

ABAKTERİEL MENENJİTLER

Dr. Ahmet ALVER (*)

Çocuk hekimliğinde abakteriel menenjitler ileride anlatılacağı gibi kendiliğinden geçen bir antite morbit olabildiği gibi bazan muhtelif sebeplerden dolayı çok ağır bir tablo gösterebilir. Bunun için bu sendromun çocuk hekimliğinde gayet iyi bilinmesi lazımdır. Daima anormal bir likör karşısında doktorun ağır bir vicdani sorumluluğu vardır. İlk olarak abakteriel menenjitlerin en selim olanı lenfositer menenjitlerden bahsedelim.

Lenfositer Menenjitler :

Bu hastalık I. Dünya Savaşında epidemiler yapmıştı. Sonraları sporadik vakalar şeklinde görüldü. Günümüzde de aile ve mekteplerde küçük epidemiler yapabilmektedir. Enfeksiyöz menşeli olma ihtimali fazladır. Virütik kaynaklı olup portörlerle taşınır. Bilhassa ilk ve sonbaharda sık olarak görülür. Güney ülkelerinde daha sıktır. Açlık ve karansın predispozan faktörler olduğu kabul edilir. Yaş olarak çocuk adolezan hastalığıdır. Erkek çocukları daha fazla tutar. Kuluçka 10-14 gündür.

Normal Forma :

Birkaç günlük bir prodrom safhası vardır. Baş ağrısı, kırgınlık, iştahsızlık, terleme ve asteni olur. Ekseriya ani başlar. Ateş, başağrısı, karın ağrısı, kusma görülür. Bazan da eritematöz anjin, stomatit, hatta ülsere rinofarenjit de olabilir. Çok nadiren de başlangıç komayla olur. Klinik arazlar : (hastalık hali) : Başlangıç belirtileri çabucak febril menengial bir sendroma döner. Baş ağrısı aşikar yaygın veya oksipitalde lokalize olur, geceleri artar. Sırt ağrıları mevcuttur, bunlar lokalize veya diffuzdur. Kusmalar başlangıçtan itibaren veya daha sonra başlar. Gıdavi, muköz veya bilier olur. Bazen de sadece bu-

(*) Şişli Etfal Hastanesi 4. Çocuk Kliniği Şef Yardımcısı. (Şef. Dr. Zeki ERDOĞMUŞ).

lantı şeklindedir. Mide barsak arazları daha seyrekler. Hemen her menenjitlerle birlikte olan KONSTİPASYON veya DİYARELER diğer menenjitlerden daha fazladır.

Klinik Muayene : Hasta tetik manzarasında yatar. Fotofobi olmayabilir. Ense sertliği aşikar olup, hastalığın ilk saatlerinden beri mevcuttur, fakat pürülan menenjitteki gibi çok ileri değildir. Kernig çok belirgin değildir. Brudjenski arazi da aşırı değildir. Diğer menenjit semptomları, kontrilateral refleks, cilt hiperestezisi, vazomotor bozukluklar ve konjunktivit olabilir. Nörolojik muayene genellikle normaldir. Tendon refleksleri canlı olabilir. Deri duyarlılığı ve sifinkterler normaldir. Nadiren üriner retansiyon olabilir. Psikik durum çok az değişir. Şuur açıktır. Huzursuzluk azdır, bunun yanında hafif bir apati ve uykuya meyil vardır. Sonuç olarak menengial semptomlar aşikar olup orta şiddettedir. Ateş hastalık seyri esnasında 38-39°C arasında plato çizer. Nabız bradikardik olur (80-90/dk) fakat ritmikdir. İdrar miktarı azalır. Albumin eserdir. Tansiyonda hafif bir düşme olur. Genel durum iyidir. Viseral arazlar yoktur. Mikroadenopati ve herpes olabilir.

Biyolojik Bulgular :

Bu klinik görünüm karşısında likör muayenesi şarttır. Daima basınç artmıştır (30-40 mm H₂O). Blokaj yoktur. Görünüm berrak kaya suyu gibidir. Bazan tüpte 1-2 saat kalırsa örümcek ağı intibamı verir. Pürülan değildir.

Sitolojik Muayene :

En mühim ayırıcı tanıdır. Hücre zenginliği vardır. İlk günlerde yapılan ponksiyonda hücre 3-10 civarındadır, ikinci gün 70-100, daha sonra da 300-500 bazı vakalarda 4500-6000'e kadar çıkabilir. Nadir vakalarda 100'ün altında kalır. Bazı otoritelere göre 100'ün altı vakalar lenfositler menenjit için şüphelidir. İLGİNÇ BİR YANI DA İLK GELEN LİKÖRLE DAHA SONRAKİ LİKÖRDE HÜCRE SAYISININ ARTMASIDIR.

Sitolojik artış ilk günlerde olur, 10-15 günde hücreler kaybolur. Ancak hücre mevcudiyeti daha uzun da devam edebilir. 5 aya kadar da uzayabilir. Hücre miktarının artma veya azalmasının klinikte bir ilgisi yoktur. Hücreler başlangıçta polimorftur. 3-4. gün tabloya lenfositler hakim olur. Albumin çok az artmıştır 0,5 gr geçmez. 1 gr olan

vakalar nadirdir. Glikoz normaldir. Klorür çok hafif azalmıştır. Bakteriolojik muayene (—) dir. Ponksiyon yapıldıktan sonra ateş düşer, iyileşmeye meyil olur. Diğer biyolojik araştırmalarda hafif lökositoz, ateşe rağmen nadiren lökopeni, formülde hafif lenfosit ve eozinofil artışı olur. Hemokültür (—) dir.

Sonuç olarak albumino-sitolojik dissosiyasyon vardır.

Seyir :

Ekseriya basittir. 5-12 gün sonra ateşin düşmesi ve poliürik krizle iyileşir. Menengial semptomlar kalır. Ense sertliği hastalık iyileştikten sonra bile varlığını korur. Tam şifa tedavisiz olur.

Klinik Formlar :

1) Früst Forma : Hafif baş ağrısı, tek tük kusma ve likörde az hücre artışıyla kendini gösterir.

2) Uzamış ve tekrarlıyan forma : Baş ağrısı aylarca sürer. Arasına remisyon gösterip uzar. Bu arada da likörün sitolojik reaksiyonları devam eder. Bu forma nadirdir. Bazan ilk hecmeden 3-4 ay sonra tekrarlar.

3) Menengoensefalitik forma : Burada mevcut olan menengial reaksiyonlar yanında medüller ve serebral semptomlar da olur. Tendon refleksinin asimetrisi, tek taraflı veya çift taraflı Babinski müsbetliği hafif kortikal ekstansiyonu gösterir. Bazan meninks arazları hafif serebral ve medüller arazlarda daha azdır. O zaman eksitasyon sign'i olarak parmaklarda tremor, ayak adalelerinin klonik ve tonik kontraksiyonu görülür. Jacksonien tipte epilepsi ve trismus olur. Defisit sign'i olarak da monopleji, geçici hemipleji, bir sinirin tutulması, papiller ödem, staz, retinal kanamalar, körlük, okulomotor paralizi, fasial paralizi, çift görme olabilir. Nistagmus, serebellar arazlar, glosofaringeal felç, görülür. Herşeye rağmen bu tabloda selimdir.

Prognoz : Saf menenjit formlarında çok iyidir. Sekel kalmaz. Ancak menengoensefalitik tiplerde nadir de olsa sekel olarak, baş ağrısı, infantilizm, strabizim olabilir.

Anatomopatoloji : Mortalite az olduğundan fazla döküman yoktur. Menenjitlerin lenfosit infiltrasyonu ve beyinde hiperemi, ödem olur.

Ayrırcı Tam :

a) Görüldüğü gibi teşhisi kolaydır, bazan pürülanla ayrırcı tanısı gerekir. Pürülan menenjitin başlangıcında hücre lenfositer karakterde olabilir. Lenfositer menenjitin en mühim arazları ani enfeksiyöz tipte başlaması, fazla hücre, az albumin olması, genel durumun hiçbir zaman endişe verici olmayışı ve erken iyileşmesidir.

b) Hemoraji menenjalden ponksiyon ile ayrılır.

c) Monositer anjinin seyrinde görülen menengismusun ayrılması da ponksiyonda monositer hücrelerin görülmesiyle yapılır.

d) Multirekurran selim menenjitte likörde endotel hücreler % 50 olarak görülür.

Aseptik bir likör değişikliği menenjitlerin diğer lenfositer menenjitlerle ayrırcı tanısını icap ettirir. Burada irritatif menenjit, toksik menenjit, enfeksiyöz menenjit, mikozik menenjit ayrılmalıdır.

a) *İRRİTATİF lenfositer menenjit* : Sık ponksiyon neticesinde reaksiyonel olarak görülür. Ancak baş ağrısı hafiftir. Kendiliğinden maniplasyon bırakılınca iyileşir. Bunun dışında kanala yapılan müdahaleler, anestezi, lipiodol, ventrikulografi, seroterapi, penisillin'in intratekal uygulaması da yapar. Beyin FUYAYELERİ ile beraber seyreden kanama ve yumuşamalar beyin hematomlarının seyrinde, post travmatik hallerde seröz menenjit görülebilir. Beyin tümörlerinde, abselerde sistiserkozlarda olduğu gibi kronik menengial irritasyonlarda da SERÖZ menenjit olabilir. Güneş çarpmasında da likör lenfositik tiptedir. Vücut yanıkları ve diğer bulgular ayrırcı tanıya yardım eder. Ayrıca kafatası veya vertebral kolona yakın enfeksiyöz olaylarda da boşluğa açılma olmadan reaksiyon olur (otit, mastoidit, sinüsit gibi).

b) *ALLERJİK* : İntratekal seroterapiden sonra da olur. Ancak tedavide bu yöntemler uygulanmadığından artık görülmezler. Serum hastalığında da kanal ellenmediği halde anaflaktik şoklarda likör de bozulur.

c) *TOKSİK* : Hg, As-, Bi tedavisinde de irritatif menenjit görülür.

d) *VERMİNÖZ* : Daha fazla ASKARİSLERDE seyrek olarak ta tenya ve trikoksefallerde görülür. Bazen de anilin, antipirin alınması veya bazı yiyeceklerin alınmasından sonra (istakoz, yengeç, kari-

des, alkol) veya diabet, gut, Bright hastalığında otointoksikasyondan dolayı lenfositer menenjit görülür.

e) En mühimi enfeksiyon hastalığı esnasında görülen lenfositer menenjitlerdir. Başta pnömoni olmak üzere tüm enfeksiyon hastalıklarında lenfositer menenjit olabilir. Tifo, tifus, sıtma, grip, diplokokus katarhalis'te olur. Bazan da kızamık, kızamıkçık, boğmaca, kızıl, akut eklem romatizması, aşı sonrası, ensefalomyelit komplikasyonu olarak görülür. Bunlarda ALBUMİNO-SİTOLOJİK reaksiyon ve hafif menengial araz görülebilir. Aynı hal Sydenham koresi ve epidemik ensefalitte de olur. Enfeksiyöz olaylara iştirak eden menenjitlerin Tbc. menenjit ile ayırıcı tanısı çok önemlidir. Başlangıç bulgularının çabucak geçmesi bizi Tbc. menenjitinden uzaklaştırır. Tbc. de hastalığın başlangıç şekli, subakut seyri, hastanın genel durumu, dalgınlığı ve kaide arazları, nabzın aritmisi, genel durumun çabuk ve erken bozulmuş olması ile lenfositer menenjitten ayrılır. Anamnez, Ppd, ve gözde koroid tüberküller çok önemlidir. Ponksiyon meseleyi halletmez, direkt muayene menfi olabilir. Cl. hafif olarak her ikisinde de azalır. Buna mukabil lenfosit evolüsyonunun takibi önemlidir, başlangıçta tabloya hakim olan lenfositler Tbc. de daha uzun zaman sonra (15-20) gün sonra hakim olurlar. Tbc. de genel durum gittikçe ağırlaşır ve bu bize yol gösterir.

Sifilitik Sekonder Menenjit : Eskiden görülürdü.

Leptospiroz ve Kabakulak Menenjiti : Bunlar ekseriya meningoensefalomyelit yaparlar. Eğer kabakulaktan sonra olursa teşhis kolaydır. İlk arazlar (baş ağrısı, uykusuzluk, bradikardi) tekrar belirir. Ancak primitif olanlarda iş zordur, epidemi, temas anamnezi, Stenon muayenesi, kanda amilaz, kompleman fiksasyon testi, Hirsch reaksiyonu, likörde 2500'e çıkan hücre sayısı görülür. Bunların daha hafif bulguları herpes zosterin menengial reaksiyonlarında sıktır. Bazılarına göre erüpsiyonun 2-6. gününde görülür. 15. günde kendiliğinden düzelir. Hücre miktarı 15 civarındadır. 100-200 de olabilir. Albumin artışı da azdır. Abdominal zonada Kernig belirtisi, Sefalik zonada ense sertliği görülür. Saf döküntüsüz zoster menenjiti imkansızdır. Herpetik menenjit mevcudiyetini ispatlamak zordur.

Önemli bir husus ta POLİO ile ayırıcı tanısıdır. Polioların çoğunda menengial reaksiyon olabilir. Genellikle 80 civarında hücre vardır. Albumin artması başlangıçta hücreye göre azdır, albumin artışı iler-

leyicidir ve gittikçe hücre normale düşer. Albuminde 2 gr.'a kadar çıkabilir. Bu likör hernekadar lenfositler menenjitin aksine ise de yine ayırıcı teşhiste paralizilerin mevcudiyeti önemlidir, fakat aglütinasyon testleri ayırıcı tanıda önemlidir. Epidemik ensefalitin yaptığı menenjitlere gelince, bunlar ülkemizde görülmez, ama Akdeniz ve Afrikada sıktır. Bunlarda göz arazları, myokloni, uyku hali vardır.

Nörotrop bir virusun yaptığı Armstrong hastalığına gelince, bu virus maymun ve fare deneyi için kullanılır fakat insanda da lenfositler menenjite yakın bir tablo yapar.

Monositer anjindeki menenjit reaksiyonu son senelerde daha çoktur. Teşhis Paul-Bunnell ve mono testle yapılır. Kızamıkçık, akut enfeksiyöz hepatitin seyrinde de lenfositler menenjit yapabilir. Sığırlardan geçen Stomatitis aftöz epidemikada da lenfositler menenjit olabilir. Brusellozun nörolojik formunda lenfositik reaksiyon olabilir. Leptospirada myalji, yüksek ateş, kusma, diare olur, daha sonra menenjial signler oluşur. Herpes ve gözlerin kanlanması erken görülür, fotofobi basınçla gözün ağrması, iritis ve anizokori vardır. Anemi ve hafif polinükleoz olur. Bu hastalığın sırf lenfositler olan şeklinin tanısı zordur. Ağrılı karaciğer, böbreğe bağlı albumin teşhiste yardımcıdır. Bunda residiv kaidedir. 14-20 günlerde tekrarlar. Kati teşhis serolojiktir. Leptospirozda, grippo tifozada da lenfositler menenjit olur, fakat fotofobi, nistagmus, delirium, mide barsak bozukluğu ile başlar. Karaciğer bozulur, subikter olur, ateş 4-5 günde birdenbire düşer. Leptospira canicola anikterik seyreder, menenjit yanında selim bir nefrit de olur. Teşhiste köpek idrarında leptospiralar aranır.

L. pcmolada domuzlardan domuz besleyicilere geçer.

Diğer yandan Besnier-Boeck-Schaumanda da menenjial reaksiyon görülebilir. Japonyada Harada tarafından tarif edilen sendromda enfeksiyöz menşeli olduğundan ve ensefalit, uveit ve dekolman ile ayrılır. Behçet Sendromunda da lenfositler menenjit olabilir.

Mantar menenjitleri de SABUROYA ekimle ayrılır.

Etyolojik Teşhis : Önceleri lenfositler menenjit, letarjik ensefalitin hafif bir formu zannedilirdi, fakat son senelerde Von Economa hastalığına az rastlanmasına rağmen lenfositler menenjit vakalarının artması bu düşüncenin aleyhinedir.

Tbc. menenjit ile ayırıcı tanısında çok dikkat edilmelidir. Lenfositler menenjit kendiliğinden geçer.

Polio ile nadiren karışır, kanda flokülasyon testiyle ayrılır. Ensefalitlerle de karışabilir fakat bunlar tavşan gözünde keratit yaparlar.

Tedavi :

- Yatak istirahati,
- Bol su, hafif gıda,
- Likörün boşaltılması (Bazan 3-4 defa).

5-8 günde kendiliğinden iyileşir. Bazan 18 güne kadar uzayabilir. Semptomatik tedavide baş ağrılarına buz tatbiki, İ.V. hipertonic solüsyon enjeksiyonu, MgSO₄ verilirdi.

Enfeksiyöz menşeli olduğu şüphelenilen vakalarda antibiotik, salisilat da verilebilir.

Özet

Güncel bir konu olan ABAKTERİEL MENENJİTLER anlatılmaya çalışıldı.

Summary

Acute Aseptic Meningitis Syndrome has been reported.

KAYNAKLAR

1. Robert DEBRE et MARCEL LELONG Menengites lymphocytaries 1744, 1863, 2070, 1952.
2. VAUGHAN, McKay, Behrman, Acute Aseptic Meningitis syndrome, Textbook of Pediatric, 727, 1979.