



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Mavi Servis Olgu Sunumu

05.12.2023

Arş.Gör.Dr.Ömer Muhideen



- **Olgu:**

- 16 yıl 3 ay, erkek hasta

• Şikayeti:

- Bayılma, nefes almakta zorlama, ağızda köpürme, nöbet.

• Hikayesi:

- Baş ağrısı, ense ağrısı ve ateşi olmuş ancak parasetamol ve deksketoprofen ile semptomları gerilemiş.
- Bu Őikayetlerinden 2 gün sonra sabah saatlerinde hastanın annesi bir sesle uyanmış. Annesi hastayı yerde bulmuş, hasta inleme Őeklinde sesler çıkarıyormuş. Seslenmesine rağmen tepkisizmiş.
- Ağızında köpürme olmuş ve nefes alma çabasındaymış. İdrar kaçıрма (inkontinans) olmuş. Eşlik eden dışkı kaçıрма (enkoprezis), bulantı ve kusma olmamış. Vücudunda kasılma (tonik-klonik) olmamış.

- Hikayesi:

- 112 ile hastanemize başvuran hasta düşme nedeniyle öncelikle travma olarak değerlendirilmiş.
- Beyin ve servikal BT'sinde travmaya ikincil bir patolojiye rastlanmaması üzerine hasta nöbet etiyolojisinin araştırılması için tarafımıza yönlendirilmiş.

Özgeçmiş:

• Antenatal dönem:

- Annenin 1. gebeliği. Gebelik boyunca düzenli hekim ve ultrason izlemi var. İzlemlerde bir sorun saptanmamış. Gebelik sırasında sigara, alkol, ilaç, madde kullanımı, kanama, akıntı, radyasyonla karşılaşma, idrar yolu enfeksiyonu, döküntülü ya da ateşli hastalık geçirme öyküsü yok.

• Perinatal dönem:

- Miadında, doktor yardımıyla, normal spontan vajinal yolla 3600 gram olarak doğmuş.

• Postnatal dönem:

- Doğar doğmaz ağlamış. Morarma, kordon dolanması olmamış. Hemen soluk almış. Soluk alması ya da ağlaması için özel bir işlem uygulanmamış.

• Beslenme:

- Doğumdan sonra ilk kez, ilk 1 saat içinde anne sütü ile beslenmiş.

• Büyüme ve Gelişme:

- Nörolojik gelişimi yaşitlarıyla paralel seyretmiş.

• Aşılar:

- Sağlık bakanlığı aşı takvimindeki yaşına uygun aşılarının tamamını yaptırmış.

• Hastalıklar:

- Ameliyat/kaza geçirme, kan alma, hastane yatışı, döküntülü hastalık, yineleyen hastalık öyküsü yok.

• Alerji öyküsü:

- Yüzde kızarıklık, sürekli burun akıntısı, sık nezle, ilaç ya da besin alerjisi, ailede besin alerjisi öyküsü yok

• Asalak öyküsü ve diğer durumlar:

- Solucan, kurt, şerit düşürme; burunda, makatta kaşıntı; toprak yeme; tırnak yeme öyküsü yok. İdrar kaçırmaya öyküsü yok.

Soygeçmiş:

- Anne: 43 yaşında, lise mezunu, kasiyer, sağ-sağlıklı
- Baba: 43 yaşında, ortaokul mezunu, ?, sağ-sağlıklı
- 1. çocuk: Hastamız
- Aile tipi çekirdek. (Anne baba ayrı).
- Evde hayvan beslenmiyor.

Fizik Muayene

• Vital Bulguları

- **Ateş:** 36.3 °C
- **Kalp tepe atımı:** 102 atım/dk (50-90p:)
- **Solunum sayısı:** 28/dk (50-90p:)
- **Kan basıncı:** 130/80 mmHg (50p: 90p:)
- **SPO2:** %95

• Antropometrik Ölçümleri

- **Boy:** 175 cm, 54p, +0,12 SDS
- **Ağırlık:** 76 kg, 77p, +0,74 SDS
- **VKİ:** 24,8 kg/m², 79p, +0,78 SDS

- Genel durum iyi.
- **Deri:** Deri rengi normal. Solukluk, sarılık, morarım, peteşi, purpura, renk değişikliği alanı, hemanjiyom, avuç içi eritemi yok.
- **Lenf düğümleri:** LAP izlenmedi.
- **Baş - boyun:** Saç ve saçlı deri doğal. Kafa yapısı simetrik. Guatr, kitle, venöz dolgunluğu yok.
- **Gözler:** Çekiklik, epikantus, hipo-telorizm / hiper-telorizm yok. Işık refleksi iki yanlı var. Pupiller izokorik. Konjonktiva ve skleralar doğal. Gözlerin her yöne hareketi doğal.
- **Kulak, burun, boğaz dizgesi:** Kulak biçimi, yerleşimi doğal. Burun kanatları, bölmesi, mukozası doğal. Burun tıkanıklığı, akıntısı yok. Duduklar, mukozalar, dişler, diş eti, dil doğal. Yumuşak-sert damak, küçük dil, boğaz, bademcikler doğal. Akıntı yok.
- **Dolaşım dizgesi:** Kalp tepe atımı 5. kostalar arası aralıkta. Kalp ritmi doğal. Kalp sesleri S1, S2 doğal. S3 yok. Üfürüm yok. Tril ele gelmiyor. Femoral atardamar nabızları iki yanlı alınıyor.
- **Solunum dizgesi:** Göğüs biçimi doğal. Rozari yok. Her iki göğüs yarısı solunuma eşit katılıyor. Solunum sıkıntısı, takipne yok. Çekilme yok. Hışıltı yok. Dinlemekle ral, ronküs, ekspiryum uzunluğu yok.

Fizik Muayene

- **Karın:** Çöküklük / kabarıklık / kitle yok. Bağırsak sesleri doğal. Duyarlık, defans, rebound yok. Karaciğer sağ ve sol lobu ele gelmiyor. Dalak ele gelmiyor. Traube alanı açık. Fıtık saptanmadı.
- **Kas - iskelet dizgesi:** Kas kitlesi ve tonusu doğal. Ödem yok. Çomak parmak yok. Tırnaklar doğal, kapiller geridolum süresi normal (<2 sn).
- **Sinir dizgesi:**
 - Bilinç açık, **uykuya eğilimi mevcuttu.**
 - Kooperasyonu tamdı.
 - Kas gücü, tonusu normal.
 - Kafa çifti sinirlerinin muayenesi doğal.
 - Taraf veren nörolojik muayene bulgusu yok.
 - **Ense sertliği yok ancak boyun ağrısı tanımlıyor**

Patolojik bulgular yansısı

- Baş ağrısı, ense ağrısı
- Ateři
- Tepkisizlik
- İnlleme řeklinde sesler
- İdrar kaçıırma
- uykuya eğilimi

- HANGİ TETKİK İSTERSİNİZ?



- ÖN TANILARINIZ NELERDİR?

LABORATUVAR

• Hemogram

- WBC - 6,170/ μ L
- NEU - 3,970 / μ L
- NEU % - % 64,3
- LYM - 1,580/ μ L
- MONO - 560 / μ L
- EOS - 30 / μ L
- BASO - 30 / μ L
- HGB - 14,70 g/dL
- HCT - 41,0 %
- MCV - 83,20 fL
- MCHC - 35,90 g/dL
- PLT - 175 .000 / μ L

• Biyokimya

- Açlık Kan Şekeri - 92,5 mg/dL
- Ürea - 18 mg/dL
- BUN - 8,41 mg/dL
- Kreatinin - 0,91 mg/dL
- AST - 15,7 U/L
- ALT - 13,7 U/L
- ALP - 104 U/L
- LDH - 269 U/L
- Protein, Total - 62,1 g/L
- Albumin - 41 g/L
- Düzeltilmiş Sodyum - 139,9 mmol/L
- Potasyum - 4,44 mmol/L
- Klor - 107 mmol/L
- Düzeltilmiş Kalsiyum - 8,96 mg/dL
- Magnezyum - 2,02 mg/dL
- Fosfor - 1,99 mg/dL
- Ürik asit - 5,5 mg/dL
- **CRP - 7,09 mg/L**

• Tam İdrar Tahlili

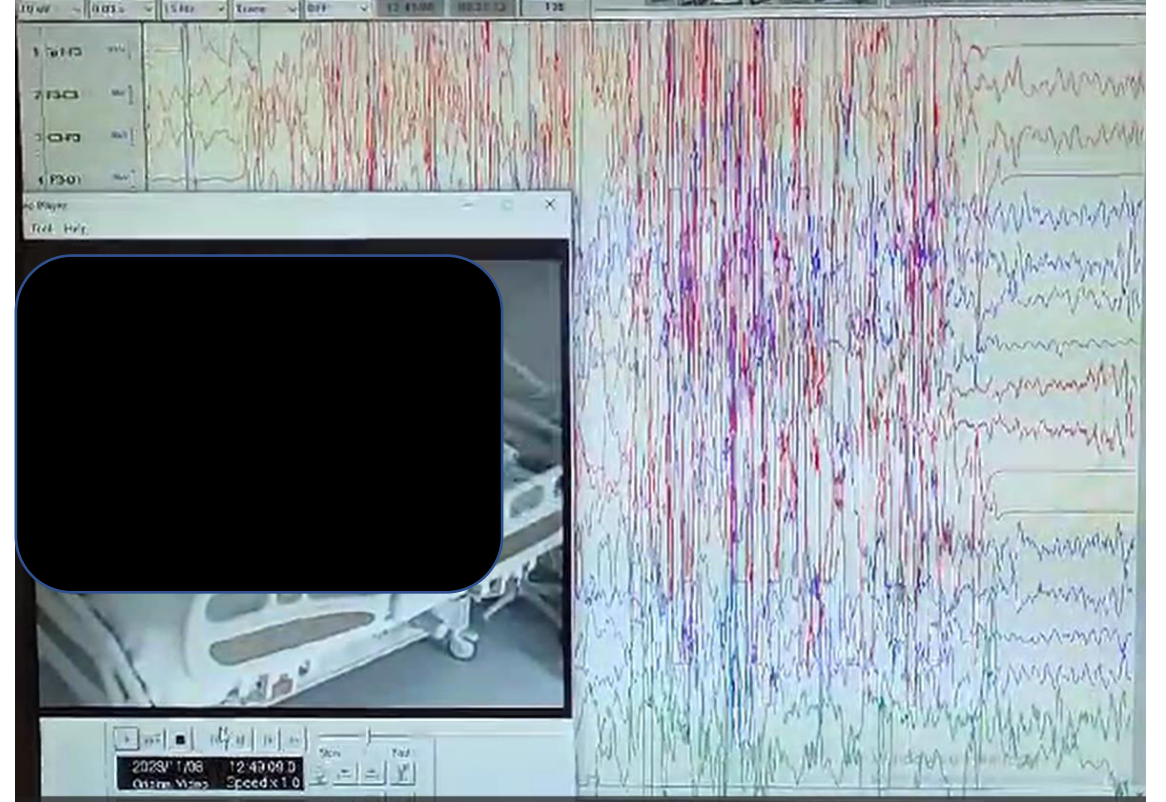
- Renk - AÇIK SARI
- Bulanıklık - BERRAK
- pH - 6,0
- Dansite - 1,011
- Kan - NEGATİF(-)
- Lökosit - NEGATİF(-)
- Glukoz - NEGATİF(-)
- Protein - NEGATİF(-) mg/dL
- Bilirubin - NEGATİF(-) mg/dL
- Keton - NEGATİF(-) mg/dL
- Nitrit - NEGATİF(-)
- Urobilinojen - NORMAL
- Askorbik Asit - 0 mikromol/L
- Mukus - 1 /HPF

• Kan gazı

- pH - 7,396 (+)
- PCO2 - 43,4 mmHg
- PO2 (Kısmi oksijen basıncı) - 43,7 mmHg
- Na+ (Sodyum) - 134 mmol/L
- K+ - 3,5 mmol/L
- iCa+ - 1,19 mmol/L
- Cl - 111 mmol/L
- Glukoz - 86 mg/dL
- Laktat - 25 mg/dL
- cHCO3 - 26,1 mmol/L

EK TETKİK - EEG

- Jeneralize tonik-klonik tarzda nöbetleri olan hastanın Juvenil miyoklonik epilepsi açısından EEG görüntülemesi yapıldı. EEG'de nöbet yakalandı.
- Raporu "Sol frontal-santral bölgeden başladığı düşünülen 1 dk 25 sn süreli klinik ve elektriksel bulguların eşlik ettiği nöbet aktivitesi kaydı yapılmıştır." olarak yorumlandı.



EK TETKİK - LOMBER POKKSİYON

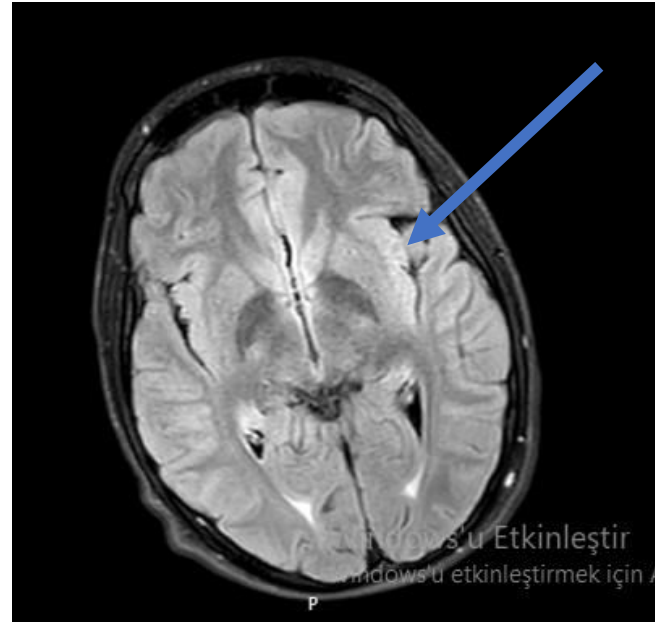
- Hastanın Lomber ponksiyonu planlandı.
- Göz dibi muayenesinde papil ödem izlenmemesi üzerine lomber ponksiyonu yapılan hastadan menenjit ön tanısıyla BOS kültürü ve Menenjit Ensefalit Paneli(MEP) gönderildi.

EK TETKİK - LOMBER PONSİYON

- **Beyin omurilik sıvısı:**
- Glukoz (BOS) - 63,3 mg/dL
 - Eş zamanlı kan şekeri: 92.5 mg/dL
- Mikro Protein (BOS) - 34 mg/dL
 - Eş zamanlı kan Protein, Total - 62,1 g/L
- BOS hücre sayımında 4 lökosit izlendi.
- BOS kültüründe üreme olmadı.
- **Menenjit Ensefalit paneli:**
- E. coli - NEGATİF(-)
- H. influenzae - NEGATİF(-)
- L. monocytogenes - NEGATİF(-)
- N. meningitidis - NEGATİF(-)
- S. agalactiae - NEGATİF(-)
- S. pneumoniae - NEGATİF(-)
- Cryptococcus neoformans / gattii - NEGATİF(-)
- Cytomegalovirus (CMV) - NEGATİF(-)
- Enterovirus - NEGATİF(-)
- Herpes simplex type 1 (HSV-1) - NEGATİF(-)
- Herpes simplex type 2 (HSV-2) - NEGATİF(-)
- **Human herpesvirus 6 (HHV-6) - POZİTİF(+)**
- Human parechovirus - NEGATİF(-)
- Varicella zoster virus (VZV) - NEGATİF(-)

EK TETKİK - Beyin Difüzyon MR

- Solda amigdala volümlü görünümde olup bu düzeyde mezial temporal lobda ve temporal inferomedial gyruslarında T2 sinyal artışı görülmektedir. **Postiktal değişiklikleri** temsil edebilir.



EK TETKİK - Laboratuvar

- Anti GAD (Glutamik Asit Dekarboksilaz) - 0,11 NEGATİF(-) IU/mL (Normal range <10 IU/mL)
- Anti TG (Tiroglobulin) Antikor - 15,5 IU/mL (Normal range < 116 IU/mL)
- Anti-TPO (Tiroid peroksidaz) - 12,4 IU/mL (0 to 34 IU/mL)
- HBs Ag - 0,51 IU/mL NEGATİF(-) (Normal range < 5 mIU/mL)
- Anti HCV - 0,07 IU/mL NEGATİF(-)A (1.0 - 8.0 log IU/mL)
- Anti HIV - 0,1 NEGATİF(-) (0.90 to <1.00)

EK TETKİK - Otoimmün Ensefalit Paneli

- NMDAR Negatif
- AMPA1 Negatif
- AMPA2 Negatif
- CASPR2 Negatif
- GABARB1/B2 Negatif
- LGI1 Negatif
- Anti MOG antikor Negatif

EK TETKİK - Paraneoplazi paneli

- Amphiphysin Negatif
- CV2 Negatif
- PNMA2 (Ma2/Ta)
- Negatif Ri Negatif
- Yo Negatif
- Hu Negatif
- Recoverin Negatif
- SOX1 Negatif
- Titin Negatif
- Zic4 Negatif
- GAD65 Negatif
- Tr (DNER) Negatif

- Hasta klinik tablo ile otoimmün ensefalit düşünüp tetkik ve tedavi amacı ile servise yatırıldı.

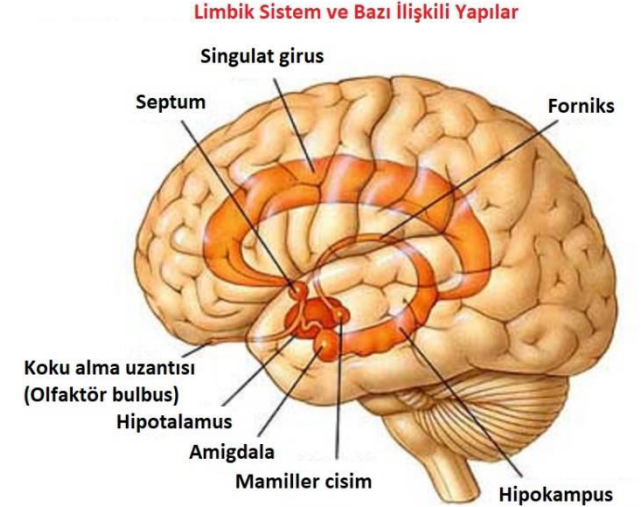
OTOİMMÜN ENSEFALİT

- Otoimmün ensefalit,
 - Nöronal hücre yüzeyine ve sinaptik proteine karşı antikorlarla ilişkili,
 - En yaygın olarak anti-NMDA reseptörü ensefaliti olan,
 - Akut ila subakut,
 - İlerleyici beyin iltihabı anlamına gelir.



Giriş

- Limbik sistem, omurilik ve/veya tüm nöralaksi içerir.
- Otoimmün ensefalit:
 - ❑ Laboratuvar testleri (antikor tespiti),
 - ❑ Nörogörüntüleme ,
 - ❑ Elektrofizyolojik çalışmalar (elektroensefalogram) ,
ile doğrulanabilir.



KLİNİK

Nöbetler OE'in en sık ve belirgin bulgusudur; fokal, jeneralize veya sıklıkla multifokal olurlar. • Hastaların üçte birinden fazlasında ataksi, kore, distoni, miyokloni ve tremor gibi anormal hareketler görülür.

- OE'in nörolojik bulguları; bilinç düzeyinde değişiklikler, konfüzyon, uyku düzeni değişiklikleri, hareket bozuklukları ve nöbetlerdir



KLİNİK

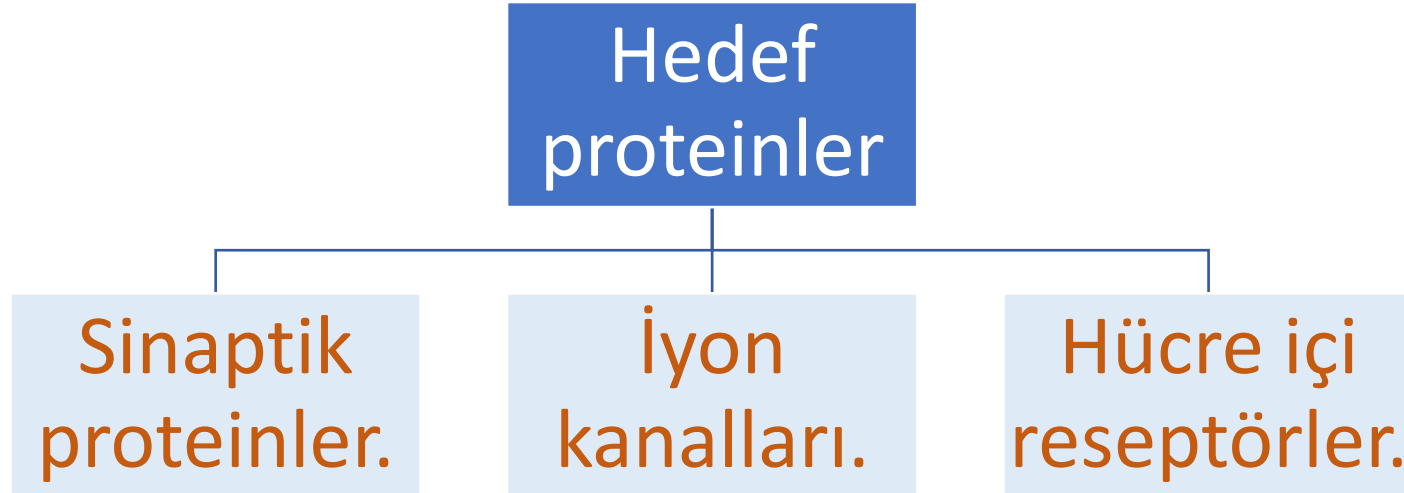
- Dalgalı bir klinik seyir görülebilir.
- Hastalarda bilinç düzeyi azalabilir ve merkezi hipoventilasyon gelişebilir.
- Sistemlerin gözden geçirilmesi sırasında ateş, kilo kaybı ve gece terlemelerinin sorulması uygun.
- Hastalık başlangıcından tedavinin başladığı süreye kadar semptomlar devamlılık gösterir.

KLİNİK

- Kognitif etkilenme OE olan hastaların büyük çoğunluğunda görülür ve kardinal semptom olarak kabul edilir.
- Yetişkinlerden farklı olarak çocuklarda malignansi ile ilişkisi nadir
- Otoimmün ensefalitin en sık çalışılan alt tipi Anti-N-metil-D-aspartat reseptörü (anti-NMDA) ensefalitidir.

Etiyoloji

- Otoimmün ensefalitin, nöronal antijene abartılı bir yanıtla ortaya çıkar.
- Antikorlar spesifik nöronal proteinlere bağlanarak inflamasyon başlar.



Epidemiyoloji

- Çocuklarda insidans : 1,57 / 1000 000
- Erkek / kız : 1 / 4

Patofizyoloji

- Otoimmün ensefalitte immün toleransın çöküşünün kesin mekanizması bilinmemektedir.
- Herpes simpleks virüsü ensefalitinin (HSVE), Anti-NMDAR ensefalite neden olabilir.
- Ayrıca insan lökosit antijeni (HLA) gibi genetik faktörler, antikor üretimiyle ilişkilendirildi.

Oto-antikor	Medyan başlangıç yaşı	M: F	Klinik bulgular	Tümör derneği	Terapiye yanıt
NMDAR'ı (Anti-N-metil-D-aspartat reseptör)	21 (2 ay-85 yaş)	1:4	<ul style="list-style-type: none">•Öne çıkan nöropsikiyatrik bulgular•Nöbetler•Hareket bozuklukları•Dil bozuklukları•Otonom fonksiyon bozukluğu•Merkezi apne•Koma	ovarian teratomu	<ul style="list-style-type: none">•Neredeyse %53'ü ilk basamak tedaviden veya tümörün çıkarılmasından sonraki ilk 4 hafta içinde iyileşme bildirdi.•Neredeyse %80'i ilk 24 ayda mRS 0-2 ile iyi sonuçlar elde etti.•2 yıl içinde yaklaşık %10 oranında nüks görülür. IT veya tümörün çıkarılmasıyla tedavi edilirse azalır.•%5-7 ölüm oranı.
LG1	61 (31-84)yıl	2:1	<ul style="list-style-type: none">•Limbik ensefalit•Odak nöbetleri•Hiponatremi•Klasik fasiyobrakial distonik nöbetler	Timoma, akciğer, böbrek ve tiroid kanseri	<ul style="list-style-type: none">•BT'ye %80 yanıt.•2 yıllık takipte hafif kognitif bozukluk.•Relapslar yaygındır (%35).
CASPR2	66 (25-77) yıl	9:1	<ul style="list-style-type: none">•Limbik ensefalit•Morvan sendromu•Periferik sinir uyarılabilirliği	Timoma	<ul style="list-style-type: none">•Neredeyse %48'i IT veya tümörün çıkarılmasıyla tam/iyi iyileşme elde etti.•Yaklaşık %44'ü BT ile kısmi iyileşme kaydetti.•Yaklaşık %25'i nüks ediyor•Vaka ölüm oranı 2 yıl sonra %10

GABA-a (<i>Gama</i> aminobütirik asit tip A reseptörleri)	40 (2,5 ay-88 yaş)	1:1	<ul style="list-style-type: none"> •Limbik ensefalit •Nöbetler •Refrakter status epileptikus 	Timoma	<ul style="list-style-type: none"> •Önemli iyileşme (%86) olmasına rağmen status epileptikus nedeniyle mortalite rapor edildi
GABA-b (<i>Gama</i> aminobütirik asit tip b reseptörleri)	61 (16-77) yıl	1.5:1	<ul style="list-style-type: none"> •Limbik ensefalit •Nöbetler 	Küçük hücreli akciğer kanseri	<ul style="list-style-type: none"> •İmmünoterapi ve kanser tedavisiyle nörolojik yanıt (%90)
AMPA (izoksazol propionik asid (AMPA) reseptörü)	53.1 (14-92) yıl	1:2	<ul style="list-style-type: none"> •Limbik ensefalit •Bilinç bulanıklığı, konfüzyon •Amnezi •Nöbetler •Psikiyatrik şikayetler 	Timus, akciğer, meme ve yumurtalık kanserleri	<ul style="list-style-type: none"> •BT'ye iyi yanıt •%16'sı altta yatan maligniteye bağlı komplikasyonlardan öldü
DPX	53 (13-75) yıl	1.6:1	<ul style="list-style-type: none"> •Multifokal ensefalit •Amnezi •Deliryum •Miyoklonus •Belirgin kilo kaybı ve ishal 	B hücreli neoplazm (gastrointestinal lenfoma ve KLL)	<ul style="list-style-type: none"> •~%63 BT'ye duyarlı

Glisin	50 (1-75) yıl	1:1	<ul style="list-style-type: none"> •Katı kişi spektrumu sendromu •PERM (rijidite ve miyoklonus ile ilerleyici ensefalit) •Ensefalit 	Timoma, B hücreli lenfoma	<ul style="list-style-type: none"> •En son takipte medyan mRS =1 ile BT'ye iyi yanıt. •%29'u otoimmün bozukluklarla (sedef hastalığı, tiroid, diyabet) ilişkilidir
MOG	30,5 (15-69) yıl	1:1	<ul style="list-style-type: none"> • optik nörit •Nöbetler •Ensefalit 		<ul style="list-style-type: none"> •BT'ye iyi yanıt •Relapslar yaygındır.
Nöreksin	44 (23-57) yıl	1:2	<ul style="list-style-type: none"> •Prodromal ateş •Kilo kaybı •Gastrointestinal semptomlar •Bilinç bulanıklığı, konfüzyon •Nöbetler •Bilinç düzeyinin azalması 		<ul style="list-style-type: none"> •BT'ye kısmi yanıt (%60)
IgLON	64 (42-81) yıl	1:1	<ul style="list-style-type: none"> •Uyku bozuklukları, ampuler disfonksiyon •Yürüyüş anormallikleri. •HLADRB1*10:01/HLADQB*05:01 alelleri %87'de. 		<ul style="list-style-type: none"> •%43'ü monoterapiye kıyasla kombinasyon tedavisine daha iyi yanıt veriyor (67'ye karşı 32) •İlk satıra kıyasla ikinci satırda daha iyidir. (54'e karşı 33)

TANI

Her üç kriterin de karşılanması gerekiyor.

1. Bilinç veya kişilik düzeyinde değişiklik ile birlikte akut ile subakut başlangıç, çalışma, hafıza bozuklukları, uyuşukluk veya psikiyatrik belirtileri içeren limbik sistem tutulumu

2. Aşağıdakilerden en az biri:

- Yeni fokal klinik - merkezi sinir sistem bulguları
- Daha önce teşhis edilmiş bir nöbet bozukluğu ile açıklanamayan nöbetler
- BOS pleositozu (mm³ başına >5 WBC)
- Ensefaliti düşündüren MR Beyin bulguları

3. Alternatif nedenlerin makul ölçüde hariç tutulması

Ayırıcı Tanı

- Enfeksiyöz meningoensefalit
- Septik ensefalopati
- Metabolik ensefalopati
- Toksinler
- Serebrovasküler hastalıklar
- Neoplazmalar
- Creutzfeldt-Jakob hastalığı
- Epileptik bozukluklar
- Hashimoto ensefalopatisi
- Otoimmün bozukluklar (Lupus, Nörosarkoidoz ...)
- Mitokondriyal/metabolik depo bozuklukları
- Demiyelinizan bozukluk (örn. Multipl skleroz)

Malignite Taramamız

- Çocuklarda Malignite nadir ama hastamız yaşı 16 olduğunda tarama uygun görüldü
- Toraks BT: Normal
- Batın BT: Normal
- Skrotal USG: Normal
- Göz dibi değerlendirmesi: Doğal

- Paraneoplazi paneli negatif.

- Beta-HCG: 2,71 IU/L (0.02 to 0.8 IU/L)
- AFP(Alfa-fetoprotein) : 2,23 ug/L (0-4) (0.8 - 34.8 ug/L)

TEDAVİ

- Tedavi rejimi otoimmün hastalık yönetimi dayanmaktadır.
- Erken başlamanın daha iyi sonuçlarla ilişkili olması nedeniyle tedavinin antikor tespit edilene kadar geciktirilmemeli.

TEDAVİ

- Birinci basamak tedavi

- ❖ Kortikosteroidler (3 ila 5 gün boyunca 1 g IV metilprednizolon),
- ❖ İntravenöz immünoglobulinleri (5 gün boyunca 0.4 g/kg/gün),
- ❖ plazmaferezi içerir.

- İkinci basamak immünoterapi düşünülmelidir.

- Tek başına veya kombine olarak rituksimab ve siklofosfamid

PROGNOZ

- Otoimmün ensefalit, immün baskılamasıyla **tedaviye yanıt verir.**
- Hastaların **iyileşmeden sonra nüksetmeyi** araştırmak için yakından takip edilmesi gerekir.
- Önerilere göre **en az dört yıl boyunca** 4 ila 6 ay aralıklarla takip görüntüleme yapılması önerilmektedir.

KOMPLİKASYONLAR

- Otoimmün ensefalit sıklıkla tedaviye yanıt veren bir hastalık olsa da, **tedavi edilmezse veya tedavide gecikme olursa ciddi komplikasyonlara** yol açabilir.
- Buna bilişsel bozukluk, uyku bozuklukları, hiperkinezi, otonomik fonksiyon bozukluğu, kalıcı amnezi (anti LG1 ensefalit), koma, status epileptikus dahildir.

Klinik Seyir

- Başvurusunda hastaya menenjit ön tanısıyla Seftriakson ve Asiklovir başlandı.
- Menenjit Ensefalit Paneli'nde HHV-6 pozitifliği izlenen hastanın Çocuk Enfeksiyon önerisiyle Asiklovir tedavisine devam edildi, Seftriakson kesildi.
- Tekrarlayan nöbetleri olması üzerine Fenitoin 300 mg 30 dk'da yükleme yapıldı.
- Fenitoin 2x100 mg başlandı.
- Otoimmün ensefalit düşünülüp hasta servisimize tetkik ve tedavisinin devamı için yatırışı yapıldı.

Klinik Seyir

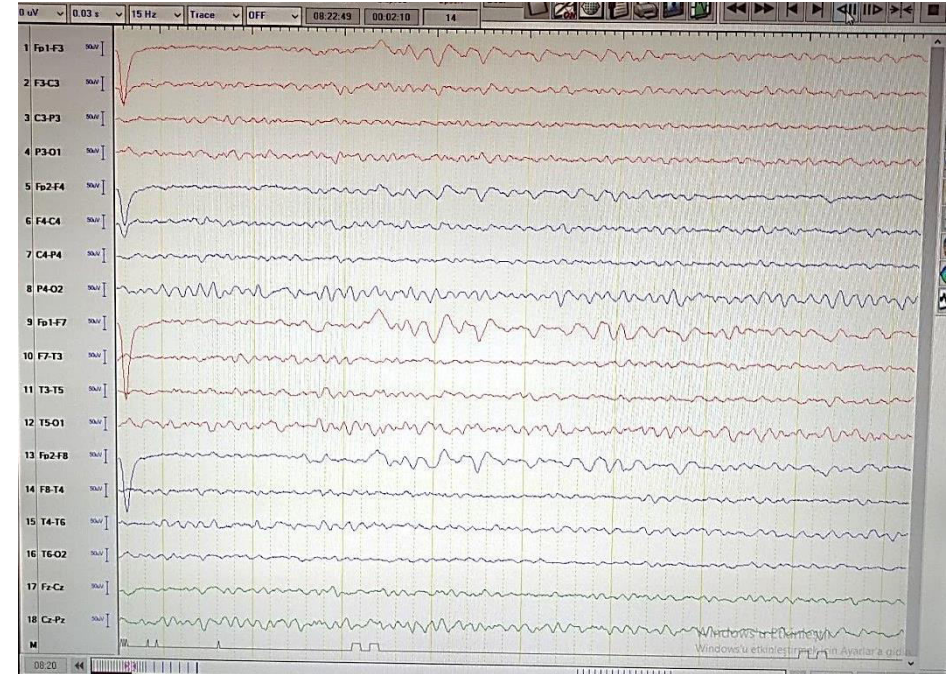
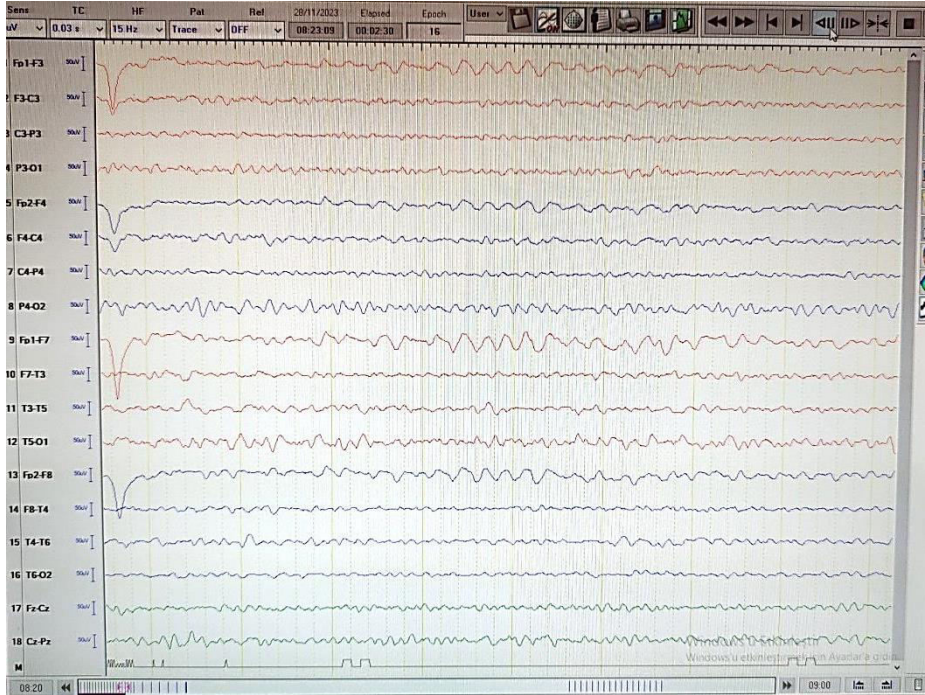
- Nöbet yöntemi :
- Servis yatışının ilk gününde nöbetinin tekrarlaması üzerine ikinci Fenitoin yüklemesi yapıldı.
- İkinci fenitoin yüklemesine rağmen nöbeti tekrarlayan ve uzun süren hastaya 3 kez midazolam puşe yapıldı. Nöbetin kesilmemesi üzerine midazolam infüzyonu 0.2 mg/kg/h dozunda başlandı.
- İnfüzyon altında nöbeti kesilen hastanın 1 gün sonra infüzyonu kademeli olarak hızı azaltılarak kesildi.
- İnfüzyon kesildikten sonra nöbetinin tekrarlaması üzerine 0.1 mg/kg/h hızından midazolam infüzyonu tekrar başlandı.
- Yatışının 4. gününde hastaya Karbamazepin eklendi.

Klinik Seyir

- Nöbet yöntemi :
- İzlemede nöbeti devam eden hastanın karbamazepin dozu kademeli olarak arttırıldı ve klonazepam 3*1 mg başlandı.
- Midazolam infüzyonu 0.2 mg/kg/h olarak devam edildi
- Ajitasyonu devam eden hastanın midazolam infüzyon hızı 0.4 mg/kg/h'ye kadar arttırıldı.

Klinik Seyir

- EEG'de : trasesinde hemisfer on bÖlgelerinde (frontallerde) delta frekansında yavaş dalga paroksizmleri izlendi



Klinik Seyir

- Otoimmün ensefalit yöntemi :
- Otoimmün ensefalit şüphesi olup 0,1 mg/kg/h dozunda midazolam infüzyonu almakta olan hastanın EEG'si tekrarlandı. Normal uyku zemininde 1 kez ortaya çıkan jeneralize yavaş dalga ve amplitüd baskılanması ve 1 kez sağ frontal-santral-temporal bölgede izlenen teta frekansında yavaş dalga dizisi izlendi.
- İzlemede klinik bulguları otoimmün ensefalit ile uyumlu olan hastadan otoimmün ensefalit paneli gönderilerek Metilprednizolon tedavisi başlandı. 10 güne tamamlandı.

Klinik Seyir

- Otoimmün ensefalit yöntemi :
- Metilprednizolon ile yeterli yanıt almayınca Günlük plazmaferez başlanması planlandı.
- 6 gün günlük olarak, sonra 2 günde bir, toplam olarak 9 kere plazmaferez yapıldı.
- Metilprednizolon iv tedavisi 10 güne tamamlanarak kesildi. Oral tedavi ile devam edildi.

Klinik Seyir

- Ajitasyon yöntemi :
- Yatışının 4. gününde hastaya ajitasyonu nedeni Haloperidol başlandı. 1 hafta kadar kullanıldı.

Klinik Seyir

- Taburculuk öncesinde çekilen kontrol EEG'si "Uyanıklık döneminde hafif organizasyon bozukluğu dikkati çekmiş olup epileptiform anomali izlenmemiştir." olarak raporlandı.
- Hasta oral prednizolon, karbamazipin, kolnazepam tedavisinin devamı, 5 yıl süreyle maligniteler açısından takipte kalması planlanarak taburcu edildi.

Kazanımlar

- **Otoimmün ensefalit:**
- %70'inde baş ağrısı, ateş ve viral etiyolojiye benzeyen şikayetleri ile başlar.
- Yetişkinlerden farklı olarak çocuklarda malignansi ile ilişkisi nadir
- Hafıza kaybı ,Psikoz ,Zihinsel durum değişikliği ,Nöbetler olur.
- **Tedavi : Kortikosteroidler ,İntravenöz immünoglobulinleri , plazmaferezi Birinci basamakta.**

Kaynakça

- National Library of Medicine :
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK578203/#:~:text=Autoimmune%20encephalitis%20refers%20to%20acute,malignancy%20and%20needs%20appropriate%20screening.>

TEŞEKKÜRLER...