

# Post-Herpetik Düşük Omuz: Bir Olgu Sunumu

Mualla Biçer<sup>1</sup>, Neslihan Alpaslan<sup>2</sup>, Murat Çabalar<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Silivri Özel Kolan Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

<sup>3</sup>Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği, İstanbul

## ÖZET

*Post-herpetik düşük omuz: Bir olgu sunumu*

Post-herpetik omuz paralizisi, herpes zoster hastalığının nadir bir komplikasyonudur. Motor hasar kök, pleksus veya periferik sinirde olabilir. Sol omuzda döküntüyle birlikte ağrı şikayetleri ile başvuran 71 yaşındaki kadın hastamızın yapılan elektromyografi (EMG) sonucunda, brakial pleksusun üst trunkusuna ait akut-subakut bulgular görüldü. Fizik tedavi ve rehabilitasyon programı yanında, asiklovir ve gabapentin tedavisi uygulanan hastanın ağrılarında azalma görülürken paralizisinde düzelme olmadı.

**Anahtar kelimeler:** Herpes zoster, omuz parezisi, rehabilitasyon

## ABSTRACT

*Post-herpetic paresis of the shoulder: a case report*

Postherpetic shoulder paresis is a rare complication of the herpes zoster disease. Motor deficit can include root, plexus or peripheral nerves. We had a 71 year old female patient who presented with pain in her left shoulder and skin eruption. At the end of an electromyography (EMG) acute-subacute findings belonging to the superior truncus of brachial plexus were observed. The patient's pain decreased after physical therapy combined with acyclovir and gabapentin treatment, but no improvement was observed in her paresis.

**Key words:** Herpes zoster, shoulder paresis, rehabilitation

Bakırköy Tıp Dergisi 2013;9:193-196

## GİRİŞ

Herpes Zoster (HZ), dorsal kök ganglionunda yerleşen Varicella zoster virusun reaktivasyonu sonucu oluşan enfeksiyöz bir hastalıktır. HZ hastalığının en sık görülen komplikasyonu postherpetik nevralfidir. Prevalansı ve şiddeti yaşla artar. Nadir görülen bir diğer komplikasyonu ise segmental motor parezidir (SMP) (1). SMP tipik olarak ağrılı dermatomal cilt lezyonlarının görüldüğü ekstremitelerde fokal, asimetric myotomal bir güçsüzlükle ortaya çıkar. Sıklıkla üst ekstremitte proksimal kaslarını tutar (2). Deri lezyonları olduğunda tanı koymak kolayken, deri lezyonları yokken tanının akla gelmesi güçtür. Bu yazıda

nadir görülen HZ'e bağlı bir üst ekstremitte SMP olgusu sunuldu.

## OLGU SUNUMU

71 yaşında kadın hasta, bir buçuk ay önce başlayan sol omuzda ağrı, yanma ve döküntü şikayetleri ile hastanemize başvurdu. Sol üst ekstremitte proksimalinde ağrılı, eritemli ve veziküler lezyonları olan hastanın yapılan fizik muayenesinde; bilateral servikal lateral fleksiyon ve rotasyonları kısıtlı, sol omuz abduksiyonu 160 derece, fleksiyonu 160 derece, sol omuz rotasyonları ağrılı ve kısıtlı; internal rotasyon 20 derece, eksternal rotasyon ise 25 derece idi (Resim 1). Sol üst ekstremitte proksimalinde kas zaafı (3/5) iken distalde normal (5/5) idi (Resim 2). Biceps ve brakioradial tendon refleksi azalmıştı. C4-C5 dermatomlarda disestezi vardı. Sağ üst ekstremitte motor ve duyu muayene normaldi.

Hemogram, seroloji ve biyokimya tetkiklerinde bir özellik yoktu. Sol omuz manyetik rezonans görüntüle-

Yazışma adresi / Address reprint requests to: Murat Çabalar  
Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği,  
İstanbul

Telefon / Phone: +90-212-586-4307

Elektronik posta adresi / E-mail address: mcabalar@hotmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 13 Haziran 2011 / June 13, 2011

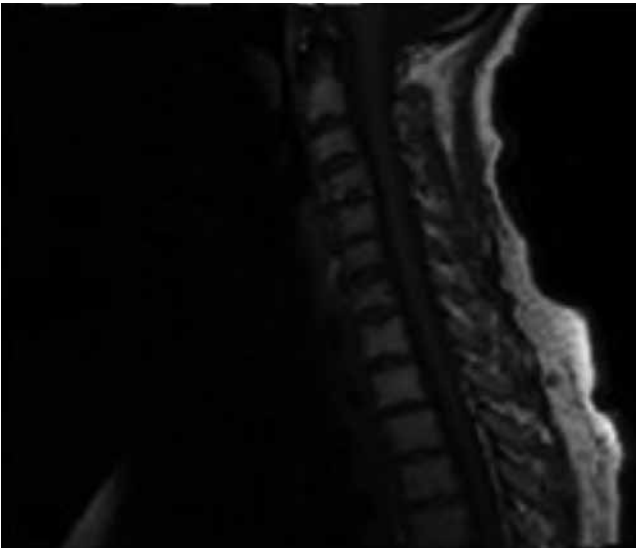
Kabul tarihi / Date of acceptance: 26 Aralık 2011 / December 26, 2011



**Resim 1:** Sol omuz bölgesinde kahverengi pigmentasyon



**Resim 2:** Sol omuzda abduksiyon kaybı ve atrofi



**Resim 3:** Servikal MR

mesinde (MR) akromioklaviküler eklem hipertrofisi, supraspinatus kasında tendinopati ve parsiyel yırtık ile subakrominal, subdeltoid ve subkorokoid bursalarda effüzyon saptandı. Glenohumeral eklemden de minimal effüzyon gözlemlendi.

Servikal MR'ında, vertebralarda ileri derecede osteodejeneratif değişiklikler, çok seviyeli diskal bulgular ve dejenerasyon, C4-C5, C5-C6 ve C6-C7 düzeyinde posterior osteofitlere eşlik eden, nöral foramenleri daraltan unko-vertebral eklem hipertrofileri ve ön subaraknoid mesafede silinme, C6-C7 düzeyinde iç anüler yırtık ile ön subaraknoid mesafeyi silen sığ diskal protrüzyon izlendi. Tüm seviyelerde belirgin sinir kökü kompresyonu oluşturabilecek bir diskal herni yoktu. İntravenöz kontrastlı incelemede tüm seviyelerde izlenen görüntülerde patolojik fiksasyon izlenmedi (Resim 3).

Olayın 20. günü yapılan EMG'de duysal ileti incelemesinde sol birinci parmak median sinir cevap amplitüdü sağa kıyasla düşük, ileti hızı ise yavaş kaydedilirken, motor ileti incelemesinde median sinir distal latansı uzun bulundu. Yapılan iğne EMG'de üst brakial trunkusdan (n.aksillaris ve n.muskulokutanöz) innerve olan Deltoid ve Biseps kaslarında istirahatte aktif denervasyon bulguları izlendi (akut nörojen tutulum). Bir kür nonsteroid antiinflamatuvar ilaç ve parasetamol tedavisine olumlu cevap vermeyen hastaya fizik tedavi ve rehabilitasyon programı uygulandı; Sol omuza bir hafta soğuk paket 30 dakika, 1 hafta sonra sıcak paket 30 dakika, ultrason (1w/cm) 2 dozunda 5 dakika, sol omuza TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation) uygulaması yapıldı. Torakoservikal bölge ve omuzlara yönelik eklem hareket açıklığı ile germe egzersizleri sonrasında şikayetlerinde rahatlama oldu. Ağrısı büyük ölçüde azalırken, sol omuz abduksiyonu 170 derece, fleksiyonu 180 derece, internal ve eksternal rotasyonlar 35 derece bulundu. Ancak, sol üst ekstremitedeki kas zaafı değişmedi. 3 ay sonra yapılan kontrol EMG'de ilk incelemeden farklı olarak yapılan iğne EMG'de istemli hareketle yüksek amplitüdü, uzun süreli ve seyrelmiş motor ünit potansiyeller görüldü. İstirahatte ise Deltoid ve Biseps kaslarında aktif denervasyon devam etmekteydi (üst brakial trunkusun parsiyel subakut-kronik nörojen tutulumu).

## TARTIŞMA

Herpes zoster, özellikle yaşlılarda ve immunsuprese kişilerde belirgin olarak daha fazla gözlenmektedir. Pare-

zinin ve elektrofizyolojik anormalliklerin şiddeti bu grup hastalarda anlamlı bir korelasyon göstermektedir. HZ'in neden olduğu motor paralizi %0.5-5 oranında bildirilmiş olup daha çok kranial sinir tutulumu şeklindedir (3,4). Segmenter paralizi en sık boyun ve üst ekstremitede görülmekle birlikte, alt ekstremitede daha nadirdir (3,5). Ekstremitelerin proksimalinde pareziye neden olmaktadır. Üst ekstremitede en sık C5-C7 segmentlerdeki kas tutulmaktadır (6,7). Proksimalde başlayan parezi, distal ve yaygın ekstremitte parezisine gidebilmektedir. Pareziler genelde cilt lezyonlarından 2 hafta sonrasında gelişmektedir. Hasta akut ağrılı dönemden ve cilt lezyonları belirsiz olduktan sonra hekime geldiğinde, yaşı ve olası kronik bozukluklar, ilaçlar da göz önüne alındığında doğru tanı almayabilir (7).

Segmental motor parezide lezyon yeri hakkında tam bir görüş birliği yoktur. Elektrofizyolojik çalışmalarda motor hasarın ön köklerde, pleksusta ya da periferik sinirlerde olduğu gösterilmiştir (1,8). Gadolinumlu manyetik rezonans görüntüleme ile yapılan bir çalışmada sinir kökleri, hasarın en fazla olduğu bölge olarak tanımlanmıştır (9). Bizim olgumuzun servikal MR'ında patolojiyi açıklayacak bulgu yoktu (Resim 3). Bazı çalışmalarda ön boynuz hücrelerinin nekrozu vurgulanmıştır (9,10). Bizim olgumuzda sol brakial pleksusun üst trunkusuna ait patolojik elektrofizyolojik değişiklikler görüldü.

Postherpetik parezide tedavinin amacı, analjezi sağlamak ve motor defisiti önlemektir. Böylece eklem hareket kısıtlılığı ve kontraktürlerinin, kas atrofi ve güçsüzlüklerinin önüne geçilmiş olur. Özellikle erken dönemde uygulanan oral ya da intravenöz antiviral tedavi hastalığın progresyonunu durdurabilir (9,11). Biz olgumuza 7 gün boyunca oral 4 g/gün asiklovir verdik ve topikal asiklovir ile tedaviye devam ettik. Bazı çalışmalarda tedaviye 3 gün süreyle intravenöz pulse (500-1000 mg/gün) ve devamında oral metilprednisolon (60 mg/gün) kullanımı önerilmektedir (7). Biz olgumuza kortikosteroid tedavisi vermedik.

Sistemik ilaçların yanı sıra fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları, bu amaç içinde önemli bir yer tutmaktadır. Özellikle hasta erken dönem tanı alırsa, bu kombine tedavide başarı oranı oldukça yüksektir. Postherpetik parezinin progresyonu genelde iyidir. Hastaların yarıdan fazlası tama yakın iyileşme gösterir ve bu iyileşme dönemi 2 yıla kadar sürebilir (6,7).

Yüzeysel sıcak-soğuk uygulamaları, TENS ve ultrason

(US), hastanın sakatlık oranını ve süresini azaltan fizik tedavi ajanlarıdır. Fizik tedavi ajanları, dokuda tedavi edici reaksiyon oluşturmak için kullanılır.

Isıyla ortaya çıkan vazodilatasyon, o dokuya besin maddeleriyle birlikte, lökositlerin ve antikorların da gelecek, metabolik ve doku artıklarının ise dokudan uzaklaşmasını sağlar. Dokunun ısıtılması sinir ileti hızında hafif bir artış yapar. Eklemlerde, tendonlarda ve kaslarda sertliği azaltır ve kollajenöz aktiviteyi artırır. Isının majör etkisi analjezidir. Analjezi için kullandığı mekanizmalar; kutanöz zıt iritan etki, iskemik ağrıyı azaltan ve ağrı mediatörünü dokudan uzaklaştırmaya yarayan vazodilatasyon, endorfin yanıtı, sinir ileti ve sinir hücre membran geçirgenliğinin değişikliği ve relaksasyon etkisidir. Sıcak paket en sık kullanılan yöntemdir.

Soğukun fizyolojik etkileri; ani bir vazokonstriksiyon sonrası reaktif vazodilatasyondur. İnflamasyonu hafifletir ve akut safhada daha etkilidir. Soğukun analjezik etkisi, refleks kas relaksasyonuna, kutanöz zıt iritan etkiye veya sinir iletimindeki yavaşlamaya bağlı olabilir. Soğuk uygulama kas tonusunu azaltır ve kas spazmını çözer (12,13). TENS uygulamasının, kapı-kontrol teorisi, endojen opiatların varlığı, lokal vazodilatasyon ve akupunktur benzeri etkilerle analjeziyi sağladığı düşünülmektedir (14,15). Klinik US frekansı 0.8-1.1 MHz arası, dozu  $w/cm^2$  dir. Klinikte genellikle 0.5-2.0  $w/cm^2$  dozunda, kesikli veya sürekli formda uygulanır. Kesikli form daha az ısınma yapar ve kavitasyon, orta hareket ve durgun dalgalar şeklinde etki yapar. US, periartiküler ve kronik inflamatuvar patolojilerde endikedir (12).

Biz olgumuza 3 hafta boyunca her gün boyun ve sol omuza TENS, 2 hafta önce soğuk paket sonraki 1 hafta sıcak paket, US ( $1w/cm^2$ ), boyun ve her iki üst ekstremiteye eklem hareket açıklığı ve sonra güçlendirme egzersizleri uyguladık ve sonuçta ağrısı geçti ancak paralizisi düzelmedi.

Sonuç olarak, ağrılı omuz yakınması olan özellikle yaşlı ve kronik hastalıkları olan, çoklu ilaç tedavisi alan, immunsuprese durumdaki hastalarda postherpetik nevralji de düşünülmelidir. Çünkü hasta cilt lezyonu geçtikten sonra hekime gelebilir, bu da tanı güçlüğüne sebep olabilir. Biz bu yazıda özellikle geriatric süreçteki böyle hastaların olası problemlerine, postherpetik parezi gibi şiddetli ağrı ve sakatlıkla sonuçlanabilecek bir hastalığın göz önünde bulundurulmasının önemine dikkat çekmek istedik.

## KAYNAKLAR

1. Cockerell OC, Ormerod IE. Focal weakness following herpes zoster. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1993; 56: 1001-1003.
2. Gabriel CM, Gale AN, Rossor MN. Zoster paresis with Horner's syndrome. *J Neurol* 2003; 250: 1492-1493.
3. Grupta SK, Helal BH, Keily P. The prognosis in zoster paralysis. *J Bone Joint Surg Br* 1969; 51: 593-603.
4. Akiyama N. Herpes zoster infection complicated by motor paralysis. *J Dermatol* 2000; 27: 252-257.
5. Col AL Das, Col P Ramadasan, Col AK Patra. Post herpetic spinal segmental paralysis. *MJAFI* 2007; 63: 195-196.
6. Tıkız C, Mavioglu H, Pırlıdar T, Tüzün Ç. Herpes zoster nöritine bağlı gelişen omuz parezisi: Bir olgu sunumu. *Romatizma* 2005; 20: 45-49.
7. Kawajiri S, Tani M, Noda K, Fujishima K, Hattori N, Okuma Y. Segmental zoster paresis of limbs: report of three cases and review of literature. *Neurologist* 2007; 13: 313-317.
8. Mondelli M, Romano C, Rossi S, Ci,oni R. Herpes zoster of the head and limbs: electroneuromyographic and clinical findings in 158 consecutive cases. *Arch Phys Med Rehabil* 2002; 83: 1215-1221.
9. Hanakawa T, Hashimoto S, Kawamura J, Nakamura M, Suenaga T, Matsuo M. Magnetic resonance imaging in a patient with segmental zoster paresis. *Neurology* 1997; 49: 631-632.
10. Sachs GM. Segmental zoster paresis: An electrophysiological study. *Muscle Nerve* 1996; 19: 784-786.
11. Mondelli M, Romano C, Passero S, Porta PD, Rossi A. Effects of acyclovir on sensory axonal neuropathy, segmental motor paresis and postherpetic neuralgia in herpes zoster patients. *Eur Neurol* 1996; 36: 288-292.
12. Randall R. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon El Kitabı. Yurtkuran M, Ay A (Çeviri ed) 1. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi, 2005: 291-301.
13. Delisa JA. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon İlkeler ve Uygulamalar. Sarpel T (Çeviri ed) 4. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi, 2007: 252-258.
14. Erdoğan F. Sıcak, Soğuk ve Ultraviyole. Beyazova M, Kutsal YG (Eds). Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon. 1. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi, 2000, 758-770.
15. Alper S. TENS. Beyazova M, Kutsal YG (Eds). Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon. 1. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi, 2000, 790-798.