

# Atipik Seyirli Viral Ensefalit (Olgu Sunumu)

## Viral Encephalitis With Atypical Prognosis (Case Report)

MUAMMER YÜKSEL, BAŞAK DOKUZOĞUZ, BÜLENT GÜL, MEHMET YAMAN,  
ÇETİN EVLYIAOĞLU, İSMAİL SERTER, YAMAÇ TAŞKIN

Ankara Numune Hastanesi Nöroşirürji Kliniği (MY, BG,MY,ÇE,İS,YT) ve İtaniye Kliniği (BD), Ankara

**Özet:** Viral ensefalitlerde yüksek oranda mortaliteden söz edilir. Tedavi edilen olgularda bile %35'in üzerinde kalıcı morbidite mevcuttur.

Bu çalışmada, radyolojik ve serolojik bulgularla virütik olduğu düşünülen, spontan iyileşme göstermiş atipik bir ensefalit olgusu sunulmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Ensefalit, Viral, Serolojik testler, Tomografi, Manyetik Rezonans

**Summary:** Viral encephalities have a high mortality rate. Morbidity more than 35% among the cases treated medically have been reported.

In this article, a case of spontaneously cured, atypical encephalitis that was considered as virutic radiologically and serologically, is presented.

**Key words:** Encephalitis, Viral, Serologic tests, Tomography, Magnetic Resonance

### GİRİŞ

Ani ateş, baş ağrısı, fokal nörolojik bulgularla birlikte olan epileptik nöbetler ve bilinç bozukluğu ensefalitler için karakteristiktir (7). Meningoensefalit nedenleri arasında bakteriyel, viral ve paraziter enfeksiyonlar olabileceği gibi, Whipple hastalığı, Behçet hastalığı, vaskülitler ve ilaç reaksiyonları da sayılabilir (4). Viral etyolojide en sık rastlanan ajan Herpes simpleks virusudur (HSV-1), selektif olarak frontal ve temporal lobları tutan, ödem, nekroz ve hemoraji ile belirginleşen nekrotizan ensefalit yapar (9,10).

Burada viral olduğu düşünülen ve spesifik tedavi kullanılmamasına karşın sekelsiz iyileşmiş bir ensefalit olgusu literatürün ışığında sunulmuştur.

### OLGU SUNUMU

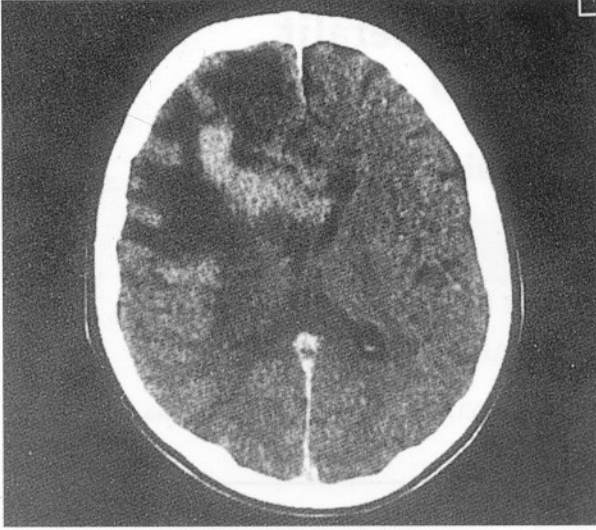
18 yaşında bayan hasta 6.4.94 tarihinde dahiliye kliniğine bulantı, kusma, ve halsizlik şikayetleri nedeniyle yatırıldı. Hastanın anamnezinden 2 ay

kadar önce soğukta kalma sonrasında yüz felci olduğu, adını hatırlamadığı ilaçlar kullandığı ve bundan 1 ay kadar sonra iştahsızlık ve kusma şikayetlerinin başladığı öğrenildi. Bu şikayetleri nedeniyle gittiği doktor tarafından polikistik böbrek hastalığı tanısı alan hasta şikayetlerinin devam etmesi üzerine dahiliye kliniğine yatırıldı. Bu zamanki nörolojik muayenesinde sağa bakışta nistagmus dışında patolojiye rastlanmadı. Fizik muayenesi ve biyokimya test sonuçları normal sınırlardaydı.

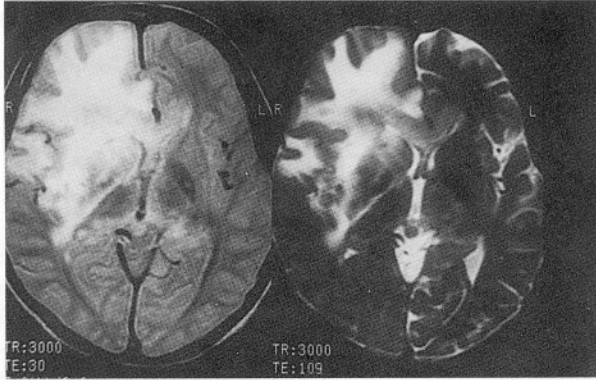
9.4.94 tarihindeki Bilgisayarlı Beyin Tomografisinde (BBT) sağ frontalde lateral ventrikül ve korpus kallozuma invazyon gösteren, geniş çevresel ödem alanı bulunan, yaklaşık 5x3 cm boyutlu, intravenöz kontrast maddeden (IVKM) sonra yoğun kontrastlanan kitle lezyonu dikkati çekmekteydi (Şekil-1).

Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) (15.4.94): Sağ serebral hemisferde geniş ödem alanı ile çevreli, orta hat yapılarında sola belirgin şift oluşturan insuler korteks, temporal lob ve frontal lob,

korpus kallozum lokalizasyonlu yoğun kontrastlanma gösteren multifokal solid kitle lezyonu tespit edildi (Şekil-2).



Şekil 1: Sağ frontalde lateral ventrikül ve korpus kallozuma invazyon gösteren, çevresel geniş ödem alanı bulunan lezyona ait BBT tetkiki izlenmektedir.



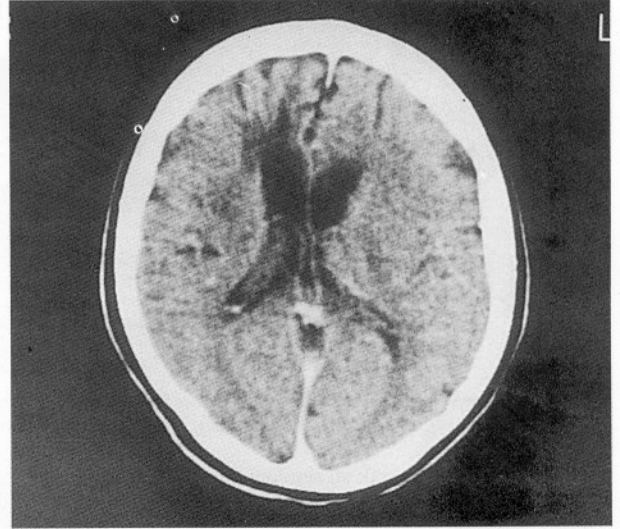
Şekil 2: Orta hat yapılarında belirgin şift oluşturan, kontrastlanma gösteren multifokal solid kitle lezyonuna ait MRG tetkiki izlenmektedir.

Hasta 18.4.94 tarihinde şuurunun kötüleşmesi ve sol tarafındaki kuvvetsizlik yakınmasının başlaması nedeniyle yapılan konsültasyon sonucunda kliniğimize nakil alındı. Genel bir düşkünlük hali vardı. Bu tarihteki nörolojik muayenesinde bilinci konfüzyoneydi, sol silik fasiyal paralizi, solda hakim kuadriparezi (2/5-3/5), sol hemihipoestezi saptandı.

Hastaya antiödem ve antiepileptik tedavi başlandı. İntrakraniyal kitle tanısıyla operasyona hazırlandı. Hasta, yakınlarının cerrahi tedaviyi kabul etmemesi üzerine 19.4.94 tarihinde haliyle taburcu edildi. Antiepileptik ve antiödem tedavi reçetesi verildi.

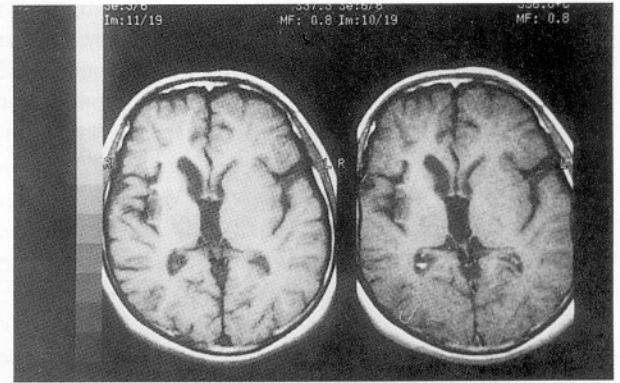
20.9.94 tarihinde kontrol muayenesine gelen hastanın genel durumu iyiydi. Nörolojik muayenesi normal sınırlarda idi.

İstenen kontrol BBT tetkikinde (21.9.94) sağ frontal horn komşuluğunda irregüler konturlu hipodens alan saptandı. IVKM ile opaklaşma göstermiyordu. Sağ frontoparietal kortikal sulkuslar derinleşmişti (Şekil-3).



Şekil 3: Hastanın kontrol BBT tetkiki izlenmektedir.

Hastaya bunun ardından MRG tetkiki yapıldı (16.11.94). Bu tetkikte sağ lateral ventrikül komşuluğunda radyolojik olarak ensefalomalazik alan saptandı. Ekstraserebral subaraknoid mesafe minimal geniş izlenmekteydi (Şekil-4).



Şekil 4: Hastanın kontrol MRG tetkiki izlenmektedir.

Bu tetkiklerin ışığında hasta retrospektif olarak incelendiğinde gelişen tablonun ensefalite bağlı olarak ortaya çıkabileceği düşünüldü. MRG bulguları da viral bir ensefalit lehine yorumlandı. Aradan geçen süre nedeniyle kültür ve viral antijen aramaya dayalı inceleme yapılamayacağından beyin-omurilik

beyin-omurilik sıvısı (BOS) ve serumda viral antikorlar arandı. Sitomegalovirüs (CMV) ve Epstein-Barr virüs (EBV) için ELISA, HSV için IFA tekniğiyle alınan sonuçlarda: CMV için; serumda IgM negatif, IgG pozitif, BOS'da IgM ve IgG negatif bulundu, EBV için; serumda IgM negatif, IgG pozitif, BOS'da IgM ve IgG negatif saptandı. HSV için; serumda IgM 1/20 titrede zayıf pozitif, IgG 1/40 titrede pozitif, BOS'da IgM negatif, IgG 1/40 titrede zayıf pozitif olarak tespit edildi.

## TARTIŞMA

En sık rastalanan viral ensefalit nedeni herpes simpleks'dir (2). Virüs santral sinir sistemine nöral ya da olfaktör yolla girer. Viremi de tutulum için bir başka majör yoldur (1). Hastalık ani ortaya çıkan ateş, başağrısı, fokal nörolojik bulgularla görülen epileptik nöbetler ve bilinç bozukluğuyla karakterizedir (7). Klinik olarak hastalığın tanısı güçtür. Laboratuvar araştırmalarının sonucu genellikle nonspesifiktir. Kan, BOS bakteriyel, viral ve fungal kültürlerinde genellikle üreme olmaz (1) ve spesifik viral antijenler için antikor titresi hastalığın ortaya çıkmasından haftalar sonra yükselir (4,8). Bir çok akut viral enfeksiyonda meningeal ya da parankimal tutulum MRG ile BBT'ye oranla daha erken ve güvenilir bir biçimde gösterilir (6,9). BBT ve MRG tetkiklerinde ödem, nekroz alanları içeren ensefalite ait görünümünün ayırıcı tanısında düşük grade'li astrositomlar ve beyin abselerinin erken serebrit fazı bulunmaktadır (9,10). Herpes Simpleks Ensefalitinde (HSE) T2 ağırlıklı MRG imajlarında temporal ve frontal loblarda lokalize, ödem, nekroz ve hemorajiyle karakterize hiperintens lezyonlar görülür (10,11) ve yukarıda söz edilen lokalizasyonlar herpetik orijini destekler (11). Bir diğer tanı yöntemi ise beyin biopsisidir, ancak false negatif sonuçlar elde edilebilir (3).

Olgumuzda temporal ve frontal lob, korpus kallozum lokalizasyonlu yoğun kontrastlanma gösteren multifokal solid kitle lezyonu ilk MRG tetkikinde saptandı. Bu dönemde öntanı intrakraniyal kitle olduğundan hastaya lomber ponksiyon yapılmadı.

Yaklaşık 7 ay sonraki MRG tetkikinde sağ lateral ventrikül komşuluğunda ensefalomalazik alan saptanması ve ilk MRG lokalizasyonlarının HSE için tipik olması nedeniyle BOS ve kan HSV IgG ve IgM'leri ile tetkik edildi. BOS'da HSV IgM negatif, IgG 1/40 zayıf pozitif, serumda IgM 1/20 zayıf pozitif, IgG 1/40 olarak bulunması ilk tablonun HSE olabileceğine ait zayıf da olsa bir kanıt olarak

değerlendirildi. BOS'da saptanan HSV IgG antikorlarının kandan geçme olasılığı olmakla birlikte (4), aynı dönemde bakılan CMV ve EBV serum antikorlarının pozitifliğine karşın BOS'da IgG'lerin negatifliği, BOS HSV IgG'lerinin kandan geçen aktörler olmadığını düşündürdü. Burada önemli olan aktör titresinin takibi olmakla birlikte, hasta tekrar kontrole gelmediği için serolojik tanı kesin olarak belirtilememektedir.

Olgumuzdaki lezyonların lokalizasyonlarının tipik olması ve serolojik bulgulara karşın spesifik tedavi almadan iyileşmesi literatür bilgileriyle gelişmektedir. Yüksek oranda mortal seyreden (%70'in üstünde) herpes simpleks ensefalitinde tedavi edilen olgularda bile %35'den fazla kalıcı mortaliteden söz edilmektedir (5,9,12).

Klinik ve radyolojik olarak yukarıda tanımlanan özelliklere sahip kitle lezyonlarının varlığı halinde viral bir ensefalitin de düşünülmesi gereklidir.

Yazışma Adresi: Dr.Muammer Yüksel  
Dünya Sitesi C6/2 Blk. No:38  
Çiğdem Mahallesi- ANKARA

## KAYNAKÇA

1. Connolly ES: Viral encephalites. In Youmans JR (Ed.) Neurological Surgery W.B. Saunders Company Philadelphia, 1990: 3736-3741
2. Esiri MM: Herpes simplex encephalitis. J Neurol Science 54:209-226,1982
3. Greerberg MS: Handbook of Neurosurgery. 3rd Ed. Greenberg Graphics. Lakeland. 1994: 275-277.
4. Griffin DE, Johnson RT: Encephalitis, Myelitis and Neuritis. In Mandell GL, Douglas RG, Bennet JE (Eds.) Principles and Practice of Infectious Diseases. 3rd ed. Churchill Livingstone NewYork. 1990: 762-769.
5. Kaufman DM, Zimmerman RD, Leeds NE: Computed tomography in Herpes simplex encephalitis. Neurology 29:1392-1396,1979
6. Lahat E, Smetana Z, Aladjem M, Leventon-Kriss S: A lesion simulating a cerebellar infarct on CT in a child with herpes simplex encephalitis. Neuroradiol 35:339-340,1993
7. Rose JW, Stroop WG, Matsuo F, Henkel J: Atypical herpes simplex encephalitis: Clinical, virologic and neuropathologic evaluation. Neurology 42:1809-1812,1992
8. Puchhammer-Stöckl E, Popow-Kraupp T, Heinz FX, Mandl CW, Kunz C: Establishment of PCR for early diagnosis of herpes simplex encephalitis. J Med Virol 32:77-82,1990
9. Sartor K: MR Imaging of the Skull and Brain. Springer Verlag. 1992. pp:645-648
10. Schroth G, Gawehn J, Thron A, Vallbracht A, Voight K: Early diagnosis of herpes simplex encephalitis by MRI. Neurology 37:179-183,1987
11. Soo MS, Tien RD, Gray L, Andrews PI, Friedman H: Mesenrhombencephalitis: MR findings in nine patients. Am J Roentgenol 160:1089-1093,1993
12. Wintergerst U, Belohradsky H: Acyclovir monotherapy versus Acyclovir plus Beta-Interferon in focal viral encephalitis in children. Infection 20:207-212,1992