

Herpes Zoster Parezi: Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon ile Düzelen Bir Olgu

HERPES ZOSTER PARESIS:

A CASE IMPROVED WITH PHYSICAL THERAPY AND REHABILITATION

Rebiay APAYDIN*, Nilgün BİLEN*, Nigar DURSUN**, Şeniz DÖKMECİ***, Erbil DURSUN**

* Yrd.Doç.Dr., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD,

** Doç.Dr., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD,

*** Dr., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD, KOCAELİ

Özet

Postherpatik nevrалji ve duyuşsal bozukluklar herpes zosterin iyi bilinen komplikasyonlarıdır. İnflamasyonun ön boynuz hücrelerine yayılmasına bağlı olarak motor fonksiyon kaybı da gelişebilir. Bu makalede, L2 ve L3 dermatom ve miyotomlarında duyuşsal ve motor fonksiyon kaybı olan 83 yaşında herpes zosterli bir olgu sunulmaktadır. Olgunun motor kuvvetsizliği ile oluşan fonksiyon kaybı fizik tedavi ile düzelme gösterdi. Tüm herpes zosterli hastalar motor fonksiyonları yönünden değerlendirilmeli ve herhangi bir motor kayıp varlığında fizik tedavi ve rehabilitasyona başlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Herpes zoster, Motor parezi,
Herpes zoster komplikasyonları,
Fizyoterapi

T Klin Dermatoloji 2000, 10:74-76

Summary

Postherpetic neuralgia and sensorial defects are well known complications of herpes zoster. Motor functional loss may also occur due to spread of inflammation into the anterior horn cell territory. In this article, an 83 years old case of herpes zoster with sensorial and motor function loss in L2 and L3 dermatomes and myotomes was presented. Functional loss of this case due to motor weakness improved with physical therapy. All the patients with herpes zoster must be evaluated regarding motor function and physical therapy and rehabilitation must be started if any motor deficit exists.

Key Words: Herpes zoster, Motor paresis,
Complications of herpes zoster,
Physical therapy

T Klin J Dermatol 2000, 10:74-76

Herpes zoster, primer hastalık tablosu olan variselladan sonra, dorsospinal kök ganglionlarında latent bir döneme giren varisella-zoster virusunun tekrar aktive olmasıyla ortaya çıkan bir tablodur. Hastalık bir kranial veya spinal sinir trasesini tek taraflı olarak izleyen, eritemli ve ödemli bir zemin üzerinde yerleşmiş, grup halindeki veziküllerle karakterizedir. Herpes zosterden sonra postherpetik nevrалji, duyuşsal bozukluklar ve daha az oranda motor parezi gibi komplikasyonlar gelişebilir (1-4).

Burada herpes zoster sonrası gelişen motor parezili bir olgu sunulmuş ve hastalığın motor komplikasyonları gözden geçirilmiştir.

Geliş Tarihi: 20.05.1998

Yazışma Adresi : Dr.Rebiay APAYDIN
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dermatoloji AD,
Sopalıçiftliği 41900 Derince, İZMİT

Olgu

83 yaşındaki erkek hasta sağ bacağına döküntüler, ağrı, uyuşma ve kuvvet kaybı yakınmaları ile Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon kliniğine başvurdu. Öyküsünde önce sağ uyluk ön yüzünde içi sıvı dolu kabarcıklar şeklinde döküntülerin ve sağ bacakta uyuşmanın başladığını, 2 hafta sonra aynı bacakta giderek artan kuvvet kaybı geliştiğini, yürümekte güçlük çektiğini ifade etti. Öz ve soygeçmişinde bir özellik saptanmadı. Sistemik muayenesinde sağ uyluk ön yüzünde L2 ve L3 dermatomlarına uyan bölgelerde eritemli zemin üzerinde grup halinde krutlu lezyonlar saptandı (Şekil 1). Sinir ve kas iskelet sistemi muayenesinde lomber bölgenin hareket genişliği ve siyatik sinir germe manevraları normaldi. Sağ L2 ve L3 dermatomlarında hipoestezi tanımlayan olgunun, sağ L2 ve L3 myotomlarında motor kayıp saptandı, sağ patella refleksi alınamadı. Yapılan



Şekil 1. Sağ uyluk ön yüzünde L2-3 dermatomlarına uyan bölgede, eritemli zemin üzerinde grup halinde krutlu lezyonlar.

adale testinde sağ kalça fleksiyonu 2, adduksiyonu 2°, sağ diz fleksiyonu 3 değerinde olup; sol alt ekstremitte ve diğer sağ alt ekstremitte adale değerleri normaldi. Elektromiyografik (EMG) değerlendirmede rektus femoris, vastus medialis ve vastus lateralis adalelerinde fibrilasyon (++) ve keskin dalga (++) mevcut olup, motor ünit potansiyellerin yüksek amplitüdü, geniş süreli polifazi oranının artmış olduğu saptandı. Olgunun L2-3 dermatomlarındaki deri lezyonlarının, duyu kaybının ve L2-3 myotomlarındaki motor kaybın herpes zosterle bağlı olduğuna karar verildi. B kompleks vitamin ve non-steroidal antiinflamatuar ilaç tedavisi başlanan olgu aynı zamanda fizik tedavi ve rehabilitasyon programına da alındı. Günde iki kez izometrik, pasif, aktif asistif, aktif ve aktif rezistif egzersizler ile motor kuvvetlendirme eğitimi uygulandı. Ayrıca desensitizasyon ve duyuusal reedükasyon yapıldı. Olgunun subjektif şikayetleri 6 hafta içinde gerile-

di, duyu ve motor kaybında düzelme kaydedildi. Hasta bağımsız, desteksiz yürür durumda taburcu edildi.

Tartışma

Esas olarak duyuusal ganglionları ve duyuusal sinirleri etkileyen bir hastalık olan herpes zoster, medulla spinalisin ön boynuzundaki komşu yapıları, motor kökleri etkilerse, motor fonksiyon kayıpları da ortaya çıkmaktadır (2). Herpes zosterle bağlı motor tutulum sıklığı değişik çalışmalarda %0.5-31 arasında değişen oranlarda bildirilmektedir. Bildirilen oranlar arasındaki farklılığın topografik dağılıma, parezinin ağrıyla maskelenmesine, interkostal ve abdominal parezinin belirgin olmamasına, kutanöz tutulumla kas tutulumu arasındaki sürenin farklı olmasına bağlı olduğu düşünülmektedir (5). Kranial sinirlerin parezi; hasta tarafından kolaylıkla farkedildiğinden, motor parezi bildiren olguların yaklaşık yarısını bu hasta grubu oluşturmaktadır (5,6). C5-T1 ve L2-S1 arasındaki dermatomlarda bildirilen kas zayıflığı oranı %12-22 arasında değişirken, T2-L1 arasındaki dermatomlarda bu oran %0.3'tür (6). Nadiren diyafragma felci ve akut üriner retansiyon da gelişebilmektedir (2).

Motor parezi genelde deri lezyonlarından 2-3 hafta sonra ortaya çıkmaktadır (1,4). Etkilenen myotom ve dermatom düzeyi arasında yakın ilişki vardır (6), ancak multiradikuler innervasyon nedeniyle bir myotomda tam paralizisi oluşumuna nadir rastlanmaktadır (1). Yaşlılık, malignite, diabetes mellitus gibi faktörler motor tutulum riskini artırmaktadır (1,3).

Bizim olgumuzda da sağ bacadaki kas zayıflığı ve fonksiyon bozukluğu deri döküntülerinden iki hafta sonra ortaya çıkmıştı. Risk faktörleri yönünden değerlendirilen olguda yaşlılık dışında bir risk faktörü saptanmadı.

EMG, alt motor nöron tutulumunu belirleyen patolojik değişikliklerin saptanması ve herpes zoster parezisinin gerçek insidansını belirlemede güvenilir bir metoddur (1). Torakolomber herpes zosterde segmental motor tutulumunun klinik olarak tespit edilmesi zordur. EMG ile yapılan bir çalışmada klinik olarak kas zayıflığı bulunmayan 17 herpes zosterli olgunun %70.5'de fibrilasyon tespit edilmiş ve segmental motor tutulumunun

klinik olarak tespit edilenlerden daha yaygın olduğu bildirilmiştir (6). Bir başka çalışmada ise torasik herpes zosterli 52 olgunun yapılan EMG incelemesinde, olguların %35'inde anormal bulgular saptanmıştır. Sekiz hastada etkilenen dermatomlarla myotomlar aynı iken, 10 hastada etkilenen dermatomlara komşu miyomerlerin de etkilendiği saptanmıştır (7). Olgumuzda tutulan dermatomlarla myotomların seviyesi aynı idi.

Periferik sinir iletisinin azaldığı veya kaybolduğu durumlarda, normal bir fizik aktivite yapılamayacağı için kişinin kas gücünde ve kas kitlesinde belirgin bir azalma görülmekte ve bu durum dayanıklılıkta da azalmaya neden olmaktadır. Atrofi, kas gücünde ve dayanıklılığında azalma sonucu alt ve üst ekstremitelerde daha belirgin görülen koordinasyon bozukluğu ortaya çıkmaktadır. Ayrıca aktif ve pasif hareketlerin yapılabilmesi nedeniyle eklemlerde fibroz ve ankiloz gelişmektedir (8). İkinci motor nöron hastalıklarında bu tür komplikasyonların gelişmesini önlemek ve maksimum fonksiyon kapasitesini elde etmek için fizik tedavi ve rehabilitasyon programları uygulanmaktadır. Herpes zosterle bağlı motor tutulum olan olgularda beklenen tam iyileşme oranı %55'dir (9). Ancak beklenen bu nörolojik iyileşmenin fonksiyon açısından gelişebilecek bir komplikasyonla engellenmemesi için motor tutulumu olan olgularda subakut dönemde yapılacak fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarının yararlı olacağını düşünmekteyiz. Gerçekten de destekli olarak zorlukla yürüeyebilen olgumuz 6 haftalık bir reha-

bilitasyon sonucunda desteksiz, bağımsız yürür hale gelmiştir. Bu olgu herpes zoster sonrası gelişebilecek motor parezi komplikasyonuna dikkat çekmek ve olguların nörolojik iyileşme olsun veya olmasın, maksimum fonksiyonel kapasiteyi elde edebilmesi için yapılacak fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarının önemini vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

KAYNAKLAR

1. Yerebakan Ö, Altunay İ, Köşlü A. Segmental abdominal zoster parezi. *Türkderm* 1994; 28: 147-9.
2. Nişancı P, Forta H, Atılganoğlu U. Brakiyal paralizi yapan herpes zoster olgusu. *Türkderm* 1992; 26: 124-5.
3. Candan Hİ, Aydıngöz İ, Mansur T. Herpes zosterin nadir rastlanan iki komplikasyonu. XII. Prof. Dr. A. Lütfü Tat Simpozyumu Posterler Kitabı. Ankara, 1995; 61-5.
4. Çiğner S, Üdün K, Dereli T, Ünal İ, Erboz S. Postherpetik fasial paralizi. XIV. Ulusal Dermatoloji Kongresi II. Kitap. Erzurum. 1992; 317-9.
5. Lyngberg KK, Svensson BH. Herpes zoster paresis. A review of the literature and case reports. *Ugeski Laeger* 1990; 152: 1214-7.
6. Greenberg MK, Mc Vey AL, Hayes T. Segmental motor involvement in herpes zoster: an EMG study. *Neurology* 1992; 42: 1122-3.
7. Cioni R, Giannini F, Passero S, Paradiso C, Rossi S, Fimiani M, Battistini N. An electromyographic evaluation of motor complications in thoracic herpes zoster. *Electromyogr Clin Neurophysiol* 1994; 34: 125-8.
8. Dinçer K. İmmobilizasyonun genel ve lokal etkileri. *Tıbbi Rehabilitasyon'da*. Ed: Oğuz H. Birinci basım. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 1995: 379-85.
9. Highet AS, Kurtz J. Viral infections. In: Champion RH, Burton JL, Ebling FJG, eds. *Textbook of Dermatology*. 5th ed. Oxford: Blackwell Scientific Publ, 1992: 888-91.