

# Herpes Zoster Ensefaliti Tanısı Konan Bir Olgu Sunumu\*

N. SÖNMEZ\*\*, Aysun SOYSAL, İ. KOÇ\*\*, F. ÖZER\*\*, Baki ARPACI\*\*

## ÖZET

*Erişkin dönemde herpes zoster enfeksiyonu özellikle yaşlı ve immün yetersizliği olanlarda nadiren ensefalit tablosuna neden olur. Bu yazıda, ajitasyon ve konfüzyonel tablo ile kliniğimize başvuran ve yatışından 1 hafta önce hipokondrial bölgede ağrı ve veziküler döküntüleri başlamış olan herpes zoster ensefaliti tanısı konan 57 yaşında bir kadın hastayı sunduk.*

*Anahtar kelimeler: Herpes zoster, ensefalit, varisella zoster*

*Düşünen Adam; 1995, 8 (3): 58-60*

## SUMMARY

*Herpes zoster infection during adulthood may occasionally cause encephalitis, particularly in patients with immune suppression and advanced age. In this article, we report a 57 years old female patient with the diagnosis of herpes zoster encephalitis who presented with agitation and confusional status and also and pain and vesicular rash on the hipokondrial region since a week prior to her hospitalization.*

*Key words: Herpes zoster, encephalitis, varisella zoster*

## GİRİŞ

Herpes zoster arka kök ganglionlarında lezyon oluşturan ve klinik olarak etkilenen ganglion bölgesindeki deride ağrı ve veziküllerle karakterize viral bir hastalıktır (1,3,4,6,7,10). Tipik olarak zoster trigeminal sinirin bir veya iki divizyonunda ya da servikal veya torasik dermatomlarda segmenter radiküler bir ağrı ile başlar ve genellikle bir veya birkaç gün içinde ağrı bölgesinde veziküler döküntüler ortaya çıkar (1,3,4,7,10).

Herpes zoster enfeksiyonu sırasında nadiren yaşlı ve immün yetersizliği olanlarda konfüzyon, nöbetler ve koma ile karakterize olan jeneralize ensefalit tablosu

ortaya çıkar (1-7,9,10). Bu tablo sıklıkla diğer dermatomlardan çok oftalmik divizyon zonasında görülür, ancak daha nadiren torasik bölgedeki zonada da görülür (1,2).

Bu yazıda torakal 11-12 dermatomunda zonası olan, ajitasyon ve oryantasyon bozukluğu nedeni ile kliniğimize başvurup herpes zoster ensefaliti tanısı konan bir olgu sunduk.

## OLGU

57 yaşındaki kadın hasta halsizlik, iştahsızlık, bulantı, kusma, etrafındaki kişileri tanımama ve huzursuzluk yakınmaları ile kliniğimize başvurmuştu.

\* XXXI. Türkiye Nöroloji Kongresi'nde bildiri olarak sunulmuştur.

\*\* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, 1. Nöroloji Kliniği

Bir hafta önce sağ alt torakal bölgede yanma ve ağrı yakınması başlamış ve bundan 1-2 gün sonra da bu bölgede veziküler döküntüler ortaya çıkmıştı. Öz geçmişi ve soy geçmişinde bir özellik saptanmadı. Ateşi 36.6° C, Nb:88/dk, TA: 130/80 mmHg idi. Sağ torakal 11-12 interkostal sinir trasesi boyunca veziküler döküntüleri mevcuttu. Diğer sistem muayenelerinde özellik saptanmadı. Nörolojik muayenesinde bilinci açık olan hastanın meningeal irritasyon belirtisi yoktu. Huzursuz ve ajite olan hasta ile yeterli kooperasyon kurulamıyordu. Yer, zaman, kişi oryantasyonu bozdu. Konuşması normal olan hastanın kooperasyon gücü nedeniyle yüksek kortikal fonksiyonları değerlendirilemedi. Kranial sinirleri intakttı. Dört ekstremitede de kas gücü tam olan hastanın DTR normotonik ve TCR bilateral planterdi. Duyu, serebellar ve ekstrapiramidal sistem muayeneleri normaldi. Rutin hematolojik ve biyokimyasal tetkiklerinde patoloji tespit edilmedi.

EEG'sinde her iki hemisferde yaygın bioelektrik disorganizasyon mevcuttu. Kranial BT ve MRI incelemeleri normal bulundu. Yapılan lomber ponksiyon incelemesinde; BOS basıncı normal olup, berraktı. Mikroskopik incelemede % 90 lenfositten oluşan 60 hücre saptandı. Pandy negatif olup, şeker ve klor normal sınırlardaydı. BOS IgG'si normalin yaklaşık iki katı kadar yüksek bulundu. BOS kültüründe patojen bakteri üremedi. BOS'da HSV Tip I ve Tip II, EBV ve VZV antikor titrasyonu negatif bulundu. Hasta klinik, EEG ve lomber ponksiyon bulguları ışığında herpes zoster ensefaliti düşünüldü ve acyclovir tedavisine alındı. Yatışının ertesini günü ajitasyon tablosu, 3. gününde yer ve kişi oryantasyonu, 5. gününde de zaman oryantasyonu normale döndü. Bir hafta sonra tekrarlanan EEG'si normaldi. İki hafta sonra tekrarlanan LP'da hücre saptanmadı ve varisella zoster için total antikor titrasyonu anlamlı pozitif bulundu. Hastanın geçirdiği ensefalit tablosunun varisella zoster infeksiyonuna bağlı olduğu düşünüldü.

## TARTIŞMA

Varisella zoster virüsü (VZV), HSV Tip I ve Tip II, CMV ve EBV'nü de içine alan herpes virüs grubundan bir virüstür (4,6,7,10). VZV'ü hem primer infeksiyon olarak su çiçeği, hem de kanında antikor taşıyan erişkinlerde enfeksiyonun reaktivasyonu ile

herpes zosteri neden olur (1,2,4,7,10). Spinal veya kranial sinirlerin duysal ganglion hücrelerinde latent bir şekilde bulunan virüs, aktive olduktan sonra tutulan sinir lifi boyunca ilerleyerek o sinire ait dermatomal bölgede ağrılı veziküler bir döküntüye neden olur (1,4,7,8,10). Yaşlı hastalarda, Hodgkin ve Non-Hodgkin lenfoma veya AIDS gibi immün yetersizliği olanlarda VZV infeksiyonu çeşitli nörolojik komplikasyonlara neden olur.

Bunların arasında Guillain-Barre sendromu, karotisin viral invazyonuna bağlı enfarktlar, transvers miyelit, Ramsay-Hunt sendromu, aseptik menenjit, ensefalit, ensefalomyelit sayılabilir (1-9,9,10). Varisella zoster infeksiyonu ile birlikte görülen en sık SSS komplikasyonu ensefalittir (10). Bu komplikasyonun gelişmesindeki en büyük risk faktörleri ileri yaş, immüno-supresyon ve dissemine kutanöz zosterdir (1,2,4,6,7). Bir dermatoma lokalize veya dissemine herpes zosteri olan hastada başka bir neden olmadan mental değişiklikler ortaya çıktığında SSS'nin tutulduğu düşünülmelidir (10).

Ateş tabloya her zaman eşlik etmeyebilir (2,5,7,10). SSS etkilendiğinde halüsinasyon, menenjismus, ataksi, nöbetler veya motor paralizi ortaya çıkabilir (1,3,4,10). Bizim olgumuzda da torakal bölgede deri döküntüleri ortaya çıktıktan bir hafta sonra ajitasyon, huzursuzluk tablosu ortaya çıkmış ve bu nedenle varisella zoster ensefaliti düşünülmüştü. Herpes zoster ensefaliti tanısı tipik deri lezyonlarının görülmesi veya önceden zoster öyküsü ile düşünülür. LP yapıldığında lenfositik pleositoz saptanır. BOS'da protein artabilir, glukoz ise normaldir (1,3,4,10).

Bizim olgumuzda LP'da % 90'ı lenfosit olan 60 hücre saptadık, protein ve şeker ise normaldi. Tanıya yardımcı olarak diğer incelemeler EEG, kranial BT ve MRI'dir. EEG'de genellikle spesifik bir odak olmadan diffüz yavaşlama saptanır (10). Olgumuzda EEG incelemesinde de her iki hemisferde yaygın yavaşlama saptanmıştı. Varisella zoster ensefalitinde kranial BT incelemesi genellikle normal bulunur, bazen nonspesifik beyaz madde değişiklikleri veya hemoraji saptanabilir (6,10). 1993'de Lentz ve ark. ALL'si olup oftalmik ve torakal bölgede herpes zosteri olan 13 yaşında bir hastada afazi ve koordinasyon bozukluğu nedeni ile çektiği kranial

BT'de kontrastlı çekimlerde subkortikal beyaz madde özellikle sol frontal lobda halka şeklinde veya nodüler kontrast tutan lezyonlar, kraniyal MRI incelemesinde yine frontal lobda belirgin tüm korteksi tutan kapsula interna ve talamusta bilateral görülen kontrast tutan plak benzeri lezyonlar saptadıklarını bildirmişlerdir.

Hastanın sol frontal lobundan yapılan biyopsi incelemesinde ise eritrositler ve köpük makrofajlar izleyip bu hücrelerin bazılarında intranükleer eozinofilik viral inklüzyonlar ve lezyonların çevresinde miyelin kaybı bulmuşlardır. Sonuç olarak da VZV lökoensefalitinde kraniyal MRI incelemesinde yaygın plak benzeri lezyonlarla birlikte kontrast tutan demiyelinizan lezyonlar ve hemoraji izlenebileceğini ileri sürmüşlerdir <sup>(6)</sup>. Silliman ve ark. 1993'de yayınlanan makalelerinde hemofilisi olup ataksi konfüzyon ve dizartri gelişen 17 yaşında bir hastada kraniyal MRI incelemesinde T2 ağırlıklı çekimlerde periventriküler bölgede kontrast tutan sinyal artışı olduğunu izlemişler hastanın beyin dokusunda histopatolojik olarak ve immüno Floresan boyama ile VZV enfeksiyonu olduğunu göstermişlerdir.

Bizim olgumuzda kontrastlı kraniyal BT ve MRI incelemelerinde ise tanımlanan lezyonlar izlenmeyip normal bulunmuştur. Özellikle immün yetersizliği olanlarda varisella zoster ensefaliti geliştiğinde mortalitenin % 30-50 arasında değiştiği, komplikasyon gelişmeyen vakalarda ise hastaların birkaç haftada düzeldiği bildirilmektedir <sup>(10)</sup>. Bizim olgumuzda immün yetersizliğine yol açacak herhangi bir hastalık yoktu ve yaklaşık 3 haftada hastanın klinik ve laboratuvar bulguları tamamen düzeldi.

Hastamızda torakal bölgede zona ve ajitasyon tablosu nedeni ile varisella zoster ensefaliti düşünülmeye rağmen ilk haftada yapılan lomber ponksiyonda VZV antikor titrasyonu negatif bulundu. Buna rağmen acyclovir tedavisine başlanan hastada 3. haftada tekrarlanan ponksiyonda VZV antikor titrasyonu anlamlı olarak yüksek bulunması üzerine tanı kesinleşti.

Varisella zoster erişkin dönemde yaşlı ve immün yetersizliği olanlarda ensefalit tablosu oluşturmasına rağmen herhangi bir immün yetersizliği olmayan bir hastada varisella zoster ensefaliti saptadığımızdan bu olguyu sunduk.

## KAYNAKLAR

1. Adams RD, Victor M: Syndrome of herpes zoster fifth edition. New York, McGraw-Hill, Inc 644-647, 1993.
2. Baringer JR: Herpes zoster. Johnston RT, Griffin JW (ed). Current therapy in neurologic disease. St Louis Mosby, Year Book, Inc 140-142, 1993.
3. Bharucha NE, Bhabha SK, Bharucha EP: Varisella zoster virus infections. Neurology in clinical practice: Principles of diagnosis and management. Boston Butter worth-Heinemann, 1093, 1991.
4. Chad DA: Herpes zoster. Neurology in clinical practice: Principles of diagnosis and management. Boston Butter worth-Heinemann, 1800-1801, 1991.
5. Gluckman SJ, DiNubile MJ: Varicella zoster. Emergent and urgent neurology. Philadelphia JP Lippincott Co, 174-175, 1992.
6. Lentz D, Jordan JE, Pike GB, Enzmann DR: MRI in varicella zoster virus leukoencephalitis in the immunocompromised host. J Comp Assit Tomography 2:313-16, 1993.
7. Miller JR, Jube B: Herpes zoster. Rowland LP (ed). Merritt's Textbook of Neurology. Philadelphia, Lea&Febiger, 115-118, 1989.
8. Schmidbauer M, Budka H, Pilz P, Kurata T, Hondo R: Presence, distribution and spread of productive varicella zoster virus infection in nervous tissues. Brain 383-398, 1992.
9. Silliman CC, Tedder D, Ogle JW, Simon J, et al: Unsuspected varicella zoster virus encephalitis in a child with acquired immunodeficiency syndrome. J Pediatr 123:418-22, 1993.
10. Whitley RJ, Schlitt M: Herpes zoster, Infections of the central nervous system. New York, Raven Press 60-65, 1991.