

# Bir Herpes Gestasyonu Olgusu

## A CASE OF HERPES GESTATIONIS

İbrahim KOKÇAM\*, Mehmet ŞİMŞEK\*\*, Ağa KOÇ\*\*\*, Nurten BOZLAK\*\*\*\*

\* YYd.Doe.l).Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD,

\*\* Yrd.Doç.Dr.Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,

»\*\* Arşt.Gör.Dr..Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatolog AD,

\*\*\*\* Arşt.Gör.Dr..kırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji AD. ELAZIĞ

### Özet

**Amaç:** Nadir görülen bir herpes gestasyonu olgusunun sunulması.

**Çalışmanın Yapıldığı Yer:** F.İl. Tıp Fakültesi Dermatoloji, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalları.

**Materyal ve Metod:** 21) baltalık yeye. gövde ve ekstremitelerindeki kaşıntılı döküntüler sebebiyle dermatoloji polikliniğine gönderildi.

**Bulgular:** Özellikle göbek çevresinde daha yoğun olmak üzere karında kaşıntılı polislikli ürtiker benzeri papüller ve plaklar vardır. Benzer lezyonlar sırtta, göğüste ve ekstremitelerde de vardı. Histopatolojik bulgular herpes gestasyonu ile uyumlu idi.

**Sonuç:** Herpes gestasyonu kaşıntı ve deri lezyonları ile karakterize gebeliğin nadir olumsuz bir hastalığıdır. Klinik olarak tanı konulabilir de histopatolojik ve immunopatolojik çalışmalarla tanı doğrulanabilir. Tedavide lokal yöntemler ve sistemik steroidler kulhündür. Kaşıntılı gebelik durumlarında herpes gestasyonu de hatırlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Herpes gestasyonu, ikiz gebelik

T Klin Jineköl Obsi 1999, 9:27-30

### Summary

**Objective:** To present a herpes gestationis case which is seen very rarely.

**Institution:** Fırat University Medical Faculty. Departments of Dermatology, Obstetrics and Gynecology.

**Material and Methods:** 20 weeks of gestational age pregnant was referred to dermatology clinic because pruritic eruptions on her trunk and extremities.

**Findings:** There were itchy polycyclic urticarial papules and wheals on the abdomen, especially around the umbilicus. Similar lesions were presented over the chest, back and extremities symmetrically. Histopathologic results associated with herpes gestationis.

**Conclusion:** Herpes gestationis is a rare autoimmune disease of pregnancy characterized by itching and skin lesions. The diagnosis can be suggested by clinical picture but in can be confirmed using histopathological and immunopathological studies. The treatment of choice is local measures and systemic corticosteroids. Herpes gestationis should be remembered among the pruritic dermatoses of pregnancy.

**Key Words:** Herpes gestationis. Twin pregnancy

T Klin J Gynecol Obst 1999, 9:27-30

Herpes gestasyonu (HG), gebeliğin genellikle ikinci veya üçüncü trimesterlerinde görülen, nüksedebildi, son derece kaşıntılı, başlıca büllöz olmak üzere polimorf lezyonları bulunan, doğumdan sonra belirtilerin haftalar veya aylar içinde azalarak kaybolduğu nadir bir hastalıktır (1). Farklı

**Geliş Tarihi:** 20.03.1998

**Yazışma Adresi:** Dr.İbrahim KÖKGAM  
Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Dermatoloji AD  
23119 ELAZIĞ

kaynaklarda 1/5000, 1/10000, 1/60000 sıklıkta görüldüğü bildirilmiştir (2,3).

Biyolojisi kesin olarak bilinmemekle beraber, otoimmün bir hastalığın birçok özelliklerini göstermesi nedeniyle HG'nin otoimmün bir hastalık olduğu görüşü ön plana çıkmıştır. Direkt immünofloresan çalışmalarda, tüm aktif HG'li olguların normal derisinde ve lezyonların çevresindeki deride bazal membran zonunda lineer şekilde (C3) birikimi gösterilmiştir. Olguların %40-50'sinde aynı çalışmalarda bazal membran zonuna karşı oluşmuş ve komplemanı bağlayan dolanan bir IgG

komponenli (Hcrpes gcstasyoncs faktör) tespit edilmiştir (1 -3).

Etyolojide; hormonlar üzerinde de durulmuş, hastalığın hormonlara karşı aşırı duyarlık sonucu geliştiği ileri sürülmüştür. Hastaların idrar ve serumlarında gonadotropin düzeyleri anormal bir artış göstermektedir. Sonraki gebeliklerde nüksmesi, doğum sonrası adet dönemlerinde şiddetlenmesi, gebe olmayan hastalarda östrojen ve progesteron kullanımının hastalığı başlatabilmesi, hormonların hastalığın ortaya çıkmasında rolü olduğunu düşündürmektedir. HG'nin gebelik yanında mol hidatiform ve koryonik karsinoma ile birlikteliği de bildirilmiştir (2,4).

Burada iki kez ikiz doğum yapmış ve 3. gebelikten itibaren her gebelikte hastalığın tekrarladığı bir HG olgusu nadir görülmesi nedeniyle sunuldu ve ilgili literatür gözden geçirildi.

### Olgu Raporu

M.S. 37 yaşında kadın hasta, beş aylık hamile, iki hafta önce göbek çevresinde başlayıp gövdeye, ekstremitelere ve boyuna yayılan kaşıntılı döküntüler nedeniyle polikliniğimize başvurdu.

Hastanın yedinci gebeliği, öz geçmişinden benzer döküntülerin üçüncü gebelikten itibaren her gebelikte tekrarladığı, üçüncü gebelikte sekizinci ayda, diğerlerinde ise 4-5. aylarda başladığı ve hamilelik boyunca devam ettiği ve doğumdan sonra lezyonların kaybolduğu öğrenildi. Üçüncü ge-

likte hasta tedavi görmemiş ve normal doğumla deri belirtileri olmayan ve bir gün yaşayan bir erkek çocuğu olmuş. Daha sonraki gebeliklerde hastalığın daha ağır seyretmesi nedeniyle sistematik steroid tedavisi uygulanmış. Olgunun 4. ve 6. gebeliklerinden ikiz çocuğu olmuş.

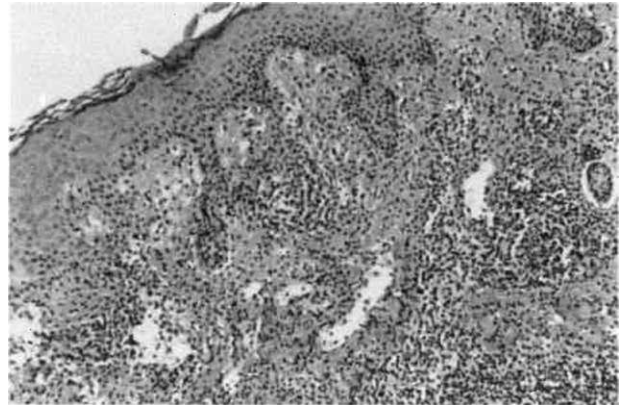
Dermatolojik muayenede; göbek çevresinde daha yoğun olmak üzere 1-2 cm çapından 4-6 cm çapa kadar değişen büyüklüklerde, simetrik, tipik eritema multiforme benzer plaklar vardı. Bazı lezyonların üzerinde 2-3 mm çapında berrak veziküller mevcuttu (Şekil 1). Boyun, kulaklar ve ekstremitelerde yer yer ekskoriye, hafif nurluk skuamli papül ve plaklar vardı. Saçlı deri ve mukozalar doğaldı. Sistemlerin muayenesinde herhangi bir patoloji tespit edilemedi.

Laboratuvar tetkiklerinde; eritrosit sedimentasyon hızı (ESH); 78 mm/h, lökosit; 14.300 mm<sup>3</sup>, eozinofil; %8 idi. Tam idrar, gaitada parazit ve kan biokimyasmda patoloji yoktu. Batın ultrasonografisinde amniyon mayii yeterli canlı bir fötüs rapor edildi. Lezyondan yapılan punch biyopsinin histopatolojik tetkikinde; dermiste perivasküler mononükleer hücrelerden oluşan infiltrasyon ve papiller dermada ödem izlendiği, epidermisde yer yer spongiosis ve intrasellüler ödem ve bazal hücre dejenerasyonu görüldüğü rapor edildi (Şekil 2).

Klinik ve histopatolojik bulgularıyla HG tanısı konulan hastaya, 30 mg/gün oral metil prednizolon başlandı. Ayrıca oral antihistaminik ve topikal steroid tedavisi uygulandı. 2 hafta sonra kontrole



Şekil 1. Olgunun karın bölgesinde eritema multiforme benzeri lezyonlar.



Şekil 2. Lezyonun histopatolojik görünümü (Hx40).

gelen hastanın İczyonlarmda değişiklik olmaması üzerine steroid dozu 40 mg/gün metil prednizolona çıkarılarak yatırıldı. Hastaya, sulu pansuman, topik steroid ve oral antihistaminik tedavisi uygulandı. Bir haftalık tedavi ile lezyonlar geriledi ve kaşıntı azaldı, ikinci hafta oral steroid dozu 30 mg/güne düşürüldü ve on gün sonra lezyonların ileri derecede düzelmesi üzerine steroid dozu 2(mg/güne düşürülerek hasta taburcu edildi.

### Tartışma

HG genellikle ikinci gebelikte başlar. Literatürde ilk gebelikte başlayan olgular da bildirilmiştir. Hastalık genellikle gebeliğin ikinci veya üçüncü trimesterinde ortaya çıkarsa da, daha erken veya doğumdan sonra da ortaya çıkabileceği rapor edilmiştir. Ortalama başlangıç zamanı gebeliğin 21. haftasıdır. Olguların çoğunda hastalığın şiddeti doğuma yakın hafiflediği bildirilmiştir (2). Olgumuzda da döküntüler ilk kez 3. gebeliğin 8. ayında başlamış. Sonraki gebeliklerde ise gebeliğin 16-18. haftalarında ortaya çıkmış ve daha ağır seyretmiştir.

Hastalık; halsizlik, ateş, bulantı, baş ağrısı gibi prodromal belirtilerden sonra kaşıntıyla başlar. İlk lezyonlar genellikle ürtikaryel papüller, plaklar, hedef şeklinde lezyonlar olup, annüler urtika plakları şeklindedir. Daha sonra bu lezyonların üzerinde veziküller veya büyük büller ortaya çıkar. Olguların büyük kısmında döküntü göbek çevresinde başlar, karına ve uyluklara yayılır. Lezyonlar birleşerek polisiklik halkalar oluştururlar. Ekstremiteler, avuç içi ve ayak tabanı da belirgin şekilde tutulabilir. Oral mukoza tutulumu nadirdir. Herpes gestasyonis faktörün transplasental pasif geçişme bağılı olarak yeni doğanda da benzer lezyonlar oluştuğu ve bunların bir kaç hafta içinde kaybolduğu bildirilmiştir (2).

HG olgularında fetal ve maternal riskin artmış olduğu, tedavisiz olgularda, fetal mortalite oranının %30 a vardığı rapor edilmiştir. Shomick ve ark. 1983'de yaptıkları çalışmada prematüre bebek oranını %7.5, abortus oranını %4.8, yeni doğan ölümünü ise %2.5 oranında bulmuşlardır (5). Olgumuzun ilk kez HG'nin görüldüğü üçüncü gebeliğinden doğan çocuğu, bir gün yaşamıştır.

HG'li olgularda lökositoz ve eozinofili en sık görülen laboratuvar bulgusudur. Eozinofilinin, hastalığın şiddeti ile parçelci seyrettiği bildirilmiştir. Eritrosit sedimentasyon hızı da yükselmiştir. Diğer laboratuvar bulguları genellikle normaldir (4). Olgumuzda lökositoz, ESH artışı ve %8 oranında eozinofili vardı.

HG'nin histopatolojisinde taze lezyonlarda dermal papiller ödemle birlikte cozinofiller, lenfositler ve az sayıda nötrofillerden oluşan bir infiltrasyon vardır. Epidermiste spongiöz ve dermal papilla uçlarındaki bazal hücrelerde fokal nekroz, göze çarpar. Ayrıca cozinofiller, lenfositler ve histiositlerden oluşan yüzeysel ve middermal perivasküler bir infiltrasyon söz konusudur. Belirgin veziküler veya büllöz değişiklikler daha eski lezyonlarda görülebilir (1,4).

En çok karıştığı, hastalık polimorf gebelik erüpsiyonu (PGE) olup, bu tablo genellikle primiparalarda ve gebeliğin son trimesterinde, strialar üzerinde başlar, halbuki HG striaları tutmaz. PGE'nin sonraki gebeliklerde yineleme olasılığı %50 oranındadır. Oral kontraseptif ve menstrüasyonla nüks bildirilmemiştir. Ayrıca PGE'li olguların immünofloresan tetkikinde immünglobülin ve/veya kompleman tespit edilememiştir. PGE'li olgularda ikiz gebelik oranının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (2). Bizim olgumuzun 2 kez ikiz gebeliği vardı. Literatürde HG'li olgularda ikiz gebelik sıklığı ile ilgili bir veriye rastlayamadık. Klinik benzerlik göstermesi açısından büllöz pemfigoid de ayrırcı tamda hatırlanmalıdır. Büllöz pemligoidli olguların büyük çoğunluğu doğurganlık yaşının üzerindedirler ve hastalığın seyri gebelikte paralellik göstermez (2).

Hafif HG'li olguların tedavisinde oral antihistaminikle birlikte topik florlú steroidlerin yeterli olacağı, halbuki büllü olgularda sistemde kortikoid tedavisi önerilmektedir. Genellikle 20-100 mg/gün prednizolonun hastalığın kontrolü için yeterli olacağı bildirilmektedir (4). Doğum esnasında veya doğum sonrası alevlenme durumlarında dozun artırılması tavsiye edilmektedir. Ayrıca yüksek doz steroid tedavisine cevap alınamayan olgularda plazmaferez, siklofosamid ve diğer immunosupresiflerle başarılı sonuçlar alındığı bildirilmiştir (1).

### KAYNAKLAR

1. Fine .). Immunobıllous Diseases. In: Sams WM, Lynch IM. eds. Principles ami practice of dermatology. New York: Churchill Livingstone Inc. 1990: 419-39.
2. İşçimen A. Gebelik ve deri. In: Tüzün Y. Kotoğyanı A, Aydemir Lid, Baraıısü O. eds. Dermatoloji. İstanbul: Nobel Tıp Kılapevleıı, 1994: 471-81.
3. Barradori L, Sauıat .IH. Spesifie dermatoses of pregnancy. Arch Dermatol 1994: 130: 778-80.
4. Hanno R, **Saleeby** ER, Knill CA. Disorders of pregnancy. In: Demis DJ, ed. Philadelphia: Harper and Row Pub. 1987: 29-1.
5. Sehorniek JK, Bangert JL, Freeman RG. et al. Herpes gestationis: Clinical and histologic features of twenty-eight cases. J Am Acad Dermatol 1983; 8:214-24.