

BÖLÜM 269

POSTENFEKSİYÖZ SEREBELLAR ATAKSİ VE SEREBELLİT

Elif Nurdan ÖZMANSUR¹
Mehmet CANPOLAT²

GİRİŞ

Akut serebellar ataksi, viral bir hastalık ile ilişkili, ani başlangıçlı ataksi ile karakterizedir.¹ Akut ataksi, serebellum ile ilişkili inflamatuvar bir sürecin sonucunda gelişebilir ve bazen daha ağır bir klinik ile seyredebilen akut serebellitten farklıdır.¹ Akut serebellar ataksi, çocukluk çağında çoğunlukla benign bir etiyolojiden kaynaklanmakla birlikte geniş bir ayırıcı tanı yelpazesi mevcuttur.² Akut ataksinin, en sık sebebi, genellikle kendini sınırlayan bir klinik ile seyreden ve spontan düzelmenin görüldüğü postenfeksiyöz serebellar durumlarıdır.²

Akut serebellar ataksi ve akut serebellit kavramı literatürde sıklıkla birbirini yerine kullanılan, birbirinin anlamını kapsayan kavramlardır.³ İki kavramı birbirinden ayırmak gerekirse akut serebellit, yakın zamanda geçirilmiş veya aktif olarak geçirilen bir enfeksiyona, aşıya veya ilaç alımına bağlı, serebellar inflamasyonun görüntüleme (MRG) karşılığı bulunan, serebellar ataksi veya serebellar disfonksiyonun görüldüğü akut nörolojik durumdur.³ Akut serebellar ataksi, klinik bir tanımlamadır, akut serebellit ise patofizyolojiye atıfta bulunur.¹

Ataksinin başlangıcı genellikle belirgin bir yürüyüş ataksisi ile dismetriyi içeren akut bir tablodur ve çocuk geniş tabanlı bir postür gösterir veya ayakta durmaktan tamamen kaçınır.¹ Ataksili çocuklarda, klasik olarak, genellikle “gövde instabilitesi” ile “geniş tabanlı yürüyüş” olarak tanımlanan ataksik yürüyüşle kendini gösterir ve yürüme yetisi bozulmuştur.² Hipotoni, ekstremitelerde, baş ve gövdede tremor genellikle belirgindir ve küçük yaşlarda bir çocuk oturma pozisyonunda dahi dengesiz görünebilir.¹ Hastanın konuşması yavaş, hecelerdeki doğal tonlama bozulmuş ve patlayıcı vasıftadır.¹

KLİNİK

Akut serebellar ataksi en sık çocuklarda görülür.³ İlk olarak 1905’te Batten tarafından, daha önce sağlıklı olan bir dizi çocukta, akut bir hastalıktan sonra ani gelişen ataksi tariflenmiş ve aylar içerisinde tamamen iyileşme göstermişlerdir.³ Akut serebellitin heterojen kliniği hakkındaki bilgilerimiz daha çok küçük çaplı vaka serileri ve vaka bildirimleri ile sınırlıdır. Postenfeksiyöz serebellit genellikle selim seyirli olmakla birlikte, kitle etkisi yapan serebellar ödemin eşlik ettiği vakalar, hayatı tehdit eden

¹ Uzm. Dr., Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD., eozmansur@gmail.com

² Prof. Dr., Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Nörolojisi BD., mcnpolat@erciyes.edu.tr

klirik seyir gösteren çocuklarda kısa süreli steroid tedavisine (7 günlük 1mg/kg prednizolon) iyi yanıt verir.¹ Steroid tedavisi kullanımı, kullanım süresi ve dozajı tartışmalıdır. Yeni yayınlarda IVIG kullanımları bildirilmekle birlikte, tedavi yanıtına ek katkısı tartışmalıdır.^{15,21,22}

Klinik menenjit ve ensefalit ile karışabileceği için tanı netleşene dek antibiyotikler ve antiviraller tedavide mutlaka düşünülmelidir.¹⁹ Asiklovir, ensefalit şüphesi olan immün yetmezliği bulunmayan olgularda, ilk üç ayda 60mg/kg/gün 8 saat aralıklarla 3 doza bölünerek, 3 ay – 12 yaş arasında 30-45mg/kg/gün 8 saat aralıklarla 3 doza bölünerek (bu yaş aralığında daha yüksek doz önerileri, 60mg/kg/gün 8 saat aralıklarla 3 doza bölünerek, mevcut olup klinisyenin, hasta bazlı değerlendirmesi önerilir)²³ ve 12 yaş üzerinde 30mg/kg/gün 8 saat aralıklarla 3 doza bölünerek intravenöz uygulanmalıdır.²⁴ Tedavi kararı olgu temelli, klinik, görüntüleme bulguları ve etiyolojik neden de dikkate alınarak verilmelidir.

PROGNOZ

Çocukluk döneminde görülen akut serebellar atakside, iyileşme bir hafta içerisinde başlar ve hastaların çoğu tamamen iyileşir.^{5,25} Çok nadir görülmekle birlikte fulminan seyreden, hidro-sefali gelişen ve ölümlü neticelenen vakalar da bildirilmiştir.¹⁷⁻¹⁹

KAYNAKLAR

1. Marc Tardieu MJ. Para-infectious and other inflammatory disorders of immunological origin; 2008.
2. Caffarelli M, Kimia AA, Torres AR. Acute ataxia in children: a review of the differential diagnosis and evaluation in the emergency department. *Pediatric neurology* 2016; 65: 14-30.
3. Emelifeonwu JA, Shetty J, Kaliaperumal C, et al. Acute cerebellitis in children: a variable clinical entity. *Journal of child neurology* 2018; 33(10): 675-84.
4. Sawaishi Y, Takada G. Acute cerebellitis. *The Cerebellum* 2002; 1(3): 223-8.
5. Ryan MM, Engle EC. Topical review: acute ataxia in childhood. *Journal of child neurology* 2003; 18(5): 309-16.
6. Nussinovitch M, Prais D, Volovitz B, Shapiro R, Amir J. Post-infectious acute cerebellar ataxia in children. *Clinical pediatrics* 2003; 42(7): 581-4.
7. Tardieu M, Banwell B, Wolinsky JS, Pohl D, Krupp LB. Consensus definitions for pediatric MS and other demyelinating disorders in childhood. *Neurology* 2016; 87(9 Supplement 2): S8-S11.
8. Odaka M, Yuki N, Yamada M, et al. Bickerstaff's brainstem encephalitis: clinical features of 62 cases and a subgroup associated with Guillain-Barré syndrome. *Brain* 2003; 126(10): 2279-90.
9. Wolf VL, Lupo PJ, Lotze TE. Pediatric acute transverse myelitis overview and differential diagnosis. *Journal of child neurology* 2012; 27(11): 1426-36.
10. Tate ED, Allison TJ, Pranzate MR, Verhu SJ. Neuroepidemiologic trends in 105 US cases of pediatric opsoclonus-myoclonus syndrome. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 2005; 22(1): 8-19.
11. Desai J, Mitchell WG. Acute cerebellar ataxia, acute cerebellitis, and opsoclonus-myoclonus syndrome. *Journal of child neurology* 2012; 27(11): 1482-8.
12. ÜNVER O, KUTLUBAY B, THOMAS G, ELDEŞ HACİFAZLİOĞLU N, SAGER G, TÜRKDOĞAN D. Postinfectious Acute Cerebellar Ataxia in Childhood. *Journal of Clinical and Analytical Medicine* 2016; 7(5): 652-5.
13. Bozzola E, Bozzola M, Tozzi AE, et al. Acute cerebellitis in varicella: a ten year case series and systematic review of the literature. *Italian journal of pediatrics* 2014; 40(1): 1-5.
14. Dale RC, Vincent A. Inflammatory and autoimmune disorders of the nervous system in children: John Wiley & Sons; 2010.
15. Yildirim M, Gocmen R, Konuskan B, Parlak S, Yalnizoglu D, Anlar B. Acute cerebellitis or postinfectious cerebellar ataxia? Clinical and imaging features in acute cerebellitis. *Journal of child neurology* 2020; 35(6): 380-8.
16. Fadakar N, Ghaemmaghami S, Masoompour SM, et al. A first case of acute cerebellitis associated with coronavirus disease (COVID-19): a case report and literature review. *The Cerebellum* 2020; 19(6): 911-4.
17. Levy EI, Harris AE, Omalu BI, Hamilton RL, Branstetter IV BF, Pollack IF. Sudden death from fulminant acute cerebellitis. *Pediatric neurosurgery* 2001; 35(1): 24-8.
18. van Toorn R, Georgallis P, Schoeman J. Acute cerebellitis complicated by hydrocephalus and impending cerebral herniation. *Journal of child neurology* 2004; 19(11): 911-3.
19. Kornreich L, Shkalim-Zemer V, Levinsky Y, Abdallah W, Ganelin-Cohen E, Straussberg R. Acute cerebellitis in children: a many-faceted disease. *Journal of child neurology* 2016; 31(8): 991-7.
20. Lechón FC, Rodríguez AD, Cerdá SIS, et al. Hemispheric cerebellitis: report of three paediatric cases and review of the literature. *European journal of paediatric neurology* 2014; 18(3): 273-81.
21. Sener U, Eidelman B. A Case of Post-EBV Cerebellitis Treated with IVIG (P2. 322). *AAN Enterprises*; 2017.

22. D'Ambrosio E, Khalighinejad F, Ionete C. Intravenous immünoglobulins in an adult case of post-EBV cerebellitis. *BMJ Case Reports CP* 2020; 13(2): e231661.
23. Hughes H, Kahl L. The Harriet Lane handbook: a manual for pediatric house officers: Elsevier; 2018.
24. Kimberlin DW. Acyclovir Dosing in the neonatal period and beyond. *Journal of the Pediatric Infectious Diseases Society* 2013; 2(2): 179-82.
25. Salas AA, Nava A. Acute cerebellar ataxia in childhood: initial approach in the emergency department. *Emergency Medicine Journal* 2010; 27(12): 956-7.