

Ateş, Bilinç Değişikliği ve Nöbet ile Gelen Bir Çocuk

Fever, Altered Level of Consciousness and Seizure with a Child

Sedat Işııkay

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Gaziantep, Türkiye

On yaşında erkek hasta, son beş gündür aralıklı yükselen ateş şikâyeti ile başvurduğu bir sağlık kuruluşu tarafından akut sinüzit tanısı almış ve ağızdan ampisilin/sulbaktam tedavisi başlanmıştı. Bir gün sonra yeniden ateşi yükselen, baş ağrısı olan hasta tekrar aynı kurumun acil polikliniğine başvurmuş ve analjezik tedavisi başlanarak evine gönderilmişti. Son 6-8 saattir ateşi 39°C'ye kadar yükselen ve şuur bulanıklığı gelişen hasta ailesi tarafından kliniğimize aciline getirildi. Acil serviste değerlendirilen hastanın fizik muayenesinde, genel durum orta, şuru uykuya eğilimli, ateşi 39.5°C, nabız 126/dk, kan basıncı 110/80 mmHg, solunum sayısı 22/dk idi. Ense sertliği, Kerning ve Brudzenski işaretleri negatif idi. Göz dibi incelemesi normal olarak değerlendirildi.

Laboratuvar incelemelerinde, beyaz küre sayısı 14500/mm³, hemoglobin 10 g/dL, hema-

tokrit %32 ve trombosit sayısı 350.000/mm³ idi. Periferik kan yaymasında %70 lökosit, %30 lenfosit mevcuttu ve eritrositler normokrom normositer morfolojide idi. Eritrosit sedimentasyon hızı 5 mm/saat, C-reaktif protein 0.3 mg/dL idi. Kan glukozu 100 mg/dL, serum kreatinin 0.4 mg/dL, serum sodyumu 134 mEq/L, potasyum 3.4 mEq/L, kalsiyum 9.6 mg/dL, alanin aminotransferaz 36 U/L, aspartat aminotransferaz 26 U/L saptandı.

Bilgisayarlı beyin tomografisi (BBT) normal olarak değerlendirildikten sonra yapılan lomber ponksiyonda, beyin omurilik sıvısı (BOS) glukozu 40 mg/dL (eş zamanlı kan şekeri 96 mg/dL), proteini 18 mg/dL idi ve mikroskopik değerlendirilmesinde hücre görülmedi. BOS Gram boyamasında mikroorganizma saptanmadı. Hastanın izleminin 2. gününde çekilen beyin magnetik rezonans incelemesi aşağıda görülmektedir

Geliş Tarihi/ Received:

15.08.2012

Kabul Tarihi/Accepted:

27.09.2012

Yazışma Adresi:

Correspondence

Address:

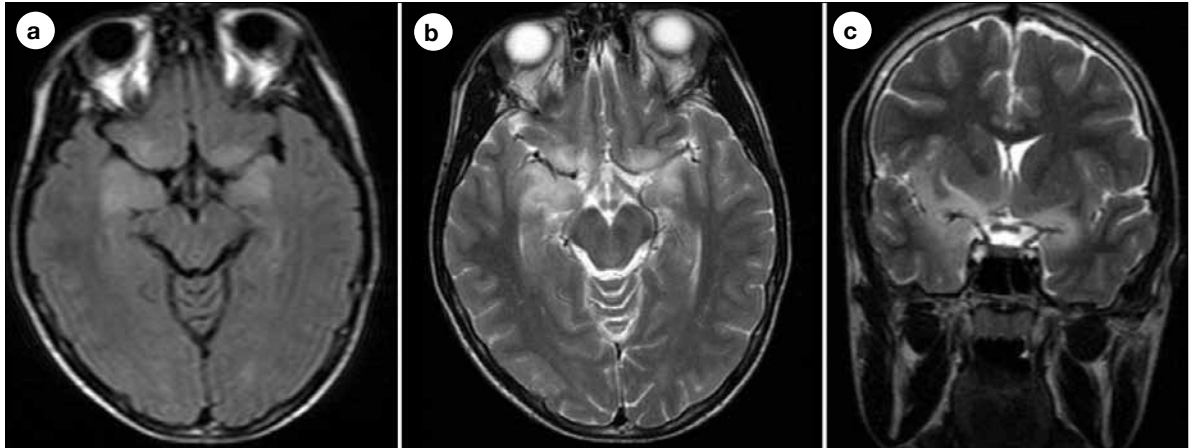
Dr. Sedat Işııkay
Gaziantep Çocuk
Hastanesi, Çocuk
Nöroloji Kliniği,
Gaziantep, Türkiye
Tel.: +90 546 848 19 77
E-posta:
dr.sedatisikay@mynet.com

©Telif Hakkı 2012

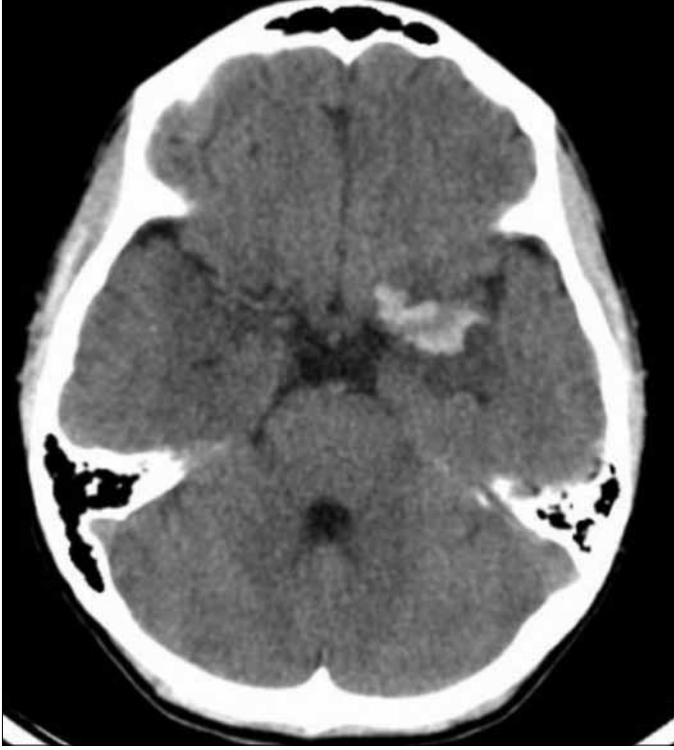
Çocuk Enfeksiyon Hastalıklar
Derneği - Makale metnine
www.cocukenfeksiyon.com
web sayfasından ulaşılabilir.

©Copyright 2012 by
Pediatric Infectious Diseases
Society - Available on-line at
www.cocukenfeksiyon.com

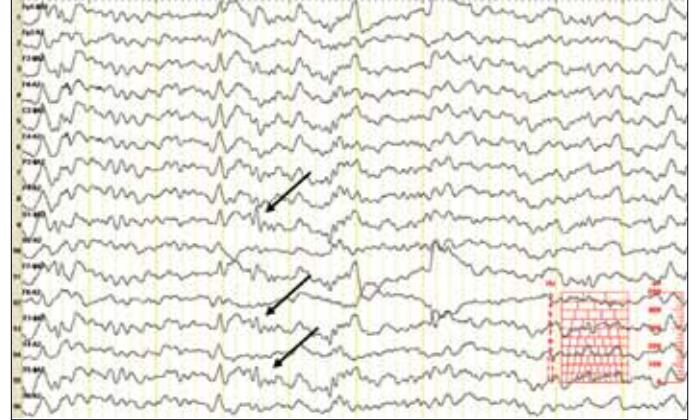
doi:10.5152/ced.2012.47



Resim 1. Beyin magnetik rezonans görüntülemesinde, T₂-FLAIR (A), T₂-ağırlıklı aksiyel (B) ve koronal (C) kesitlerde sağda daha belirgin olmak üzere bilateral parahipokampal, bitemporal mediyal, bifrontal orbital ve insular kortekslerin hiperintens görünümü



Resim 2. Bilgisayarlı beyin tomografisinde sol frontotemporal lobda ve perisilviyan hiperintens alanın görünümü



Resim 3. Hastanın unipolar montajda uyku EEG'si. O1-T3-T5'de keskinlerin görünümü

(Resim 1). Yatışının 3. gününde hastanın ateş yüksekliği ile sağa fokal, 5 dk kadar süren ve midazolam ile sonlanan konvülsiyonu oldu. Aynı gün çekilen kontrol BBT'sinde sağ frontotemporal lobda, perisilviyal alanda kanama ile uyumlu hiperintens alan mevcuttu (Resim 2). Ayrıca hastanın uyku elektroensefalografisinde irregüler teta zemini içinde sol oksipitotemporalde izole keskinler mevcuttu (Resim 3).

Bu olguda tanı ve tedavi için önerileriniz nelerdir?