



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

Çocuk Servisi
Olgu Sunumu

1 Eylül 2021 Çarşamba

Ar Gör.Dr. Shelale Gasımova



Olgu: 3 yaş 8 ay erkek hasta

Yakınması: Dengesizlik, yürümede zorluk

Hikayesi

Başvurudan 2 hafta önce 37.9 derece ölçülen ateşi olmuş.

Dış merkezde Amoksisillin-Klavulonik asit, parasetamol, ibuprofen reçete edilmiş.

Ara ara ateşlenmeleri devam etmiş.

10 gün sonra gece her iki elinde bardağı tutamama, yürüyememe, denge kaybı şikayetleri gelişmiş. Bu süreçte antibiyotik kullanmaya devam edilmiş.

Şikayetleri 2 gün boyunca gerilememesi üzerine hasta acil servisimize başvurdu.

- Acil videosu

Özgeçmiş

Annenin ilk gebeliği, gebelik boyunca düzenli doktor kontrolünde olmuş, takiplerinde herhangi bir patoloji saptanmamış.

40 GH 3200 gr NSVY ile doğmuş.

YDYBÜ yatışı olmamış, fototerapi öyküsü yok.

Nöromotor gelişimi yaşına uygun seyretmiş.

Soygeçmiş

Anne: 30 yaşında sağ, sağlıklı

Baba: 35 yaşında sağ, sağlıklı,

Anne ve baba arasında akrabalık yok

1. çocuk hastamız

Fizik Muayene

Vital bulgular;

Ateş: 36.6°C

Nabız: 96/dk(50-90p)

Solunum sayısı: 28/dk (50-90p)

Kan Basıncı:105/65 mmHg(50-90p)

Boy:103 cm (50-90p)

Tartı: 17 kg(50-90p)

Fizik Muayene

Genel durumu: GKS:15 GD iyi ,bilinci açık. **Halsizlik mevcut**

Cilt: Turgor, tonus doğal, siyanoz, ödem, peteşi, pigmentasyon bozukluğu yok

Gözler: Işık refleksi bilateral mevcut, pupiller izokorik, göz kürelerinin her yöne hareketi doğal

Solunum sistemi: Solunum sesleri bilateral eşit, doğal

Dolaşım sistemi: Doğal.S1+ S2+ üfürüm yok.

Gastrointestinal sistem:Batın rahat, defans ve rebound yok, HSM yok

Genitoüriner sistem: Anomali yok

Fizik Muayene

Nöromuskuler sistem: Bilinç açık, uyku halinde artış var.

Ayakta desteksiz duramıyor

Ataksik yürüyüş mevcut

Dizartri yok, disdiadokokinezi(+),

Yukarı bakışta nistagmus yok

Ense sertliği yok

Anlamlı cümleler kuruyor

Parmak burun testi(-)

DTR normal

Kas gücü 5/5

Disdiadokokinezi (+)

LABORATUVAR

WBC: 7190/uL

NEU: 3460/uL

Hb:12.5 g/dL

MCV:76.8 fl

PLT : 349.000 /uL

Sedimentasyon: 62mm/h

CRP:2.46mg/dL

Na:137mg/dl

Cl:104mg/dl

K:4.56mg/dl

Ca:9.39mg/dl

P:4.97mg/dl

Mg:3mg/dl

Ürik asit:3.4mg/dl

BUN 10.19mg/dl

ÜRE 21.8mg/dl

Kre 0.36 mg/dl

tProtein:65.7 g/l

Albumin; 43,5 g/dl

AST;42.6 u/l

ALT; 12.8 u/l

tBil:0.25mg/dl

dBil:<0.10mg/dl

GGT: 9 u/l

ALP:227u/l

LDH:310u/l

INR:15.3

APTT:32.6

Patolojik Bulgular

Ateş

Halsizlik

Yürüme Bozukluğu (Ataksik Yürüyüş)

Desteksiz oturamama

Kusma

Burun parmak testi (-)

Disdiadokokinezi(+)

ÖN TANINIZ?

- Hangi ek tetkikleri istersiniz?

Hastaya Kraniyal MR çekildi. Patolojik bulgu izlenmedi.

Video –EEG monitörizasyon incelemesinde uyanıklık zemin aktivitesi oldukça yavaş olup epileptiform anomali izlenmedi

Hastaya yapılan video EEG otoimmün ensefalit ile uyumlu olarak değerlendirildi.

Hastaya LP yapıldı:

BOS hücre sayımı: 3 lökosit görüldü

Bos glukozu 46.8 (40-70) ,eş zamanlı kan şekeri 80

BOS mikroprotein 25.6(15-45)

Menenjit Ensefalit panelinde sinyale rastlanmadı.

BOS kültüründe üreme olmadı.

KLİNİK SEYİR

İki hafta önce enfeksiyon öyküsü olan KBB muayenesi normal olan, Kranial MR'ında ve BOS incelemede patolojik bulguya rastlanmayan hastada dışlama tanısı olarak postenfeksiyöz serebellit düşünüldü.

Otoimmün ensefalit paneli ve Antimog testi gönderildi.

30mg/kg/gün Metilprednisolon damardan 5 gün boyunca aldı . Ağızdan tedavi 1,5mg/kg/gün olacak şekilde devam ediyor.

Hastanın klinik takibi devam etmektedir.

Akut ataksinin etiyolojisi

Akut serebellar ataksi

Gullian barre

Nöroblastom

Kafa travması

Serebellar abse

Akut labirintit

Alkol toksisite

Antikonvülzan toksisitesi

İnme

Beyin tümörü

Kafa travması

Serebellar abse

Postenfeksiyöz serebellit (akut serebellar ataksi)

Pediyatrik ataksi vakalarının % 30-50 sini oluşturur.

Daha büyük çocukları ve adölesanları da etkileyebilmesine rağmen genellikle 1-4 yaş arasındaki çocuklarda görülür.

Kızlarda ve Erkeklerde benzer oranda görülür.

Postenfeksiyöz serebellit (akut serebellar ataksi)

Ataksi genellikle serebellar disfonksiyonun sonucudur.

Bununla birlikte sinir sisteminin birkaç seviyesindeki bozukluklar da koordinasyonu etkileyebilir.

Ataksinin nedenleri arasında kitle lezyonları ve merkezi sinir sistemi lezyonları gibi yaşamı tehdit eden durumlar yer alsa da çocuklarda çoğu iyi huylu kendi kendini sınırlayan patolojilerdir.

Postenfeksiyöz serebellit (akut serebellar ataksi)

Akut serebellar ataksinin altında yatan patojenik mekanizmalar tam olarak belirlenmemiş olsa da esas olarak otoimmünitinin neden olduğuna inanılmaktadır.

Bazı vaka raporlarında BOS içinde viral nükleik asitlerin tanımlanmış olması; beyin dokusunun enfeksiyonunun hastalığa katkıda bulunabileceğini düşündürmektedir.

Postenfeksiyöz serebellit (akut serebellar ataksi)

Viral ve diđer enfeksiyonlardan (su çiçeđi, kabakulak, parvovirus, EBV) sonra 1-3 hafta içinde gelişir.

Aniden başlar, hafif veya ağır derecede olabilir. Ağır olsa dahi bilinç açıktır. Başlangıçta kusma olabilir. Ense sertliği ve ateş yoktur. Gövde ve ekstremitelerde ataksi, disartri olur.

Hastaların yarısında nistagmus vardır.

Kusma, irritabilite, disartri, nistagmus, daha büyük çocuklarda baş ağrısı eşlik eden semptomlar arasındadır.

Ateş, meningismus, fokal asimetric nörolojik bulgular ve nöbet beklenmez.

Postenfeksiyöz serebellit (akut serebellar ataksi)

Akut serebellar ataksi bir kaç günde kendiliğinden düzelmeye başlar.

Çoğu zaman 3-4 haftada iyileşir.

Bazen hafif derecede olmak üzere 2-5 ay devam edebilir.

Az sayıda hastada davranış ve konuşma bozukluğu saptanabilir.

Postenfeksiyöz serebellit (akut serebellar ataksi)

Ataksi ile başvuran çocuklarda kandaki alkol seviyesi de dahil olmak üzere toksikoloji çalışması yapılmalıdır.

Opsoklonus, miyoklonusu olan çocuklarda nöroblastom açısından abdominal görüntüleme yapılmalıdır.

Ateş, meningismus, nöbet, mental durum değişkenliğinde BOS incelemesi (ensefalit/ akut serebellit) yapılmalıdır.

Akut serebellar ataksi olan çocuklarda BOS normal veya hafif lenfositik pleositoz, yüksek protein (%25-50), artmış BOS Ig G indeksi(%50) veya oligoklonal bant(%10-17) gösterilebilir.

Postenfeksiyöz serebellit (akut serebellar ataksi)

Akut serebellar ataksi tanısı daha çok dışlama tanısıdır.

Çocuklarda akut atağının en sık diğler nedenlerinden olan toksik maruziyet, Gullian –Barre sendromu ile birlikte MSS enfeksiyonları, intrakraniyal lezyonlar, metabolik bozukluklar ve nörodejeneratif hastalıkların dışlanması gerekir.

Tipik semptomları olan vakalarda ayrıntılı öykü, genel ve nörolojik muayene ve toksikolojiyle tanı konulabilir.

Atipik semptomları olan (mental durum değışikliğı, hiperrefleksi, ek nörolojik semptom varlığı, travma öyküsü, opsoklonus-miyoklonus, nöbet) BOS incelemesi ve SSS görüntülemesi de dahil olmak üzere kapsamlı bir değıerlendirme gerekebilir.

Postenfeksiyöz serebellit (akut serebellar ataksi)

Akut serebellar atakside tedavi destek tedavidir.

Glukokortikoid, IVIG ve antiviral tedavinin sonucu değiştirdiğine dair yeterli kanıt bulunmamaktadır.

Tipik olarak 2-3 hafta gibi bir sürede sekelsiz iyileşir.

2-3 hafta sonra klinik olarak yeniden değerlendirilme yapılır.