



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Servisi

Olgu Sunumu

20.11.2019

Araş. Gör. Dr. Gözde ÖRÇEN



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Servis Olgu Sunumu

20.11.2019

Araş. Gör. Dr. Gözde ÖRÇEN

Araş. Gör. Dr. Begüm KAVAKLI

OLGU

- 1 yaş 10 ay kız hasta
- **Şikayet** : Halsizlik, nöbet geçirme, yürümede bozulma

Hikayesi

- Bilinen herhangi bir hastalığı olmayan 1 hafta önce iştahsızlık, 38 derece ateş, 1-2 kez kusması olan hasta nöbet geçirme şikayetiyle dış merkeze başvurmuş.
- Gözlerde bir noktaya odaklanma ve tüm vücutta kasılma şeklinde olmuş, yaklaşık yarım saat sürmüş.
- 2 kez rektal yolla diazem uygulanmış.
- Hasta febril konvülziyon olarak değerlendirilmiş.

Hikayesi

- Taburculuktan sonra 1 hafta boyunca evde ateşı aralıklı devam etmiş.
- Anne sonrasında sol ayağını kaldıramadığını farketmiş, yürümesinde, başını tutmasında ve konuşmasında bozulma olmuş.
- Aile bu sebeple çocuk acilimize başvurmuş.

ÖZGEÇMİŞ:

- **Prenatal:** Özellik yok.
- **Natal:** 3500 gr olarak miadında C/S yolla doğmuş.
- **Postnatal:** YBYÜ yatış yok.Fototerapi almamış.
- Aşıları tam.
- Nörolojik gelişimi yaşıtlarıyla uyumlu seyretmiş.3 aylıkken başını tutuyormuş.1 yaşında yürümeye başlamış.
- Bilinen hastalığı,alerjisi yok.Geçirilmiş operasyon yok.

SOYGEÇMİŞ:

- **Anne:** 29 yaş,SS
- **Baba:** 34 yaş,SS
- **1.çocuk:**9 yaş,erkek,SS
- **2.çocuk:**4 yaş,erkek,SS
- **3.çocuk:**Hastamız
- Anne ve baba arasında akrabalık yok.
- Ailede bilinen hastalık yok.

Fizik Muayene

Ateş: 36,9 °C

SPO2: 99%

SS: 28/dk

TA: 90/60 mmHg (50-90 p)

KTA: 93/dk

Boy: 75 cm (<3 p)

Kilo: 10 kg (12 p)

Fizik Muayene

Genel durum: Orta-iyi. Bilinç açık, oryante, koopere.

Deri: Turgoru doğal. KDZ < 2 sn.

Baş ve boyun: Saç ve saçlı deri doğal. LAP yok.

Gözler: IR+ / +. Göz hareketleri doğal.

KBB: Tonsilllorofarenks doğal.

KVS: S1+S2 doğal. Ek ses ve üfürüm duyulmadı.

Solunum Sistemi: Dinlemekle doğal. Ral, ronkus yok. HİHTSEK +

Batın: Rahat. Defans yok . Rebound yok . HSM yok.

Ekstremiteler: Kas kitlesi doğal. Periferik nabızlar açık. Pretibial ödem yok.

Nöromuskuler sistem: Sol tarafta hemiparezi + Ense sertliği yok. Uykuya meyil +

Genital muayene: Haricen erkek.

Diğer sistem muayenelerinde özellik yok.

Laboratuvar Bulguları:

- Beyaz küre: 6900/mm³
- Nötrofil: 1700/mm³
- Hb: 9,5 g/dL
- MCV: 59,2 fL
- Trombosit: 490,000/mm³
- Sedimentasyon: 3 mm/s
- CRP: 2,5 mg/l
- TİT:Normal
- Açlık Kan Şekeri :96,2 mg/dl
- BUN:13 mg/dl
- Üre:28 mg/dl
- Kreatinin:0,2 mg/dl
- Total protein:61,8 g/L
- Albumin:39 g/L
- Na:137 mmol/L
- K:4,7 mmol/L
- Cl:105,4 mmol/L
- Ca:9,6 mg/dl
- Mg:2,5 mg/dl
- P:4,7 mg/dl
- Ürik asit:1,2 mg/dl

Patolojik Bulgular

- ★ Ateş,kusma
- ★ Konuşmada ve yürümede bozulma
- ★ Uyku hali,sol tarafta hemiparezi
- ★ Jeneralize tonik klonik nöbet

Ön tanılar?



ÖN TANILAR

- ADEM
- Serebrovasküler Olaylar
- Menenjit
- Meningoensefalit
- Ensefalit
 - Viral Ensefalit
 - Otoimmün Ensefalit
 - Toksik Ensefalit
 - Metabolik Ensefalit

KLİNİK SEYİR

- **Kraniyal MR:**

Bilateral frontalde sentrum semiovale düzeyinde, korpus kallosum genu ve spleniumunda ve sağ temoral lobda diffuzyon kısıtlılığı izlenmektedir. Postkontrast görüntülerde sağ parietotemporalde leptomeningial kontrast tutulumu izlenmektedir. Bulgular öncelikle meningoensefalit ile uyumlu olabilir. Daha düşük olasılıkla ayırıcı tanıda vaskulitik süreçler yer alabilir.

- **EEG:**

- Sol fronto-santral bölgede sık ortaya çıkan epileptiform desarjlar izlenmektedir.

KLİNİK SEYİR

- Lomber ponksiyon incelemesi:

Protein: 32,5,9 mg/dL

Glukoz: 53 mg/dL (Eş zamanlı KŞ:110 mg/dL)

Hücre sayımı: 3 lökosit/mm³.

56 eritrosit/mm³

Gram boyama: nadir lökosit, bakteri yok.

KLİNİK SEYİR

- BOS örneğinden gönderilen PCR incelemesinde **HSV 1 pozitif** saptandı.
- **İdrar kültürü:** Bakteri üremedi.
- **Kan kültürü:** Bakteri üremedi.
- **BOS kültürü:** Bakteri üremedi.

KLİNİK SEYİR

- Hastamıza 15 mg/kg/doz 'dan 3 dozda olmak üzere asiklovir tedavisi başlandı.
- 2 mg/kg/gün 'den metil prednisolone tedavisi başlandı.
- İzlemlerinde nöbetleri tekrarlamadı. Hastanın bilinci açık, etrafla ilgiliydi. Konuşmaya ve yürümeye başladı.
- BOS'ta HSV PCR' ın tedavi bitimine yakın tekrar gönderilmesi planlandı.
- İntravenöz asiklovir tedavisinin 21 güne tamamlanmasına karar verildi.
- Oral kortikosteroid tedavisi 14 güne tamamlandıktan sonra azaltılarak kesilmeye başlanması planlandı..

ENSEFALİT

- Ensefalit beyin parankiminin inflamasyonudur.
- Belirgin olarak nörolojik işlev bozuklarıyla seyreder.
- Olguların yaklaşık % 50'sinde etyolojik neden belirlenemez.
- Enfeksiyon nedeni ya da enfeksiyon dışı nedenlerle gelişebilir.
- Enfeksiyon etkenlerinin neden olduğu ensefalitlerin büyük bir bölümünde etken virüslerdir.
- Çocuklarda görülme sıklığı erişkinlerden daha fazladır.

- **Karakteristik klinik özellikleri:**

Ateş, baş ağrısı, mide bulantısı ve kusmanın eşlik ettiği bir ön-dönemin ardından nörolojik sorunlar gelişir. ;mental durum, davranış ve kişilik değişikliği, motor ya da duyuşal kusur, hareket bozuklukları, epileptik nöbet, stupor ve koma.

- **Patolojik göstergeler:**

Bos bulguları ve / veya beyin görüntüleme , EEG de tanıya yardımcıdır.

HERPES VİRUS ENSEFALİTİ

- Herpes virüsler erişkinlerde ensefalitlerin en sık nedeni, çocuklarda ise enterovirüslerden sonra 2.sık karşılaşılan etkindir.
- Ölümle ya da kalıcı nörolojik sorunlarla sonlanma olasılığı yüksektir.
- Yıllık görülme sıklığı milyonda 2–3 olgudur.
- Herpes virüs ensefaliti olgularının %95'i HSV-subtip 1 nedenlidir.
- Yenidoğanlarda HSV tip 2 nedenli ensefalit olguları daha çoktur.
- Oro-farengiyal mukoza, konjonktiva ve hasarlı deriden vücuda giren virüsler nöronlarda latent olarak kalır.
- Tekrarlayan enfeksiyonlara neden olmaktadır.

Klinik Bulgular :

- Ateş, baş ağrısı, bilinç durumunda değişiklik
- Görme sorunları, konuşma bozukluğu
- Hemiparezi, fokal motor nöbetler

Daha az olarak :

- Ataksi, görme keskinliğinin azalması, jeneralize tonik klonik nöbetler
- Konuşamama ve koku algısında değişiklik
- Davranış değişiklikleri

TANI:

- Öykü ve fizik muayene ile klinik kuşku
- MR görüntülemesi
- Bos incelemesi
- EEG

BOS İNCELEMESİ

- Özellikle çocuk olgularda ilk bos incelemesi normal olabilir, PCR incelemesi negatif saptanabilir.
- Klinik kuşkunun yüksek olması durumunda 2. bir örnekleme yapılmalıdır.
- Hücre sayısı yüksek (lenfosit hakimiyeti belirgin, genellikle $<1000/\text{mm}^3$)
- Bazı olgularda ilk günlerde BOS bulguları normal olabilir.
- Protein yüksek ; Normal BOS proteini 45 mg/dl'nin altındadır. Virüs nedenli ensefalitlerde protein düzeyleri yükselir ancak genellikle 100 mg/dl'nin altındadır.
- Bos glikozu normal aralıkta olabileceği gibi bazı olgularda düşük de izlenebilir.

- Bos'da PCR ile HSV-DNA araştırılması tanı için altın standart olarak kabul edilmektedir.
- Hastalık belirtilerinin başlangıcından 24 saat sonra- tedavi başlangıcından bir hafta sonrasına kadar alınan örneklerde pozitif saptanabilir.
- Yapılan çalışmalarda PCR ile HSV DNA saptanması %98 duyarlı % 94 – 100 özgül olduğu saptanmıştır.

GÖRÜNTÜLEME YÖNTEMLERİ

- HSV ensefalitinde karakteristik olarak temporal lobda fokal hemorajik ve nekrotik lezyonlar meydana gelir. Bu özellik ayırıcı tanıda önemlidir.

EEG

- Yapılan ilk EEG, herpes ensefaliti olguların % 60 – 65’inde anormaldir ve belirgin lokalizasyon gösterir.
- Patognomik bir EEG bulgusu yoktur. Ancak bulgular tanısaldır.
- Fokal/ diffüz EEG yavaşlaması, fokal keskin dalga ya da dikenler görülebilmektedir.

TEDAVİ

- Ensefalit hayatı tehdit edici acil bir durumdur. Bu nedenle hızlı bir şekilde etkin tedaviye başlanması gerekir.
- Değerlendirme ve yönetim genellikle eş zamanlı olarak yapılır.
- Ampirik antimikrobiyal tedavi ve destekleyici bakım çocuklarda viral ensefalit tedavisinin temelini oluşturur.

- **Ampirik tedavi:** bir patojen ya da alternatif tanı tespit edildiğinde değiştirilebilir.
- **Destekleyici bakım:** ensefalit tedavisinde kritik bir husustur. Başlangıçtaki destekleyici bakım; Solunum ve kardiyolojik açıdan hastanın kontrol altında tutulması, gerekirse destek tedavisi verilmesi ve nöbet tedavisini içerir.

- Ağır klinik bulgularla seyreden ensefalit olguları yoğun bakımda izlenmelidir.
- Yeniden görüntüleme, beklenen iyileşmeyi göstermeyen hastalarda düşünülür.
- Beyin tomografisi akut değişiklikleri değerlendirmek için, MR görüntülemesiye daha ayrıntılı tanısal ve prognostik bilgi istendiğinde kullanılır.

AMPIİRİK TEDAVİ

- HSV ensefaliti yıkıcı bir enfeksiyondur.
- Uygun şekilde tedavi edildiğinde dahi kalıcı nörolojik sorunlarla iyileşme söz konusudur.
- Pediatrik ve yetişkin hastalarda yapılmış çok sayıda küçük randomize çalışmada, HSV ensefalitinde virüs karşıtı tedavinin ölüm oranını azalttığı bulunmuştur.
- Bu nedenle ensefalitten şüphelenildiğinde damar yoluyla asiklovir tedavisinin zaman kaybetmeden başlanması önerilir.
- Asiklovir dozu: 8 saatte bir 15 mg /kg (iv)

- Ampirik asiklovir tedavisinin süresi laboratuvar sonuçlarına bağlıdır.
- Bos sonucu pozitif ise, tedavi 21 gün devam etmelidir.
- Tedavisinin sonuna doğru kontrol BOS örneği alınarak PCR çalışması yapılmalıdır.
- Bos PCR incelemesi pozitif kalırsa asiklovir tedavisine devam edilmelidir.

- HSV enfeksiyonu sonucu glial hücrelerin ürettiği sitokin ve kemokinler ile beyinde başlayan nöroimmün yanıt sonucunda beyin hasarı gelişmektedir.
- Bu nedenle asiklovir tedavisine ek olarak kesin kanıtlanmış bir yararı olmamakla birlikte kortikosteroid tedavisi de denenmektedir.

KOMPLİKASYONLARIN YÖNETİMİ

OLASI KOMPLİKASYONLAR

- 1)Virüs nedenli ensefalitlerde birincil ya da ikincil nöbetlerin önlenmesi için antiepileptik ilaçların rutin kullanımı için yeterli kanıt bulunmamaktadır.
- 2)Serebral ödem
- 3)Elektrolit bozuklukları
- 4)Kardiyovasküler ya da solunum arresti

SONUÇ

- Ateş, bilinç bozukluğu, nörolojik defisit ile gelen olgularda özellikle HSV ensefaliti düşünülmeli ve zaman kaybedilmeden asiklovir tedavisi başlanmalıdır. Böylece hem mortalite hem de morbidite azalacaktır.

KAYNAKÇA

- https://www.uptodate.com/contents/search?search=ensefalit&sp=0&searchType=PLAIN_TEXT&source=USER_INPUT&searchControl=TOP_PULLDOWN&searchOfset=1&autoComplete=false&language=&max=0&index=&autoCompleteTerm=
- https://www.journalagent.com/vtd/pdfs/VTD_13_4_131_133.pdf
- <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/108027>
- http://www.floradergisi.org/getFileContent.aspx?op=html&ref_id=51&file_name=1996-1-2-123-126.htm&_pk=ea4377ba-c5b3-4d8c-8a10-3990764486ab
- http://file.atuder.org.tr/_atuder.org/fileUpload/EXbCFNf4TNEb.pdf

TEŞEKKÜRLER