

Konjenital Toksoplazmoz: Bir Olgu Sunumu

CASE REPORT: CONGENITAL TOXOPLASMOSIS

Dr. Hüseyin ÇAKSEN*, Yrd. Doç. Dr. Kazım ÜZÜM*, Prof. Dr. Selim KURTOĞLU*,
Dr. İsmail SUNGURLU**, Doç. Dr. Mustafa GÜLEÇ***

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi "Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, "Nöroşirurji ABD, ***Radyoloji ABD, KAYSERİ

ÖZET

Konjenital toksoplazmoz korioretinit, anemi, konvulzyon, intrakranial kalsifikasyon, sarılık ve hidrosefali gibi semptom ve bulgularla karakterize bir hastalıktır. Bu makalede, hidrosefalisi olan ve ventriküloperitoneal şant operasyonundan sonra multipl beyin apseleri gelişen konjenital toksoplazmozlu bir olgu, ilgili literatür gözden geçirilerek sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Konjenital toksoplazmoz, Beyin apsesi

T Klin Pediatri 1994, 3:129-132

SUMMARY

Congenital toxoplasmosis is characterized by various symptoms and signs such as chorioretinitis, anemia, convulsions, intracranial calcifications, jaundice and hydrocephalus. In this article a case who had congenital toxoplasmosis and hydrocephalus and associated with multiple brain abscesses developed as a complication of ventriculo-peritoneal shunt operation was reported and the related literature was reviewed.

Key Words: Congenital toxoplasmosis, Brain abscess

Anatolian J Pediatr 1994, 3:129-132

Toksoplazmoz, protozoalarla buluşan bir enfeksiyon hastalığıdır. Konjenital formu korioretinit, hidrosefali, intrakranial kalsifikasyon, sarılık, konvulzyon, intrauterin büyüme geriliği ve döküntü gibi değişik semptom ve bulgularla karakterizedir (1,2). Hidrosefalisi olan ve ventriküloperitoneal şant operasyonundan sonra multipl beyin apseleri ortaya çıkan konjenital toksoplazmozlu olgu atipik klinik seyir gösterdiğinden sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

Otuz günlük kız hasta, başında büyüme, huzursuzluk ve çok ağlama şikayetleri ile getirildi. Öyküsünden 21 yaşındaki annenin ilk gebeliğinden, hastanere, miadında, spontan vajinal yolla doğduğu, doğduktan hemen sonra ağladığı, başındaki büyümenin üç haftalık iken farkedildiği, son iki gündür çok ağladığı ve huzursuz olduğu öğrenildi.

Geliş Tarihi: 16.8.1994

Kabul Tarihi: 27.1.1995

Yazışma adresi: Dr. Hüseyin ÇAKSEN
Serçe önü mah. Boylar sok. No: 4/2
38010 KAYSERİ

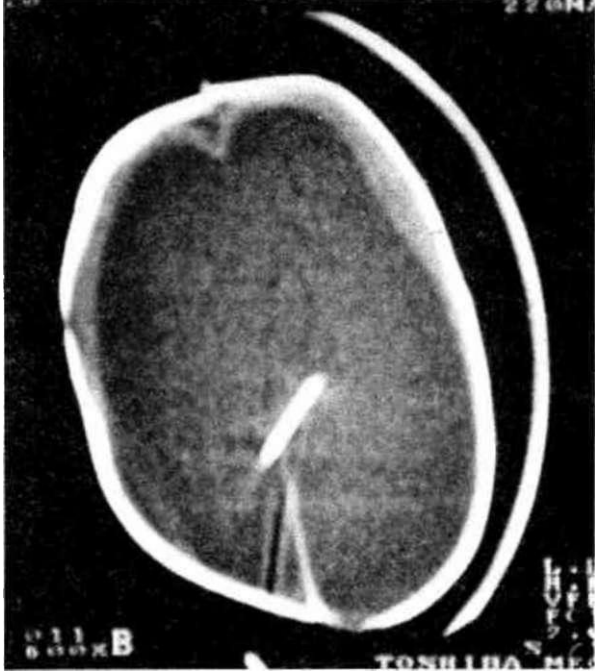
Fizik incelemesinde genel durumu iyi, vital bulguları stabil, ağırlığı 4400 gr (50-75 persentil), boyu 55 cm (50-75 persentil), baş çevresi 43 cm (97 persentilin üzerinde), ön fontanel 4x3 cm, arka fontanel 2x2 cm açıklıkta, sagittal sutur açık idi, gözlerinde batan güneş manzarası vardı. Göz dibi incelemesinde sağ gözde üç, sol gözde bir adet korioretinit odağı saptandı. Diğer sistem incelemeleri normal olarak değerlendirildi.

Labaratuvar incelemesinde, idrar ve kan tetkikleri normal olup beyin omurilik sıvısı (BOS) incelemesinde renk ksantokromik, protein 232 mg/dl, şeker 39 mg/dl olup hücre görülmedi. TORCH serolojisinde anti toksoplazma Ig G ve Ig M pozitif idi. Diz grafisi 38 hafta ile uyumlu olup yatay ve dikey stress bantları vardı. Bilgisayarlı beyin tomografisinde (BET) panventriküler hidrosefali saptandı (Şekil 1).

Konjenital toksoplazmoz ve hidrosefali tanılarını konulan hastaya, ventriküloperitoneal şant operasyonu yapıldı. Tedavi olarak ilk iki ay deksametazonla birlikte olmak üzere 6 ay doraprim, suifadiyazın ve folinik asit verildi. Tedavinin 16. haftasında, göz muayene bulguları normal olarak değerlendirildi, 28. haftada anti toksoplazma Ig G ve Ig M negatif bulundu. Otuz iki haftalık iken baş çevresi yaşına uygun olan hastanın kontrol BBT sinde hidrosefalisinde değişiklik olmadığı saptandı (Şekil 2).



Şekil 1. Hastamızın ilk başvurusunda beyin tomografisinde panventriküler hidrocefali görülmektedir. Residual beyin dokusu sadece frontal ve temporal bölgelerde 1 cm den daha az olarak izlenmektedir.

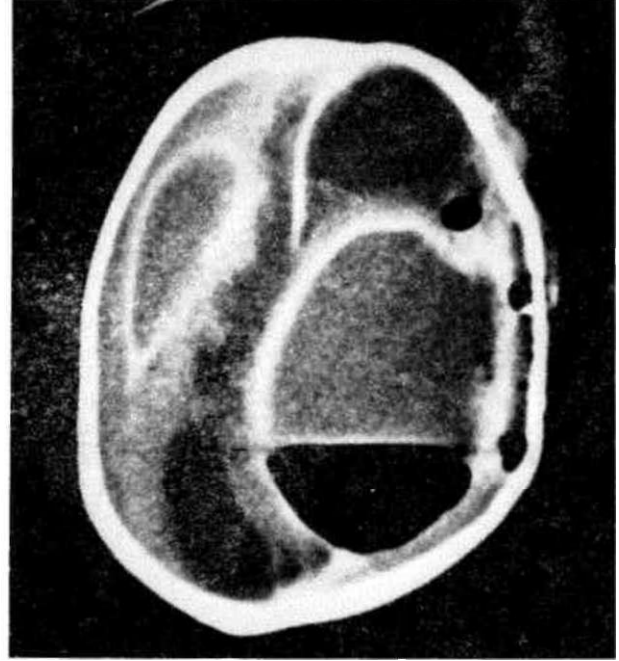


Şekil 2. Ventrikulo-peritoneal şant sonrasında hidrocefalinin devam ettiği görülmektedir.

Otuz dört haftalıkken, bir hafta önce başlayan kusma, baş çevresinde büyüme ve fontanelinde kabarıklık şikayetleri ile getirilen olgunun BOS incelemesinde klebsiella izole edildi ve ventriküloperitoneal şantı çıkarıldı. İmpenem ve seftriakson dört hafta süre ile verildi. Şant

çıkarıldıktan dört gün sonraki kontrol BBT sinde, çok sayıda apsenin olduğu gözlemlendi (Şekil 3).

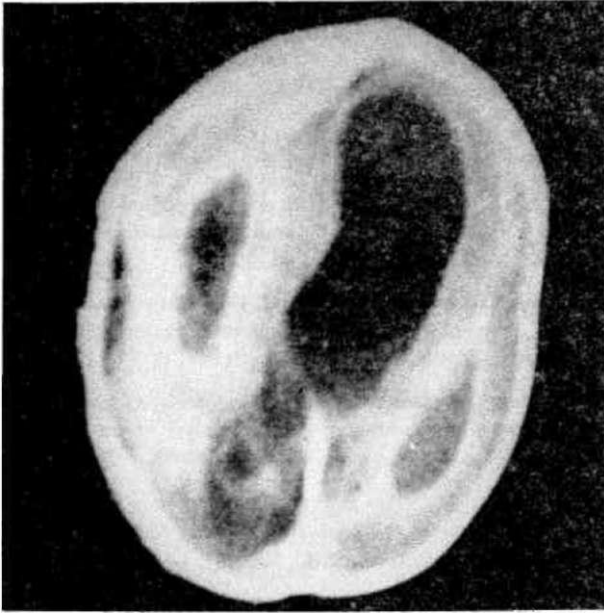
Apseler operasyonun komplikasyonu olarak kabul edildi. Şekil 4'de en büyük apseye geçici eksternal drenaj konulduktan sonraki BBT'si, Şekil 5'te de üç hafta



Şekil 3. Şant sonrasında her iki hemisferde etrafı düzgün sınırlı ve hiperdens görünümde, ortası hipodens görünen çok sayıda apse ile uyumlu görünüm mevcuttur. Sağ frontoparietal bölgedeki en büyük apseye hava sıvı seviyesi izlenmekte birlikte, ventriküller komprese ve şift etkisi görülmektedir.



Şekil 4. Sağ frontoparietal bölgedeki apseye, eksternal drenaj konulduktan sonra apse sınırının düzenlendiği ve involusyona uğramış olduğu izlenmektedir.



Şekil 5. Eksternal drenaj çıkarıldıktan sonra apsenin küçülmüş olduğu görülmektedir.

sonra geçici eksternal drenaj çıkarıldıktan sonraki BBT si görülmektedir.

Olgu on aylıkken tedavisinin 9. ayında yapılan fizik incelemesinde genel durumu iyi ve hipoaktif olup, başını dik tutamıyordu, baş çevresi 44.5 cm (50-75 persentil), ön fontanel 4x3 cm açıklıkta ve pupilla refleksi pozitif idi.

TARTIŞMA

Konjenital enfeksiyona yol açan ve yenidoğan döneminde lokal veya jeneralize hastalığa sebep olan --ganizmalardan biri de toksoplazma gondidir. Ted / edilmediği takdirde, perinatal dönemde veya daha üeiki yaşlarda, hemen daima çeşitli semptom ve bulgulara neden olmaktadır. Gebeliği sırasında enfekte olan ve tedavi edilmeyen annelerin, enfeksiyonu fetusa bulaştırma insidensi ilk trimestrde %17, ikinci trimestrde %25, üçüncü trimestrde %65 tir. Bu farklı oranlar muhtemelen plasentanın kan akımı, parazitin miktarı ve virulansı ile annenin parazitemiye karşı immünolojik cevabı ile ilgilidir. Fetus, gebeliğin her döneminde enfekte olabiliyorsa da genellikle birinci ve ikinci trimesterde enfekte olanlarda ağır hastalık tablosu ortaya çıkmaktadır (1,2,3).

Bulgu vermeyen enfeksiyonun yaygın olduğu, dünya erişkin nüfusunun %40'ının toksoplazma ile enfekte olduğu belirtilmektedir. Memleketimizde de %13.9 ile %60.1 arasında değişen seropozitiflik saptanmıştır. Adullardaki antrkor seviyeleri, düşük coğrafik bölgelerde yaşayanlarda, daha yüksek bulunmuştur (1,4).

Konjenital enfeksiyon sıklığı, Amerika Birleşik Devletlerinde 1000 canlı doğumda 1-4 arasında değişmektedir (1). Yurdumuzda yapılmış çalışmalarda pozitif igM cevabı olan bebeklerin aktif enfeksiyonu olduğu kabul

edilirse, konjenital toksoplazmozisin görülme sıklığı, Kuman ve ark. nin (5) yaptığı çalışmada %31.3, Balıkçı ve ark. nin (6) çalışmasında %29.1 oranında saptanmıştır'. Kayseri bölgesinde 350 irftantia gerçekleştirilen üçüncü bir çalışmada ilk taramada seropozitiflik %46 bulunmuş, ancak vakalar klinik ve seroiojik açıdan izlendiğinde, konjenital enfeksiyon oranının %2.28 olduğu saptanmıştır (4).

Konjenital toksoplazmoziste korioretinit ve santral sinir sistemi lezyonları en sık görülen lezyonlar olup Intrauterin büyüme geriliği, ateş, lenfadenopati, döküntü, işitme kaybı, pnömoni, nepatit ve trombositopeni daha az görülen diğer bulgulardır (1,2,3). Korioretinit, hidrosefali ve intrakranial kalsifikasyon konjenital toksoplazmozun klasik tiradı olup, hastaların az bir kısmında bulunmaktadır. Eichenwald'ın geniş serisinde koriortfinit, hidrosefali ve intrakranial kalsifikasyonlar sırasıyla %86, %20, %37 oranlarında saptanmıştır (2). Ulbrych-Jaslonska'nın 133 vakalık serisinde hidrosefali 21 (%15.7) hastada saptanırken, intrakranial kalsifikasyon sadece iki hastada görülmüştür (7). Dieber 31 vakalık serisinde BBT ile saptanan serebral lezyonlar ve nörolojik semptomlar ile annenin enfeksiyonu aldığı tarih arasında yakın ilişki olduğunu gözlemiş, anneye uygulanan profilaktik tedavinin BBT'de görülen serebral lezyonları değiştirmediğini, buna dayanarak profilaktik tedavinin etkisiz olduğunu ileri sürmüştür (8).

Organizmanın kültürde üretilmesi çok zor ve pahalı olduğundan, teşhis seroiojik testlerin yorumuna dayanmaktadır. Sabin-Feldman boya testi, indirekt fluresan antikor testi, ELISA. komplement fiksasyon ve indirekt hemaglutinasyonu testleri kullanılan seroiojik metodlar arasındadır (1-3).

Konjenital toksoplazmoz, hidrosefali, serebral kalsifikasyon ve korioretinit yapan konjenital sitomegalovirus enfeksiyonu ile karışabilirsekedir. iki hastalığın ayırıcı tanısında seroiojik testlerin önemi büyüktür (2). Bir sende hidrosefalisi olan 38 çocuğun 15'inde (%39) bir başka seride 61 çocuğun sadece ikisinde (%3.3) konjenital toksoplazmoz tespit edilmiştir (9,10). Ayrıca klinik semptom ve bulgular, sepsis.aseptik menenjit, sifiliz ve hemolitik hastalıklarla da karışabilmektedir (2).

Enfekte yenidoğanlar, klinik belirtilerine bakılmaksızın tedavi edilmelidirler. İlk altı ay primetamin, sulfadiazin ve kalsiyum lokovorm, ikinci altı ay aynı tedavi veya alternatif olarak spiramisin önerilmektedir. Makulayı tutmuş koritlniti olan veya BOS protein düzeyi 1000 mg/dl nin üzerinde olan olgulara prednizolon önerilmektedir (1,2,3). Tedaviye erken başlandığında aktif korioretinit, menenjit ensefalit, hepatrt, splenomegali ve trombositopeni genellikle düzelmektedir (2).

Son zamanlarda, doğum öncesi veya süt çocukluğu döneminde teşhis ve tedavi edilenlerde ağır nörolojik seksilerin sıklığında azalma gözlenmiştir (1). Kaiser hidrosefalisi olan 10 hastada, geçici eksternal ventriküler drenaj veya multipl şant sisteminin kullanışlı olduğunu, hastaların üçte ikisinde sonuçların yüz güldürücü olduğunu, neonatal hidrosefali; yaygın intraserebral

kalsifikasyon ve ağır derecede göz tutulumu olan vakalarda prognozun kötü olduğunu bildirmiştir (11).

Hastamızda tanı hidrosefali.bilateral korioretinit, anti toksoplazma IgG ve IgM antikorlarının pozitif bulunması ile konuldu. Hidrosefali nedeni ile 41 günlükten ventriküloperitoneal şant operasyonu yapılan, sekiz aylık iken şanti enfekte olduğu için çıkarılan ve operasyondan sonra çok sayıda beyin apsesi gelişen hasta, literatürde benzer olguya rastlanmadığından ve klinik seyrinin ilginç olması nedeni ile sunuldu.

KAYNAKLAR

1. Cole FS. Protozoal infections: Congenital toxoplasmosis and malaria. In: Taeusch HW, Ballard RA, Avery ME eds. Diseases of the newborn, 6th ed. Philadelphia: WB Saunders Co, 1991: 383-9.
2. Meleod R, Remington JS. Toxoplasmosis. In: Behrman RE, Kliegman RM, Nelson WE, Vaughan III VC eds. Textbook of pediatrics, 14th ed. Philadelphia: WB Saunders Co, 1992: 883-92.
3. Meleod R, Wisner J, Boyer K. Toxoplasmosis. In: Krugman S, Katz SL, Qershon AA, Wiffert CM eds. Infectious diseases of children, 9th ed. St Louis: Mosby Year Book Co, 1992: 518-50.
4. Büyükpatır FK. Kayseri yöresinde yenidoğanlarda toksoplazma antikor prevalansı ve konjenital enfeksiyon sıklığı. Kayseri: Uzmanlık Tezi, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri Anabilim Dalı, 1993.
5. Kuman HA, Ak M. Yenidoğanda konjenital toksoplazmozis rastlanma sıklığı. Türkiye Parazitoloji Dergisi 1987; 2:63-6.
6. Balıkcı E, Arıkan E, Mete Ö ve ark. Yeni doğum yapan anne ve bebeklerinde toksoplazma seropozitifliği. Türkiye Parazitoloji Dergisi 1992; XVI (3-4):37-42.
7. Ulbrych-Jablonska A, Katenik J. Role of toxoplasmosis in the development of central nervous system lesions in children. Zentral Neurochir 1980; 41(1):31-6.
8. Diebler C, Dusser A, Dulac O. Congenital toxoplasmosis. Clinical and neuroradiological evaluation of the cerebral lesions. Neuroradiology 1985; 27(2): 125-30.
9. Mertinovic J, Sibalic D, Djordjevic M et al. Frequency of toxoplasmosis in the appearance of congenital hydrocephalus. J Neurosurg 1982; 56 (6): 830-4.
10. el Avad MF. Infantile hydrocephalus in the south-western region of Saudi Arabia. Ann Trop Paediatr 1992; 12(3): 335-8.
11. Kaiser G. Hydrocephalus following toxoplasmosis. Kinderchir. 1985;40: Suppl 1:10-1.