

Herpes Zosterin Neden Olduğu Skatrisyel Ektropiyon ve Kornea Erimesi

Zafer ONARAN*, Pelin YILMAZBAŞ**, Kemal ÖRNEK*

ÖZET

Herpes zoster oftalmikus, göz yapılarının tümünü etkileyebilen ciddi ve sık rastlanan bir enfeksiyondur. Kornea tutulumu, sıklıkla virusun direkt invazyonunun yol açtığı keratitler şeklinde izlenmekle birlikte, kapak patolojilerine ikincil olarak da gelişebilir. Bu yazıda 75 yaşında herpes zosterle bağlı kapak tutulumu olan bir hastada geç dönemde gelişen skatrisyel üst kapak ektropiyonu ve buna bağlı kornea erimesi sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler:
Herpes zoster oftalmikus, Kapak tutulumu, Kornea erimesi

Cicatricial Ectropion and Corneal Melting Due to Herpes Zoster

SUMMARY

Herpes zoster ophthalmicus is a serious and common infection, which could affect all the ocular structures. Corneal involvement generally presents as keratitis caused by direct invasion of the virus as well as secondary to eyelid pathologies. In this case, we present a 75 years old patient with eyelid involvement due to herpes zoster and progression to cicatricial upper lid ectropion and secondary corneal melting.

Key Words:
Herpes zoster ophthalmicus, Eyelid involvement, Corneal melting

Giriş

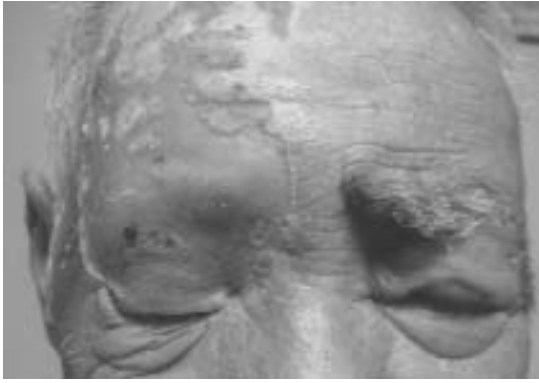
Herpes zoster oftalmikus, su çiçeği enfeksiyonunu takiben trigeminal ganglionlarda latent kalan varicella zoster virüsünün reaktif olması ve sinirin oftalmik dalını enfekte etmesi ile ortaya çıkmaktadır. İnsan vücudunda neden olduğu birçok sistemik ve nörolojik belirtinin yanı sıra, oküler tutulumda tüm göz yapıları etkilenebilmektedir. Enflamatuvar değişikliklerin, sinir hasarının ve skar oluşumu ile sonuçlanan doku iyileşmesinin neden olduğu patolojik süreç keratit, üveit, katarakt, ikincil glom, kraniyal sinir felçleri ve kapak şekil bozukluklarına yol açabilmekte ve ciddi görme kayıpları ile sonuçlanabilmektedir.¹

Burada atipik kapak tutulumu ile başvuran ve geç dönemde skatrisyel ektropiyon ve kornea erimesi ile sonuçlanan bir herpes zoster olgusu sunulmaktadır.

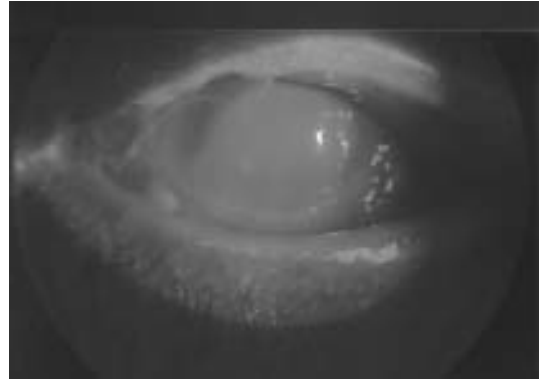
Olgu Sunumu

75 yaşında erkek hasta alnın sağ tarafında ağrı, kaşıntı, sağ üst göz kapağını açamama ve gözde batma ve sulanma şikayetiyle başvurdu. Hastanın üç ay önce ekstrakapsüler katarakt ameliyatı olduğu ve bundan 1 ay sonra alnında ve göz kapağında yaralar belirdiği öğrenildi. Bir süre oral antibiyotik kullanan hasta başvuru anında halen topikal antibiyotikli damla kullanmaktaydı. Muayenede sağ frontal bölgeden üst göz kapağına uzanan skleroderma benzeri, normal ciltten hafif çökük ve sert olan lezyonun üst göz kapağının açılmasını tamamen engellediği izlendi (Şekil 1 a-b). Üst göz kapağı kenarında düzensizlik, keratinizasyon ve total madarozis mevcuttu

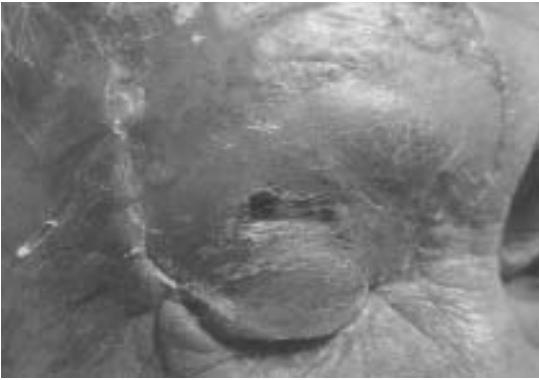
(Şekil 2a). Ön segment muayenesinde geniş kornea epitel defekti (Şekil 2b), üstte kontinü korneaskleral 10.0 sütür ve arka kamara lensi saptandı. Dilate fundus muayenesi doğal idi. Sol gözde nükleer kesafet dışında patolojik bir bulgu saptanmadı. Hastanın dermatoloji konsültasyonu sonucunda geçirilmiş herpes zoster enfeksiyonu olduğu ancak aktif dönemde olmadığı için antiviral tedavinin gerekmediğine karar verildi. Hastanın tedaviye uyum göstermemesi üzerine yatırılarak lezyon ile sağlam cildi içine alan bölgeden biyopsi alındı, parenteral antibiyotik tedavisi (Duocid iv 1 gr 2x1) ve yara pansumanı başlandı. Kapak kenarı düzensizliğinden kaynaklandığını düşünülen kornea epitel defekti için terapötik kontakt lens uygulaması yapıldı ve topikal antibiyotik ve suni göz yaşı damlası verildi. Patolojik inceleme sonucunda epidermiste yaygın püstül ve bölgesel ülser gelişimi ile birlikte epidermis altında lenfosit ve nötrofillerden yoğun inflamasyon ve vaskülit tablosu bildirildi. Birinci haftada kornea epitel defekti tamamen düzeldi ve topikal antibiyotik kesildi. Pamuk ile yapılan kornea duyarlılık testi normal olarak değerlendirildi. Cilt lezyonunun küçüldüğü ve retrakte olma eğiliminde olduğu gözlemlendi ve bunun üzerine korneanın korunması amacıyla geçici blefarorafı yapıldı. Daha önceki tedavilere de uyum göstermeyen hasta izlemenden çıktı. 2 ay sonra gözündeki şiddetli ağrı nedeniyle tekrar geldiğinde blefarorafinin açıldığı, alt kapakta tam kat defekt olduğu, üst kapakta retrakte olan fibröz skar nedeniyle skatrisyel ektropiyon geliştiği gözlemlendi (Şekil 3a). Ön segment muayenesinde korneanın eridiği ve limbus alt yarısında 200 dereceye varan açılma olduğu saptandı (Şekil 3b). Işık hissi olmaması, gözün fizik olması ve kapakların durumu göz önüne alınarak hastaya evissereyasyon önerildi.



Şekil 1a: Sağ frontal bölge ve üst kapağı tutan herpes zoster olgusu.



Şekil 2b: Geniş kornea epitel defekti.



Şekil 1b: Yüzeyden çökük kapağın açılmasını engelleyen sklerotik cilt lezyonu.



Şekil 3a: Retrakte olan cilt lezyonu ve üst kapakta skatrisyel ektropiyon.



Şekil 2a: Üst kapak kenarında düzensizlik ve madarozis.



Şekil 3a: Retrakte olan cilt lezyonu ve üst kapakta skatrisyel ektropiyon.

Tartışma

Trigeminal ganglion, insan organizmasında herpes zoster virüsünün en sık latent kalabildiği bölgelerdendir.² Dolayısıyla trigeminal sinirin oftalmik dalının virus tarafından istilası ile ortaya çıkan herpes zoster oftalmikus ile de sıkça karşılaşmaktadır. Herpes zoster oftalmikus tablosunda nadir olmayarak gelişen ve görmeyi tehdit eden en önemli komplikasyon kornea tutulumudur. Kornea tutulumu sıklıkla virüsün direkt invazyonu ile gelişen epitelyal ve stromal keratitler şeklinde gözlenir.² Diskiform keratit, interstisyel keratit ve periferik ülseratif keratit de immunolojik reaksiyonlar sonucu gelişen diğer formlardır.² Sinir hasarı sonucu gelişen kornea his kaybı ise nörotrofik keratit olarak kendini gösterebilir. Göz kapaklarının etkilenmesine ikincil olarak da kornea hasarı görülebilir. Kapaklarda oluşabilecek skar dokusu skatrisyel entropiyon ve ektropiyon gelişmesine neden olup korneada gerek trikiyazise gerekse lagoftalmusa bağlı hasar yapabilir. Olgumuzda gelişen skatrisyel

ektropiyon erken dönemde tedavi edilemediğinden geç dönemde kornea erimesi ve fitizis ile neticelenmiştir. Erken dönemde kapakta skara bağlı retraksiyon ve ektropiyon gelişeceği düşünülmüş ve uygun yara bakımına ek olarak geçici blefarorafi ile retraksiyon en az düzeyde tutulmaya çalışılmıştır. Enflamatuar dönemi takiben skar eksizyonu ve ön lamella tamiri ile kapak rekonstrüksiyonu planlanmış olmasına rağmen hastanın izlemiden çıkması sebebiyle yapılamamış ve tablo gözün kaybı ile sonuçlanmıştır. Bildiğimiz kadarıyla herpes zosterli olgumuzda saptanan skleroderma benzeri cilt lezyonu ve takip eden kornea erimesi daha önce bildirilmemiştir. Literatürde herpes zostere bağlı ektropiyon üç olguda bildirilmiş olup hepsi ciddi kornea komplikasyonuna neden olmadan kapak rekonstrüksiyonu ile tedavi edilmişlerdir.^{3,4,5}

Herpes zostere bağlı kapak tutulumunun geç dönemde geri dönüşümez ciddi komplikasyonlar ile sonuçlanabileceği şanssız bir olgu ile ortaya konulmuştur. Bu yüzden hastalığın ciddiyetinin hastalara önemle belirtilmesi, uzun süreli yakın takip ve uygun tedavinin yapılması gerekliliği hatırlanmalıdır.

Kaynaklar

1. Marsh RJ. Herpes zoster ophthalmicus. J R Soc Med 1997;90:670-4.
2. Starr CE, Pavan-Langston D. Varicella-zoster virus: mechanisms of pathogenicity and corneal disease. Ophthalmol Clin North Am. 2002;15:7-15.
3. Sanghvi CA, Leatherbarrow B, Ataullah S. Cicatricial ectropion due to herpes zoster ophthalmicus. J Postgrad Med. 2006;52:153-4.
4. Smith JP, Lavine DM. Cicatricial ectropion of the upper lid secondary to herpes zoster ophthalmicus. Ann Ophthalmol. 1981;13:579-80.
5. Nasr AM, Beyer-Machule CK, Yeatts RP. Cicatricial ectropion secondary to herpes zoster. Ophthalmic Surg 1983;14:763-5.

Kimlik

Geliř Tarihi:17.07.2007

Kabul Tarihi:18.12.2007

** Yrd.Doç.Dr. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Kırıkkale*

***Doç.Dr. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Kırıkkale*

Yazışma Adresi: Zafer Onaran, Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Süleyman Demirel Araştırma ve Uygulama Hastanesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Kırıkkale drzaferonaran@yahoo.com