

Motor tutulumla başlayan herpes zoster radikülopati olgusu

Herpes radiculopathy case presenting first with motor involvement

Saffet Meral ÇINAR,¹ Semra BİLGE,¹ Fazilet HIZ,¹ Leman ERKUTLU¹



Özet

Herpes zoster, esas olarak posterior kök ganglionlarını ve duysal sinir liflerini tutar, deride veziküler döküntüler, radiküler ağrı, etkilenen ganglionun dağılımında duysal bozukluklara yol açar. Bununla beraber motor tutulum da gözlenir. Klasik kütanöz lezyonlar olduğunda herpes zostere bağlı motor parezi kolaylıkla tanımlanır. Fakat, güçsüzlüğün deri lezyonları ve duysal yakınmalardan önce olduğu durumlarda tanı zorlaşır. Bu yazıda, herpes zostere bağlı servikal segment radikülopatide motor güçsüzlüğün majör klinik semptom ve bulgu aldığı olgu sunuldu.

Anahtar sözcükler: Duysal motor; herpes zoster; radikülopati.

Summary

Herpes zoster primarily affects the posterior root ganglions and sensorial nerve fibers, and causes vesicular skin eruptions, radicular pain and loss of sensorial function along the distribution of the affected ganglion. Motor involvement can also be observed. When classical cutaneous lesions are present, the motor paresis consequent to herpes zoster is easily diagnosed. However, diagnosis becomes complicated when the motor weakness is the earlier sign and precedes the cutaneous lesions and sensory symptoms. We present a case in whom the major clinical symptom and sign was the motor weakness in cervical radiculopathy consequent to herpes zoster.

Key words: Sensory motor; herpes zoster; radiculopathy.

¹Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul

¹Department of Neurology, Taksim Training and Research Hospital, İstanbul, Turkey

Başvuru tarihi - 3 Ocak 2009 (Submitted - January 3, 2009) Düzeltme sonrası kabul tarihi - 8 Haziran 2009 (Accepted after revision - June 8, 2009)

İletişim (Correspondence): Dr. Saffet Meral Çınar. Sıraselviler Cad., Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği, 34433 İstanbul, Turkey.

Tel: +90 - 212 - 252 43 00 **Faks (Fax):** +90 - 212 - 249 98 90 **e-posta (e-mail):** mercinar@hotmail.com

Giriş

Herpes zoster enfeksiyonu muhtemelen düşünüldüğünden daha sık olarak gözlenmektedir. Radikülopatinin ayırıcı tanısında mutlaka gözönünde tutulmalıdır. Herpes zoster virüsü, herpes virüs ailesinden nörotrofik bir virüstür. Normalde uyur durumda olup, immün sistemin etkilendiği bir durumda aktif hale gelir. Herpes zoster virüsü postherpetik nevralji, miyelit, ensefalit, kraniyal arterit, segmental ya da nadiren poliradikülopatiye yol açabilir. Histopatolojik özellikleri ganglionitis, anterior ve posterior hornların tutulumu, köklerin tutulumu, ılımlı leptomenenjit ve periferik nörittir. Radikülitin en yaygın komplikasyonu periferik motor nöropatiye bağlı izole kas güçsüzlüğüdür.^[1] Güçsüzlük genelde deri lezyonlarından sonra olmaktadır. Karakteristik veziküler döküntülerin görülmesiyle tanı koymak kolaydır. Radiküler ağrıyı taklit eden herpes ağrılarında uygun tedavinin erken başlamış olması önemlidir.

Olgu Sunumu

Elli dokuz yaşındaki erkek hasta, nöroloji polikliniğine sol kolunda güçsüzlük ve ağrı şikayeti ile geldi. Daha öncesinde böyle bir şikayeti olmayıp, sistemik muayenesinde özellik yoktu. Nörolojik muayenesinde sol C6,7 dermatoma uyan hiperestezi ve C6,7 miyotoma uyan 4/5 kas zaafı saptandı. Brakiyöradial ve triseps refleksleri ılımlı azalmış bulundu. Hemogram, sedimantasyon, rutin biyokimyasal incelemeler normal sınırlardaydı. Servikal manyetik rezonans görüntülemesi (MRG) normaldi. Elektromiyografik (EMG) incelemede sinir ileti incelemeleri ve iğne EMG'si normal sınırlardaydı.

Hastanın şikayetlerinin başlangıcından 5 gün sonra herpes zosterin kendine özgü veziküler döküntüleri izlendi. Dermatoloji ile konsülte edilerek antiviral tedavisi başlandı.

Tartışma

Herpes zoster radikülopati zannedildiğinden daha yaygındır. Binde 1-2 oranında gözlenir. İnsidansı yaşla artar. İmmün sistemin baskılandığı kanser, lenfoma, lösemi hastalarında, Hodgkin hastalığı, splenektomi operasyonu geçiren, kemoterapi ve radyoterapi alan hastalarda daha sık rastlanır.^[2] Has-

taların bir kısmında nökseden epizotlar gözlenir. Hastaların %50'sinde torasik köklerde, sonra sırasıyla kraniyal, servikal, lomber ve sakral köklerde tutulum izlenir. Olgumuzun servikal tutulumu mevcuttu. Ağrı ve güçsüzlük yakınması ile gelen hastamızın şikayetleri aniden başlamıştı. Başlangıç kendiliğindedir. Ağrı veziküler lezyondan birkaç gün önce çıkabileceği gibi, veziküler lezyonların görülmesi 3-4 hafta alabilir. Kütanöz lezyonlar önceden görüldüğünde tanı kolaydır.^[3] Kütanöz herpes zoster başlıca afferent duysal liflerin hastalığı olmasına rağmen motor tutulum da görülebilir. 1886'da Broadbend ilk herpes zostere bağlı motor paraliziyi yayınlamıştır. Hastaların %1-5'inde motor paralizisi saptanır. Hastamızda ağrı ve güçsüzlük yakınmalarından 5 gün sonra döküntüler ortaya çıkmıştı. Fakat bu süre içinde yapılan biyokimyasal, servikal MRG ve EMG incelemelerin normal olması ayırıcı tanı konusunda güçlük yaşamamıza neden olmuştu. EMG spesifik bir ölçüm olmamasına rağmen, nörojenik lezyonun saptanmasında ve prognozun takibinde önemlidir. Bazı çalışmalarda, motor tutulum olmamasına rağmen EMG'de belirgin değişiklikler izlenmiştir. Haanpa M, prospektif bir çalışmada motor semptomu olan ve olmayan herpes zosterli hastaların %55'inde (40 hastanın 21'inde) elektrofizyolojik anormallik gözlemiştir.^[4] Hastamızda herhangi bir elektrofizyolojik anormallik gözlenmedi. Yakınmalardan birkaç gün sonra herpes zostere özgü döküntülerin izlenmesi ile tanı konuldu.

Hastaların %5'inde sistemik şikayetler izlenir. Yaşlılarda daha belirgindir. Hastaların %90'ında veziküller döküntü ve güçsüzlük ipsilateraldir. Aynı dermatom ve miyotomu kapsar. Bizim hastamızda da ipsilateraldir. Bununla beraber bazı erupsiyon ve paralizinin aynı anatomik lokalizasyonda olmadığı vakalar rapor edilmiştir.^[5] C5-7 motor kök tutulumunun olduğu, fakat asimetric dermatomal döküntülerin gözlendiği bir olgu da sunulmuştur.^[6] Radiküler ağrı ve güçsüzlük ile gelen hastalarda herpetik radikülopati mutlaka akla getirilmelidir.^[7] Varisella zoster enfeksiyonu cilt lezyonu olmadan da olabilir. Bu gibi durumlarda tanı güçlükleri yaşanabilir. Bu nedenle hastalığın akla getirilmesi önemlidir. Özellikle immün sistemin baskılandığı hastalıklarda zoster radikülitinin ayırıcı tanıda düşünülmesi, polimeraz zincir reaksiyonu ile virüs DNA'sının erken saptanması tedavinin planlanması açısından önem

taşıır.^[8] Hastaların %10-20'sinde post-herpetik nevralji gözlenmektedir. Bu nedenle tedaviye erken başlanması önem taşımaktadır. Güçsüzlük gelişen hastaların yarısından fazlası tamamen iyileşir. Bizim hastamızda antiviral tedaviye başlanarak tam bir iyileşme izlendi.

Kaynaklar

1. Burkman KA, Gaines RW Jr, Kashani SR, Smith RD. Herpes zoster: a consideration in the differential diagnosis of radiculopathy. Arch Phys Med Rehabil 1988;69(2):132-4.
2. Tilki HE, Mutluer N, Selçuki D, Stålberg E. Zoster paresis. Electromyogr Clin Neurophysiol 2003;43:231-4.
3. Helfgott SM, Picard DA, Cook JS. Herpes zoster radiculopathy. Spine (Phila Pa 1976) 1993;18(16):2523-4.
4. Haanpää M, Häkkinen V, Nurmikko T. Motor involvement in acute herpes zoster. Muscle Nerve 1997;20(11):1433-8.
5. Ünlü E, Ulaş E H, Odabaşı Z, Yılmaz Ö, Çalçı A. Herpes zoster radiculopathy: Report of two cases. Journal of Neurological Sciences (Turkish) 2005;22(3):319-24.
6. Yoleri O, Olmez N, Oztura I, Sengül I, Günaydin R, Memiş A. Segmental zoster paresis of the upper extremity: a case report. Arch Phys Med Rehabil 2005;86(7):1492-4.
7. Rosenfeld T, Price MA. Paralysis in herpes zoster. Aust N Z J Med 1985;15(6):712-6.
8. Koch P, Diedrich O, Pennekamp PH, Schmitz A. Rare differential diagnosis of a radicular spine syndrome: herpes zoster radiculitis. Z Orthop Ihre Grenzgeb 2006;144(6):583-6.