

Mektup

ÖZGÜL OLMAYAN PSİKİYATRİK BELİRTİLERLE BAŞLAYAN BİR SUBAKUT SKLEROZAN PANENSEFALİT OLGUSU

Sayın Yayın Yönetmeni,

Subakut Sklerozan Panensefalit (SSPE), ilk olarak 1933 yılında Dawson tarafından tanımlanmıştır (Tushar ve ark. 2012). Kızamık enfeksiyonunun nadir görülen bir geç dönem komplikasyonudur (Schönberger ve ark. 2013). Hastalığın görülme yaşı 1 ay ile 27 yaş gibi geniş bir aralıkta verilebilir, en sık 4 -15 yaşları arasında izlenir (Chakor ve Santosh 2013, Schönberger ve ark. 2013). Hastaların % 50 kadarı özellikle 2 yaşından önce kızamık enfeksiyonunu klinik olarak geçirmiş veya kızamık aşısı olmuş kişilerdir (Garg 2002). Hastalık hızlı seyirlidir, belirtiler ortaya çıkmaya başladıktan sonra 1-3 yıl içinde ölüm görülür (Prasanth ve ark. 2006). Yazında yalnızca % 5 olguda iyileşme izlenmiştir (Garg 2002). Hastalık genellikle entelektüel seviyede bozukluklar, kişilik değişiklikleri, miyoklonus ve epileptik nöbetler ile başlar (Mahendra ve ark. 2014). Daha sonra miyoklonus, tek taraflı hareket bozuklukları, grand mal epilepsi ve görme bozuklukları ortaya çıkar (Kandadai ve ark. 2014). Hastalığın tanısı serum veya beyin omurilik sıvısında (BOS) kızamık antikorlarının saptanması ve beyin dokusunda virüsün gösterilmesi ile konulur (Garg 2002, Kartal ve ark. 2015).

OLGU

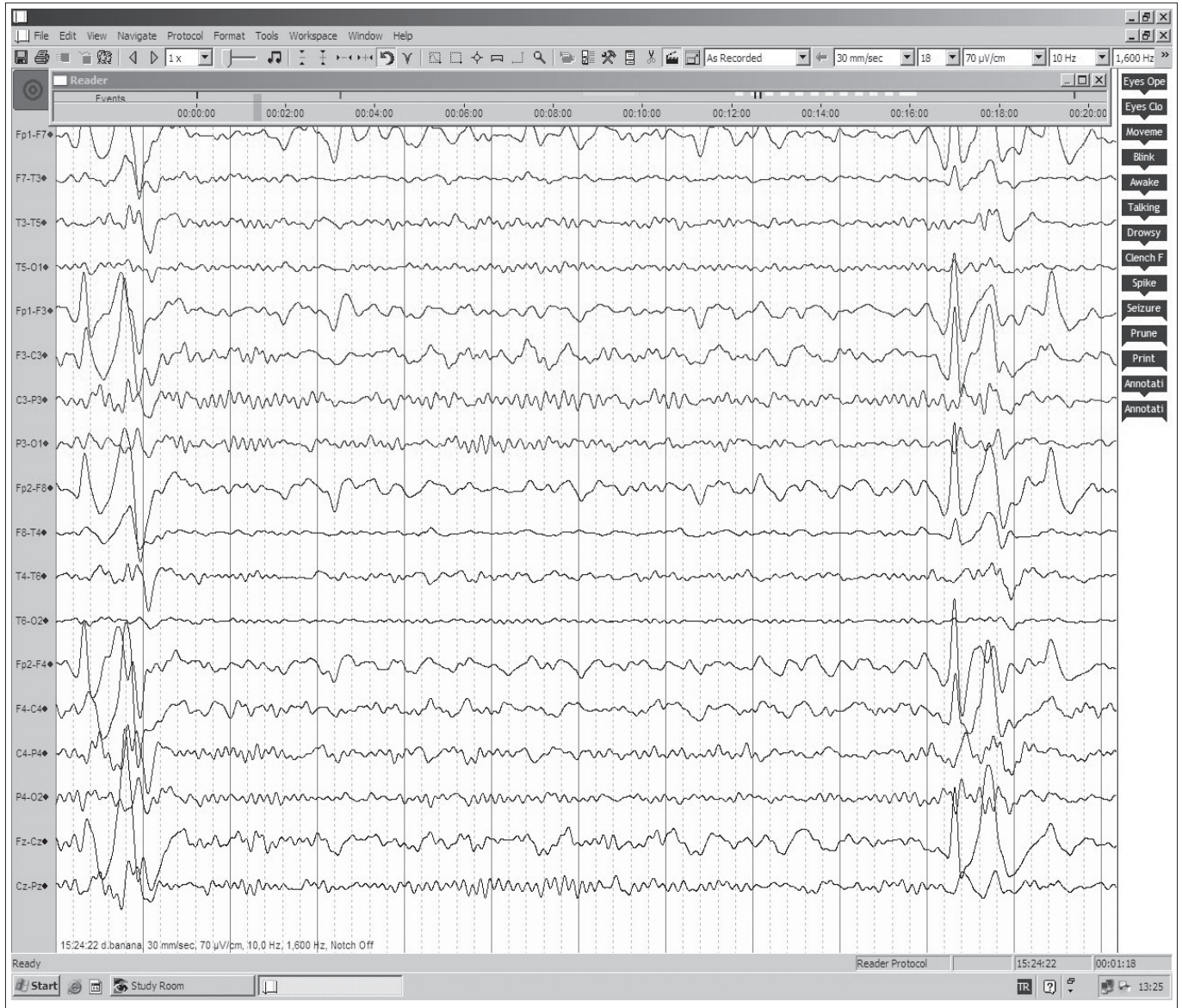
On dört yaşında ortaokul öğrencisi olan erkek hasta nöroloji kliniğine 15 gün önce başlayan ve öğretmeni tarafından fark edilen derse katılımda azalma, durgunluk, sorulara cevap verme süresinin uzaması, arkadaşları ile iletişimde azalma gibi şikâyetlerle başvurdu. Bu şikâyetler ile psikiyatri polikliniğine başvurdukları ve psikiyatri hekiminin, hastanın özgeçmişinde

psikiyatrik bir hastalık olmaması ve şikâyetlerin ani başlaması sebebi ile öncelikle organik nedenlerin dışlanması için nöroloji polikliniğine yönlendirildiği öğrenildi. Yakınlarından alınan öyküsünde, özgeçmişinde 4 aylıkken kızamık enfeksiyonu geçirdiği ve aşılarının tam olduğu ve soygeçmişinde bir özellik olmadığı öğrenildi. Hastanın fizik muayenesinde herhangi bir özellik saptanmadı. Nörolojik muayenesinde bilinci açık, kooperasyon tam, dikkati normal, yer, zaman ve kişi oryantasyonu tamdı, konuşma sırasında hafif düzeyde kelime bulma güçlüğü olduğu ve cevap verme süresinin uzadığı gözlemlendi. Diğer nörolojik muayene bulguları normaldi.

Hastanın biyokimyasal incelemeleri (glukoz, üre, kreatinin, Aspartat Transaminaz (AST), Alanin Transaminaz (ALT), sodyum, potasyum, kalsiyum, klor, tiroid fonksiyon testleri, vitamin B12, hemogram) ve Kranial Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG)- (1.5 Tesla, Philips achieve 2010, Netherland) aksiyel T1, T2 ve “fluid attenuated inversion recovery” (FLAIR) sekansları normal saptandı. Olası bir ensefalopati tablosu açısından yapılan Elektroensefalografi (EEG)de periyodik yavaş dalga paroksizmleri (Çevrimiçi Şekil 1) saptanan hastanın SSPE’ye yönelik yapılan BOS incelemesinde; açılış basıncı 160mmH₂O, kapanış basıncı 110 mmH₂O olarak ölçüldü, BOS glukozu 92 mg/dl, proteini 30 mg/dl, BOS kızamık antikor indeksi 2.41 saptandı. EEG bulguları ve BOS rubeola IgG düzeyinin anlamlı yüksek bulunması ışığında hastaya SSPE tanısı kondu. Teşhisten sonra izoprinozin tedavisi başlanan hastanın takibinde epileptik nöbetler, denge ve motor fonksiyon bozukluğu, dizartrik konuşma, yönelimde bozulma, iletişim kurulamama, bilinç düzeyinde azalma ve solunum güçlüğü gelişti. Yaklaşık 9 ay hastanemiz pediatri yoğun bakım ünitesinde izlenen hasta halen evinde mekanik ventilatör ile izlenmektedir.

Yazında bildirildiği üzere çocukluk çağı SSPE olgularında hastalık genellikle bilişsel fonksiyonlarda bozulma ve davranış değişiklikleri gibi bulgularla başlamakta, bu belirtilere miyoklonus, jeneralize nöbetler, motor fonksiyonlarda bozulma

ŞEKİL 1. Tekrarlayan Yavaş Dalga Aktivitesi Ataklarının Olduğu Elektroensefalografi (EEG) Kaydı.



eklenmektedir (Mahendra ve ark. 2014, Ravi ve ark. 2015). Bizim olgumuzda ise başlangıç silik belirtilerle olmakla birlikte seyirde bildirilen olgulara benzer şekilde nörolojik bulgulara ilerleme ve klinik kötüleşme izlenmiştir. Erişkin yaşta başlayan olgularda ise atipik belirtiler olarak adlandırılan görme bozukluğu ve katatoni gibi belirtiler başlangıçta daha sık görülmektedir (Dayal ve Balhara 2014). Olgudaki hastalık başlangıç belirtileri ise içe kapanma ve okulda sosyal iletişimde azalma idi. Hastanın öğretmenleri ve ailesi bunun depresif bir tablo olabileceğini düşündüklerinden önce psikiyatri polikliniğine başvurulmuştu.

Tipik klinik özelliklerden farklı şekillerde karşımıza çıkabilen SSPE'nin tanısında BOS analizinin ve nöro-görüntülemenin önemli katkı sunduğu göz ardı edilemez. EEG'de zemin

aktivitesinde bozulma, özellikle frontal bölgelerde dikkati çeken ritmik delta aktivite ve diken elemanları SSPE'de bugüne kadar tanımlanmış EEG özellikleri arasındadır (Kartal ve ark. 2015). Sunulan olguda EEG'de ritmik delta aktiviteinin tespit edilmesi ile şikayetler henüz 10-15 gün kadar önce başladığı halde tanıdan şüphe edilerek BOS analizi yapılmıştır.

Sonuç olarak SSPE çok değişik ve atipik olarak kabul edilebilecek klinik tablolarla başlayabilmektedir. Okul çağında içe kapanma, sosyal iletişimde azalma gibi özgül olmayan belirtiler ile psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda SSPE'nin de akılda tutulması ve kolay uygulanan bir tetkik olan EEG'nin planlanmasının faydalı olabileceğini düşünmekteyiz.

Saygılarımızla.

¹Yrd. Doç. Zeynal Abidin Tak, ²Yrd. Doç. Mustafa Çelik,
³Yrd. Doç. Aysun Kalenderoğlu, ⁴Yrd. Doç. Sadullah Sağlam,
⁵Yrd. Doç. Burcu Ekmekçi, ⁶Yrd. Doç. Yaşar Altun
^{1,4,5,6}Nöroloji Bl., ^{2,3}Psikiyatri Bl., Adıyaman Üniv. Tıp Fak., Adıyaman.
e-posta: atak@adiyaman.edu.tr
e-posta: mustacelik@yahoo.com
e-posta: ilhan_aysun@yahoo.com
e-posta: sadullahsaglam@yahoo.com
e-posta: nilbrce@gmail.com
e-posta: yasaraltun02@gmail.com

Kaynaklar

- Chakor RT, Santosh NS (2013) Subacute sclerosing panencephalitis presenting as rapidly progressive young-onset dementia. *J Pak Med Assoc* 63:921-4.
- Dayal P ve Balhara YP (2014) Catatonia as presenting clinical feature of subacute sclerosing panencephalitis. *J Pediatr Neurosci* 9:57-59.
- Garg RK (2002) Subacute sclerosing panencephalitis. *Postgrad Med J* 78:63-70.
- Jakkani RK, Sureka J, Panwar S (2015) Subacute sclerosing panencephalitis resembling Rasmussen's encephalitis on magnetic resonance imaging. *Singapore Med J* 56:e147-e149 doi: 10.11622/smedj.2013236.
- Javali M, Menon R, Chakor R (2014) Adult onset subacute sclerosing panencephalitis – Lessons learnt from an atypical presentation. *J Neurosci Rural Pract* 5:310-313.
- Kandadai RM, Yada P, Uppin MS ve ark. (2014) Fulminant Subacute Sclerosing Panencephalitis Presenting with Acute Ataxia and Hemiparesis in a 15-Year-Old Boy. *J Clin Neurol* 10:354-357.
- Kartal A, Çıtak Kurt AN, Hirfanoğlu T ve ark. (2015) Subacute sclerosing panencephalitis in a child with recurrent febrile seizures. *Case Rep Pediatr* 2015:783936.
- Prashanth LK, Taly AB, Ravi V ve ark. (2006) Adult onset subacute sclerosing panencephalitis: clinical profile of 39 patients from a tertiary care Centre. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 77:630-633.
- Raut TP, Singh MK, Garg RK ve ark. (2012) Evolution of certain typical and atypical features in a case of subacute sclerosing panencephalitis. *BMJ Case Rep.* 13.05.2015 tarihinde <http://casereports.bmj.com/content/2012/bcr-2012-007052.abstract> adresinden indirildi.
- Schönberger K, Ludwig MS, Wildner M ve ark. (2013) Epidemiology of subacute sclerosing panencephalitis (SSPE) in Germany from 2003 to 2009: a risk estimation. *PLoS One* 8:1-8.