom S., Mukherji S.K. Varicella-Zoster vasculitis presenting with intracranial hemorrhage. *Brain* 2003;24: 971-974.
18. Burbaud P., Berge J., Lagueny A., Mensire A., Melon M., Caillé J.M., Bioulac B. Delayed-onset hemidystonia secondary to herpes zoster ophthalmicus-related intracerebral arteritis in an adolescent. *J Neurol* 1997; 244: 470-472.
19. Snow B.J., Simcock J.P. Brainstem infarction following cervical herpes zoster. *Neurol* 1988; 38: 1331.
20. Huff J.C., Bean B., Balfour Jr H.H., Laskin O.L., Connor J.D., Corey L., Bryson Y.J., McGuirt P. Therapy of herpes zoster with oral acyclovir. *Am J Med* 1988; 85: 84-89.
21. Wood M.J., Shukla S., Fiddian A.P., Crooks R.J. Treatment of acute herpes zoster: effect of early (<48 h) versus late (48-72 h) therapy with acyclovir and valaciclovir on prolonged pain. *J Infect Dis* 1998; 178:Suppl 1: 81-84.
22. Morton P., Thomson A.N. Oral acyclovir in the treatment of herpes zoster in general practice. *N Z Med J* 1989;102: 93-95.