

MERKEZİ SINIR SİSTEMİ TUTULUMU
İLE SEYREDEN *RICKETTSIA CONORII*
OLGUSU

A.A.

- 53 yaş erkek hasta
- Bilinen HT ve İKH öyküleri mevcut.
- Yaklaşık 4 gündür olan ateş, halsizlik, baş ağrısı şikayetleri ve 2 gündür olan diplopi, üst ekstremitelerde kollardan gövdeye yayılan, makülopapüler, basmakla solan tüm vücuda yayılan döküntüler ile başvurdu.

- Köpek besleme öyküsü mevcut.
- Böcek-kene teması yok.
- Son 2 ay içinde seyahat öyküsü yok.
- Dış merkezde nöroloji kliniği tarafından interne edilmiş ve 2 gün seftriakson 2x1gr verilmiş.

- Őikayetlerinde gerileme olmaması nedeniyle döküntü, diplopi ve ateş tetkik edilmek üzere tarafımızca interne edildi.





- *Özgeçmiş:* Özellik yok
- *Soygeçmiş:* Babada AC TBC öyküsü mevcut.
- *Kullandığı ilaçlar:* Ecopirin pro 81mg, Tansifa 16/10mg

FİZİK MUAYENE

- TA:128/84 mm/HG Nabız:103/DK Ateş:36,4°C
SPO2:%94
- Bilinç açık, oryante-koopere.
- Tüm vücutta basmakla solan, avuç içi ve ayak tabanlarını da tutan, yaygın makülopapüler döküntü ve damakta peteşiler mevcut.
- Sağ aksiller bölgede 0,5cm mobil, ağrısız LAP
- Sağ inguinal bölgede yabancı cisim?
- Diğer sistem muayeneleri doğal olarak değerlendirildi.

Laktat Dehidrogenaz (LDH)-	↑	498	U/L	WBC	↑	10.05	10 ³ /uL	3.8 - 10
Not : HEMOLİZLİ				RBC	↓	4.15	10 ⁶ /uL	4.2 - 5.8
Kreatin kinaz (CK)-	↑	538	U/L	HGB	↓	124	g/L	131 - 172
Total Protein-		66.4	g/L	HCT	↓	36.7	%	40 - 52
Kalsiyum (Ca)-		8.9	mg/dL	MCV		88.4	fL	80 - 95
CRP-	↑	174	mg/L	MCH		29.9	pg	25 - 34
Prokalsitonin-		0.47	µg/L	MCHC		338	g/L	310 - 370
Alanin aminotransferaz (ALT)-	↑	44	U/L	PLT		186	10 ³ /uL	150 - 400
Potasyum-		4.99	mmol/L	MPV		11	fL	7.8 - 13
Sodyum (Na)-		141	mmol/L	PCT		0.2	%	0.15 - 0.4
Glukoz-	↑	137	mg/dL	PDW		16.3	fL	9 - 20
Kreatinin-	↑	1.21	mg/dL	P-LCR		33.2	%	
Üre-		27	mg/dL	RDW-CV		14.1	%	11.2 - 15
Aspartat transaminaz (AST)-	↑	59	U/L	RDW-SD	↑	46.3	fL	35 - 44
Gamma glutamil transferaz (GGT)-		55	U/L	NEU%	↑	89.5	%	45 - 78
Alkalen fosfataz (ALP)-		93	U/L	NEU#	↑	8.98	10 ³ /uL	1.78 - 5.38
Total Bilirubin-		0.41	mg/dL	LYM%	↓	8.4	%	10 - 48
Albümin-		38.8	g/L	LYM#	↓	0.85	10 ³ /uL	1.32 - 3.57
				MONO%	↓	1.9	%	3 - 12
				MONO#	↓	0.19	10 ³ /uL	0.3 - 0.82
				EOS%	↓	0	%	0.8 - 7
				EOS#	↓	0	10 ³ /uL	0.04 - 0.54
				BAS%		0.2	%	0.2 - 1.2
				BAS#		0.03	10 ³ /uL	0.01 - 0.08

- NÖROLOJİ VE GÖZ HASTALIKLARINA DANIŞILDI.
- **NÖROLOJİ**: 53 yaşında erkek hasta yatağında değerlendirildi. Yaklaşık 3 gündür diplopi yakınması tariflemekte. **Binoküler diplopi +** , 1 yıldır ara sıra göz kapaklarında düşme farketmiş. 10 gündür halsizlik ve yorgunluğu varmış. Bulber belirti: bir kaç gün önce yutmada zorlanmış ama düzelmiş,. Merdiven çıkmakta zorlanıyormuş. Baş ağrısı +. Bilinen sistemik hastalık öyküsü - kah ?, malignensi öyküsü yok.

NM : her iki orb, oculi kası hafif zayıf, pitoz- bakış paralizisi yok, boyun, dil maseter kaslarında zaaf yok, ekstremitelerde kas gücü tam.

öneriler:

- Asetil kolin reseptör antikorları ,
- Timoma açısından Torax Bt planlanması
- tetkiklerinde CK :538, Idh : 499 , ast: 69 alt 44, drp: 174 saptanan hastanın CK -LDH, kcft, sedim-crp kontrol değerleri gönderilmesi yükseklik saptanırsa -, miyopati ??? **emg planlanması**, çekim öncesi klinik hakkında bilgi verilmesi, Nöromusküler kavşak patolojisi açısından asu planlanması)
- Çekilebiliyorsa **cranial mrg** (kontrendikasyon yoksa kontrastlı çekim) planlanması
- sonuçlarla rekonsültasyonu uygundur.

- **GÖZ:** Hastada 3 .sinir palsi düşünöldü. (1)
- Vizyon görme tam sağ sol **papilla ödemi mevcut diplopi mevcut görme alanı** istendi (2)
- Bilateral papil ödem tanımlanmış. (3)
- Görmeler tam ön ve arka segment doğal. Göz hareketleri her yöne serbest. (4)

- Yatışının 2. günü şikayetlerine el ve ayak eklemlerinde ağrı eklendi.
- Hastaya LP planlandı.
- Tedavisi seftriakson 2x2gr IV ve doksisisiklin 2x100mg PO olarak düzenlendi.

- *BOS HÜCRE SAYIMINDA*: BOS hücre sayımında: 24 lökosit/mm³, 6 eritrosit/mm³
- *BOS BİYOKİMYASINDA*: Glukoz: 56 mg/dL, Protein: 673 mg/dL Klor: 122 mmol/L LDH: 25 U/L, eş zamanlı kan şekeri: 103 mg/dL
- *BOS KX*: Üreme yok.
- *BOS MİKOBACTERİ PCR*: Negatif, *BOS MİKOBACTERİ KÜLTÜRÜ*: ARB negatif
- *BOS MULTIPLEX PCR*: Etken saptanmadı.
- *ANTI CMV IGM, ANTI RUBELLA IGM, ANTI TOKSO IGM, HSV TİP 1/2 IGM* → Negatif
- *TPHA-VDRL, BRUCELLA (COOMBS VE Tüp AGLÜTİNASYON)* → Negatif
- *KAN KÜLTÜRÜ*: Üreme yok.
- *BATI NİL IGM, IGG, PCR*: Negatif
- *BORRELIA BURGDORFERİ PCR (BOS)*: Negatif.
- *C3, C4, RF, ANA, ANTI DSDNA*: Normal sınırlarda
- *OLİGOKLONAL BANT (SERUM-BOS)*: Pozitif

- Görüntülemeleri yapıldı.
- *KRANIAL MR*: Diplopiyi izah edecek bulgu yok.
- *DİFFÜZYON MR*: Enfarkt gözlenmedi.
- *TORAKS BT*: Sağ ac alt lob anterobazal segmentte lineer parankimal bant izlenmiştir.
- *BEYİN BT*: Sağ parietal lobda subkortikal ak maddede, paramedian yerleşimli yaklaşık 3mm çaplı hafif hiperatenüye odak izlenmiştir. küçük kavernom olabilir. kavernom açısından gradient sekansında olduğu mr inceleme önerilir. **baş ağrısı ve diplopiyi izah edecek patoloji saptanmadı.**
- *EMG*: Elektrofizyolojik bulgular normaldir. nöromuskuler kavşak hastalığına dair klinik şüphe halinde tek lif emg önerilir.

- **KRANIAL MR ANJIOGRAFI:** Özellik yok.
- **KRANIAL MR VENOGRAFI:** Özellik yok.
- **ORBİTA MR:** Her iki optik sinir, retroorbital bölümlerde tortioz seyir göstermektedir. perinöral bos hafif belirginleşmiştir. Optik sinilerde patolojik sinyal artışı saptanmamıştır.
- **SWI SEKANS MR:** Serebellar ve serebral parankimde hemoraji ile uyumlu belirgin patolojik sinyal kaydı saptanmamıştır.
- **SONUÇ:** Diplopiyi izah edecek bulgu izlenmemiştir.

RICKETTSIA CONORİ

Adı-Soyadı	:		İstem Nedeni / Ön Tanı	:	
T.C. Kimlik No	:	28*****44	Örnek Alınma Tarih, Saati	:	30.05.2022 / 10:00
Cinsiyet	:	Erkek	Numune Kabul Tarih, Saat	:	31.05.2022 / 14:57
Doğum Tarihi	:	10/10/1968	Laboratuvar No	:	2070492424
Dosya No	:	4688309618	Laboratuvar Kabul	:	31.05.2022 / 15:47
Num.Kabul No	:	2070492424	Protokol/Sıra	:	2022/4477 /1

ULUSAL YÜKSEK RİSKLİ PATOJENLER REFERANS MERKEZ LABORATUVARI

Çalışılan Analiz	Birim	Yöntem	Tayin Limiti	Referans Değer	Analiz Sonuçları	Numune Cinsi	Sonuç Tarih - Saati / Onaylayan
Rickettsia conori IgM IFA		IFA			1/384 TİTREDE POZİTİF	Serum	06.06.2022 17:42 / SERAP SÜZÜK YILDIZ
Rickettsia conori IgG IFA		IFA			1/1280 TİTREDE POZİTİF	Serum	06.06.2022 17:42 / SERAP SÜZÜK YILDIZ

- Hasta yaklaşık 10 gün kadar kliniğimizde takip edildi. Döküntüleri gerileyen, diplopisi devam eden hasta poliklinik kontrol ile taburcu edildi. Tedavisi 14 güne tamamlandı.
- Yaklaşık 2 ay sonra poliklinik kontrolünde diplopsiinin gerilediği görüldü.

Akdeniz Benekli Ateş Tanı Kriterleri

ESCMİD Coxiella, Anaplasma, Rickettsia ve Bartonella Çalışma grubu (ESCAR)

Tanı Kriterler	Puan
Epidemiyolojik kriterler	
Endemik bölgede bulunma	2
Mayıs- Ekim ayında görülmesi	2
Köpek kenesi ile temas (kesin-olası)	2
Klinik kriterler	
Ateş >39°C	5
Eskar	5
Makülopapüler veya purpurik döküntü	5
Yukardaki kriterlerden ikisinin olması	3
Yukardaki kriterlerden üçünün olması	5
Spesifik olmayan laboratuvar bulguları	
Trombosit < 150 000 Ü/lt	1
SGOT veya SGPT > 50 Ü/lt	1
Bakteriyolojik kriterler	
Kan kültüründe <i>Rickettsia conorii</i> pozitifliği	25
Cilt biyopsisinde <i>Rickettsia conorii</i> incelemesi pozitif	25
Serolojik kriterler	
Tek serum örneğinde İgG >1/128	5
Tek serum örneğinde İgG >1/128 ve İgM >1/64	10
İki hafta ara ile alınan iki serum örneğinde titrede 4 kat artış	20

≥ 25 puan tanı koydurucur



Contents lists available at ScienceDirect

IDCases

journal homepage: www.elsevier.com/locate/idcr



Case report

Encephalitis: A rare complication of mediterranean spotted fever

Jorge Bastos Mendes*, João Filipe Gomes, Tatiana Gonçalves, Bernardo Canhão, João Madaleno

Internal Medicine in Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal



ARTICLE INFO

Article history:

Received 7 February 2021

Received in revised form 22 April 2021

Accepted 22 April 2021

Keywords:

Rickettsia conorii

Mediterranean spotted fever

Encephalitis

ABSTRACT

Mediterranean spotted fever (MSF) is an emerging zoonosis caused by *Rickettsia conorii*. The MSF typically presents with a triad of fever, generalized cutaneous rash and inoculation eschar, but its clinical spectrum may range from a mild febrile illness to a potentially life-threatening condition, being central nervous system involvement highly rare. We report the clinical case of a 63-year-old male patient with MSF complicated by acute encephalitis and multi-organic failure.

© 2021 The Authors. Published by Elsevier Ltd. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).