

# Menenjit kliniği ile gelen bir Kawasaki olgusu

## A case of Kawasaki disease presenting with meningitis

Ali KANIK, Kayı ELİAÇIK, Neslihan ZENGİN, Pınar KUYUM, Fulya KAMİT, Süleyman Nuri BAYRAM, Mehmet HELVACI

İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

### ÖZET

Kawasaki hastalığı (KH) küçük ve orta büyüklükte arterleri tutan etiyojisi bilinmeyen akut sistemik bir vaskülitir. Hastalığın erken tanısı ve hızlı tedavisi, koroner arter tutuluşu üzerinde olumlu sonuçların elde edilmesi için esastır. Hastalığın özgül bir laboratuvar bulgusu yoktur ve tanı klinik olarak konur. Bazı hastalarda klinik tanı için yeterli sayıda kriter olmadığından, atipik bulgularla başlangıç gösteren durumlarda hastalığın tanısı gecikebilmektedir. Merkezi sinir sistemi tutulumu hastalığın atipik bir başlangıcı olabilir. Bu yazıda, ateş, eritematöz cilt döküntüleri, kusma ve karın ağrısı yakınmalarını takiben aseptik menenjit tanısı alıp sonrasında Kawasaki hastalığı teşhisi alan yedi yaşında bir erkek olgu sunulmuştur. Kardiyolojik sekel olasılığı hastalığın erken tanı ve tedavisi ile önlenemediğinden özellikle tedaviye yanıtız menenjit kliniğindeki olgularda ayırıcı tanıda Kawasaki hastalığı da akla getirilmelidir.

**Anahtar kelimeler:** Aseptik menenjit, Atipik olgu, Kawasaki hastalığı

### ABSTRACT

Kawasaki disease is an acute systemic vasculitis with unknown etiology which effects small and moderate sized arteries. The early diagnosis and rapid treatment of the disease is essential to obtain favourable results in the management of coronary artery disease. There is no laboratory test specific to the disease, and diagnosis is made according to clinical signs. Because of insufficient criteria for clinical diagnosis in some patients, the diagnosis of the disease may be delayed in some patients who presented with atypical symptoms at the onset. Central nervous system involvement should be an atypical starting symptom of the disease. In this article, a 7-year-old boy diagnosed firstly as aseptic meningitis and then Kawasaki disease following fever, erythematous rash, vomiting, and abdominal pain is presented. Since with early diagnosis and treatment, the cardiovascular sequelae can be prevented, Kawasaki disease should be considered in the differential diagnosis especially in patients who are unresponsive to the treatment of meningitis.

**Key words:** Aseptic meningitis, Atypical case, Kawasaki disease

**Alındığı tarih:** 08.09.2011

**Kabul tarihi:** 05.11.2011

**Yazışma adresi:** Uzm. Dr. Ali Kanık, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 35100-İzmir  
**e-mail:** dralikanik@hotmail.com

### GİRİŞ

Kawasaki hastalığı (KH) akut, etiyojisi bilinmeyen multisistemik bir vaskülitir. Beş yaş altında ve erkek çocuklarında sıktır. En az beş gün süren ateş, döküntü, bilateral eksüdatif olmayan konjonktival konjesyon, servikal lenfadenopati, ağız içi ve el-ayak değişiklikleri ile karakterizedir. Ateşle birlikte bütün kriterlerin karşılanmadığı, fakat koroner arter tutulu-

munun olduğu olgular atipik Kawasaki hastalığı olarak tanımlanır. En önemli komplikasyonu koroner arterlerde dilatasyon ya da anevrizmadır. Ancak, erken tanı ve tedavi ile kardiyovasküler komplikasyonlar önlenmektedir<sup>(1)</sup>. Aseptik menenjiti içeren santral sinir sistemi tutulumu hastalığın ilk geliş tablosu olabilir. KH'da aseptik menenjit küçük damar vaskülitisi nedeniyle gelişmektedir<sup>(2)</sup>. Bu yazıda aseptik menenjit nedeniyle takip edilen fakat ateş ve

meninks irritasyon bulguları gerilemeyen olgularda hastalıktan şüphe etmek, erken tanı koyarak tedaviye başlamanın önemi vurgulanmak istenmiştir.

## OLGU

Üç gündür ateş yüksekliği yakınması nedeniyle acil servise başvuran yedi yaşındaki erkek olguya, üç gün önce başvurduğu merkezde üst solunum yolu infeksiyonu tanısıyla antibiyotik tedavisi başlanmış. Olgunun fizik muayenesinde; vücut sıcaklığı 39.4°C, genel durum orta, orofarenkste belirgin hiperemi, tüm vücutta makülopapüler döküntüler ve belirgin meninks irritasyon bulguları mevcuttu.

Laboratuvar incelemelerinde hemoglobin 11.6 gr/dl, lökosit sayısı 11700/mm<sup>3</sup>, trombosit sayısı 213.000/mm<sup>3</sup> bulundu. C-reaktif protein 12 mg/L, eritrosit sedimentasyon hızı 57 mm/saat idi. Kan biyokimyasında alanin aminotransferaz 15 IU/L, aspartat aminotransferaz 42 IU/L, gama glutamil transpeptidaz 10 IU/L, üre: 21 mg/dl, kreatinin 0.4 mg/dl, Na: 128 mmol/L, K: 5.4 mmol/L idi.

Meninks irritasyon bulguları saptanması ve bilinç bulanıklığının olması nedeniyle çocuk yoğun bakım servisine alınan olguya yapılan lomber ponksiyonda direkt bakıda 10 lenfosit/mm<sup>3</sup>, beyin omurilik sıvısı (BOS) biyokimyasında glukoz: 72 mg/dl, protein: 30 mg/dl, klor: 130 mEq/L saptandı. Olguya ampirik olarak vankomisin ve sefotaksim tedavileri başlandı, ardından genel durumu kısmen düzelen olgu çocuk infeksiyon hastalıkları servisine nakledildi. BOS ve kan kültürlerinde üreme olmadı. İntrakranial patolojileri dışlamak amacıyla çekilen kranial MRG normal saptandı. İzleminin üçüncü gününde 39°C'nin üzerinde ateşi devam eden olgunun meninks irritasyon bulgularının da geçmemesi nedeniyle lomber ponksiyon yineleni. Ancak, yine patoloji saptanmadı. Yinelenen muayenesinde orofarenkste yoğun hiperemi, kırmızı çilek dili görünümü, batında yaygın hassasiyet ve defans mevcuttu, rebound hassasiyeti yoktu. Tüm vücutta yaygın eritema multiforme tarzında döküntü, unilateral servikal lenfadenopati,

hepatomegali, bilateral nonpürülan konjonktiviti fark edilen olguda Kawasaki hastalığı düşünüldü. Karın ultrasonografisinde safra kesesi normal, hepatomegali ve batın içinde minimal serbest sıvı saptandı. Olguya 2 gr/kg dozdan intravenöz immunglobulin (İVİG) ve 80 mg/kg/gün asetilsalisilik asit tedavisi başlandı. Bu tedavi ile olgunun yakınmaları iki gün içinde geriledi ve almakta olduğu antibiyotik tedavisi kesildi. Yedinci gün ve 4. haftada yapılan ekokardi-yografi normal bulundu.

## TARTIŞMA

Kawasaki hastalığı tanısı için en az beş gün süren ateşle birlikte ana kriterlerden dördünün varlığı gereklidir (Tablo 1). KH'da ana klinik bulgulara ek olarak; artrit, artralji, diare, karın ağrısı, kusma, safra kesesi hidropsu, aseptik menenjit, steril piyüri, ciltte eritem saptanabilen diğer bulgulardır. Bizim olgumuzda da başvuru anında menenjit kliniği olup, BOS incelemelerinde 10 hücre/mm<sup>3</sup> lenfosit morfolojisinde hücre saptanmış, izlemde bulguları gerilemeyen hastanın klinik takibinde çilek dili görünümü, servikal lenfadenopatisi, bilateral nonpürülan konjonktivitin ve batında yaygın hassasiyetinin ortaya çıkması üzerine olguda KH düşünülmüştür. Laboratuvarında lökositoz, anemi, akut faz reaktant yüksekliği olması klinik tanıyı destekler nitelikteydi. Olgumuzda klinik bulgular ve laboratuvar testleri ile enfeksiyon hastalıkları dışlandı. Verilen İVİG tedavisiyle olgunun

**Tablo 1. Kawasaki hastalığı tanı kriterleri <sup>(1)</sup>.**

**En az beş gün süren ateşle birlikte aşağıdaki kriterlerden en az dördü**

1. Nonpürülan konjonktivit
2. Orofarengeal değişiklikler (orofarenkste eritem, şiş ve çatlak dudaklar, çilek dili görünümü)
3. Genellikle tek taraflı 1,5 cm'den büyük servikal non-süpüratik lenadenopati
4. Polimorfik ekzantem
5. Ekstremitelerde; akut dönemde avuç içinde ve ayak tabanında eritem, el ve ayakta ödem; subakut dönemde el ve ayak parmaklarında tırnak çevresinde soyulma

ateşi, ense sertliği ve diğer bulguları dramatik olarak geriledi. Kontrol ekokardiyografik incelemelerinde de komplikasyon gelişmediği görüldü.

Kawasaki hastalığının spesifik laboratuvar bulgusu yoktur, tanı klinik olarak konmaktadır (3,4). Bakteriyel infeksiyonun yokluğunda ateşin beş günden uzun sürmesiyle birlikte bazı klinik ve laboratuvar bulguları inkomplet Kawasaki hastalığını düşündürür. İnkomplet veya atipik formlarda tanıdaki zorluklar ve tedaviye başlanma süresindeki gecikme nedeniyle koroner tutulum riski artmaktadır (5,6).

Aseptik menenjit oranı tüm nörolojik komplikasyonlar arasında %5'tir. Diğer nörolojik komplikasyonlar irritabilite, meningoensefalit, ataksi, nörosensörial işitme kaybıdır (7,8,9). Bildirilen 450 olguluk bir çocuk olgu serisinde nörolojik komplikasyon oranı %1.1 olup, bunların içerisinde en sık aseptik menenjit saptanmıştır (9,10). Ülkemizde yapılan 13 KH tanısı almış olan olguyu içeren bir çalışmada üç olguda aseptik menenjit olduğu bildirilmiştir (10). Dengler ve ark. 46 KH tanısı almış olgudan oluşan bir grupta, İVİG öncesi yapılan BOS analizinde %39.1 oranında pleositoz saptanmıştır (11). Literatürde menenjit kliniği ile başvuran ve takipte KH tanısı alan olgu son derece azdır. Türel ve ark. aseptik menenjit ile gelen, ateşin düşmemesi üzerine başvurunun altıncı gününde KH tanısı alan iki aylık bir olgu bildirmiştir (12). Bizim olgumuzda da başlangıç kliniği aseptik menenjit olup, diğer tanı kriterleri izlemde gelişmiştir. Bu yönüyle literatürde bildirilen ender olgulardan biridir.

Sonuç olarak, bazı Kawasaki hastaları aseptik menenjit gibi nörolojik bulgularla başvurabilir. Hastalığın tanı kriterlerini oluşturan diğer bulgular daha sonra ortaya çıkabilir. Bu nedenle aseptik

menenjit nedeniyle takip edilen ve ateşin kontrol altına alınmadığı durumlarda Kawasaki hastalığını akla getirip hastalığın diğer bulguları açısından günlük fizik bakımın yapılmasını önermekteyiz.

## KAYNAKLAR

1. Son MB, Newburger JW. Kawasaki disease. Chapter 16. In: Kliegman, Stanton, ST. Geme, Schor, Behrman. Nelson Textbook of Pediatrics. Philadelphia: Elsevier Saunders: 2011. pp 862-7.
2. Rowley AH. Findings the cause of kawasaki disease: a pediatric infectious diseases research priority. J Infect Dis 2006;194:1635-7. <http://dx.doi.org/10.1086/509514> PMID:17109334
3. Newburger JW, Takahashi M, Gerber MA, et al. Diagnosis, treatment, and long-term management of the Kawasaki disease: a statement for health professionals from the committee on rheumatic fever, endocarditis, and Kawasaki disease. Council on cardiovascular disease of the young. Am Heart Assoc Paediatr 2004;114:1708-33.
4. Ayusawa M, Sonobe T, Uemura S, et al. Revision of diagnostic guidelines for Kawasaki disease. Pediatr Int 2005;47:232-4. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1442-200x.2005.02033.x> PMID:15771703
5. Rowley AH. Kawasaki syndrome. Gershon AA, Hotez PJ, Katz SL, eds. Krugman's Infectious Disease of Children, 11th ed. Philadelphia: Mosby 2004: 323-35.
6. Stockheim J, Innocenti N, Shulman ST. Kawasaki disease in older children and adolescents. J Pediatr 2000;137:252-4. <http://dx.doi.org/10.1067/mpd.2000.105150> PMID:10931420
7. Bailie NM, Hensey OJ, Ryan S, et al. Bilateral subdural collections-an unusual feature of possible Kawasaki disease. Eur J Paediatr Neurol 2001;5:79-81. <http://dx.doi.org/10.1053/ejpn.2001.0469> PMID:11589317
8. Nadeu SE. Neurologic manifestations of systemic vasculitis. Neuro Clin 2002;20:123-50. [http://dx.doi.org/10.1016/S0733-8619\(03\)00056-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0733-8619(03)00056-2)
9. Sundel RP, Newburger JW, McGill T, et al. Sensorineural hearing loss associated with Kawasaki disease. J Pediatr 1990;117:371-7. [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3476\(05\)81075-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3476(05)81075-3)
10. Muzaffer MA, Al-Mayouf SM. Pattern of clinical features of Kawasaki disease. Saudi Med J 2002;23:409-12. PMID:11953766
11. Dengler LD, Capparelli EV, Bastian JF, et al. Cerebrospinal fluid profile in patients with acute Kawasaki disease. Pediatr Infect Dis J 1998;17:478-81. <http://dx.doi.org/10.1097/00006454-199806000-00008> PMID:9655538
12. Türel O, Güzeltaş A, Aydoğmuş C, Hatipoğlu N, Hatipoğlu H, Siraneci R. Kawasaki disease presenting as meningitis in a two months old infant. Anadolu Kardiyol Derg 2011;11(4):369-70. PMID:21592935