

## VAKA TAKDİMİ

### HERPES ZOSTER ve MALIGNANSI

Dr. Hüseyin ENDOĞRU\*, Dr. Hüseyin TOL\*, Dr. Süleyman DÖNMEZ\*

\* S.Ü.T.F. Dermatoloji Anabilim Dalı,

#### ÖZET

*Herpes zoster, kranial veya spinal sinirler boyunca vücutun bir yarısında eritemli, ödemli zeminde yerleşmiş gruplaşan veziküllerle karakterizedir.*

*Viral bir enfeksiyon olan herpes zoster, özellikle ileri yaş dönemlerinde malignansilere eşlik edebilmektedir.*

*Herpes zosterli ve malignansili bir olgu önemi nedeniyle sunuldu.*

*Anahtar kelimeler: Herpes zoster, malignansi.*

#### SUMMARY

##### *Herpes Zoster and Malignancy*

*Herpes zoster is characterized by several groups of vesicles on an erythematous and edematous base situated unilaterally, within the distribution of a cranial or spinal nerve.*

*Herpes zoster, a viral infection, can be associated with malignancy especially in the elderly.*

*One case with herpes zoster and malignancy were reported because of importance.*

*Key words: Herpes zoster, malignancy.*

#### GİRİŞ

Herpes Zoster (HZ), Varicella Zoster Virus tarafından meydana getirilen viral bir enfeksiyondur. Etken DNA virusu grubundandır (1, 2).

Primer enfeksiyon suçiçeğidir. suçiçeğinin seyi esnasında viruslar, deri ve mukozalardaki duyu sinirlerinin uçlarından girer ve duyu lifleriyle duyu ganglionlarına taşınır. Burada latent bir enfeksiyon meydana gelir. Latent durumdaki viruslar nöronlara zarar vermeden kalırlar. Bunlar enfeksiyöz değildirler, çoğalmazlar, ancak enfeksiyon yapma yeteneklerini kaybetmezler (1, 2, 3, 4).

Ganglionda latent halde bulunan virus, ileride bazı faktörlerin etkisi altında reaktive olarak HZ'i meydana getirir (1, 3).

Sonuç olarak, generalize çok bulaşıcı ve benign olan suçiçeği immün olmayan konakçida, buna karşın

lokal ve ağrılı olan HZ kısmen immün konakçida gelişir diyebiliriz (2).

Klinik belirtiler, virüs ile konakçının immün mekanizması arasında olan reaksiyonun bir göstergesidir (2).

Klinik olarak ilk semptom, virusların reaktive olduğu ganglionun innervé ettiği dermatomda ağrı ve parastezidir. Genellikle lezyonlar unilateral olup orta hattı geçmemesi oldukça diagnostiktir. Bilateral tutulum ve rekürrens seyrektrir (1, 2).

Olguların yaklaşık yarısında torasik sinirler tutulur. Bunu sıklık sırasıyla servikal, trigeminal, lomber, lumbosakral sinirler izler. Çoğu olguda bölgede adenopati varır. Ağrı bulunan bölgede önce eritemli ve ödemli alanlar belirir. Bu zemin üzerinde grup halinde papüloz elemanlar ortaya çıkar. Bunlar daha sonra vezikül haline dönerler. Üçüncü günde vezikül

Haberleşme Adresi: Prof. Dr. Hüseyin ENDOĞRU, S.Ü.T.F.Dermatoloji Anabilim Dalı, KONYA

sivisi bulanır eskiyen veziküler göbeklenir. Lezyonlar 7-10 günde krutla kaplanır (1).

Histolojisinde, intraepidermal veziküler vardır. Vezikül içinde ve kenarlarında şiş, büyük, balon hücre denilen hücreler görülür. Vezikül çevresinde belirgin bir intersellüler ödem vardır (2).

HZ'in komplikasyonları arasında postherpetik nevralji sık görülür. Yaşların ortalama 1/3'ünde görülür. Tedaviye dirençli olup 1-6 ayda spontan düzeler (1).

HZ geçirmekte olan kimselerde olayın altında bir malignite olasılığı da unutulmamalıdır (3, 5).

Tanı, lezyonların tek taraflı olması, bir sensorial sinir trasesini takip eden vezikül gruplarının görülmesi ve biopsi ile konur. Ayırıcı tanıda deri lezyonları yokken diğer ağrı nedenleri düşünülmelidir. Deri lezyonları çıktıığında tanı kolaydır (2).

Tedavide, hafif olgularda kurutucu pansumanlar, analjezikler, topikal anestezikler yeterli olur. Orta yaşlı kimselerde fiziksel aktivite kısıtlanır (2). Akut HZ'de acyclovir, vidarabin de etkili olmaktadır (1, 2, 3, 4).

Sistemik olarak verilen Prednisolonun (Delta-Cortryl tb.) (1. hafta 60 mg, 2. hafta 30 mg, 3. hafta 15 mg şeklinde) postherpetik nevraljiye ve hastalık esnasındaki ağrıya etkili olduğundan söz edilmektedir. Ancakimmün yetmezlikli hastalarda disseminasyon tehlikesi unutulmamalıdır (1).

Melleril'in postherpetik nevraljiyi 1-2 haftalık bir sürede tamamen geçirdiği görülmektedir (2).

Oftalmik zonalı hastalarda sineşiler olabileceğinden midriyatik damlalar gerekebilir (1).

## VAKA TAKDİMİ

Hastamız (H.C), 86 yaşında erkek, evli ve emekli.

**Şikayeti:** Sağ ayak bileği civarında ağrılı, zaman zaman kanamalı yara ve sağ kolunda ağrılı içi sıvı dolu kabarcıklar ortaya çıkması.

**Hikayesi:** Yaklaşık 5-6 ay kadar önce, hastanın sağ ayak bileği dış yüz civarında nohut büyülüğünde, sert, kırmızı renkte şişlik oluşmuş. Bu şişlik iyileşmemiş aksine gittikçe büyümüş, zaman zaman kanamalarda yapıyormuş, kanadıktan sonra üzerinde yara kabuğu meydana gelmiş. Şikayeti artıp ağrıları şiddetlendiği için 3 ay kadar önce doktora gitmiş. Sistemik antibiyotik ve lokal antibakteriyel pomat verilmiş, ancak yararı olmamış. Hasta bu arada romatizmal şikayetleri nedeniyle 2 yıldır antiromatizmal ilaçlar kullanılmış.

Hastanın 3 gün önce de sağ koltuk altından başlayıp sağ omuza ve sağ kola yayılan ağrıları başlamış, hemen ardından bölgede kırmızı zeminde içi sıvı dolu kabarcıkların çıktığını görmüş. Polikliniğimize başvuran hasta yaşından da ileri olması nedeniyle malignite olasılığı düşünülerek kliniğimize yatırıldı.

**Fizik muayene:** T.A.: 140/90 mmHg, Nb: 92/dk, Ateş: 36.4 °C

Genel durum iyi, koopere. Sağda submental 0.5x0.5 cm çapında mobil, ağrılı adenopati mevcut. Sağ inguinalde geçirilmiş herni operasyonuna bağlı kesi skarı var. Diğer sistem muayeneleri normal bulundu.

**Dermatolojik muayene:** Hasta seboreik ve anemik görünümde. Yüzde özellikle alında yoğunlaşmış senil keratozları var. Oral kavitede hijyen normal ancak çürüük dişleri mevcut. Sağ skapula üzerinde hiperpigmente, maküler, yer yer likenifiye görünümde 4x5 cm çapında nörodermatitis alanı var. Sağ aksiller bölgeden başlayıp sağ kola doğru devam eden, eritemli zeminde ağrılı, grube, papülo vezikülo lezyonları mevcut. Vücut özellikle ekstremitelerde kserotik yapıda. Sağ ayak bileğinden yaklaşık 10 cm kadar yukarıda sağ diş lateralde, etrafı eritemli, ülsere, yer yer krutlu, deriden kabarık, ağrılı 5x6 cm çapında tümöral lezyonu mevcut.

El tırnakları normal yapı ve görünümde.

Ayak baş parmak tırnaklarında renk ve şekil bozukluğu, sararma, kalınlaşma var. Ayak planter yüzlerinde yaygın desquamasyon ile yer yer ragatlar var.

**Laboratuvar bulguları:** Eritrosit: 2.070.000/mm<sup>3</sup>, Lökosit: 10.200/mm<sup>3</sup>, Hematokrit: % 19.7, Sed: 3



Resim 1. Olguda HZ ve malign lezyonun lokalizasyonları



Resim 2: Olguda HZ'in daha yakın görüntüüsü



Resim 3: Olguda malign lezyonun daha yakın görüntüüsü

mm/saat, Hb: 6.2 gr/dl, Py: eritrositler hipokrom mikrositer görünümde, trombositler normal sayı ve kümeleşme halinde. Rutin kan biokimyasında Total protein: 5.3 gr/dl (N: 6.0 - 8.0 gr/dl), Albümin: 3.3 gr/dl (N: 4.0 - 5.0 gr/dl) dışındakiler normal sınırlarda bulundu. VDRL: (-), ASO: (-), CRP: (-), Gaitada parazit: (-), Tam idrar tetkiki: normal.

Göğüs şikayetleri nedeniyle istenilen göğüs hastalıkları konsültasyonunda amfizem tanısı konuldu. Ürolojik şikayetleri için istenilen üroloji konsültasyonunda ise Benign prostat hipertrofisi tespit edildi.

Tedavi: Hastanın HZ şikayetleri için rutin olarak, sistemik analjezik, vitamin kompleksi ile kuрутucu-antiseptik amaçlı olarak lokal Rivanollü mikstür uygulandı ve hasta rahatladı.

Sağ ayak bileği civarındaki tümöral lezyondan insizyonel biopsi alınarak histopatolojik incelemeye gönderildi. Biopsi sonucu "Malign epitelyal tümör" (S.Ü. Tıp Fak. Patoloji Lab. 27.9.93 ve 4803/93 sayılı) olarak geldi. Hasta daha sonra tarafımızdan Sağlık Bakanlığı Ankara Onkoloji Hastanesine gönderildi. Orada lezyondan yeniden alınan biopsi sonucu "Sağ krurisde epidermoid-Ca" (20.12.93 tarih ve 5854 sayılı) olarak değerlendirildi.

## TARTIŞMA

HZ'li bir olgu takdim edildi. Tipik HZ kliniğinin bulgularını taşıyan olgumuzun özelliği, ilaveten sağ krurisinde malign bir deri tümörü bulunmasıydı. Özellikle ileri yaş gruplarındaki HZ'li olgularda bir malignite olasılığının düşünülmesi önerilmektedir (3, 5, 6, 7).

Bizim olgumuz bu yönden bir örnek teşkil etmektedir. Hem HZ'li hem de ileri yaş grubundan olması (86 yaş) nedeniyle, özellikle sağ kırısındaki ülsere kitlenin makroskopik görüntüsü dahi maligniteyi düşündürdüğü için vakit geçirilmeksızın kliniğimize yatırılması sağlanarak, gerekli tetkik ve tedavileri uygulanmıştır.

N. Benlioğlu ve arkadaşları, Ege Ün. Ege Tıp Fakültesi Dermatoloji ABD. polikliniğine başvuran HZ'li olguları 10 yıllık bir dönem içine analiz ve değerlendirmeye tabi tutmuşlardır. Bu dönemde içerisinde başvuran 70 tane HZ olgusunun % 12.8'inde malignite bulmuşlardır. Göründüğü gibi bu oran oldukça yüksektir (6).

A. Ural ve arkadaşları ise Atatürk Ün. Tıp Fakültesi Dermatoloji ABD. polikliniğine 1978-1983 yılları arasında başvuran HZ'li olguları incelemiştir ve bu dönemde içinde başvuran 402 HZ'li olgudan bir tanesinde lösemi bulmuşlardır (7).

Fueyo ve Lookingbill ise bu konuda farklı düşünmekte ve HZ'li olgularda malignite tarama çalışmalarının endike olmadığını belirtmektedirler (4, 8). Bununla birlikte, gerek bizim olgumuz ve gerekse yukarıda bahsettiğimiz çalışmalardaki malignite oranları, HZ'li olgular karşısında dermatologları daha geniş düşünmeye yönlendirmelidir.

## KAYNAKLAR

1. Tüzün Y, Kotoğyan A, Saylan T. Dermatoloji. İstanbul: Nobel Kitabevi 1985: 209-211.
2. Akkaya S, Kölemen F, Akan T, Atakan N. Dermatoloji El Kitabı. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 1990 102-104.
3. Saylan T. I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hekimler İçin Deri ve Zührevi Hastalıklar El Kitabı. İstanbul: Yüce yayınları A.Ş. 1991: 87-88.
4. Arnold HL, Odom RB, James WD. Andrews' Disease of the Skin: Clinical Dermatology. Eight Edition. Philadelphia, London, Toronto: WB Saunders Company, 1990: 446-451.
5. Nemlioğlu F. Deri Hastalıkları. İstanbul: AR Basın Yayımları ve Dağıtım A.Ş. 1979: 186-188.
6. Benlioğlu N, Varol A, Baysan A, Güler Y. Yetmiş Zona Vakasının analizi ve değerlendirilmesi. In: Onuncu Ulusal Dermatoloji Kongresi, 23-25 Ekim 1984. Abant-BOLU, Ankara: Yenigün Matbaası, 1985: 257.
7. Ural A, Kot S, Ergenekon G. Herpes zosterin görülmeye sıklığı. In: Onuncu Ulusal Dermatoloji Kongresi, 23-25 Ekim 1984. Abant-BOLU, Ankara: Yenigün Matbaası, 1985: 248-254.
8. Fueyo MA, Lookingbill DP. Herpes Zoster and occult malignancy. In: J Am Acad Dermatol. 1984, II: 480-482.