

Altıncı Kranial Sinir Paralizisine Neden Olan Bir Herpes Zoster Oftalmikus Olgusu / Herpes Zoster Ophthalmicus With Sixth Cranial Nerve Palsy: A Case Report

Kemal Balcı, Ufuk Utku, Bahar Özbek

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, EDİRNE

ABSTRACT

Herpes Zoster Ophthalmicus With Sixth Cranial Nerve Palsy: A Case Report

Scientific background: Herpes zoster ophthalmicus represents approximately 25% of all zoster infections. However extraocular gaze palsy in association with herpes zoster infection is extremely rare.

Objective: We presented here a patient who had herpes zoster ophthalmicus with sixth cranial nerve palsy.

Case: The sixty year old patient had suffered from left retroorbital pain, conjunctival congestion and rashes on the left forehead and the nose and developed ipsilateral sixth cranial nerve palsy.

Result: Herpes zoster virus infection should be taken into consideration in patients with extraocular paralysis and early treatment may prevent such complications.

ÖZET

Bilimsel zemin: Herpes zoster oftalmikus enfeksiyonları tüm zoster enfeksiyonlarının %25 kadarını oluşturur. Bununla birlikte herpes zoster enfeksiyonları ile birlikte ekstraoküler bakış paralizi oldukça nadir bildirilmiştir.

Amaç: Bu yazıda, herpes zoster oftalmikus enfeksiyonu ile birlikte altıncı kranial sinir paralizi gelişen bir olgu sunulmuştur.

Olgu: Altmış yaşında bir bayan hasta sol retroorbital ağrı, konjunktival konjesyon, alın ve burnun sol yarısında döküntü ve altıncı kranial sinir paralizi ile başvurmuştur.

Sonuç: Herpes zoster virüs enfeksiyonu ekstraoküler bakış paralizisinin bir nedeni olarak göz önünde bulundurulmalıdır ve erken tedavi ile bu tür komplikasyonların gelişimi önlenebilir.

Keywords: herpes zoster ophthalmicus, sixth cranial nerve palsy, eruption

Yazışma Adresi/Address for Correspondence:

Dr. Kemal Balcı
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Edirne
Tel: 0284 212 90 62 Faks: 0284 213 16 31
kemalbalcidr@yahoo.com

Dergiye Ulaşma Tarihi/Received: 13.04.2008
Revizyon İstenme Tarihi/Sent for Revision: 16.09.2008
Kesin Kabul Tarihi/Accepted: 07.11.2008

Anahtar kelimeler: herpes zoster oftalmikus, altıncı kranial sinir paralizi, döküntü

GİRİŞ

Herpes zoster, predominant olarak yaşlı ve immün sistemi baskılanmış bireyleri etkileyen bir DNA virüsüdür.¹ Herpes zoster virüsü çocuklarda yaygın veziküler döküntülere (suçiçeği) neden olur.² Sonrasında yıllarca duysal sinir ganglionlarında sessiz olarak kalır.³ Yaşlı ve immün sistemi baskılanmış olan kişilerde virüs reaktif olabilir. Herpes zoster virüs enfeksiyonuna bağlı trigeminal sinir tutulumu siktir.³ Bununla birlikte, herpes zoster enfeksiyonuna bağlı ekstraokuler kasları innerve eden kranial sinirlerin tutulumu oldukça nadir bildirilmiştir.⁴⁻⁷ Bu yazıda, altıncı kranial sinir tutulumu olan herpes zoster oftalmikuslu bir olgu sunulmuştur.

OLGU

Dört hafta öncesinde başlayan, alın ve burnun sol yarısında veziküler döküntüler gelişen altmış yaşında bayan hasta, sol göz arkasında ağrı ve çift görme yakınması ile başvurdu. Sistemik muayenede konjunktival konjesyon, alın ve burnun sol tarafında döküntü saptandı (Şekil 1, siyah oklar). Nörolojik muayenesinde sol gözde altıncı kranial sinir lezyonuna bağlı gelişen abduksiyon kısıtlılığı tespit edildi (Şekil 1). Ekstraoküler hareketleri, görme keskinliğini, görme alanını, pupiller değerlendirmeyi de içeren diğer nörolojik muayene bulguları normaldi. Oküler travma veya enfeksiyon öyküsü yoktu. Altı yıllık diabetes mellitus öyküsü mevcuttu.



Şekil 1. Sol tarafta altıncı kranial sinir paralizisi ve herpetik erüpsiyonlar (siyah oklar) görülmektedir.

Tam kan sayımı, kan biyokimyası ve eritrosit sedimentasyon hızı normaldi. Kranial manyetik rezonans görüntülemesinde patoloji saptanmadı. Spesifik bir sinir dağılım alanına uyan keskin sınırlı veziküler erüpsiyonların varlığı, retroorbital ağrı klinik temelinde altıncı kranial sinir lezyonunun eşlik ettiği herpes zoster oftalmikus tanısı kondu. Hasta, oral asiklovir (800 mg/gün) ile tedavi edildi. Nöropatik ağrısı için non-steroid antienflamatuar analjezikler ve karbamazepin (400 mg/gün) verildi.

TARTIŞMA

Herpes zoster oftalmikusa chickenpox virüsü neden olur.^{1,3} Trigeminal sinir ganglionunda latent kalabilen virüs reaktif olduğunda gangliondan duysal sinir boyunca üç divizyonun spesifik dağılım alanlarına yayılır.^{1,2} Herpes zoster oftalmikusta sıklıkla periorbital bölgede ve alın derisinde veziküler döküntüler gelişir.² Bizim hastamızda da, alın ve burnun sol yarısında döküntü mevcuttu. Zosterli hastaların %1-5 kadarında dermatomal tutulumu takiben motor güçsüzlük gelişir. Motor zaaf sıklıkla döküntülerin başlangıcından sonraki 2-3 hafta içerisinde oluşur, günler içerisinde pik yapar ve haftalarca sürebilir. Herpes zoster oftalmikus, tüm herpes zoster enfeksiyonlarının dörtte bir kadarını oluşturur.⁸ Bununla birlikte, kranial sinir tutulumu çok daha nadirdir.

Sodhi ve Goel,⁴ izole internal oftalmoplejisi ve kranial sinir nöropatisi olan herpes zoster oftalmikuslu iki vaka sunmuşlardır. Vakalarının ilkinde altıncı, ikincisinde üçüncü kranial sinir paralizisi olduğunu rapor etmişlerdir. Kobayashi ve ark.,⁵ sağ tarafta görme bozukluğu, total oftalmoplejisi ve periferik fasial paralizisi olan bir herpes zoster oftalmikus vakası bildirmişlerdir. Iwao ve ark.,⁶ altıncı kranial sinir lezyonuna neden olan bir herpes zoster oftalmikus vakası bildirmişlerdir ve kranial manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile herpes zoster enfeksiyonu nedeniyle enflamasyon gelişen kavernoöz sinüsün hemen çıkımında altıncı kranial sinir tutulumunun olduğunu göstermişlerdir. Quisling ve ark.,⁷ sundukları herpes zoster oftalmikus olgusunda

üçüncü ve altıncı kranial sinir tutulumunu bildirmişlerdir ve kranial MRG'de üçüncü kranial sinirin sisternal parçasında kontrast tutulumu olduğunu göstermişlerdir. Bununla birlikte, bizim hastamızın kranial MRG'sinde patolojik bulgu saptanmamıştır.

Zoster virüsü direkt nöronal komşuluk yoluyla veya dokulardan sinirlere direkt yayılımla ilerler.^{1,2} Herpes zosterde kranial sinirlerin muhtemel tutulum mekanizması virüsün trigeminal sinir veya diğer ganglionik afferent liflerden kranial sinirlerin beslenmesini sağlayan küçük damarlara yayılımı yoluyla.³ Kranial sinirler aynı zamanda trigeminal veya diğer ganglionlardan afferent lifler alır.³

Sonuç olarak, herpes zoster virüsü farklı derecelerde hastalık şiddetine neden olabilir. Herpes zoster virüs enfeksiyonu ekstraokuler bakış paralizisinin bir nedeni olarak göz önünde bulundurulmalıdır ve herpes zoster virüs enfeksiyonunun erken tedavisi bu tür komplikasyonların gelişimini önleyebilir.

KAYNAKLAR

1. Shaikh S, Ta CN. Evaluation and management of herpes zoster ophthalmicus. *Am Fam Physician* 2002;66:1723-30.
2. Jain S, Rathore Mahesh K. Maxillary zoster with corneal involvement. *Indan J Ophthalmol* 2004;52(4):323-4.
3. Liesegang TJ. Herpes zoster ophthalmicus natural history, risk factors, clinical presentation, and morbidity. *Ophthalmology* 2008;115:3-12.
4. Sodhi PK, Goel JL. Presentation of cranial nerve involvement in two patients with herpes zoster ophthalmicus. *J Commun Dis* 2001;33(2):130-5.
5. Kobayashi Y, Riku S, Ieda T, Aoki S. A case of herpes zoster associated with multiple cranial nerve involvement. *Rinsho Shinkeigaku* 1992;32(3):314-6.
6. Iwao K, Kobayashi H, Okinami S. A case of herpes zoster ophthalmicus with abducent palsy: the cause and magnetic resonance imaging findings. *Nippon Ganka Gakkai Zasshi* 2006; 110(3):193-8.
7. Quisling SV, Shah VA, Lee HK, Policeni B, Smoker WR, Martin C, Lee AG. Magnetic resonance imaging of third cranial nerve palsy and trigeminal sensory loss caused by herpes zoster. *J Neuroophthalmol* 2006;26(1):47-8.
8. Shaikh S, Ta CN. Evaluation and management of herpes zoster ophthalmicus. *Am Fam Physician* 2002;66:1723-30.