

ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE HERPES ZOSTER

Esra ADIŞEN, A. Burhan AKSAKAL.

Herpes zoster derinin dermatomal dağılım gösteren viral bir enfeksiyonudur. Hastalık çocuklarda nadir görülür ve erişkin dönemden klinik bulguları farklılık gösterir. Çocuklarda hastalık sıklıkla daha iyi seyirlidir ve en sık torasik dermatomları tutar. Herpes zoster lezyonları sırasında ve öncesinde ağrı ve postherpetik nevralkji pediatrik hastalarda nadiren bulunur. Erişkinlerdeki bulguların aksine herpes zoster çocuklarda ağrısız ancak kaşıntılı bir durumdur. Bu yayında, nadir görülmesi nedeniyle, dört herpes zosterli çocuk olgu sunularak hastalığın çocukluk döneminde karakteristik klinik özellikleri hatırlatılmak istenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, herpes zoster.

HERPES ZOSTER IN CHILDHOOD

Herpes Zoster is a cutaneous viral infection of the skin that presents in a dermatomal distribution. It is rare to see herpes zoster in children and it differs from the elderly according to clinical findings. Children with herpes zoster have a mild course of the disease and the disease mainly affects the thoracic dermatomes. Pain before and during the presence of herpes zoster lesions and postherpetic neuralgia is rarely found in pediatric patients. In contrast to the findings in adults, herpes zoster is a painless but a pruritic condition in children. In this article because of its rare occurrence, four cases of herpes zoster is presented in order to emphasize the characteristic clinical features of the disease during childhood.

Key Words: Childhood, herpes zoster.

Herpes zoster (HZ) derinin dermatomal dağılım gösteren veziküler lezyonlarla karakterize viral bir enfeksiyonudur. Hastalığın etkeni olan Varisella Zoster Virüs (VZV), insan herpes virüs ailesindedir. Herpes virüslerin genel bir özelliği klinik iyileşmeyi takiben virüs eliminasyonunun olmayışıdır. VZV suçiçeğinin etkenidir. Primer enfeksiyondan sonra arka kök gangliyon nöronlarında latent olarak kalan VZV'nin reaktivasyonu hücre hasara yol açarak ganglionun innerve ettiği dermatomlar üzerinde lezyonlara neden olur.¹⁻⁶

Toplumun %15'inin yaşamları boyunca bir kez HZ enfeksiyonu geçireceği düşünülmektedir.⁷ Erişkinlerde hastalık oldukça sık görülür, 20-40 yaş için insidans oranı 2.5/1000, 70 yaş üstü için 10/1000'dir.² Çocukluk döneminde HZ daha azdır; dokuz yaş altındaki çocuklarda insidans oranı 0.74/1000'dir.^{2,8} Bu çalışmada HZ'li dört çocuk hasta dolayısıyla çocukluk dönemi HZ klinik özellikleri değerlendirilmektedir.

OLGU SUNUMU

Olgu 1: 8 yaşında sağlıklı kız çocuğu, polikliniğimize iki günlük hafif kaşıntılı kızarıklıklar nedeni ile başvurdu. Öyküsünden lezyonların sağ göğüs ön yüzünden başlayarak bir iki gün içinde sırtına da yayıldığı, özgeçmişinden yedi aylıkken su çiçeği geçirdiği öğrenildi. Fizik muayenesi doğal olarak değerlendirilen hastanın dermatolojik muayenesinde sağ toraks ön yüzünden başlayarak sağ skapulaya kadar uzanan dermatom (T3-T6) boyunca eritemli zeminde grupe veziküler erüpsiyon izlendi (Resim 1A, 1B). Lezyonlar orta hattı geçmemekteydi. Aksiller lenfadenopati yoktu.

Olgu 2: 13 yaşında sağlıklı kız çocuğu sağ omuz ağrısı ve koltukta kaşıntılı kızarıklıklar nedeni ile polikliniğimize başvurdu. Ailesinden suçiçeği geçirmediği öğrenilen hastanın dermatolojik muayenesinde, sağ göğüs ön-üst kısmından başlayan ve sağ kol ekstensör yüzü boyunca (C5-T2) devamlılık gösteren eritemli zeminde grupe veziküller gözlemlendi. Aksiller lenfadenopati yoktu.

Olgu 3: 10 yaşındaki erkek hasta polikliniğimize üç gün önce başlayan ağrılı ve kaşıntılı döküntüler şikayeti ile başvurdu. Hastanın öyküsünden 11 aylıkken su çiçeği geçirdiği öğrenildi. Dermatolojik muayenede sağ skapula hizasından başlayan grupe veziküler lezyonların enseye doğru (C4-T2) devamlılık gösterdiği görüldü. Ensedeki veziküller kaşımaya sekonder yer yer ekskorye idi.

Olgu 4: Dört yaşında kız çocuğu yaklaşık beş gün önce başlayan kızarıklık ve takiben gelişen kabarcıklar nedeni ile başvurdu. Öyküsünden iki yaşındaki kızkardeşinin altı ay önce su çiçeği geçirdiği ancak hastamızın bu dönemde döküntülerinin olmadığı öğrenildi. Hastanın dermatolojik muayenesinde sırtta lomber bölge ile uyumlu dermatomal bir hat boyunca umblikusa kadar uzanan (T10-L1) eritemli zeminde grupe veziküler erüpsiyon izlendi (Resim 2A, 2B).



Resim 1A: Olgu 1; önden görünüm.



Resim 1B: Olgu 1; yandan görünüm.

Tüm olgular asiklovir süspansiyon 20 mg/kg/gün ile tedavi edildi. Ek olarak olgu 3'e kaşıntının giderilmesi için antihistaminik ve ekskorye lezyonlar için topikal antibiyotikli merhem önerildi. Dört olgunun da lezyonları bir hafta içerisinde geriledi. İkinci haftanın sonunda lezyonlar komplikasyonsuz olarak iyileşti.

TARTIŞMA

HZ'nin ortaya çıkmasına neden olan VZV reaktivasyonunun mekanizması tam olarak anlaşılmasa da hücrel immünitinin baskılanmasıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir.^{2,3} İnsan immünyetmezlik virüsü, kanserler, kronik ilaç tedavileri ve immünsüpresif tedaviler her yaşta HZ gelişimine yatkınlık oluşturmaktadır. Çocukluk dönemi HZ de genellikle immünsüprese çocuklarda gelişir.^{2,3,8} Hastalık organ transplantı olan ya da malignensileri bulunan dokuz yaş altındaki çocukların yaklaşık %0.07'sinde görülmektedir.⁹ Çocukluk döneminde HZ en çok akut lenfoblastik lösemi ya da akut myeloid lösemiye eşlik etmektedir.^{2,3,8} HZ'nin özellikle çocukluk çağında paraneoplastik bir durum olabileceği düşünülmüşse de,¹⁰ yapılan çalışmalar bunu doğrulamamıştır.¹¹⁻¹⁴ Wurzel ve ark. ları 1986 yılında yaptıkları bir çalışmada 20 sağlıklı çocukta HZ'nin prognozunu araştırmışlar ve 4.2 yıllık takipte bu olgu-

larda herhangi bir malignensi gelişmediğini bildirmişlerdir.¹¹ Başka bir çalışmada ise malignensi sadece %3 oranda eşlik etmiştir.¹⁵ Bu nedenle de immünsüpresyonu bulunmayan HZ'li çocuklarda sistemik bir araştırma yapılması önerilmemektedir.¹¹

Sağlıklı çocuklarda HZ nadiren görülür. Çocukluk döneminde HZ için tanımlanan en önemli iki risk faktörü, gebeliğin ikinci trimesterında annenin suçiçeği geçirmesi veya infantın hayatın ilk yılında suçiçeği geçirmesidir.^{2-4,8,9,16} Her iki durumda da immün sistem tam olarak gelişmediğinden VZV'e karşı oluşturulan hücrel immün yanıtın azalmasına yol açmakta ve bu da ileriki yaşlarda HZ gelişme riskini artırmaktadır.^{2,4,8,16} Hayatın ilk yılında suçiçeği geçiren çocuğun HZ geliştirme riski %2.8-20.9'tur.⁹ Bizim de iki olgumuzda risk faktörü olarak bir yaşından önce geçirilmiş suçiçeği öyküsü bulunmaktaydı. Olgu 2'de olduğu gibi literatürde de suçiçeği öyküsü alınmayan HZ'li çocuklar bildirilmektedir.^{8,9,11,17} Bu durum intrauterin veya infantil dönemde VZV'e maruz kalınması veya maternal antikörlerin etkisi altındaki infantın enfeksiyonu subklinik olarak geçirmesi ile açıklanmaktadır.¹⁷ Son yıllarda sağlıklı çocuklarda HZ insidansının arttığı bildirilmiş,^{9,16} bu durumun suçiçeği tedavisinde asiklovir ya da immünooglobulinlerin kullanılmasıyla ilişkili olduğu iddia edilmiştir.⁹



Resim 2A: Olgu 4; önden görünüm.



Resim 2B: Olgu 4; yandan görünüm.

Çocukluk döneminde HZ kliniği erişkinden farklılık gösterir; genel olarak hastalığın süresi daha kısadır ve komplikasyonlar nadiren görülür.^{2,3,11,16,18,19} Tüm yaşlarda torasik bölge dermatomları %53, servikal ve lumbosakral bölge dermatomları sırasıyla %15 ve %11 oranda tutulurlar.⁵ Çocukluk döneminde de lezyonlar en çok torasik bölgede dağılım gösterirler.^{3,9} Bizim olgularımızda da benzer şekilde torakal (Olgu 1), servikotorakal (Olgu 2,3) ve torakolomber (Olgu 4) bölge dermatomlarında lezyonlar izlenmiştir.

Ağrının ön planda olduğu erişkin hastalığının aksine çocukluk dönemi HZ'ye genellikle ateş, baş ağrısı ve bölgesel lenfadenopati gibi sistemik reaksiyonlar^{2,3,11} ve kaşıntı^{2,8} eşlik eder. Asemptomatik olan olgu 4 dışındaki üç hastamızda en belirgin semptom kaşıntıydı. HZ'de üç tip ağrı görülür. İlki prodromal ağrıdır; veziküler erüpsiyondan bir kaç gün önce oluşur ve dermatoma uyumludur. İkincisi lezyonlara eşlik eden ağrıdır. Her ikisi de erişkinde sık, çocuklarda nadiren görülür.^{3,8,11} Lezyonlara iyileştikten sonra devamlılık gösteren ağrı olarak tanımlanan postherpetik nevralkji ise erişkin hastalığına sıklıkla eşlik ederken, çocuklarda bulunmaz.^{1-3,11} Bizim olgularımızda literatüre uyumlu olarak dermatomal ağrı ve lezyonlara eşlik eden ağrı birer olguda (sırasıyla olgu 2 ve 3) görülmüş olup, postherpetik nevralkji hiçbir olguda izlenmemiştir.

Sağlıklı çocuklarda hastalık genellikle daha kısa ve iyi seyirli olmaktadır.^{2,3,8,9} Buna karşın, aseptik menenjit, fasiyal palsi ve enfeksiyonun kutanöz yayılımı gibi komplikasyonların seyrek de olsa gelişebileceği bilinmektedir.^{2,19} Bizim olgularımızda HZ ile ilişkili herhangi bir komplikasyon izlenmemiştir. Erişkin hastalarda da nadir olarak görülen rekkürrens, literatürde sadece bir pediatrik olguda tanımlanmıştır.²⁰

Sağlıklı çocuklardaki HZ tedavisinde sadece semptomatik yaklaşım öneren yayınlar bulunsa da,²¹ genel kanı morbiditeyi azaltmak ve iyileşmeyi hızlandırmak için antiviral tedavinin erken dönemde başlanması ve beraberinde destekleyici topikal tedavinin uygulanması şeklindedir.^{3,5,7,8} İmmün yetmezliği bulunan çocuklarda ise HZ'nin antiviral tedavisi zorunludur.^{5,8,9} Çocukluk döneminde HZ tedavisinde asiklovir kullanılmaktadır. Önerilen asiklovir dozu 15-20 mg/kg/gün (maksimum 800 mg/gün) olup, ilaç 5-10 gün kullanılmalıdır.⁵ Olgularımızın antiviral tedaviyle kısa sürede ve komplikasyonsuz olarak iyileşmesi, sağlıklı olgularda da erken tedavinin faydalı olduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak; HZ çocukluk döneminde nadiren görülür, klinik olarak erişkin HZ enfeksiyonundan farklı olarak kaşıntı ön plandadır. Hastalığa komplikasyonlar genellikle eşlik etmez, immünsüpresyonu bulunmayan HZ'li çocuklarda sistemik tetkikler gerekli değildir. Bu yayında, nadir görülmesi nedeniyle, dört herpes zosterli çocuk olgu sunularak hastalığın klinik özellikleri hatırlatılmak istenmiştir.

Yazışma Adresi

Esra ADIŞEN

Gazi Hastanesi Dermatoloji Anabilim Dalı

11.Kat. 06500 BEŞEVLER ANKARA

Tel: 0 312 202 61 29 Faks: 0 312 212 19 80

e-mail: eozsoy@gazi.edu.tr

KAYNAKLAR

1. Mc Crary ML, Severson J, Tyring SK. Varicella zoster virus. J Am Acad Dermatol 1999; 41:1-14.
2. Papadopoulos AJ, Birnkrant AP, Schwartz RA, et al. Childhood herpes zoster. Cutis 2001; 68:21-23.
3. Elmer KB, George RM. Herpes Zoster in a 7-month-old infant: A case report and review. Cutis 1999; 63:217-218
4. Baba K, Yabuuchi H, Takahashi M, et al. Increased incidence of herpes zoster in normal children infected with varicella zoster virus during infancy; community-based follow-of study. J Pediatr 1986; 108:372-377.
5. Sterling JC, Kurtz JB: Viral infections. In Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM: Textbook of Dermatology. Oxford, Blackwell Science, 1998, Vol 2 P:995-1097.
6. Socan M. Herpes zoster in non-hospitalized children. Clin Microbiol Infect 2001; 7:91-93.
7. Wutzler P. Diagnosis and treatment of herpes zoster. Biotest Bulletin 2000; 6:105-114.
8. Kakourou J, Theodoridou M, Mostrou G, et a. Herpes zoster in children. J Am Acad Dermatol 1998; 39:207-210.
9. Nikkels AF, Nikkels-Tassoudji N, Pierard GE. Revisiting childhood herpes zoster. Pediatr Dermatol 2004; 21:18-23.
10. Wehrle PF. Bilateral herpes Zoster in a child following exposure to chicken pox. JAMA 1976; 235:2238.
11. Wurzel CL, Kahan J, Heitler M, et al. Prognosis of herpes zoster in healthy children. Am J Dis Child 1986; 140:477-478.
12. Guess HA, Broughton DD, Melton LJ III, et al. Epidemiology of Herpes zoster in children and adolescents: a population based study. Pediatrics 1985; 76:512-517.
13. Garty BZ, Danon YL, Nitzan M, et al. Prognosis of herpes zoster in healthy children. Am J Dis Child 1986; 140:1213-1214.
14. Petursson G, Helgason S, Gudmundsson S, Sigurdsson JA. Herpes zoster in children and adolescents. Pediatr Infect Dis J 1998; 17:905-908.
15. Smith CG, Glaser DA. Herpes zoster in childhood: case report and review of literature. Pediatr Dermatol 1996; 13:226-229 .
16. Terada K, Kawano S, Yoshihiro K, Morita T. Characteristics of herpes zoster in otherwise normal children. Pediatr Infect Dis J 1993; 12:960-961.
17. Lagarde C, Steen AE, Bieber T, Steen KH. Zoster in childhood after inapparent varicella. Acta Derm Venereol (Stockh) 2001; 81:212-213.
18. Querol I, Bueon M, Cebrian A, et al. Conatal herpes zoster. Cutis 1996; 58:231-234.
19. Takayama N, Yamada H, Kaku H, Minamitani M. Herpes zoster in immunocompetent and immunocompromised Japanese children. Pediatr Int 2000; 42:275-279.
20. Junker AK, Angus E, Thomas EE. Recurrent varicella-zoster virus infections in apparently immunocompetent children. Pediatr Infect Dis J 1991; 10:569-575.
21. Hope-simpson RE. The nature of herpes zoster: A long term study a new hypothesis. Proc R Soc Med 1965; 58:9-20.