

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakóltesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

Çocuk Servisi
Olgu Sunumu

8 Kasım 2018 Perşembe

İnt.Dr. Nagihan Çelik



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Servisi
Olgu Sunumu

8 Kasım 2018 Perşembe
İnt.Dr.Nagihan Çelik

Olgu

9 yaşında kız hasta

Yakınması

Sol kolunu yukarı kaldıramama

ÖYKÜ

- 1 hafta önce boyun ağrısı başlamış.
- 2-3 gün sonra da öksürük, balgam, burun tıkanıklığı, ateş, kusma şikayetleri eklenmiş.
- 15/10/18 tarihinde dış merkeze başvurmuş. Orada hastaya ibuprofen ve metpamid başlanmış. İlaçları kullandıktan sonra ellerinde titreme ve sol kolunu yukarı kaldıramamaya başlamış.
- Dirsekten oynatabiliyor fakat omuzdan oynatamıyormuş.
- Tekrar aynı doktora götürülen hasta ileri tetkik ve tedavi amaçlı bize yönlendirilmiş.

ÖZGEÇMİŞ

- **Prenatal:** Annenin 1. gebeliği. Gebeliği boyunca düzenli doktor ve USG kontrolü mevcut. Annenin geçirdiği hastalık yok.
- **Natal:** Miadında, 3600 gr, NSVD ile doğmuş.
- **Postnatal:** Doğar doğmaz ağlamış, morarma yok, küvözde kalma öyküsü yok.

Yoğun bakım yatış öyküsü yok.

Bilinen hastalığı yok.

Hastanede yatış öyküsü yok.

SOYGEÇMİŞ

- **Anne:** 40 yaş, sağ, tip 1 diyabet
- **Baba:** 47 yaş, sağ, Gilbert hastalığı
- Anne ve baba arasında akrabalık yok.
- **1.Çocuk:** hastamız
- Anneannede nefrokalsinozis var.
- Annenin dayısında kolesistektomi öyküsü var.

FİZİK MUAYENE

- **Ateş:** 38 °C
- **Nabız:** 126 /dk
- **Solunum sayısı:** 24 /dk
- **Tansiyon:** 100/60 mmHg
-
- **Genel durum:** İyi ,bilinci açık
- **Cilt:** Turgor, tonus doğal. Ödem, ikter, siyanoz, peteşi, purpura, pigmentasyon bozukluğu yok,
- **Baş boyun:** Saç ve saçlı deri doğal. Kafa yapısı simetrik. Boyunda kitle yok.
- **Gözler:** Işık refleksi bilateral mevcut. Pupiller izokorik.. Göz kürelerin her yöne hareketi doğal.
- **Kulak-burun- boğaz:** Bilateral kulak zarları doğal. Burun tıkanıklığı, akıntısı yok. Orofarenks ve tonsiller doğal
- **Kardiyovasküler:** S1, S2 doğal. S3 yok. Üfürüm yok. AFN her iki alt ekstremitede alınıyor. Kalp tepe atımı 5. interkostal aralıkta.
- **Solunum sistemi:** Her iki hemitoraks solunuma eşit katılıyor. Toraks deformitesi yok. Retraksiyon yok. Dinlemekle ral, ronküs, ekspiryum uzunluğu yok.
- **Gastrointestinal sistem:** Batın normal bombelikte. Barsak sesleri doğal. Palpasyonla defans, rebound yok. Hepatomegali ve splenomegali yok. Traube alanı açık.
- **Genitoüriner sistem:** Haricen kız. Anomali yok.

NÖROLOJİK MUAYENE

Bilinci açık, yönelimi ve iletişimi tam

Konuşma bozukluğu yok.

Ense sertliği yok, kernig (-), brudzunski (-)

DIR/IDIR: ++/++

Kraniyal sinir muayenesi doğal.

Yürüyüş ve postür normal.

Kas kuvveti: sol üst extremitede omuz ekleminde 1/5; dirsek ekleminde 2/5; el bileğinde 3/5; parmak fleksörlerinde 4/5.

Diğer extremitelerde 5/5

Duyu muayenesi doğal.

DTR normoaktif.

Patolojik refleks mevcut değil.

Hastanın boyun ağrısı mevcut

LABORATUVAR

Hemogram

WBC:13.000/mm³

NEU: 9.900/mm³

RBC:4580/mm³

HGB: 11.4 g/dL

HCT: % 35.6

MCV: 77.8 fL

PLT: 370.000/mm³

Sedim: 17 mm/h

Biyokimya

Cl:104.1 mmol/dl

Na: 136.6 mmol/dl

K: 4.19 mmol/dl

BUN: 9 mg/dl

Kreatinin: 0.39 mg/dl

Glukoz: 133.9 mg/dl

T.protein: 77.18 g/dl

Albumin: 46.20 g/dl

Globulin: 30,98 g/dl

T.bilirubin: 0.22 mg/dl

D.bilirubin: 0.05 mg/dl

Ürik asit: 1,41 mg/dl

CRP: 0,36

CPK:65

ASO: 497

RF: negatif

- Otoantikorlar negatif.
- PCR; HSV ve EPA paneli negatif.
- Seroloji; Brucella negatif

BOS incelemesi

Glukoz: 60.2 mg/dl (Eş zamanlı kan şekeri 133 mg/dl)

Protein: 64.12 mg/dl

LDH:31 U/L

Hücre sayımı: 8 lökosit, 1 eritrosit görüldü.

BOS kültüründe ve kan kültüründe **candida spp** üredi.

Oligoklonal bant negatif geldi.

BOS IgG indeksi normal.

Anti-NMO: Sonuç bekleniyor.

Anti-MOG: negatif geldi.

MR-Servikal Vertebra

Kranioservikal bileşkeden T2 düzeyine dek uzanan uzun segment spinal kordda T2 sinyal artışı izlenmektedir. Bulgular transvers myelit ile uyumlu olabilir.

MR- Orbita

Her iki bulbus okuli , bilateral optik sinirler ve ekstraoküler kaslar normal olarak değerlendirildi.

Optik chiasma düzeyinde patoloji dikkati çekmedi. Her iki kavernöz sinüs normal görünümündedir.

MR-Beyin

Belirgin intrakranial patolojik sinyal izlenmedi.
Diffüzyon kısıtlılığı veya patolojik kontrast tutulumu izlenmemiştir.

- **ÖN TANILAR???**

AKUT FLASK MİYELİT

Virüsler, çevresel toksinler veya genetik bozukluklara bağlı olarak ortaya çıkan bir tablodur.

Omurilikte özellikle ön boynuz tutulumu olur.

Akut flask miyelit nadir fakat ciddi bir durumdur.

Kalıcı sekeller bırakabilir.

Çoğunlukla Enterovirüs D68 ile ilişkili.

ETKENLER

Poliovirüs

Nonpolio enterovirüsler(en sık Enterovirüs D68)

Batı Nil virüsü

Adenovirüs

Japon ensefaliti virüsü

Genellikle BOS'ta ve kanda üreme yok,
nazofarinks örneklerinde etken izole edilebilmiş.
solunum örneklerinde en çok bu etkene
rastlanmıştır.

KLİNİK

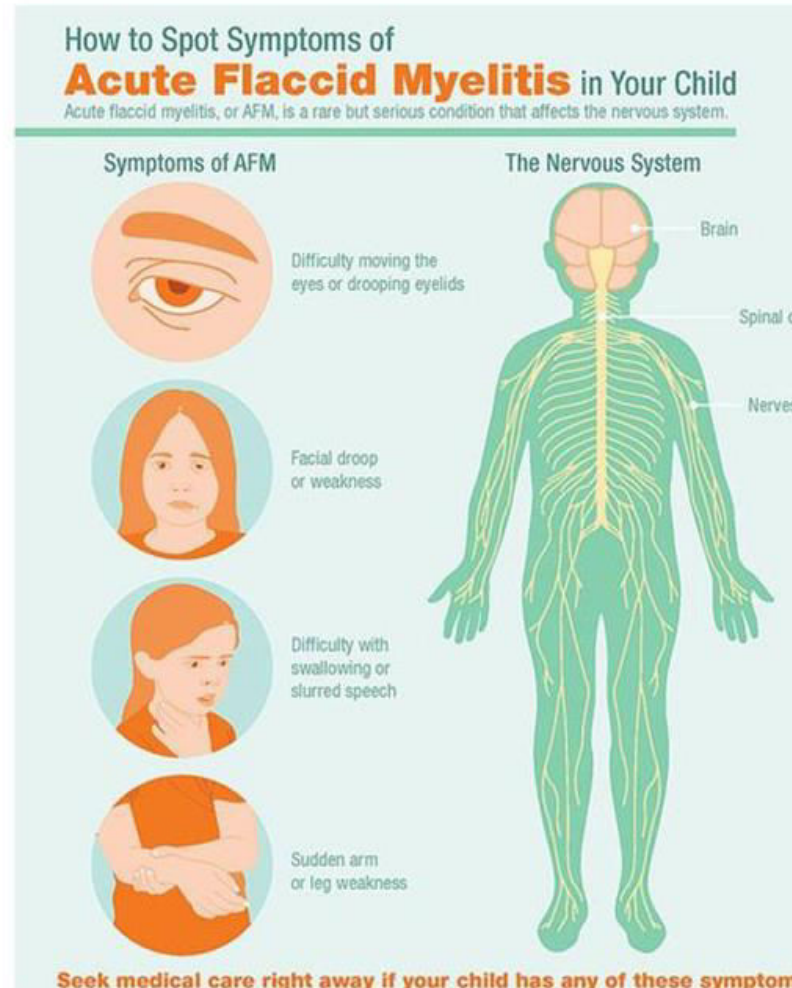
- Ateş, solunum semptomları nörolojik semptomlardan önce başlar.
- Solunum semptomlarından yaklaşık 7 gün sonra nörolojik semptomlar gelişir.
- Nörolojik semptomlar; Kas güçsüzlüğü, kas tonusunda azalma
- Özellikle proksimal kaslarda güçsüzlük görülür.
- Değişik kranial sinir tutulumları olabilir(Oftalmopleji, dizartri, disfaji, yüz kaslarında güçsüzlük)

AFM Clinical Presentation

Patients with AFM present with acute focal limb weakness, frequently two to three weeks after a respiratory or febrile illness.

They may also have facial droop, diplopia, dysphagia, or dysarthria.

AFM is identical in clinical presentation to the illness caused by poliovirus and affects the same region of the spinal cord.



BOS

- Pleositoz görülebilir.

AYIRICI TANI

- Akut Transvers Miyelit
- Poliomyelit
- Guillain Barre Sendromu
- Nöromiyelitis Optika
- Travma

AYIRICI TANI

AKUT TRANSVERS MİYELİT

Omuriliğin immün aracılı segmental inflamasyonudur.

Genellikle bimodal dağılım gösterir. 10-19 ve 30-39 yaşları arasında görülme sıklığı yüksektir.

Patogenezi tam bilinmemekte.

Hastaların %30-60 ında idiyopatiktir. Solunum-gis veya sistemik bir enfeksiyon sırasında veya sonrasında görülür.

T hücre aracılı otoimmünite sorumlu.

Enfeksiyöz ajanların tetiklediği self-antijenlere immün tolerans bozukluğu söz konusu.

PATOGENEZ

T hücre aracılı otoimmünite sorumlu.

Myelin basic protein(MPB), myelin oligodendrosit glikoprotein(MOG), miyelin associated glikoprotein(MAG) immün atağın hedefidir.

ETYOLOJİ:

- Vasküler hastalıklar
- Enfeksiyonlar
- Postenfeksiyöz hastalıklar
- Kollajen doku hastalıkları
- Aşılar(kuduz, suçiçeği,tetanoz,influenza)
- Neoplaziler

- Transvers miyelit klinik bulgularının ortaya çıkışından önce ateş, miyalji, sırt ağrısı, extremitte ağrıları, paresteziler görülebilir. Daha sonra hızla parapleji, tetrapleji, duyu kaybı, otonomik disfonksiyon, sfinkter kusuru, seviye veren duyu kusuru gelişir.
- En sık torakal segmentler tutulur. Çocuklarda servikal segment tutulumu yetişkinlerden sıktır. Ve solunum yetmezliğine neden olabilir.
- DTR azalmış ve kaybolmuştur.
- Flask bir paralizi vardır.

- Ense sertliği bulunabilir.
- Nörolojik bulgular birkaç gün içinde maksimum düzeye ulaşır, başlangıçta extremiteler flask iken 2. haftaya doğru piramidal bulgular ortaya çıkar ve 2. haftadan sonra spastisite başlar.

Tanı kriterleri:

- 1) Medulla spinalis kökenli duysal, motor ve otonomik fonksiyon bozukluğu
- 2) Bilateral belirti ve bulgular (simetrik olması koşul değil)
- 3) Düzey veren duyu düzeyi
- 4) Nörogörüntüleme ile ekstraaksiyal kompresif nedenlerin dışlanması (Spinal MR veya myelografi ile)
- 5) Beyin omurilik sıvısında (BOS) da pleositoz, veya yüksek IgG indeksi veya postkontrast parlaklaşma ile medulla spinaliste inflamasyonun gösterilmesi
(Başlangıçta bu bulguların hiçbirisi yoksa, semptomların başlangıcından itibaren 2-7 gün içinde PL ve MR incelemesi tekrarlanır)
- 6) Semptomların başlangıcından itibaren 4 saat ve 21 gün içinde ilerleme olması

POLİOMİYELİT

- Medulla spinalisin ön boynuzu tutulur.
- Prodromal semptomlar halsizlik, ateş, baş ağrısı, kas ağrıları, boğaz ağrısı, iştahsızlık, bulantı, kusmadır.
- Ardından kas güçsüzlüğü başlar.
- Genellikle alt extremité tutulur.
- Genellikle asimétrik tutulum vardır.
- Tendon refleksleri azalmış ya da kaybolmuştur.
- Objektif duyu kusuru yoktur.

GUILLAIN BARRE SENDROMU

Postenfeksiyöz demiyelinizan polinöropati

Olguların 2/3 ünde başlangıç semptomlarından 6 hafta öncesinde ÜSYE, ishal veya üriner enfeksiyon öyküsü vardır.

Etken en sık campylobacter jejuni dir.

Hasta en sık akut yürüme bozukluğuyla gelir.

Asendan seyirli kas güçsüzlüğü görülür.

Hastaların yarısında kranial sinir tutulumu olur. en sık 7. kranial sinir tutulur.

NÖROMİYELITİS OPTİKA

- Optik nörit + transvers miyelit
- Aquaporin 4 reseptörlerine karşı gelişen antikorlar vardır.

TEDAVİ

- İV steroid, İViG veya plazmaferez uygulanabilir.
- Ancak akut düzelme nadirdir.
- Hastaların % 16' sında kür sağlanabilmiştir
yüzde 84' ünde kas gücü zayıflığı devam eder.

- Dinlediğiniz için teşekkürler....