

Childhood involvement of herpes zoster

Çocukluk çağı herpes zoster tutulumları

Sema ERDOĞMUŞ¹, Gökçen CERRAH¹, Asuman KIRAL², Zuhâl Aydan SAĞLAM¹

ABSTRACT

Herpes Zoster (HZ) is a subgroup of herpesviredea sp. consisting of a double-strand DNA virus. It is a worldwide common clinical problem and has an important mortality and morbidity rate among immunosuppressed patients. HZ infections are often seen in adults, however its incidence is 0.45/1.000 in 0-14 years-old children. Here, we present two children with different clinical presentations. Our aim is to emphasize important complications of HZ infections and prevent them with early diagnosis and appropriate treatment.

Key words: herpes zoster, conjunctivitis, dermatitis, complications

ÖZ

Herpes Zoster (HZ) tüm dünyada yaygın bir klinik sorun olup, özellikle immunsupresiflerde ciddi morbidite ve mortaliteye yol açmaktadır. HZ infeksiyonları sıklıkla erişkinlerde görülmekle beraber, 0-14 yaş arası çocuklarda insidansı 0.45/1000'dir. Makalenizde, erken yaşta görülen farklı dermatom tutulumları olan 2 çocuk olgu ele alınmıştır. Bu olgular sayesinde özellikle birinci basamakta erken teşhis ve doğru tedavi ile komplikasyonların önlenmesi amaçlanmıştır.

Anahtar kelimeler: herpes zoster, konjunktivit, dermatit, komplikasyon

GİRİŞ

Herpes zoster (HZ) çift sarmallı DNA'dan oluşan Herpes virüs alt grubudur¹. Varicella zoster virüsünün (VZV) arka kök ganglionlarına sessizce yerleşmesi ve periodik olarak reaktif olmasıyla rekürren infeksiyon oluşturur¹⁻³. Tüm dünyada yaygın bir klinik sorun olan HZ infeksiyonları özellikle immun supresiflerde önemli mortalite ve morbiditeye yol açmaktadır^{1,4}. Hücrel immün yetmezlik, malignite, immün supresif ilaçlar, subklinik suçiçeği geçirmek, profilaktik asiklovir kullanmak, varicella aşısı HZ gelişimini kolaylaştıran faktörlerdir^{1,4}. Virüs, spesifik antijeninin farklılığına göre HSV-1 ve HSV-2 olmak üzere ikiye ayrılır⁵. Genital infeksiyonlarda, lomber ve sakral dermatozomal tutulumlardan HSV-2 sorumluyken, oral infeksiyonlardan ve göz tutulumundan HSV-1 sorumludur. Latent infeksiyon yapabilme kapasitesine sahip olan HSV-1, HZ'in korneal tutulumlarından sorumludur. Trigeminal ganglionlarda latent kalan virüs kor-

neal epitelyal hücreleri hedef alır. Epitelyal hücreler proinflamatuvar sitokinler INF- β , IL-6, TNF- α , IL-8 artışına neden olur. Bu mediyatörlerin artışı, nötrofil ve mononükleer lenfositleri artırarak antiviral aktiviteyi başlatır. Eğer bu aktivite kontrol altına alınamazsa korneal neovaskülarizasyona ve daha sonra artan inflamasyon korneal transplantasyona kadar ilerleyebilen görme kaybına yol açmaktadır⁶.

OLGU 1

Altı yaşındaki erkek hasta 2013 Nisan ayında Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Polikliniğine göz çevresinde ödem ve yara yakınmaları ile getirildi. Hastanın öyküsünde 5 gün önce ateş ve boğaz ağrısı nedeniyle ASM'ye başvurdu. Hastaya üst solunum yolu infeksiyonu tanısıyla oral ibuprofen ve sefdinir tedavisi başlandığı öğrenildi. Hasta tedavisinin 5. gününde mevcut yakınmalarına göz çevresinde ödem ve yara oluşumunun da eklenmesiyle kliniğimize gel-

Received: 05.08.2015

Accepted: 28.08.2015

¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği

²İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Yazışma adresi: Dr. Sema Erdoğan, İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Göztepe-İstanbul
e-mail: sem_erdgms@hotmail.com

di. Geliş muayenesinde genel durumu iyi, şuuru açık, ateşi 37,5°C derece, solunum sayısı 18/dk., TA: 100/70 mm/Hg, nabız 112/dk., boy kilo persantilleri 50p-75 p aralığında saptandı. Baş boyun muayenesinde sağ göz çevresinde krutlu lezyonlar, ödem, konjunktivada hiperemi ve pürülan akıntı mevcuttu. Lenfadenopati saptanmayan hastada orofarenks hiperemikti ve oral mukozada yaygın aftlar mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri ise doğaldı. Geliş laboratuvar değerleri: WBC: 4.600 mm³, Hb:11,5 g/dl, Hct: %33, MCV: 77.1 um³, trombosit: 286000/mm³, CRP: 0.33 mg/dl, sedimantasyon 20 mm/saat, glukoz: 91 mg/dl, üre:23 mg/dl, kreatinin: 0.33 mg/dl, AST:30 mg/dl, ALT:20 mg/dl olup, normal sınırlarda saptandı. Hastadaki ödem nedeniyle preseptal selülit düşünülerek maxillofasiyal BT ve fasiyal orbital MR istendi. Yapılan görüntülemelerde patolojik bir bulgu saptanmadı. Ateş, göz çevresindeki krutlu lezyonlar, konjunktivada hiperemi ve oral mukozada aftların olması nedeniyle HZ HZ düşünüldü (Figür 1) ve göz konsültasyonu istendi. Göz konsültasyonu sonucunda lezyonların yineleyen dermatozomal tutulumlar nedeniyle herpetik zoster konjunktiviti olduğuna karar verildi. Bu doğrultuda tedaviye sekonder bakteriyel infeksiyon açısından oral 40 mg/kg/gün olarak sefdinirle devam edilmesi, sistemik asiklovire ek olarak cilt lezyonları için topikal asiklovir, fusidik asit jel, konjunktivit için topikal moksisifloksasin kullanılması önerildi. Hastanın kontrolünde lezyonlarının gerilediği saptandı.



Figür 1. Herpes konjunktiviti ve periorbital trigeminal Herpes dermatiti.

OLGU 2

On yaşında erkek hasta 2013 Nisan ayında Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Polikliniğine kusma, ishal ve kalça ağrısı yakınmasıyla başvurdu. Anamnezinde 4 gündür devam eden ishali olduğu o gün kus-

manın başladığı, 3 gündür kalçasında ağrı ve yanma olduğu belirtilen hasta herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmamış ve tedavi almamaktaydı. Hastanın özgeçmişinde 3 yaşında su çiçeği geçirdiği öğrenildi. Fizik muayenesinde genel durum iyi, şuur açık, ateş 37.2°C, solunum sayısı 12, TA:105/70 mm/Hg, nabız: 102 ritmik, boy-kilo persantilleri 50p-50p saptandı. Başvuru laboratuvar değerleri WBC: 5.000 mm³, Hb: 12.6 g/dl, Hct: %38.6, MCV: 78.9 um³, trombosit:127.000/mm³, CRP: 0.33 mg/dl, Sedimantasyon: 10 mm/saat, glukoz :93 mg/dl, üre: 25 mg/dl, kreatinin: 0.53 mg/dl, AST:19 mg/dl, ALT:11 mg/dl şeklindeydi. Kalçasında tek bir dermatom boyunca yerleşmiş makülopapüller eritem alanları ve veziküler ağrılı lezyonlar olması nedeniyle zona tanısı konuldu (Figür 2). Hastaya oral asiklovir ve destek tedavisi olarak antihistaminik, ıslak pansuman, analjezik başlandı ve 3 gün sonra kontrole çağırıldı. Tedavinin 3. gününde veziküler lezyonların krutlanmaya başladığı görüldü.



Figür 2. Sakral Herpes dermatiti.

TARTIŞMA

Herpes zoster infeksiyonu sıklıkla erişkinlerde görülmele birlikte, 0-14 yaş arası çocuklarda insidansı 0.45/1000 yıl oranındadır. National Health and Nutrition Examination Survey (NHNS) tarafından Amerika'da 1999-2004 yılları arasında yapılan araştırmada, 14-19 yaş arası adolesanlarda HSV-1 prevalansı %39 olarak bulunmuştur². Çocukluk dönemi zona zoster infeksiyonu altta yatan immünsüpresyon durumlarında daha sık görülmektedir. Diğer taraftan immünsüpresyonu olmayan kişilerde de daha ender

de olsa görülebilir¹. Çocukluk çağında HZ geçiren olguların büyük çoğunluğu 5 yaşından büyük çocuklar oluştururken, olgularımız 6 ve 10 yaşlarında olması HZ nin en tipik görülme yaş aralığı ile uyumluydu^{1,3}. Klinikte hastalarda HZ en sık torakal (%75) ve lomber dermatom (%11) bölgelerinde izlenmekte iken, düşük oranda ise trigeminal sinir ve sakral dermatom tutulumları görülebilir. Ayrıca kranial sinirlerin tutulumu sonucu konjunktivit, anterior üveit ve Ramsey-Hunt sendromu ender olarak görülebilecek diğer komplikasyonlardandır¹. Konjunktivit genellikle unilateral olup blefarit ve preaurikular lenfadenopati eşlik eder ve konjunktiva ödemli olmasına rağmen, ender olarak pürülan akıntı olur³. Olgu 1'de HSV-1'in trigeminal sinir tutulumuna bağlı konjunktivit, olgu 2'de HSV-2'nin sakral dermatom tutulumuna bağlı zona görülmektedir. HSV'ye bağlı göz tutulumları blefarit, konjunktivit, epitelyal trofik ülser, nekrotizan stromal keratit, immun stromal keratit, anterior üveit, endotelit ve iridosiklit şeklinde olabilir^{5,7,8}. Genç çocuklarda nonepidemik foliküler konjunktivit yaptığıda bilinmektedir⁹. Göz tutulumunun patofizyolojisinde olası 2 ayrı mekanizmadan söz edilmektedir. Öncelikle döküntülerin olduğu primer viremi döneminde kan yoluyla, ikincisine göre ise döküntüler geçtikten sonra immun reaksiyona bağlı otoimmun ve alerjik reaksiyonların rol aldığı patolojik süreçte göz tutulumu olmaktadır⁷. Olgu 1 bize döküntülerin olduğu primer viremi döneminde gelmişken, olgu 2 ise döküntüler geçtikten sonra immun sistemini baskılayan akut gastroenterit nedeniyle gelişen HZ enfeksiyonu ile başvurmuştur. HZ enfeksiyonunun tanısı sıklıkla klinik olarak konur. Net olmayan klinik öykü ve stromal skarlarla gelen hastalara tanı konması oldukça güçtür. Bu yüzden gelişmiş ülkelerde korneal körlüğün en sık nedenidir^{10,11}. HZ, çocukluk döneminde klinik olarak erişkinlerden farklılık gösteri, genel olarak hastalık süresi çocuklarda daha kısa olup, komplikasyonları daha enderdir¹². Olgu 1'deki hasta konjunktival hiperemi ve frontal dermatozomal tutulum evresinde tanı alıp parenteral asiklovir+destek tedavisi başlandığı için keratit gelişimi önlendi. Herpetik göz tedavisinde tam bir görüş birliği olmasa da topikal steroid ve sistemik asiklovir tedavisi genel kabul görmektedir⁸. Ancak olgumuzda sistemik asiklovir tedavisi sonrasında hastamızda gö-

rülen 2-3 gün içindeki hızlı iyileşme seyri nedeniyle steroid tedavisine gerek görülmemiştir. Olgu 2'deki hastada ise sakral dermatozomal tutulumu bağlı veziküler lezyonların varlığıyla HZ tanısı konulup oral asiklovir ve destek tedavisi başlanmıştır.

Sonuç olarak, HZ çocukluk döneminde oldukça ender görülmekle beraber, yetişkinlerden klinik olarak farklıdır. HZ enfeksiyonu nedenli komplikasyonlar çocukluk döneminde genellikle görülmez. Buna rağmen, asiklovir tedavisinin erken başlanması iyileşme sürecini hızlandırıp olası ender de görülsün komplikasyonları azaltmaktadır. Bu yazıda ender görülmesi nedeniyle herpes zosterli iki çocuk olgusu üzerinden HZ enfeksiyonuna ait klinik özelliklerinin yanında tedavi yaklaşımına değinilmek istenmiştir.

(Her iki olgunun yayınlanmasında hasta ve yakınlarının izni alınmıştır.)

KAYNAKLAR

1. Yalaki Z, Ozturk A, Tasar MA, et al. Sağlıklı Çocuklarda Herpes Zoster Enfeksiyonu. *Çocuk Enf Derg* 2010; 4: 96-9. <http://dx.doi.org/10.5152/ced.2010.13>
2. Richard EB, Robert MK, Hal BJ. Herpes Simplex Virus. *Nelson Textbook of Pediatrics 17th Edition* 2003; 244: 1097-1105.
3. Sen S, Bayram N, Sahbudak ZB, et al. İki Çocuk Enfeksiyon Kliniğinin Herpes Zoster Deneyimi. *Türk Ped Arş* 2013; 48: 40-3.
4. Yagmur G, Ozbal Y, Gokahmetoglu S, et al. Herpes Simpleks Virus Enfeksiyonu Şüphesi Olan Hastaların Klinik Örneklerinde Üç Farklı Yöntemle HSV Varlığının Araştırılması. *Mikrobiyol Bul* 2010; 44: 47-56.
5. Cakmacı S, Akova YA, Aydın P. Okuler Herpesde Ön Segment Bulguları Ve Tedavisi. *Türkiye Klinikleri J Ophthalmol* 2000; 9: 69-76.
6. Terasaka Y, Dai M, Yakura K, et al. Induction Of IL-6 In Transcriptional Networks In Corneal Epithelial Cells After Herpes Simplex Virus Type 1 Infection. *IOVS* 2010; 51-5.
7. Coban DT, Firidin G. Konjunktiva tutulumlu bir suçiçeği olgusu. *Journal of Clinical and Analytical Medicine* 2011; 2: 97-98.
8. Seker UE, Asık NS, Ture G. Herpetik Ön Üveitlerde Tedavi Sonuçlarımız. *Ege Tıp Dergisi* 2012; 51: 245-248.
9. Manav G, Akarcay K. Göz İnfeksiyonlarına Neden Olan Mikroorganizmalar. *Aknem Derg* 1991; 5: 396-400.
10. Robert PY, Anja L, Metzner S, et al. Specific Antibody Production In Herpes Keratitis: Intraocular Inflammation And Corneal Neovascularisation As Predicting Factors. *Graefe's Arch Clin Exp Ophthalmol* 2006; 244: 210-215. <http://dx.doi.org/10.1007/s00417-005-0014-7>
11. Berna AB, Mehmet B, Sevil T, et al. Kliniğimize Yatırılarak Tedavi Edilen Keratit Olgularının Analizi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2011; 37: 155-157.
12. Sever E, Canan G, Evren S et al. İki Sağlıklı Çocukta Herpes Zoster. *Yeni Tıp Dergisi* 2010; 27: 51-52.