



Okülomotor sinir paralizi ayırıcı tanısı ve herpes zoster oftalmikus

Burak Acem, Merve Osoydan Satıcı, Mehmet Muzaffer İslam, Serkan Emre Eroğlu
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği



Giriş

Varicella-Zoster virüsü (VZV) herpes virüs ailesinin bir üyesi olup, zarflı, DNA virüsleridir. İki farklı klinik tabloya neden olan bir enfeksiyon etkenidir. Zona veya herpes zoster, organizmada primer enfeksiyon sonrası latent kalan VZV'nin rekürren enfeksiyonudur (1).

Herpes zoster oftalmikus (HZO), trigeminal gangliyondaki latent varicella zoster virüsünün reaktivasyonu nedenli trigeminal sinirin (V) oftalmik bölümünün(V1) tutulumu anlamına gelir (2). Postherpetik nevralji en sık görülen nörolojik sekeldir, ancak kraniyal sinir felci, inme, miyelit, meningoensefalit ve polinöropati gibi diğer nörolojik komplikasyonlar da bildirilmiştir (2). Herpes zoster teşhisi konan hastaların yaklaşık %8 ila %20'nin Herpes Zoster Oftalmikus olarak komplike olur ve bu hastaların %50 sinde oküler yapının tutulumu klinik olarak tespit edilmiştir (3,4,5). Olgumuzda literatürde nadir görülen, başvuru esnasında sadece nörolojik tutulum mevcut olan HZO kaynaklı okülomotor sinir paralizisini tartışmayı amaçladık.

Olgu sunumu

48 yaşında kadın hasta, dört gündür başının sol üst kısmında ve sol gözünün arkasında olan şiddetli ağrı şikayeti ile başvurdu. Son iki gündür sol göz kapağında düşme ve çift görme şikayetinin de başladığını belirtti. Yakın zamanda geçirilmiş kafa travması öyküsü mevcut değildi. Astım ve hipertansiyon tanıları olan, düzenli olarak salbutamol inhaler ve amlodipin kullanan hastanın bilinen kronik göz hastalığı yoktu. Bilinç açık, oryante ve koopere olan hastanın vital bulguları kan basıncı:144/75 mmHg, spO2: % 99, nabız:80/dakika, solunum sayısı:20, ateş:36.3°C şeklinde idi. Elektrokardiyografisi normal sinüs ritmi olarak değerlendirildi. Fizik muayenede sol göz üst kapağı pitotik, sol göz aşağıya ve yukarıya bakış kısıtlı, pupiller anizokorik; sol pupil midriyatik (Şekil 1) ışık refleksi sağda doğal solda zayıf olarak gözlemlendi. Diplopsi mevcut olan hastanın motor ve duyu muayenesi normal olup herhangi patolojik reflekse rastlanmadı. Sol temporal arter bölgesinde kızarıklık ve dokunmakla hassasiyet görülmedi. Göz hastalıkları uzmanı tarafından gerçekleştirilen detaylı oftalmolojik muayenede görme alanı her iki gözde normal, her iki konjonktiva kornea ve ön kamara doğal, her iki göz içi basınç normal sınırlarda, her iki optik disk doğal izlendi ve acil göz patolojisi izlenmedi. Hastanın laboratuvar parametrelerinde anormallik görülmedi Ön planda okülomotor sinir paralizisi düşünüldü; servikal ve intrakranial arter diseksiyonları, anevrizmal sinir paralizisi, horner sendromu, oftalmoplejik migren ve pituitar apopleksi gibi santral patolojilerin ekartasyonu açısından görüntüleme yapıldı. Kraniyoservikal Bilgisayarlı Tomografi (BT) - BT anjiyografi ve Difüzyon ağırlıklı manyetik rezonans görüntüleme (MRG) 'de herhangi patoloji saptanmayan hasta, üçüncü kraniyel sinir paralizisi etiyojisi araştırılması amacıyla interne edildi. Servis takibinin üçüncü günü sol temporal bölgede veziküler döküntüler hastaya vezikül sıvısından yapılan floresan boyama ile Oftalmik Herpes Zoster tanısı konuldu.



Resim 1. Fizik muayenede sol göz dışa deviye ve sol pupil midriyatik olarak görülmekte

Tedavisi asiklovir 500mg (8 saatte bir x 7 gün boyunca) oral olarak başlanan hasta eksterne edildi, bir hafta sonra (semptomları kötüleşirse daha kısa sürede) kontrole çağırıldı. Poliklinik kontrolünde klinik düzelme gözlenen hastanın tedavisi 10. güne tamamlandı. Poliklinik takiplerinde şikayetleri tamamen geriledi ve nüks gelişmedi.

Tartışma

Göz hareketlerindeki kısıtlanmaların; yer kaplayan lezyonlar, mikrovasküler enfarktüsler, anevrizmal kompresyonlar, inflamasyon, enfeksiyonlar ve travma gibi birçok nedeni mevcuttur. Özellikle enfeksiyonlar, inflamasyonlar gibi nedenler erken evrede gözden kaçabilecek nedenler arasında yer almaktadır. Çoğu kaynakta vezikül görünümü sürecin ilk belirtilerinden biri olarak kabul edilse de bizim vakamızda daha sonradan preherpetik nevralji olarak değerlendirdiğimiz şiddetli baş ağrısı ilk şikayetti. Pitozisin ve kraniyel sinir tutulumu gibi bulguların ise genellikle veziküler döküntüden 2-4 hafta sonra görüldüğü bazen döküntü ile aynı anda veya bir aydan daha uzun bir süre sonra ortaya çıktığı bildirilmiştir (6). Hastamızda ise ilk şikayeti olan ağrıdan sonra 2. gününde pitoz ve bakış kısıtlılığı mevcuttu ve başvuru anında şikayetleri 4 günlük olup henüz veziküler lezyonlar da bulunmamaktaydı. Bu vakada olduğu gibi, bazen erken etiyojistik tanı karmaşıktır. Literatüre bakıldığında kraniyel sinir tutulumlarının hepsi HZO'da mümkün görülmektedir. Ancak bu paralizide neden olan patojenik mekanizmalar henüz netlik kazanmamıştır. Bazı yazarlar nedenin meninks iltihabı, tıkaçıcı vaskülit mikroinfarktleri ve demiyelinizasyon süreçleri gibi süreçler olabileceğini öne sürmektedir (6). İskemik etiyojoloji gibi diğer nedenleri veya herpetik ensefalit gibi hayatı tehdit eden komplikasyonları ekarte eden görüntüleme testleri, şüpheli VZV reaktivasyonu olan okülomotor paralizisi tedavisinde esastır ve hastamızda da ekartasyon yapılmıştır(6-9).

Tedaviyle ilgili olarak, tüm kaynaklar, asiklovir tedavisini seçerek sistemik antiviral etki oluşturma ihtiyacını kabul etmektedirler. Patogenezin halen net açıklanamaması nedeniyle oral veya intravenöz tedavi seçimi çok iyi tanımlanmamıştır (8). HZO tedavisi genel olarak oral antiviral ajanlarla olmuştur ve 7-10 gün boyunca günde 5 kez 800 mg asiklovir, günde 3 kez 1000 mg valasiklovir veya günde 3 kez 500 mg famsiklovirden oluşur. Hastamızda tedavide steroidler kullanılmamış sadece oral asiklovir kullanılmış olup 10. Gün sonunda tüm semptomları gerilemiştir.

Herpes zoster önemli nörolojik ve oftalmolojik komplikasyonlara neden olabilir. Retina, optik sinir, orbita ve kraniyal sinirlerin tutulumu dermatolojik ve oküler ön segment bulguları ile karşılaştırıldığında nadirdir.

Sonuç

HZO için veziküler lezyonların erken evrede bulunmasının şart olmadığı gözden kaçırılmamalıdır. Oral antiviral ilaçlarla tedaviye, zoster döküntüsünün başlamasından sonraki 48-72 saat içinde başlanmalıdır.

References

1. Azap A, Kurt H. Varicella Zoster Virüs Enfeksiyonları. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2001; 54: 357-70.
2. Harthan JS, Borgman CJ. Herpes zoster ophthalmicus-induced oculomotor nerve palsy [Herpes zoster oftalmico-parálisis inducida del nervio oculomotor]. J Optom. 2013;6(1):60-6. doi:10.1016/j.optom.2012.08.005
3. Gilden DH, Dueland AN, Cohrs R, Martin JR, Kleinschmidt-DeMasters BK, Mahalingam R. Preherpetic neuralgia. Neurology. 1991;41(8):1215-1218. doi:10.1212/wnl.41.8.1215
4. Kong CL, Thompson RR, Porco TC, Kim E, Acharya NR. Incidence Rate of Herpes Zoster Ophthalmicus: A Retrospective Cohort Study from 1994 through 2018. Ophthalmology. 2020; doi:10.1016/j.ophtha.2019.10.001
5. Liesegang TJ. Herpes zoster ophthalmicus natural history, risk factors, clinical presentation, and morbidity. Ophthalmology. 2008 Feb;115(2 Suppl):S3-12. [PubMed]
6. Kedar S, Jayagopal LN, Berger JR. Neurological and Ophthalmological Manifestations of Varicella Zoster Virus. J Neuroophthalmol. 2019;39(2):220-231. doi:10.1097/WNO.0000000000000721
7. Kocatürk M, Aksoy M, Kocatürk Ö. Do Not Overlook Zona Herpes Ophthalmicus in a Patient Presenting with Pupil-Sparing Oculomotor Nerve Palsy. J Brain Disord 2018;2(1):44-46.
8. de Mello Vitor B, Foureaux EC, Porto FB. Herpes zoster optic neuritis. Int Ophthalmol. 2011;31(3):233-236. doi:10.1007/s10792-011-9443-y
9. Haargaard B, Lund-Andersen H, Milea D. Central nervous system involvement after herpes zoster ophthalmicus. Acta Ophthalmol. 2008;86:806-9.

For detailed information

