



Nadir Bir Olgu: Eksantem Subitum Sonrası Ensefalit

Fatih Akın¹, Abdullah Yazar¹, Esra Türe¹, Dursun Odabaş¹

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya

Özet

Human herpes virüs tip 6 (HHV-6) çocuklarda özellikle yaşamın ilk iki yılında görülen benign, ateşli bir hastalık olan exanthem subitum (ES) neden olur. ES ani başlayan yüksek ateş ve ateşin düşmesiyle birlikte döküntünün ortaya çıkmasıyla karakterize bir hastalıktır. ES hastalarında en sık görülen komplikasyonlar febril nöbet ve ensefalit gibi merkezi sinir sistemi (MSS) komplikasyonlarıdır. Bu yazıda çocuk acil kliniğimize döküntü, emmede azalma ve uykuya meyil şikayetleri ile gelen ve ES sonrası ensefalit tanısı konulan bir olgu sunulmuştur.

Anahtar sözcükler: Ensefalit; eksantem subitum; insan herpes virüs 6.

A Rare Disease: Encephalitis After Exanthem Subitum

Abstract

Human herpes virus 6 causes exanthem subitum (ES), which is a benign disease presenting with fever in the first 2 years of life. ES is characterized by the abrupt onset of high fever and a rash that occurs immediately after the fever is resolved. The most common complications are central nervous system complications, such as febrile seizures and encephalitis. In this article, we report a case of encephalitis after ES in a patient who was admitted to our pediatric emergency clinic with the complaints of eruption, poor feeding, and drowsiness.

Keywords: Encephalitis; exanthem subitum; human herpes virus 6.

Human herpes virüs tip 6 (HHV-6) çocuklarda özellikle yaşamın ilk iki yılında görülen benign, ateşli bir hastalık olan eksantem subitum'a (ES) neden olur [1]. ES ani başlayan yüksek ateş ve ateşin düşmesiyle birlikte döküntünün ortaya çıkmasıyla karakterize bir hastalıktır. ES hastalarında en sık görülen komplikasyonlar febril nöbet ve ensefalit gibi merkezi sinir sistemi (MSS) komplikasyonlarıdır [2,3]. Primer enfeksiyondan sonra, HHV-6, periferik kan mono-

nükleer hücrelerinde, tükürük bezlerinde ve MSS'de ömür boyu sürececek bir latans oluşturabilir [4].

Merkezi sinir sisteminin viral enfeksiyonları genellikle sırasıyla azalan sıklıkta menenjit, meningoensefalit veya ensefalite yol açmaktadır [5]. Ensefalit, beyin parankiminin iltihabıdır ve nörolojik disfonksiyon ile ilişkilidir. Karakteristik klinik özellikler, sıklıkla ateş, baş ağrısı, mide bulantısı ve kusma, eşlik eden zihinsel durum değişiklikleri (bilinç kaybı,

İletişim (Correspondence): Dr. Fatih Akın, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, 42080 Konya
Telefon (Phone): +90 332 223 65 27 **E-Posta (E-mail):** drfatihakin@gmail.com
Başvuru Tarihi (Submitted Date): 06.01.2017 **Kabul Tarihi (Accepted Date):** 27.01.2017



letarji, kişilik değişikliği, olağandışı davranış), nöbetler ve / veya fokal nörolojik bulguları içerir [6].

Bu yazıda, ES sonrası ensefalit gelişen bir olgu sunuldu.

Olgu Sunumu

Burun akıntısı, iştahsızlık, huzursuzluk ve 40°C'yi bulan ateş şikayeti ile dış merkeze başvuran yedi aylık erkek hastaya üst solunum yolu enfeksiyonu tanısı ile antibiyotik tedavisi başlanmış. Takibinde hastanın ateşi üç gün devam etmiş. Ateş normale döndükten sonra göğüsten başlayan boyun, kol, bacak, ve yüz bölgesine yayılan döküntüsü olmuş. Hastaya çocuk acil kliniğimize döküntü, emmede azalma ve uykuya meyil şikayetleri ile başvurdu. Özgeçmiş ve soy geçmişi herhangi bir özellik yoktu. Fizik muayenesinde genel durumu orata, bilinci açık, ancak uykuya meyilliydi, emmesi yoktu. Vücut ısısı 36.7 °C, kalp tepe atımı 120/dk, solunum sayısı 28/dk ve kan basıncı 105/60 mmHg idi. Işık refleksi bilateral alınıyordu, pupiller izokorikti. Ön fontaneli pulsatil ve bombe idi. Tüm vücutta yaygın makulopapuler döküntüsü vardı (Şekil 1). Diğer sistem muayeneleri normaldi.

Laboratuvar incelemesinde; beyaz küre 7100/mm³, hemoglobin 9.4 g/dL, trombosit 505000/mm³, eritrosit sedimentasyon hızı 37 mm/saat, C-reaktif protein 2.3 mg/dL idi. Periferik yaymada %20 nötrofil, %65 lenfosit, %13 monosit ve %2 eozinofil görüldü. Fontaneli pulsatil ve bombe olan hastanın uykuya meyili de olması nedeni ile lomber ponksiyon yapıldı. Alınan beyin omurilik sıvısı (BOS) örneğinde protein 23.5 mg/dl, şeker 63 mg/dl, eş zamanlı bakılan kan şekeri 96 mg/dl olarak ölçüldü. Sıvının mikroskopik incelemesinde bakteri ve lökosit görülmedi. BOS kültürü ve viral



Şekil 1. Hastada ateş normale döndükten sonra gelişen makulopapüler döküntü.

PCR (polimeraz zincir reaksiyonu) alındıktan sonra intravenöz asiklovir tedavisi başlandı. Alınan BOS örneği DNA izolasyon+Real Time PCR+multiplex PCR yöntemi ile çalışıldı ve BOS'da HHV-6 viral DNA'sı tespit edildi. Bu bulgularla hastanın mevcut tedavisine devam edildi. Takibinde hastanın antibiyotik tedavisi 21 güne tamamlanarak şifa ile taburcu edildi.

Tartışma

Eksantern subitum, roseola infantum, eksantern criticum, altıncı hastalık, psödorubella ve üç gün ateşi olarak da bilinir. Hastalık 3-5 gün boyunca süren yüksek ateş ile birlikte ateşin düşmesini takiben döküntülerin çıkması ile karakterize klinik bir sendromdur. Hastalığın patogenezi tam olarak bilinmemektedir. ES küçük yaş grubunun hastalığı olup en çok 7-13 ay arasındaki çocuklarda görülür. Olguların %90'ı, iki yaşından küçük çocuklardır [7].

Klasik ES 40°C'yi aşan ateş ile başlar ve 3-5 gün sürer (ortalama 3.8 gün) [8]. Çoğunlukla irritabilite eşlik eder. Buna rağmen çocukların birçoğu iyi görünür, aktif ve uyanıktır [7]. Bizim olgumuzun genel durumu orta, bilinci açık ve uykuya meyilli idi. Çocuğun ateşi azaldıkça, boyun ve gövdeden başlayarak yüz ve ekstremitelere yayılmış maküler veya makulopapüler döküntü gelişir. Bazen döküntü veziküler olabilir. Genellikle nonprüritikdir. Döküntü tipik olarak bir iki gün sürer, ancak bazen iki dört saat içinde kaybolabilir [7]. Hastamızın döküntüleri 1 gün sonra kaybolmuştu.

ES genellikle iyi huylu, kendini sınırlayan bir hastalıktır. Hastalığın komplikasyonları arasında nöbetler, aseptik menenjit, ensefalit ve trombositopenik purpura sayılabilir. Nöbetler genellikle ateşle ilişkilidir. Çeşitli olgu serisindeki nöbetlerin sıklığı %0-6 arasında değişmektedir [8]. Bizim olgumuzda da 40°C'yi aşan ateşi olmasına rağmen nöbet görülmedi.

Merkezi sinir sistemi komplikasyonlarının HHV-6'nın birincil enfeksiyonu ile bağlantılı olarak ortaya çıktığı, MSS'nin virüs tarafından işgal edildiğini öne sürülen bazı vakalar bildirilmiştir [9]. Bununla birlikte Yamanishi ve ark. yaptıkları çalışmada konvülsiyon geçiren ve/veya fontaneli bombe olan olan 10 hastanın 7'sinde (%70) BOS'da ensefalit olmaksızın HHV-6'nın viral DNA'nın tespit edildiğini bildirmişlerdir [10]. Olgumuzda bize ensefalit düşündürülen sadece fontanel bombeliği değil aynı zamanda uyku hali ve kliniğinin giderek kötüleşmesiydi.

HHV-6, transplantasyon alıcılarında ve immün sistemi baskılanmış kişilerde ensefalit nedeni olarak bildirilmiştir [11]. Bunun yanında virüsün ayrıca immün sistemi sağlıklı bireylerde de menenjit ve ensefalit nedeni olduğunu bildiren çalışma-

lar vardır. Ensefalit nedeni bilinmeyen 138 hastanın incelendiği bir çalışmada, hastaların 9'unun BOS'larında HHV-6 DNA'sı bulunduğu ve diğer tüm virüslere ait PCR ve serolojik testlerin negatif olduğu tespit edilmiştir. Çalışmaya göre HHV-6 ile ilişkili fokal ensefalit vakalarında klinik bulgular, tam iyileşmeden orta derecede bozulmaya kadar değişkenlik göstermiş ve yalnızca bir vaka ölümle sonuçlanmıştır^[12].

Sonuç olarak, ES benign bir çocukluk çağı döküntülü hastalığı olmakla birlikte, gelişebilecek MSS komplikasyonları açısından hem immünsuprese hem de immünkompetan hastalarda dikkatli olunmalıdır. Ateş, döküntü ve genel durum bozukluğu ile gelen hastalarda HHV-6 ensefaliti ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Hasta Onayı: Hastanın ailesinden bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Dış bağımsız.

Yazarlık Katkıları: Konsept: F.A., A.Y., E.T., D.O.; Hasta Takibi: F.A., A.Y., E.T., D.O.; Literatür Tarama: F.A., A.Y., E.T.; Yazan: F.A., E.T.

Kaynaklar

1. Yamanishi K, Okuno T, Shiraki K, Takahashi M, Kondo T, Asano Y, et al. Identification of human herpesvirus-6 as a causal agent for exanthem subitum. *Lancet* 1988;1:1065–7.
2. Suga S, Suzuki K, Ihira M, Yoshikawa T, Kajita Y, Ozaki T, et al. Clinical characteristics of febrile convulsions during primary HHV-6 infection. *Arch Dis Child* 2000;82:62–6.
3. Yoshikawa T, Ohashi M, Miyake F, Fujita A, Usui C, Sugata K, et al. Exanthem subitum-associated encephalitis: nationwide survey in Japan. *Pediatr Neurol* 2009;41:353–8.
4. Chan PK, Ng HK, Hui M, Cheng AF. Prevalence and distribution of human herpesvirus 6 variants A and B in adult human brain. *J Med Virol* 2001;64:42–6.
5. Whitley RJ. Viral encephalitis. *N Engl J Med* 1990;323:242–50.
6. Venkatesan A, Tunkel AR, Bloch KC, Laming AS, Sejvar J, Bitnun A, et al; International Encephalitis Consortium. Case definitions, diagnostic algorithms, and priorities in encephalitis: consensus statement of the international encephalitis consortium. *Clin Infect Dis* 2013;57:1114–28.
7. Cherry JD. Roseola Infantum (Exanthem Subitum). In: Cherry JD, Harrison GJ, Kaplan SL, Steinbach WJ, Hotez P, editors. *Feigin and Cherry's Textbook of Pediatric Infectious Diseases*. 7th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2014. p. 768.
8. Juretic M. Exanthema subitum a review of 243 cases. *Helv Paediatr Acta* 1963;18:80–95.
9. Yoshikawa T, Nakashima T, Suga S, Asano Y, Yazaki T, Kimura H, et al. Human herpesvirus-6 DNA in cerebrospinal fluid of a child with exanthem subitum and meningoencephalitis. *Pediatrics* 1992;89:888–90.
10. Yamanishi K, Kondo K, Mukai T, Kondo T, Nagafuji H, Kato T, et al. Human herpesvirus 6 (HHV-6) infection in the central nervous system. *Acta Paediatr Jpn* 1992;34:337–43.
11. Singh N, Paterson DL. Encephalitis caused by human herpesvirus-6 in transplant recipients: relevance of a novel neurotropic virus. *Transplantation* 2000;69:2474–9.
12. McCullers JA, Lakeman FD, Whitley RJ. Human herpesvirus 6 is associated with focal encephalitis. *Clin Infect Dis* 1995;21:571–6.