

## Herpes Zostere Bağlı Akut İdrar Retansiyonu

İbrahim GÜLMEZ<sup>x</sup>, Mustafa KARACAGİL<sup>xx</sup>, Atıla TATLIŞEN<sup>x</sup>, Özcan AŞÇIOĞLU<sup>xxx</sup>, Cem İPEKCAN<sup>xxxx</sup>

**Özet:** Nadir görülmesi nedeniyle, herpes zostere bağlı bir akut idrar retansiyonu vakası sunularak ilgili literatür gözden geçirildi.

**Anahtar Kelimeler:** Herpes zoster, idrar retansiyonu

**Acute Urinary Retention Caused By Herpes Zoster**

**Summary:** Since it is rare, an acute urinary retention caused by herpes zoster is presented and the relevant literatures are reviewed.

**Key words:** Herpes zoster, urinary retention

Herpes zoster, medulla spinalis arka kökleri veya ekstremitelerde ganglionlarda enflamatuvar reaksiyon ve ilgili dermatomlarda veziküler erüpsiyonlarla seyreden ağrılı, viral bir hastalıktır. Herpes zostere bağlı idrar retansiyonunun ilk kez 1890'da rapor edildiği ve o zamandan beri literatürde 86 retansiyon vakası bildirildiği belirtilmektedir (1).

Bu yazıda sakral herpes zosterin neden olduğu bir akut idrar retansiyonu vakası sunularak ilgili literatür gözden geçirilmiştir.

### Vaka Takdimi

58 yaşında erkek hasta (M.M., iç hastalıkları uzmanı) son 3 gündür damla damla ve zor idrar yapma ve kabızlık şikayetleri ile başvurdu. 5 gün önce sol gluteal ve sol perianal bölgede deriden kabarık ağrılı döküntüler farketmiş. Fizik muayenede symphysis pubisin 10 cm yukarısına uzanan palpabl mesane ve sol S<sub>4-5</sub> dermatomlarını tutan tipik herpes zoster döküntüleri (Resim 1) mevcuttu. Hasta üretral yoldan kateterize edilerek 1500 cc berrak idrar boşaltıldı.

<sup>x</sup> Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı Yardımcı Doçenti

<sup>xx</sup> Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı Profesörü

<sup>xxx</sup> Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı Yardımcı Doçenti

<sup>xxxx</sup> Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi.

*Herpes Zostere Bağlı Akut İdrar Retansiyonu: GÜLMEZ, İbrahim ve ark.*

Rektal tuşede prostat normal olarak değerlendirildi. Nörolojik muayenede anormal bulgu tespit edilemedi. İdrar mikroskopisi normaldi, idrar kültüründe üreme olmadı. İntravenöz pyelogram ve sistopanendoskopi normal olarak değerlendirildi.

Antibiyotik ve laksatif başlanan hastanın deri lezyonlarına lokal tedavi uygulandı. Başvurusundan sonraki 10., 17. ve 25. günlerde üretral kateter çekildiğinde kolinerjik tedaviye rağmen miksiyon hissi geri dönmedi ve hasta idrar yapamadı. 25. günden itibaren aralıklı self kateterizasyon uygulandı. Bundan 5 gün sonra miksiyon hissi duyarak normal idrar yapmaya başladı. Başvurusunun 31. gününde 10 cc postvoiding rezidüel idrar ölçüldü.



Resim 1. Sol gluteal ve sol perianal bölgede herpes zoster

### **Tartışma**

Herpes zoster; spinal kord, spinal duyu ganglionları veya sakral sinir köklerini tutarak akut idrar retansiyonuna sebep olabilir. Deri erüpsiyonları tipik olarak mesane disfonksiyonundan hemen önce veya beraberce gelişir, fakat bazen sonra da görülebilir. İdrar retansiyonu vakaların çoğunda erüpsiyonların görülmesinden 1-30 gün sonra gelişir (8). Herpes zoster her iki sekste eşit sıklıkta görülmesine rağmen (1,3,4,8), beraberinde idrar retansiyonu görülüş oranı erkeklerde daha

fazladır (3,8). Herpes zostere bağlı idrar retansiyonu, herpes zosterde olduğu gibi yaşlılarda ve immün sistemi bozuk gençlerde daha fazla görülür. Zoster erüpsiyonları en sık torasik dermatomlarda, sonra servikal ve lomber dermatomlarda görülür. Sürpriz olmayarak zostere bağlı üriner disfonksiyonda erüpsiyonların dağılımı oldukça farklı olup; %70 sakral, % 17 lomber, % 10 torasik ve % 2 fasyal dermatomlardadır (8).

Herpes zostere bağlı mesane disfonksiyonu ile ilgili olarak, biri zoster sistiti diğeri zoster retansiyonu olmak üzere 2 farklı sendrom tarif edilmiştir. Daha az görülen sistit grubunda klasik olarak dizüri, pollaküri ve hematüri bulunur. Sistoskopide genellikle bir herpetik hemisistit gözlenir. Sistitli vakalarda deri lezyonları genellikle torakolumbar segmentlerdedir, retansiyon vakalarına göre daha genç yaş grubunda (ortalama yaş 33) görülür ve nispeten kısa seyirlidir. Buna karşılık zoster retansiyonunda deri lezyonları predominant olarak sakral segmentlerde olup, ilaveten miksiyon güclüğü vardır ve daha yaşlı grubu (ortalama yaş 57) etkiler. Zoster retansiyonu vakalarında perianal anestezi ve bulbokavernöz refleksin yokluğu şeklinde bir sakral nöropati bazen bulunabilir ve sistoskopi genellikle normaldir (1). Barsak bozukluğu (kabızlık veya gaita inkontinansı) her iki grup mesane disfonksiyonunda eşit sıklıktadır ve erüpsiyon yeri ile ilgisiz olarak vakaların en az yarısında görülür (8).

Herpes zosterde nörojenik mesanenin en sık sebebi, spinal kordun sakral segmentlerinin ve/veya sakral dorsal kök ganglionlarının tutulumundan dolayı detrusor refleksinin kesilmesidir (5). Ray ve Wise (7)'a göre virüs sadece aynı taraf dorsal kök ganglion ve siniri tutmakla kalmayarak meninksislerde tutabilir ve karşı taraf sinir köklerinde kısmen etkiler. Böylece deri veya mesane erüpsiyonu tek taraflı olsa bile herpes zoster iki taraflı sinir tutulumuna sebep olabilir.

Daha üst spinal seviyelerdeki herpes zosterde üriner disfonksiyonun patogenezi daha az bilinir. Bu hastalarda altta yatan bir myelit mesane paralizisine neden olabilir ve muayenede üçte ikisi major defisit olmak üzere bunların % 82'sinde nörolojik defisit bulunmuştur. Buna karşılık sakral zosterli hastaların çoğu hafif defisit olmak üzere % 33'ünde anormal nörolojik muayene tespit edilmiştir (8).

Deri lezyonlarının idrar retansiyonundan sonra geliştiği vakalarda tanı yanlılığı olabilir. Rothrock ve arkadaşları (8), idrar retansiyonundan 43 gün sonra deri lezyonlarının geliştiğini rapor ettikleri bir vakada beyin omurilik sıvısı ve serum virüs titrelerinin tanıda yararlı olmadığını belirtmişlerdir. Halbuki Patel ve Rivner (5), tipik deri lezyonları hiç gelişmeyen akut idrar retansiyonlu bir vakada, tanıyı herpes zoster serum titrelerinde akut yükselmeye dayanarak koyduklarını belirtmektedirler.

Constantian (2), sağ taraftaki herpes zostere bağlı mesane atonisi gelişen bir vakada aynı tarafta hidronefroz ve hidroüreter tespit etmiş ve bunu üreter veya üreterovezikal birleşimin direkt olarak nörojenik tutulumuna bağlamıştır. Bu vakada mesane fonksiyonu normale döndüğünde sağ pyelogramında normale döndüğünü belirtmiştir.

Herpes zostere bağlı idrar retansiyonunun prognozu oldukça iyi olup, deri döküntüleri söndüğü zaman ciddi myelit gelişen vakalar hariç spontan iyileşme kuraldır (1,3,8). Bazen bu iyileşme birkaç ayı alır ve bazı yaşlı erkek hastalarda virüse bağlı

*Herpes Zostere Bağlı Akut İdrar Retansiyonu: GÜLMEZ, İbrahim ve ark.*

granüloamatöz prostatit nedeniyle altta yatan prostatik hipertrofiye ait şikayetlerin artmasından dolayı transüretal prostatektomi gerekebilir (1). Tedavi genelde konservatif olup, üriner enfeksiyonla mücadele ve üretral kateterle drenaj önerilir (7,8). İdrar drenajı için perkütan sistostomide önerilmiştir (6). Miksiyon hissinin geri dönüşünün erken farkedilmesi için, drenaj kateterlerinin zaman zaman kapatılmasının yada aralıklı kateter uygulanmasının daha uygun olacağı kanısındayız.

### Kaynaklar

1. Clason AE, McGeorge A, Garland C, Abel BJ: Urinary retention and granulomatous prostatitis following sacral herpes zoster infection. *Br J Urol* 54: 166-169, 1982.
2. Constantian HM: Herpes zoster causing bladder atony. *J Urol* 102: 689-692, 1969.
3. Jellinek EH, Tulloch WS: Herpes zoster with dysfunction of bladder and anus. *Lancet* 7997: 1219-1222, 1976.
4. Nagington J, Rook A: Virus and related infection. In Rook A, Wilkinson DS, Ebling FJG (eds): *Textbook of Dermatology*. Blackwell scientific publications, London 1979, pp 627-633.
5. Patel BR, Rivner MH: Herpes zoster causing acute urinary retention. *South Med J* 81:929-930, 1988.
6. Persson C, Melchior H: Harnverhaltung bei herpes zoster. *Urologe (A)* 25: 286-287, 1986.
7. Ray B, Wise GJ: Urinary retention associated with herpes zoster. *J Urol* 104: 422-425, 1970.
8. Rothrock JF, Walicke PA, Swenson MR: Neurogenic bladder from occult herpes zoster. *Postgrad Med* 80: 211-216, 1986.