

Riketsiya Meningoensefaliti

Nüket CEYLAN (*), Nail ÖZGÜNEŞ (**), Tahir CEYLAN (***), Pınar ERGEN (*)

SUMMARY

Rickettsia Meningoencephalitis

A 35 years-old female patient with the complaints of confusion, widespread eruptions and icterus was admitted to our clinic. Diagnosis of rickettsia meningoencephalitis was made clinically with eruption, Tache Noire and cerebrospinal fluid findings and it was confirmed with laboratory findings. 4 grams/day chloramphenicol was administered intravenously. Considering the multiorgan effect (known in literature) that could relaps the disease following the treatment, also doxycycline 200 mg/day was given orally to the patient for one week. After a long convalescence period of 4 months patient was recovered.

Key words: Rickettsia, meningoencephalitis

Anahtar kelimeler: Riketsiya, meningoensefalit

OLGU

35 yaşında bayan hasta yüksek ateş, vücudunda yaygın döküntü, vücudunda ve göz akalarında sararma, şuur bulanıklığı ve huzursuzluk şikayetleri ile İnfeksiyon Hastalıkları Kliniğimize başvurdu. On gün öncesine kadar hiçbir yakınması olmayan hastanın bu tarihten itibaren halsizlik, ateş ve hafif öksürük şikayetleri başlamış. Soğuk algınlığı tanısı ile bazı ilaçlar kullanırken şikayetlerinde azalma olmadığı gibi önce gövdeden başlayan döküntüleri olmuş, bacak eklemelerinde ve sırtta oldukça şiddetli ağrıları başlamış. Döküntüleri nedeniyle başvurduğu doktor tarafından "ilaç alerjisi" tanısı ile tedavi görmüş, fakat döküntüleri giderek artmış, göz akalarında sararma ve kusmaları başlamış. Şikayetlerinin 10. günü sabah zorlukla uyandırılabilen, etrafındakileri ve bulunduğu yeri ayırt edemeyip anlamsız konuştuğu, huzursuz olduğu fark edilen hasta bir hastaneye götürülmüş ve kızamık ön tanısı ile kliniğimize sevk edilmiş. Başvurusu sırasında hastanın şuur bulanık, tam koopere olmadığı için anamnezi hasta yakınlarından alındı. Özgeçmiş ve soygeçmişinde bir özellik bulunmayan hastanın sistem sorgulamasında; iştahta son günlerde azalma ve idrarını tutamama şikayeti tespit edildi.

Fizik muayenede; kan basıncı 150/90 mmHg, nabız 100/dk, ateş 38.7°C, şuur bulanık, tam kooperasyon kurulamıyordu.

Deri hafif ikerli, derialtı yağ dokusu, turgor tonus normal, pupiller izokorik, skleralar ikerli olarak tespit edildi. Herhangi bir bölgede LAP saptanmadı. Kardiyovasküler sistem ve solunum sistemi muayeneleri normal olarak bulundu. Batın muayenesinde; tüm vücutta yaygın, basmakla solmayan, vaskülit tarzında soluk mor renkli döküntüler mevcuttu. Organomegali saptanmadı. Nörolojik muayenesinde ense sertliği mevcuttu. Kerning-Brudzinski negatif olarak değerlendirildi, başka bir patolojik refleks tespit edilmedi.

Hastada şuur bulanıklığı, ense sertliği, yüksek ateş, lökositoz ve peteşiel döküntülerin mevcudiyeti nedeniyle ilk planda menengokoksemi+menengokoksik menenjit düşünülerek lomber ponksiyon (LP) yapılmasına karar verildi. Göz dibi muayenesi yapıldı ve papil ödemi tespit edilmeyen hastaya LP yapıldı. Beyin omurilik sıvısı (BOS) ksantokromik görünümde, basınç hafif artmış, Pandy (+), 400 eritrosit/mm³, 52 lökosit/mm³ (% 80 PNL), protein 146 mg, şeker 47 mg, klor 117 mEq/l, eş zamanlı kan şekeri 153 mg olarak tespit edildi. Hastanın peteşial lezyonlarından kültür, hemokültür alındı ve bu BOS bulguları ışığında hastaya antiödem tedavisi ile birlikte 24 milyon Ü/gün kristalize penisilin G tedavisi başlandı. 24 saat sonunda hastanın ateşi 37.5°C'a düşüp nispi bir iyilik hali gözlenmesine rağmen 48. saatte hastanın ateşi 39°C'a yükseldi ve genel durumda bozulma görüldü. Hastanın yatışının ilk günü tetkiklerinde; SGOT 324 U/l, SGPT 377 U/l, LDH 1290 U/l, GGT 508 U/l, alkalin fosfataz 1343 U/l, total protein 7.2 g/dL, albumin 2.9 g/dL, globulin 4.3 g/dL, total bilirubin 8.53 mg/dL, direkt bilirubin 6.34 mg/dL, beyaz küre 27.000 (PNL hakimiyeti ile), Hb 9.2, Hct % 29.2, trombosit 278.000, ESR 28 mm/saat, CRP 96 mg/l, Anti HAV IgM, HBsAg, AntiHBc IgG, Anti-HCV negatif bulundu.

48. saatteki genel durum bozukluğu nedeniyle tekrar yapılan fizik muayene ile ilk muayenede gözden kaçan sağ alt bacak dış yan yüzünde etrafı soyulmaya başlamış, üzeri halen krutlu eskar izine rastlandı. Hastanın, şikayetlerinin başlangıcından yaklaşık bir hafta önce, kendi köpeklerine ait kene tarafından ısırıldığı ve kenenin ciltten zor ayrıldığı öğrenildi. Bu bilgiler ışığında Weil Felix aglutinasyon testi sonucu OX2 1/320, OX19 1/640 titrasyonunda pozitif OXK negatif olarak tespit edildi.

Kloramfenikol tedavisinin başlangıcından 48 saat sonra hastanın ateşi düştü ve kooperasyon kurulmaya başlandı. Bir hafta sonra kontrol LP ile alınan BOS berrak görünümde,

basınç hafif artmış, Pandy (+), 67 lökosit/mm³ (% 80 lenfosit), protein 128 mg, şeker 41 mg, CI 120 mEq/l, eş zamanlı kan şekeri 95 mg olarak bulundu. Bu arada çekilen kranial BT'de pons sol yarısında yaklaşık 8 mm boyutunda infarkt ile uyumlu lezyon tespit edildi. EEG'de yaygın, 4-5 frekanslı yavaş dalga faaliyeti saptandı. Hastanın yattığı gün alınan biyokimyasal değerlerde görülen bariz yükseklik tedavi ile birlikte 2 hafta içinde tamamen normal seviyelere indi. Tedavinin 10. gününde tekrarlanan LP ile BOS berrak görünümde, basınç normal, Pandy (-), 13 lökosit/mm³, protein 36 mg, şeker 54 mg, CI 125 mEq/l idi.

Hastaya toplam 12 gün süre ile kloramfenikol 4 g/gün tedavisi uygulandı. Olası relapsları önlemek için, 12 günlük bu tedaviyi takiben hasta taburcu olurken 7 gün süre ile doksisiklin 200 mg/gün alması önerildi. Tedavi bitimini takiben Weil-Felix aglütinasyon testi sonucu OX2 1/1280, OX19 1/2460 titrasyonda pozitif olarak bulundu. Hasta, klinik ve laboratuvar olarak düzelmeye ile kontrollere gelmek üzere taburcu edildi.

TARTIŞMA

Riketsiya; sistemik, SSS de dahil olmak üzere pek çok organda mikrovasküler hasar ile karakterize, bir vaskülitik enfeksiyondur(1-7). Bu vaskülitik değişiklikler hemen hemen tüm organlarda görülebilir; kutanöz vaskülit, interstisyel pnömonitis, hepatik portal hasar, interstisyel nefrit, interstisyel miyokardit ve meningoensefalomiyelit gibi. Hafiften fatala olabilen SSS hasarından riketsiyaya bağlı endoangiitis sorumludur (7).

Riketsiya conori enfeksiyonu; kenenin deriye yapışması ile başlar. Organizma, inokülasyon sahasındaki endotel hücrelerinde lokal inflamasyon ve trombozislere yol açarak çoğalır, eritamatöz bir papül oluşur. Enfeksiyonun gelişimi ile papülün merkezi nekrotik hal alır. Bu lezyon "Tache Noire", *Riketsiya conori* enfeksiyonunun damgasıdır, fakat her zaman olmayabilir. Tache Noire'dan enfeksiyon, bölgesel lenf nodlarına ya-yılır, genel dolaşıma geçer ve tipik riketsiyal endo-vaskülit görülür (4,6). Semptomlar, kene ısırığından yaklaşık 1 hafta sonra; ateş, baş ağrısı, ağrılı LAP ve sonunda döküntüler şeklinde görülür. *Riketsiya conori* enfeksiyonlarında, az sayıda hastada hospitalizasyon gerekebilir. Hospitalizasyon gereken hastalarda % 11 menengismus, % 10 delirium, strupor tespit edilmiştir. Göz tutulumu sık değildir, fakat retinal vaskülit (tifus nodülleri ve retinal ven obstrüksiyonu ile) geri dönüşümlü görme kaybına neden olabilir (2-4).

Laboratuvar bulguları olarak beyaz küre normal ya da yüksek olabilir. % 35 hastada trombosit sayısı

150.000'in altındadır. Karaciğer fonksiyon testleri hafif artmıştır (2-5,8). BOS incelemesinde; lenfositik pleositoz (200 hücreye kadar), eritrosit bulunabilir. görünümü ksantokromik olabilir, protein yükselmiş, glukoz genelde normaldir (3). EEG genellikle anormaldir, tipik olarak diffüz yavaş dalgalar görülür. Patolojik olarak serebral ve serebellar perivasküler mononükleer infiltratlar görülebilir. Özellikle beyaz maddede arteriolar trombonekrozlar ve mikroinfarktlar görülebilir (7).

Tanı; ateş, döküntü ve eskar gibi klinik bulgularla, serolojik olarak (Weil-Felix aglütinasyonu) ve biyopsi örneklerinden spesifik immünfloresan antikorlar uygulanarak konabilir (1). Tetrasiklin veya kloramfenikol ile tedavi genellikle 24-48 saat içinde cevap verir. Kloramfenikol ile tedaviyi takiben relapslar rapor edilmiştir. Hastalığı ağır geçirenlerde iyileşme yavaş fakat tamdır. Hospitalize edilen hastalarda mortalite %1-4 olarak bildirilmiştir(5,6,8-10).

Hastamız, gerek kliniğimize gelene kadar geçirdiği aşamalar gerek SSS tutulumu ve oldukça uzun süren nekahat dönemi ile son 5 yıl içinde kliniğimizde izlediğimiz 20 riketsiyoz olgusundan farklılık arz ettiği için sunulmuştur.

KAYNAKLAR

1. **Clements ML:** Rickettsia rickettsii (Rocky Mountain spotted fever). In: Gorbach SL, John G. Bartlett JG, Neil R. Blacklow NR, eds. Infectious Diseases. Philadelphia: WB Saunders 1645-8, 1992.
2. **Walker DH, Raoult D:** Rickettsia rickettsii and other spotted fever group Rickettsia (Rocky Mountain spotted fever and other spotted fever) In: Mandell GL, Benett JE, Dolin R, eds. Mandell, Douglas and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases 4th ed. New York: Churchill Livingstone 1721-7, 1995.
3. **Scheld WM, Whitley RJ, Durack DT:** eds. Infections of the Central Nervous System. New York: Raven 412-23, 1991.
4. **Mc Dade EJ, Fishbein DB:** Rickettsia prowazekii and rickettsia typhi. In: Gorbach SL, John G. Bartlett JG, Neil R. Blacklow NR, eds. Infectious Diseases. Philadelphia: WB Saunders 1648-54, 1992.
5. **Anğ Ö:** Riketsiya enfeksiyonları. In: Topçu AW, Söyletir G, Doğanay M, eds. Enfeksiyon hastalıkları. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 537-47, 1996.
6. **Serter D:** Virüs, riketsiya ve klamidya hastalıkları İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri 75-94, 1997.
7. **Sherlock S, Dooley J:** Diseases of the liver and biliary system. 9th ed. London: Blackwell 485, 1993.
8. **Wilson ME:** Rickettsial Diseases. Curr Opin Infect Dis 7:564-9, 1994.
9. **Dumler JS, Walker DH:** Murine typhus. In: Mandell GL, Benett JE, Dolin R, eds. Mandell Douglas and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. 4th ed. New York: Churchill Livingstone 1737, 1995.
10. **Bilgehan H:** Özel bakteriyoloji ve bakteri enfeksiyonları. İzmir: Barış Yayınları 432, 1994.