



Olgu sunumu

İmmünkompetan Yaşlı Hastada Gelişen Herpes Zoster Oftalmikus: Olgu Sunumu

Sevil Alkan Çeviker^a, Özgür Günel^b, Süleyman Sırrı Kılıç^b, Eda Köksal^b, Cemanur Aygün^b

^a Sağlık Bilimleri Üniversitesi Evliya Celebi Eğitim Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Bölümü, Kütahya, Türkiye

^b Sağlık Bilimleri Üniversitesi Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Samsun, Türkiye.

ORCID : Sevil Alkan Çeviker 0000 0003 1944 2477, Özgür Günel 0000 0002 7744 4123, Süleyman Sırrı Kılıç 0000 0002 0238 8008, Eda Köksal 0000 0003 3388 0043, Cemanur Aygün 0000 0001 5295 746X

MAKALE BİLGİSİ

Gönderilme Tarihi:

3.02.2019

Revizyon:

25.07.2019

Kabul:

20.08.2019

Sorumlu Yazar:

Sevil Alkan Çeviker

S-Ewil@hotmail.com

Anahtar Kelimeler:

Herpes Zoster, Herpes Zoster

Oftalmikus, İmmünkompetan yaşlı

hasta.

ÖZ

Herpes zoster enfeksiyonları, immünyüpresif bireyler ile 45 yaş üstündekilerde daha sık görülür. Tüm Herpes zoster vakalarının %10-20'sini Herpes Zoster Oftalmikus vakaları oluşturur. Herpes Zoster Oftalmikus'un körlüğün önemli nedenlerinden biri olduğu bildirilmektedir. Herpes Zoster Oftalmikus tanılı olgumuz, bilinen immünyüpresyonu olmayan risk faktörü olarak sadece ileri yaşı olan hasta olup, bu durum oldukça nadir görülmektedir. Sunulan bu olgu ile; Herpes Zoster Oftalmikus hastalığının erken tanısı ve topikal tedaviye ilaveten sistemik antiviral tedavi ile kalıcı görme kaybını önlenileceğini vurgulamayı amaçladık.

*Case report*

Herpes Zoster Ophthalmicus In An Immunocompetent Elderly Patient: Case Report

Sevil Alkan Çeviker^a, Özgür Günel^b, Süleyman Sırrı Kılıç^b, Eda Köksal^b, Cemanur Aygün^b

^a Evliya Celebi Training and Research Hospital Infectious Diseases and Clinic Microbiology, Kutahya, Turkey

^b Samsun Training and Research Hospital Infectious Diseases and Clinic Microbiology, Samsun, Turkey

ARTICLE INFORMATION

Date of Submission

3.02.2019

Revision:

25.07.2019

Accepted:

20.08.2019

Correspondence Author:

Sevil Alkan Çeviker

S-Ewil@hotmail.com

Key Words:

Herpes Zoster, Herpes Zoster Ophthalmicus, immunocompetent elderly patient.

ABSTRACT

Herpes zoster infections are more common in immunosuppressive individuals and those over 45 years of age. 10-20% of all Herpes zoster cases are Herpes Zoster Ophthalmicus cases. Herpes Zoster Ophthalmicus is reported to be one of the major causes of blindness. Our patient with herpes zoster ophthalmicus is a patient with advanced age as a risk factor without known immunosuppression and this is very rare. In this case report, we aimed to emphasize that early diagnosis of Herpes Zoster Ophthalmicus disease and systemic antiviral treatment in addition to topical treatment can prevent permanent visual loss.

© 2019 Bulent Ecevit University All rights reserved.

Giriş

Zona ve suçiçeği enfeksiyonlarından sorumlu olduğu bilinen Varicella Zoster Virüs (VZV) veya Human Herpes Virüs 3, Herpesviridae ailesinin bir üyesi olup tek konağı insandır. Duyarlı kişilerde primer enfeksiyon tablosu su çiçeğidir. VZV, primer enfeksiyondan sonra dorsal kök ganglionunda latent olarak kalır ve bazı bireylerde reaktivasyon gelişebilir. Reaktivasyon için risk faktörlerinin, "Human İmmunodeficiency Virus (HIV)" enfeksiyonu ve immünosüpresif ilaçların neden olduğu T hücresi aracılı immün yanıtında azalmaya neden herhangi bir durum varlığı veya immunkompetanlar kişilerde ise ileri yaşta olmak olduğu bildirilmiştir (1,2).

Herpes zoster (zona) reaktivasyon sonucu gelişen, en sık torakal olmak üzere servikal, oftalmik ve lumbosakral dermatomları tutan veziküler döküntülerle karakterize bir enfeksiyon hastalığıdır. VZV ile enfekte olmuş kişilerin yaklaşık %10-

20'sinde zona geliştiği bildirilmektedir (1,2). Herpes zoster gelişen hastaların %4 kadarı, bakteriyel süperenfeksiyon, göz tutulumu ve şiddetli uzun süreli ağrı gibi nedenlere bağlı olarak hastaneye yatırılarak tedavi edilmektedir (2).

Bu olgu sunumunun amacı, Herpes Zoster Oftalmikus (HZO) hastalığının immunsüpresyon olmadan dahi ileri yaşta ortaya çıkabileceği ve görme kaybını engellemek amaçlı herpes enfeksiyonunun erken tanısı, topikal tedaviye ilaveten sistemik antiviral tedavinin önemini vurgulanmaktadır.

Olgu Sunumu

Yetmiş yaşında kadın hasta polikliniğimize bir haftadır halsizlik, kırgınlık, iştahsızlık, son iki gündür yüz, burun ve kafatası cildinin sol yarımında ağrı ve veziküler döküntüye ilaveten görmede bulanıklık yakınmalarıyla başvurdu. Hastanın öyküsünde kronik hastalığının ve ilaç kullanımının

olmadığı öğrenildi. Fizik muayenesinde; ateş 37.6°C, kan basıncı 120/80 mmHg, nabız 80/dakika idi. Burun ve kafatası cildinin sol yarımında (sol saçlı deri, oral mukoza, göz kapağı, burun içi ve kulak kepçesi içinde dahil) yer yer sarı kurutlu veziküler lezyonların varlığı dışında, diğer sistem muayeneleri doğaldı (Resim 1).



Resim 1. Hastanın başvuru anında ciltteki veziküler lezyonları.

Laboratuvar tetkiklerinde, lökosit 8100/mm³, trombosit 196 000/mm³, hemoglobin 12.7 gr/dl, eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) 41 mm/saat, C-reaktif protein (CRP) 68 mg/lt olarak saptandı. Karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri ile kanama profili tetkikleri normal sınırlarda idi. Diyabetes mellitus (DM) araştırılması açısından bakılan açlık kan glukozu ve hemoglobin A1c (glikozile hemoglobin) değeri ve HIV enfeksiyonunu araştırmak amaçlı anti-HIV tetkikleri istendi. Patolojik bulgu saptanmadı. Hastaya herpes zoster oftalmikus ön tanısı ile 5x800 mg asiklovir tablet tedavisi başlanılarak hasta interne edildi. Hastadan veziküler lezyonlarının medikal tedavisi ve olası göz tutulumu konularında ileri değerlendirmelerin yapılabilmesi amaçlı dermatoloji ve göz hastalıkları konsültasyonları istendi. Veziküler lezyonların olduğu yüz yarımında şiddetli ağrı tarifleyen hasta non steroid antiinflatuar tedaviye yanıtız olduğundan 2x100 mg tramadol hidroklorür tablet tedavisi verildi. Göz muayenesinde, her iki gözde görme keskinliği tam, fundus muayenesi olağan ve konjonktivada kemozis saptandı. Sol gözde bulanık

görme ve görme azalması, göz kapağı ödemi ve gözde batma şikayetleri olan hastaya göz hastalıkları hekimi tarafından herpetik keratit tanısı kondu. Herpetik keratit tanısı ile günde beş kez topikal asiklovir %5 pomad ve topikal brimonidin ile birlikte dorzolamid/timolol kombinasyon tedavisi başlandı. Ayrıca dermatoloji konsültasyonu sonucu herpes zoster oftalmikus ve büllöz impetigo tanıları kondu ve lezyonların yaygın olması nedeniyle 2x1000 mg amoksisilin-klavunik asit tablet tedavisi önerildi. Tedavinin 5. gününde deri lezyonların çoğunun gerilediği ve oküler bulgularının iyileşmeye başladığı saptandı. Bir hafta sonra ise lezyonlar ve hastanın ağrısı tamamen geriledi (Resim 2).



Resim 2. Tedavinin 7. gününde hastanın görünümü.

Hasta bir haftalık yatış sonrası taburcu edildi. Poliklinik kontrolünde klinik düzelme gözlenen hastanın tedavisi 10. güne tamamlandı. Poliklinik takiplerinde şikayetleri tamamen geriledi ve nüks gelişmedi.

Tartışma

Zona, immünsüpresif bireyler ile 45 yaş üstündekilerde daha sık görülür. 75 yaş üstünde her yıl için görülme oranı 1/100 oranında artış gösterir (1). Tüm zona vakalarının %10-20'sini HZO vakaları oluşturur (2). Zona gelişimi için, Kafkas ırkı, kadın cinsiyet, fiziksel travma, DM, uyku bozukluğu, depresyon, stres, kilo kaybı, birinci derece akrabalarında zona varlığı ve daha önce zona

geçirme öyküsü varlığı bildirilen risk faktörleridir (3,4,5). Kwok ve ark. (6) yaşlı romatoid artrit tanılı bir hastada HZO varlığını bildirmişlerdir. Ayrıca hiçbir altta yatan hastalık olmadan sadece ileri yaşta olmanın HZO gelişimi açısından risk faktörü olduğunu bildiren literatür bilgisi bulunmaktadır (7,8). Sunulan vakanın kadın cinsiyette ve 70 yaşında olması dışında, immunsupresyon öyküsü, DM, travma gibi risk faktörleri mevcut değildi.

Herpes Zoster Oftalmikus, beşinci kranial sinir olan trigeminal sinirde latent kalan VZV'nin aktivasyonu sonucu gelişir. HZO bu vakalarının %52-70'inde göz tutulumu da olur. Bu tutulum maxiller ve mandibular tutulumu göre 20 kat daha sık görülür. Beşinci kranial sinirin oftalmik dalı göz kapağı, kaş, alın derisi ve burun ucu derisini innerve eder. Bu oftalmik dal lakrimal, frontal ve nazosilyer uç dallara ayrılır. Nazosilyer dal burun ucunun derisi, kornea ve üvea gibi yapıları innerve eder. Bu nedenle burun kenarını tutan lezyonlar mevcutsa (Hutchinson belirtisi) korneal lezyonlar da tabloya eşlik ettiği bildirilmiştir (9,10). Sunulan vakanın da burun ucunda tutulumu eşlik eden göz tutulumu mevcuttu (Resim1).

Zona için genellikle ilk belirti tutulan dermatomda ağrıdır ve su çiçeğine benzer veziküler döküntü görülür. Sağlıklı kişilerde primer dermatom dışında yayılım nadir görülür (1). Bu hastalarda tutulan bölgedeki kaşıntı, kızarıklık, ağrı, veziküler dışında ateş yüksekliği, halsizlik, baş ağrısı, fotofobi gibi sistemik semptomlar da görülebilir (2). İlk bulgu lezyonların çıkmasından önceki dönemde başlayan baş ağrısı olabilir. Literatürde bu dönemin 15 güne kadar uzayabileceğini bildiren yayınlar mevcuttur (2,11). Akpınar ve ark. (12) Herpes Zoster Oftalmikus'un otomatik sefaljileri taklit edebileceğini bildiren iki olgu sunmuşlardır. Ayrıca cilt tutulumu olmadan sadece göz tutulumu ile bildirilen vakalar da mevcut olup bu durum zoster sine herpete olarak tanımlanır. Vakamızda da sadece trigeminal sinir trasesi boyunca veziküler cilt lezyonları, halsizlik ve baş ağrısı mevcuttu.

Zonada sekonder bakteriyel enfeksiyon lezyonlarda kötüleşme olması durumunda düşünülmelidir. Sekonder bakteriyel enfeksiyonlarda etken çoğunlukla stafilokoklar veya streptokoklardır ve erken tanı konulmadığı durumlarda nadir de olsa bakteriyemiye neden olabilir (13,14). Sunulan vaka da dermatoloji uzmanı tarafından değerlendirilmiş ve sekonder büllöz impetigo tanısı kondu. Hastada bakteriyemi gelişmedi.

Herpes Zoster Oftalmikus'un göz tutulumu varlığında konjonktivit, sklerit, keratit ve üveit gibi tablolar gelişebilir. En önemli komplikasyonu akut retinal nekroz olup körlüğün önemli nedenlerindedir (2,9). Sunulan olguda konjontivada kemozis ve göz kapağı tutulumu dışında patoloji saptamamış olup, topikal ve sistemik antiviral tedavi ile göz bulguları tamamen geriledi. Herpes Zoster Oftalmikus tanısı primer olarak klinik bulgular ve öykü yeterli olup, laboratuvar doğrulamasına genelde gerek olmaz. Doğrulama gerektiğinde direkt floresan antikor (DFA) veya polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) tetkikleri kullanılabilir (15,16). Tedavisinde oral asiklovir, famsiklovir veya valasiklovir kullanılabilir. Tedaviye ilk 72 saat içerisinde başlanılmasının postherpetik nevrالjiyi azalttığı bildirilmektedir (9,16). Özellikle 60 yaş üstündeki hastaların %40-50'sinde postherpetik nevrالji görülür (1). Herpes enfeksiyonlarında, oküler tutulum varsa akut retinal nekroz dışında intravenöz tedavi gerekmez. Ayrıca, yaşlı hastalar, santral sinir sistemi tutulumu olanlar, immunsuprese ve oral tedaviyi tolere edemeyenler hastaneye yatırılarak tedavi edilmelidirler. İleri göz tutulumu varlığında intravitreal antiviral tedavi de verilebilir(16). Sunulan vakaya tolere edebildiğinden oral asiklovir tedavisi verilmiş ve tedavisi lezyonların başlamasından sonra 48 saatte başlamıştır. Hastanın tedavisinin 1 haftasında ağrı şikayeti gerilemiş ve hastada postherpetik nevrالji gelişmemiştir.

Amerika Gıda ve İlaç Dairesi (FDA), 2006 yılında, 60 yaşın üzerindeki hastalarda Zostavax aşısını (Merck, Kenilworth, NJ) onaylamıştır. Bu aşının etkinliği için yapılan randomize, çift kör, plasebo kontrollü bir çalışmada, herpes zoster ve postherpetik nevrالjinin görülme sıklığını sırasıyla% 61 ve% 66,5 oranında azalttığı gösterilmiştir (18). Ancak bu aşı ülkemizde henüz yaygın kullanıma girmemiştir. Ayrıca Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) varisella temasından sonraki 10 gün içerisinde yapılan immunoglobulin uygulamasının hastalık bulaşını engellediğini bildirmiştir (2).

Sonuç olarak bu olgu sunumu, yaşlılarda immunsupresyon olmadan dahi komplikasyonlarla seyrebilen herpes zoster enfeksiyonlarının görülebileceğini ve bu durumun engellenmesi, morbidite ve mortalitenin azaltılması amaçlı ileriye dönük çalışmalara ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir.

Kaynaklar

1. Topçu W. A., Söyletir G. ve Doğanay M. Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi. 4.baskı. Nobel Tıp Kitabevleri. 2017: 1474-1478.
2. Liesegang TJ. Herpes zoster ophthalmicus natural history, risk factors, clinical presentation, and morbidity. *Ophthalmology*. 2008; 115: 3–12.
3. Marra F., Chong M. and Najafzadeh M. Increasing incidence associated with herpes zoster infection in British Columbia, Canada. *BMC Infect Dis*. 2016; 16: 589.
4. Schmader K. Herpes zoster. *Clin Geriatr Med*. 2016; 32: 539–353.
5. Marin M., et al. Risk factors for herpes zoster among adults. *Open Forum Infect Dis*. 2016; 3:119.
6. Kwok TSH., Daneman N., and Lake SL. Headache and vision changes in an elderly man with rheumatoid arthritis. *Int J Rheum Dis*. 2019;22(7):1331-1334.
7. Arvin A. Aging, immunity and the varicella zoster virus. *NEJM*. 2005; 352: 2266-7.
8. Thomas SL. and Hall AJ. What does epidemiology tell us about risk factors for herpes zoster? *Lancet Infect Dis*. 2004; 4: 26-33.
9. Vrcek I., Choudhury E. and Durairaj V. Herpes Zoster Ophthalmicus: A Review for the Internist. *Am J Med*. 2017;130(1):21–26.
10. Hutchinson J. A clinical report on herpes zoster ophthalmicus (shingles affecting the forehead and nose). *Trans Am Ophthalmol Soc*. 1942; 40:390-439.
11. Sjaastad O. et al. Shortlasting unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival injection, tearing, sweating, and rhinorrhea. *Cephalalgia* 1989; 9:147–156.
12. Akpınar ÇK. ve ark. Herpes Zoster Ophthalmicus That Mimics the SUNCT Syndrome. *Noro Psikiyatrs*. 2016; 53(2):184-185.
13. Sengupta, S. Cutaneous herpes zoster. *Curr Infect Dis Rep*. 2013; 15: 432–439.
14. Woznowski M. et al. Fulminant staphylococcus lugdunensis septicaemia following a pelvic varicella-zoster virus infection in an immune-deficient patient: a case report. *Eur J Med Res*. 2010; 15: 410–414.
15. Sanjay S. et all. Complete unilateral ophthalmoplegia in herpes zoster ophthalmicus. *J Neuroophthalmol*. 2009; 29(4): 325-337.
16. Werner RN, et al. European consensus-based (S2k) Guideline on the Management of Herpes Zoster - guided by the European Dermatology Forum (EDF) in cooperation with the European Academy of Dermatology and Venereology (EADV), Part 2: Treatment. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017;31(1):20-29.
17. Tran KD., et al. Epidemiology of herpes zoster ophthalmicus: recurrence and chronicity. *Ophthalmology*. 2016; 123: 1469–1475.
18. Hales, C.M., et al. Update on recommendations for use of herpes zoster vaccine. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2014; 63: 729–731.