

KLİNİK ARAŞTIRMA**HASTANEYE YATIRILAN HERPES ZOSTER OLGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

EVALUATION OF HOSPITALIZED HERPES ZOSTER CASES

Şükran KÖSE
Sabri ATALAY
Selma GÜL
Ufuk SÖNMEZ
İlker ÖDEMİŞ

ÖZET

Amaç: Hastanede yatarak izlenen Herpes Zoster olgularını demografik veriler, risk faktörleri ve komplikasyonlar açısından değerlendirmek.

Gereç ve Yöntem: Çalışmada 2007 Kasım-2013 Nisan tarihleri arasında klinik olarak Herpes Zoster tanısı konan ve yatarak tedavi gören olguların verileri geriye dönük incelenmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 23 hasta alınmıştır. 17'si (%73.91) erkek, yaş ortalaması 64.08 (22- 90). Hastaların 12'si (%52.18) 65 yaş ve üzerinde olan hastalardır. En sık rastlanan risk faktörü diabetes mellitus, en sık komplikasyon bakteriyel süperinfeksiyon olarak saptanmıştır.

Sonuç: Herpes zosterin erken tanı ve tedavisi yüksek morbiditesinden dolayı özellikle diyabetik ve yaşlı hastalarda önemlidir. Yüksek risk grubundaki olgular aşılanmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Diabetes mellitus, Herpes zoster, Yaşlılık,

SUMMARY

Aim: To evaluate hospitalized cases of herpes zoster in respect of demographic data, risk factors and complications.

Material and Method: In this study, herpes zoster cases who admitted between November 2007 and April 2013 were assessed for demographic data such as age and gender, risk factors, clinical course and complications. Herpes zoster was clinically diagnosed.

Findings: Twenty three patients were included in the study. 17 (73.91%) patients were male, the mean age was 64.08 years.(22-90). Twelve(52.18%) of them were 65 years or older. The most frequent risk factor was diabetes mellitus and the most frequent complication was bacterial superinfection.

Conclusions: Early diagnosis and treatment of herpes zoster is important especially in diabetic and elderly patients due to high morbidity. Cases in high risk groups should be vaccinated.

Key words: Diabetes mellitus, Herpes zoster, Senility.

GİRİŞ

Varicella Zoster Virüsü (VZV), alfa herpes grubundan bir DNA virüsüdür. Bilinen tek rezervuarı insandır. VZV, suçiçeği ve latent infeksiyonun reaktivasyonu şeklinde herpes zoster olmak üzere iki klinik tabloya neden olur (1,2). Her iki tablo da bağışıklık sistemi sağlam kişilerde genellikle kendi kendini sınırlayıcı hastalıklar olmakla birlikte, çeşitli komplikasyonlar da görülebilmektedir. Herpes zoster görülme sıklığı yaşıla birlikte artmakta, özellikle 50 ile 70 yaşı arasında en üst seviyeye ulaşmaktadır (3). Romatoid artrit (RA) veya sistemik lupus eritematozus (SLE) gibi kronik hastalıkların tedavisinde sistemik kortikosteroid (KS) kullanımı ve diyabet, VZV reaktivasyonu için risk faktörleridir (4). Yine diabetes mellitus (DM) prevalansındaki artış herpes riskini de artırmaktadır (5). Son yıllarda kanser tedavi olanaklarının gelişmesiyle birlikte kemoterapi uygulanan hasta sayısı ve hastaların yaşam süresi artmıştır. Aynı zamanda doku ve organ nakli sayılarının da artmasıyla VZV için risk altında olan önemli bir nüfus ortaya çıkmıştır. Bu nedenle VZV olgu sayısında bir artış beklenmektedir. Bu çalışmada kliniğimizde yatarak izlenen herpes zoster olgularının demografik veriler, risk faktörleri ve gelişen komplikasyonlar açısından değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmada 2007 Kasım-2013 Nisan tarihleri arasında Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniğinde yatarak tedavi gören herpes olguları değerlendirilmiştir. Olgular yaş, cinsiyet gibi demografik verileri, VZV için risk faktörleri, klinik gidiş ve olası komplikasyonları açısından incelenmiştir. Herpes zoster tanısı klinik olarak konmuştur.

BULGULAR

İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji polikliniğine Kasım 2007 - Nisan 2013 tarihleri arasında başvurup, herpes zoster tanısı alan toplam 192 hasta saptanmıştır. Bu hastaların 23'ü hastaneye yatırılarak tedavi edilmiştir. Hastaneye yatırılan olguların 17'si (%73.91) erkek, altısı (%26.09) kadındır. Yaş ortalaması 64.08 ± 13 (22-90) idi. Hastalarının yaş ve cinsiyete göre dağılımı Tablo-1'de gösterilmiştir. Olguların 12 (%52.17)'sinde herpes için risk faktörü vardır. En sık risk faktörleri; beş hastada diyabet ve üç hastada malinite olarak saptanmıştır.

Hastalara ait risk faktörlerinin dağılımı Tablo-2'de sunulmuştur. Herpes zosterle ait lezyonlar; 12 hastada kranial, üç hastada torakal, dört hastada lomber bölge iken iki hastada dağılım yaygın idi. Bir hastada üst ekstremitede ve bir hastada da torakal ve alt ekstremitede saptanmıştır. Değerlendirilen 23 hastanın 18'inde (%78.3) komplikasyon geliştiği saptanmıştır. En sık gelişen komplikasyon lezyonların bakteriyel süperinfeksiyonu olarak belirlenmiştir. Komplikasyonların dağılımı Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 1. Yaş aralıklarına ve cinsiyete göre dağılımı

Yaş aralıkları	Kadın	Erkek	Toplam	%
20-40	0	1	1	4.34
40-65	3	7	10	43.48
65Yaş üstü	3	9	12	52.18
Toplam	6	17	23	100

Tablo 2. Risk faktörlerinin dağılımı

Risk faktörü	Sayı	%
İleri yaş	12	52.2
Diyabet	5	41.8
Malinite	3	25.0
Steroid kullanımı	1	8.3
HIV	1	8.3
RA	1	8.3
Miyelofibroz	1	8.3

Tablo 3. Komplikasyonların dağılımı

Komplikasyon	Sayı	%
Bakteriyel süperinfeksiyon	8	44.44
Üveit	2	11.11
Yayılma	2	11.11
Meningoensefalit	1	5.56
Kranyal sinir tutulumu	4	22.22
Postherpetik nevralji	1	5.56
Toplam	18	78.26

TARTIŞMA

VZV, ileri yaşlarda reaktif olup, herpes zosterle neden olabilir (6). İleri yaş (6,7), travma, stres (7) ve bağışıklığın baskılanması VZV reaktivasyonu için risk faktörleridir. Herpes zosterin insidansı, semptomların şiddeti ve komplikasyonları, ileri yaşla birlikte artmaktadır (8). Bu çalışmada hastaların %52.2'sinin 65 yaş ve üzerinde olması da en önemli risk faktörlerinden birinin ileri yaş olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda hastaların %72.7'si erkek idi. Yawn ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada olguların %60.2'si kadın olarak saptanmıştır (9). Hastalığın her iki cinsiyeti de eşit oranda etkilediği düşünülmektedir. Cinsiyetin önemini belirleyebilmek için daha fazla sayıda hasta içeren çalışmalara gerek vardır.

Yapılan çeşitli araştırmalarda herpes zoster için risk faktörleri kortikosteroid içeren bağışıklık baskılayıcı tedaviler, organ nakli, maliniteler (10,11), HIV enfeksiyonu (11,12), SLE (13) ve RA (14,15) olarak gösterilmiştir. Donahue ve arkadaşlarının yaptığı 1075 herpes zosterli olgu serisinde %5' inin HIV ile enfekte olduğu, %6' sının ise malinitesi olduğu saptanmıştır (16). Çalışmamızda ise %8.3 olguda HIV ve malinite risk faktörü olarak bulunmuştur. Bu oran daha önceki çalışmalarla benzer olmasına rağmen, çalışmaya alınan onkoloji ve HIV hastalarının sayıca çok olmaması gerçek görülme oranını yansıtmayabilir.

DM ve herpes zoster arasındaki ilişkinin diyabete bağlı doğal ve edinsel bağışıklık sistemindeki defektlerden kaynaklandığı düşünölmektedir (17). Uzun süreli diyabette bozulmuş hücre aracılı bağışıklık eşlik etmektedir (18). Bu nedenle diyabetik hastalarda herpetik göz hastalıkları (19) ve herpes zoster görölebilmektedir. Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II TURDEP-2 verilerine göre DM prevalansı %13.7, şişmanlık prevalansı %32'dir (5). Yaşla birlikte DM insidans ve prevalansı giderek artmaktadır. Altmış beş yaş üstü diyabetik hastalar, tüm diyabetiklerin %40'ını oluşturmaktadır (20). İleri yaş, hem herpes hem DM için bir risk faktörü olarak görünmektedir. Çalışmamızda da herpes ile ilgili en yüksek risk bu iki grupta yer alan hastalarda bulunmuştur. Bir çalışmada herpes teşhisi konulan hastaların % 35.9'unda DM saptanmıştır(21). Bu bulgu da çalışmamızda elde edilen verilerle uyumludur. Diyabeti olan ve ileri yaştaki kişilerin rutin olarak aşılanmaları tartışılabilir.

Postherpetik nöropati (PHN) en sık görölen, sıklıkla tedaviye dirençli ve yıllarca devam edebilen bir komplikasyondur (22). Herpes zoster geçiren hastaların %10-70'inde PHN görölür (23-27). Yapılan bir epidemiyolojik çalışmada 50 yaş üstü olgularda %10-20, 80 yaş üstü olgularda %30 oranında PHN saptanmıştır (28). Ağrının şiddetinin ve süresinin de yaşla birlikte arttığı gösterilmiştir (29). Çalışmamızda sadece bir hastada PHN saptanmıştır. Bunun nedeni hastaların iyi izlenememesi, tutulan kayıtlardaki eksiklikler ve hastaların PHN yakınmalarıyla Nöroloji ve Dermatoloji gibi diğer birimlere başvurusu olarak düşünölmüştür.

Çocuklar arasında yapılan bir çalışmada, suçiçeği geçirenlerin %73'ünün *Staphylococcus aureus* veya *Streptococcus pyogenes*'in etken olduğu bakteriyel deri enfeksiyonu geçirdiği saptanmıştır (30). Çalışmamızda en sık komplikasyon %44.44 ile deri

süperenfeksiyonu olmuştur. Yapılan bir çalışmada 65 yaş üzeri hastalarda, 25 yaş altındaki hastalara göre komplikasyon görölme oranında 6 kat artış olduğu tespit edilmiştir (31). Çalışmaya alınan hastaların %52'sinin 65 yaş ve üzerinde olması, saptanan komplikasyon oranının yüksekliğini açıklayabilir.

Herpes zoster olgularında en sık torakolomber bölge tutulumu olmaktadır (32). Çalışmamızda en sık kraniyal bölge tutulumu saptanmıştır. Bu farkın nedeni, çalışmanın sadece yatarak tedavi gören hastalar arasında yapılmış olması ile açıklanabilir. Kraniyal tutulumu olan olguların, olası komplikasyon gelişimi ve yakın izlem amacıyla daha fazla hastaneye yatırıldıkları düşünölmüştür. Kraniyal herpes enfeksiyonu sonrasında trigeminal sinirin oftalmik dalının tutulumuna bağlı olarak zoster keratiti ve zoster oftalmikus gibi ciddi komplikasyonlar gelişebilir (31,33).

Bu çalışmanın bazı eksiklikleri vardır. Çalışma, sadece yatarak tedavi gören hastalarda yapılmış olması nedeniyle bütün herpes zoster olgularını yansıtmayabilir. Çalışmada yer alan hastaların tanısı sadece klinik bulgulara dayanarak konmuştur, serolojik veya moleküler mikrobiyolojik çalışmalar yapılmamıştır. Bakteriyel süperenfeksiyonu olan olgulardan etken saptamaya yönelik bakteriyolojik inceleme yapılmamıştır. Uzun süreli komplikasyon gelişimi açısından yeterli süre izlenmemiştir. Bu eksiklikleri dikkate alan, ileriye dönük ve daha fazla sayıda hasta içeren çalışmalar düzenlenmelidir.

SONUÇ

Herpes zoster özellikle diyabetli ve ileri yaştaki hastalarda daha sık komplikasyon ve atipik bölge tutulumları ile karşımıza çıkabilir. Riskli hasta gruplarında aşılama programına alınmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Gnann JW Jr, Whitley RJ. Clinical practice: herpes zoster. **NEJM** 2002; 347:340-6.
2. Schmader K. Herpes zoster in older adults. **Clin Infect Dis** 2001; 32: 1481-6.
3. Yazsaz B, Jablecki CK, Safran MR. Zoster paresis of the shoulder. Case report and review of the literature. **Clin Orthop** 2000; 377: 112-8.
4. Whitley R J. Varicella Zoster Virus. In: Mandell G L, Bennet J E, Dolin R(ed). Douglas and Bennett's Principles and Practice of **Infectious Diseases**. Mandell, Sixth Ed.Vol. 2 Elsevier Churchill Livingstone, 2005: 1780-6.
5. Kumbasar B, Yenigun M, Ataoglu HE, Sar F, Serez K, Turker T, et al. The prevalence of metabolic syndrome in different groups in Turkey. **J Int Med Res**. 2013 Feb; 41(1):188-99.

6. Arvin A. Aging, immunity and the varicella zoster virus. **NEJM**.2005; 352: 2266-7.
7. Thomas SL, Hall AJ. What does epidemiology tell us about risk factors for hepes zoster? **Lancet Infect Dis**.2004; 4: 26-33.
8. Schmäder K. Herpes zoster and postherpetic nevralgia in older adults. **Clin Geriatr Med**. 2007; 23(3): 615-32.
9. Yawn BP, Wollan PC, Kurland MJ, ST Sauver JL, Saddier P. Herpes zoster recurrences more frequent than previously reported. **Mayo Clin Proc**. 2011 Feb; 86(2): 88-93.
10. Masci G, Magagnoli M, Gullo G, Morengi E, Gaeassino I, Simonelli M, et al. Herpes infections in breast cancer patients treated with adjuvant chemotherapy. **Oncology**.2006;71:164-7.
11. Opstelten W, Van Essen GA, Schellevis F, Verheji TJ, Moons KG. Gender as an independent risk factor for herpes zoster: a population-based prospective study. **Ann Epidemiol**. 2006; 16: 692-5.
12. Morgan D, Mahe C, Malamba S, Okongo M, Mayanja B,Whitworth J. Herpes zoster and HIV-1 infection in a rural Ugandan cohort. **AIDS**. 2001;15:223-9.
13. Kahl LE. Herpes zoster infections in systemic lupus erythematosus: risk factors and outcome. **J Rheumatol**. 1994; 21: 84-6.
14. Wolfe F, Michaud K, Chakravarty EF. Rates and predictors of herpes zoster in patients with arthritis and noninflammatory musculoskeletal disorders. **Rheumatology(Oxford)**. 2006; 45:1431-8.
15. Smitten AL, Choi HK, Hochberg MC, Suissa S, Simon TA, Testa MA, et al. The risk of herpes zoster in patients with rheumatoid arthritis in the United States and the United Kingdom. **Arthritis Rheum**. 2007 Dec 15;57(8):1431-8.
16. Donahue JG, Choo PW, Manson JE, Platt R. The incidence of herpes zoster. **Arch Intern Med**. 1995; 155:1605-9.
17. Peleg AY, Weeraratna T, McCarthy JS, Davis TM. Common infections in diabetes: pathogenesis, management and relationship to glycaemic control. **Diabetes Metab Res Rev** 2007; 23: 3-13.
18. Calvet H, Yoshikawa T: Infections in diabetes. **Infect Dis Clin North Am** 2001; 15: 407-21.
19. Kaiserman I,Kaiserman N, Nakar S, Vinker S: Herpetic eye disease in diabetic patients. **Ophthalmology**. 2005; 112: 2184-8.
20. Ho PJ. Establishing the Diagnosis in Diabetes in Old Age. In: Sinclair AJ, Finucaine P (eds).2 nd ed. London: Wiley, 2001:25-39.
21. Nassaji-Zavareh M, Taheri R, Ghorbani R, Aminian M. Undiagnosed Diabetes Mellitus In Patients With Herpes Zoster. **Indian J Dermatol**. 2008; 53(3): 119-21.
22. Dworkin RH, Schmäder KE. Treatment and prevention of postherpetic neuralgia. **Clin Infect Dis**. 2003; 36(7): 877-82.
23. Gauthier A, Breuer J, Carrington D, Martin M, Rémy V. Epidemiology and cost of herpes zoster and post-herpetic neuralgia in the United Kingdom. **Epidemiol Infect**. 2009; 137: 38-47.
24. Yawn BP, Saddier P, Wollan PC, St Sauver JL, Kurland MJ, Sy LS. A population-based study of the incidence and complication rates of herpes zoster before zoster vaccine introduction. **Mayo Clin Proc**. 2007;82:1341-9.
25. Sieras-Mainar A, Navarro-Artieda R, Ibáñez-Nolla J, Pérez-Ronco J. Incidence, resource use and costs associated with postherpetic neuralgia: a population-based retrospective study. **Rev Neurol**. 2012 Oct 16 ;55(8):449-61.
26. Drolet M, Brisson M, Schmäder KE, Levin MJ, Johnson R, Oxman MN, et al. The impact of herpes zoster and postherpetic neuralgia on health-related quality of life: a prospective study. **CMAJ**. 2010;182:1731-6.
27. Tyring SK. Management of herpes zoster and postherpetic neuralgia. **J Am Acad Dermatol**. 2007; 57:S136-42.
28. Rhonda GK, Straus SE,Postherpetic neuralgia: pathogenesis, treatment and prevention. **N Eng J Med**.1996; 355:32-42.
29. Wallace MR, Bowler WA, Murray NB and ark. Treatment of adult varicella with oral acyclovir: a randomized, placebo controlled trial. **Ann Intern Med**.1992;117:358-63.
30. Aebi C, Ahmed A, Ramilo O. Bacterial complications of primary varicella in children. **Clin Infect Dis** 1996;23:698-705.
31. Galil K, Choo PW, Donahue JG, Platt R. The sequelae of herpes zoster. **Arch Intern Med** 1997; 157:1209.
32. Yawn BP, Saddier P, Wollan PC, et al. A population-based study of the incidence and complication rates of herpes zoster before zoster vaccine introduction. **Mayo Clin Proc** 2007; 82:1341.
33. Straus SE, Ostrove JM, Inchauspé G, et al. NIH conference. Varicella-zoster virus infections. Biology, natural history, treatment, and prevention. **Ann Intern Med** 1988; 108:221.

İLETİŞİM

Uz. Dr. Umut Gök Balcı
 Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi
 Aile Hekimliği Kliniği, Şişmanlık Polikliniği, İzmir
 Tel: 232 4696969
 Faks: 232 4330756
 e-posta: dr_ugb@yahoo.com