

انسفالیت هرپسی

معرفی یک کیس

■ دکتر سید جلال حسینی - نورولوژیست ، دکتر مریم مشایخی - رادیولوژیست

حدودا بعد از یک هفته درمان بیمار علائم شروع به بهبودی پیدا میکند. در زمان ترخیص بیمار اختلال تکلم ، اختلال حافظه شدید ، و همی پارزی چپ داشت ، حدود دو هفته بعد از ترخیص بیمار دچار DVT پای چپ میشود که مجددا بستری میشوند و آنتی کواگولان میگیرند.

بعد از گذشت یک سال ، بیمار هنوز اختلال حافظه دارد ، اختلال های رفتاری تا حدودی بهتر شده است اما توهمندی وجود دارد ، تشنج تکرار نشده است ، همی پارزی برطرف شده است.

نکاتی در مورد انسفالیت هرپسی:

انسفالیت ایجاد شده بواسیله HSV مهمترین علت انسفالیت اسپورادیک کشنده میباشد، HSV-I (هرپس اورال) مسئول اکثریت انسفالیت های هرپسی در بالغین است و تیپ 2 HSV باعث بیماری ژنیتال میشود، در دوره ثنوانتال انسفالیت 2 HSV میتواند ایجاد شود. در بالغین 2 (هرپس ژنیتال) بواسیله مقابله متنقل و باعث منژیت آسپتیک میشود.

پاتوژنز:

انسفالیت اکثرا بعلت فعال شدن مجدد اندوژن ویروس میباشد و در گیری نورولوژی یک عارضه نادر این فعال شدن مجدد میباشد. در سیر عفونت اولیه ، ویروس در گانگلیون تری ژنیتال بصورت نهفته در می آید. در

معرفی بیمار:

خانم جوانی به دنبال چند روز سردرد و مراجعات سرپایی بعد از آنکه حواس پرتی پیدا می کند به کلینیک مغز و اعصاب مراجعت میکند ، در کلینیک دچار تشنج تیپ سایکوموتور میشود و بعد از چند دقیقه در حین گرفتن نوار مغزی دچار تشنج توئیک-کلونیک ژنرالیزه طول کشته میشود که با تزریق دیازپام داخل رگی کنترل می شود و با ۱۱۵ به بیمارستان منتقل میشود. در بیمارستان سی تی اسکن مغزی اورژانس انجام می شود که نرمال بوده است ، با توجه به عدم تب و شرح حال مصرف OCP اخیر با شک به ترموبوز سینوس وریدی درمان با هپارین و داروی ضد تشنج شروع می شود و برای وی MRI و MRV مغزی در خواست میشود.

از فردا صبح تب به تابلوی بالینی بیمار اضافه میشود و با توجه به تغییرات در MRI مغز با احتمال انسفالیت ، برای بیمار آسیکلولویر + کورتیکو استروئید شروع می شود و بیمار به ICU منتقل می شود. علیرغم شروع درمان ، بیمار دچار کاهش هوشیاری پیشرونده می شود و برای بیمار LP CSF آنالیز انجام می شود که لنفوسيتوز با مختصر افزایش پروتئین و قند نرمال گزارش می شود و بعد از چند روز بیمار PCR(Polymerase Chain Reaction) برای HSVI جواب مثبت گزارش میشود.

بعد از بستری در ICU بیمار علامت همی پارزی چپ نیز پیدا میکند و

انسفالیت گزارش شده است. EEG: نوار مغزی معمولاً غیرطبیعی است با آهستگی منتشر یا تغییرات فوکال روی لوب تمپورال، ترکیب پریودیک امواج شارپ روی زمینه آهسته نیز ممکن است دیده شود. (در این بیمار فقط امواج آهسته منتشر دیده شد)

یافته های تصویربرداری:

MRI روش تصویربرداری انتخابی برای تشخیص انسفالیت هرپسی است. انسفالیت HSV یک نوع انسفالیت فولمیانت نکروزان است که در ابتداء نواحی افزایش سیگنال در تصاویر T2WI / FLAIR در سیستم لیمیک (کورتکس مدیال لوب های تمپورال و اینفریور لوب های فرونتال) ظاهر میکند که اغلب بصورت دوطرفه اما غیرقرینه است. در گیری دوطرفه لوب های تمپورال تقریباً پاتوگنومونیک برای انسفالیت HSV در نظر گرفته میشود. لذا در هر بیمار با در گیری دوطرفه مدیال لوبهای تمپورال باید اولین تشخیص انسفالیت HSV باشد تا خلاف آن ثابت شود. چرا که در این بیماری تاخیر در تشخیص میتواند عوارض شدید و غیرقابل برگشت در مغز ایجاد کند و تشخیص و درمان بموضع میتواند به نحو مطلوبی Out come بیمار را تحت تاثیر قرار دهد.

در نواحی مبتلا کورتکس متورم شده و mass effect پیشرونده ایجاد میشود. نواحی غیرطبیعی در لوب های تمپورال و اینسولا بطور ناگهانی در سمت خارجی پوتامن متوقف میشود و بطور کاراکتریستیک بازل گانگلیا Spare میماند.

ابتلاء سینگولیت ژیروس ممکن است ایجاد شود که وجود آن از نظر تشخیصی بسیار ساجستیو است. نواحی خونریزی ممکن است وجود داشته باشد که در تصاویر گرادیان (T2-star) بهتر دیده میشوند.

DWI ممکن است منفی یا مثبت باشد که منفی بودن DWI احتمال برگشت پذیری ضایعات را نشان میدهد. از سوی دیگر در بعضی از مطالعات اخیر نشان داده شده که DWI حساسیت بالاتری نسبت به T2WI داشته و در مراحل اولیه بیماری میتواند به تشخیص سریعتر کمک کند.

پس از تزریق ماده حاجب انهاستمنت خفیف پارانشیمال بصورت نواحی پراکنده و یا انهاستمنت ژایریفورم و لپتومنثیال ممکن است دیده شود. در مراحل مزمن آتروفی و انسفالومالاسیا در نواحی مبتلا ایجاد میشود. از نظر

سالها بعد محرك غیر اختصاصی باعث فعال شدن مجدد و معمولاً باعث ایجاد تب خال می شود. گاهی ویروس از راه شاخه های عصب تری ژمینال به منتسبازال می رسد و باعث انسفالیت لوکالیزه در لوب های تمپورال و فرونتال می شود. حدود ۲۵٪ مواد انسفالیت تیپ HSV1 در سیر عفونت اولیه ایجاد می شود که احتمالاً از راه مسیر بویائی به لوب فرونتال و سپس به لوب تمپورال می رسد. از نظر پاتولوژیک ویروس هرپس باعث ایجاد یک مننگوانسفالیت نکروزان و هموراژیک فولمینات میشود.

علائم:

شایعترین تظاهرات شامل تب ، سرد در ، اختلال هوشیاری و شخصیتی می باشد. شروع اغلب ناگهانی و ممکن است با تشنج فوکال یا حرکتی شدید باشد. انسفالیت ممکن است آهسته تر نیز ایجاد شود که با آفازی یا تغییرات مبتال می باشد و در این موارد نشانه های نرولوژی شدیدتر است. اکثریت بیماران تب بین ۳۸/۴ تا ۴۰ درجه در بد و بستری دارند.

سفتی گردن یا سایر علائم تحریک مبتل ممکن است یافت شود. سیر پیشرونده ممکن است ساعت ها یا روزها ادامه داشته باشد که منجر به افزایش اختلال هوشیاری و ایجاد نشانه های نرولوژی فوکال شود.

یافته های آزمایشگاهی:

بررسی CSF در تشخیص بیماری کمک کننده هستند. فشارهای ممکن است بالا باشد ، پلوسیتوزیس در CSF ممکن است از ۱۰ تا ۱۰۰۰ سلول متغیر باشد ، برتری بالنفوسيت ها می باشد. اما در مراحل اولیه ممکن است ارجحیت با PMN باشد که سپس شیفت به لنفوسيت پیدا می کند.

RBC در خیلی از موارد دیده میشود اما وجود یا عدم آن تشخیصی نمی باشد. قند CSF معمولاً نرمال است اما گاهی ممکن است پایین باشد. در ۱۰-۵٪ موارد ممکن است آزمایش اولیه CSF نرمال باشد. افزایش پروتئین خفیف تا متوسط می باشد.

اسید نوکلیشیک ویروس را میتوان بوسیله PCR در CSF پیدا کرد. اگر PCR منفی باشد ولی شک بالینی قوی باشد ، تست باید تکرار شود. PCR در روزهای اول عفونت گزارش شده است که می تواند منفی باشد.

موارد مثبت کاذب یا منفی کاذب PCR بعلت هموراژیک بودن

5. PML

تصویربرداری تشخیص‌های افتراقی اصلی عبارتند از:

6. لنفوم اولیه CNS

۱. انسفالیت لیمیک که ممکن است از نظر تصویربرداری غیرقابل افتراق

7. سایر انسفالیت‌های ویرال

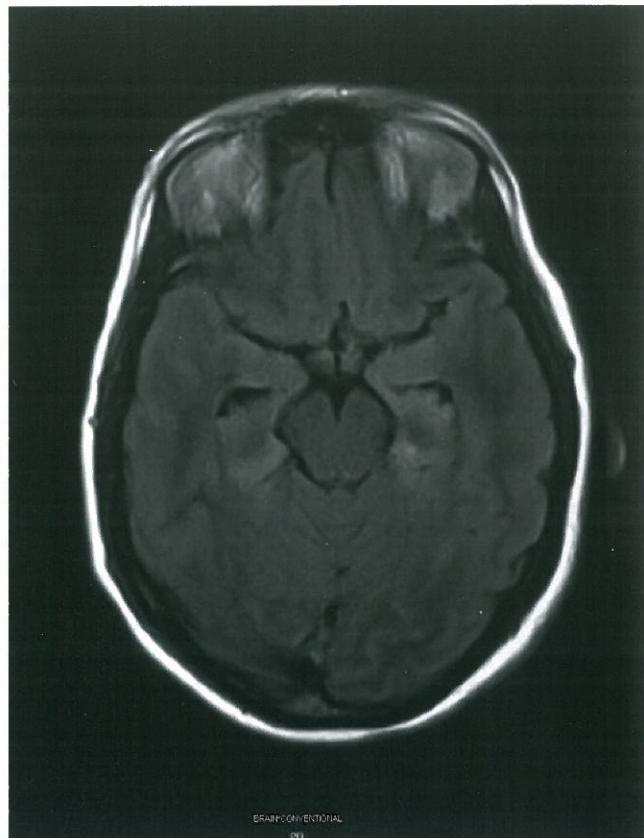
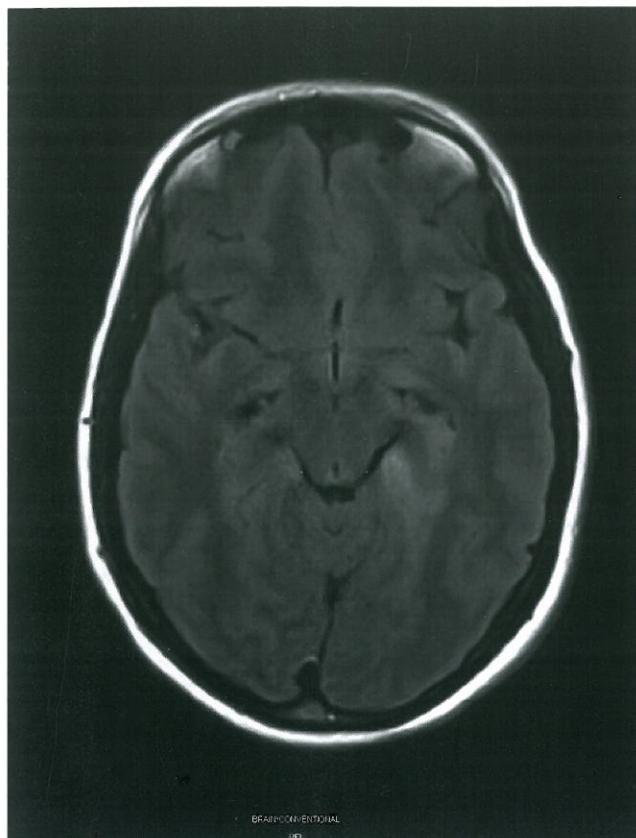
باشند.

البته در مراحل اولیه بیماری ممکن است MRI منفی باشد. لذا نرمال بودن MRI این تشخیص را رد نمی‌کند.

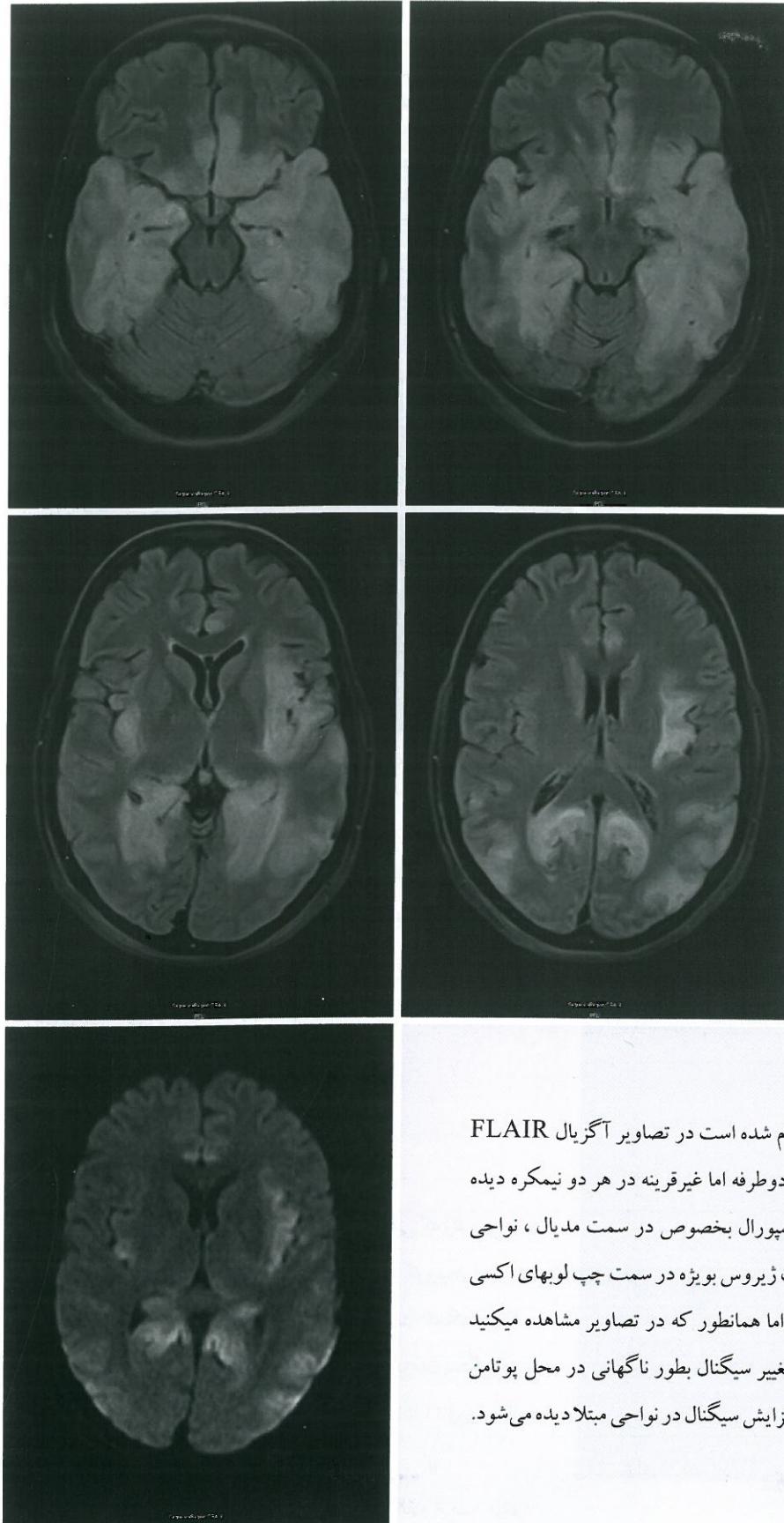
۲. انفارکت ایسکمیک حاد

Statuse epilepticus ۳.

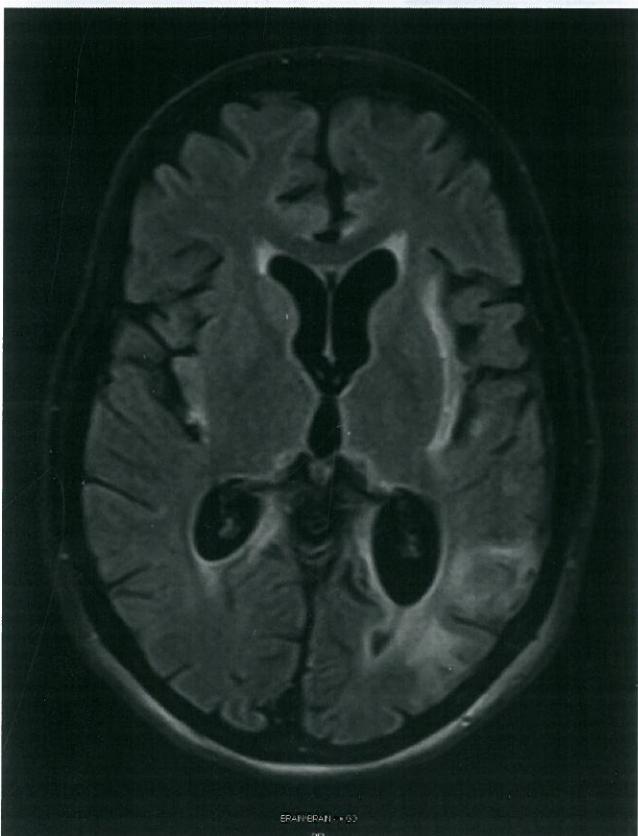
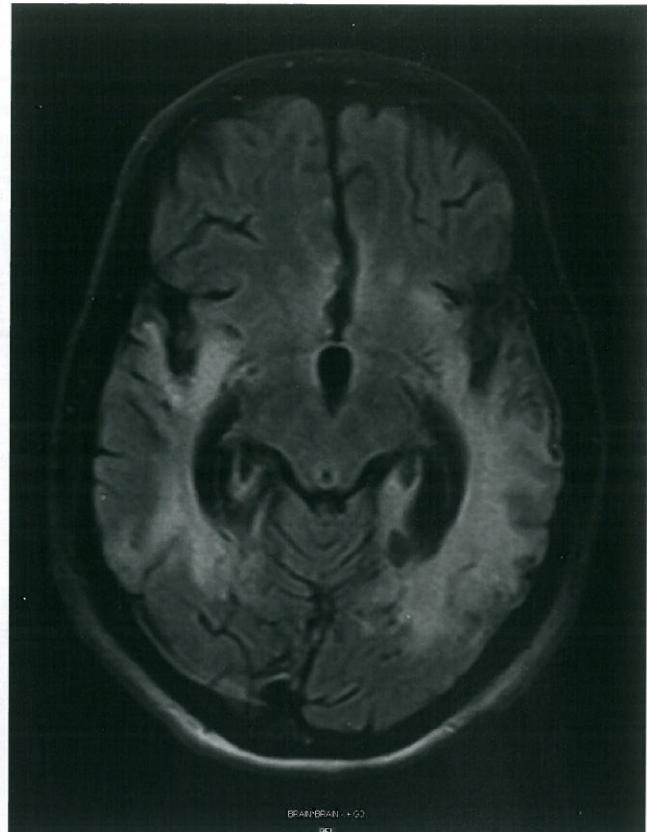
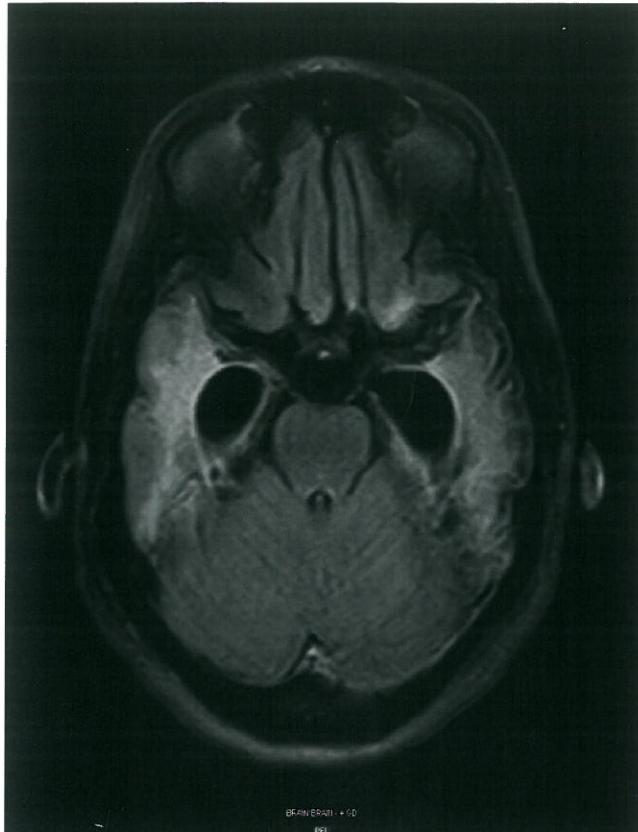
۴. نئوپلاسم انفیلترینگ و گلیوماتوزیس سربزی



در تصاویر آگریال FLAIR از این بیمار در اولین MRI نواحی افزایش سیگنال در سمت مدیال لوب‌های تمپورال دوطرف دیده می‌شود که کورتکس و نواحی ساب کورتیکال را درگیر کرده است و به نظر میرسد در سمت چپ واضح تر و وسیع تر است. بر اساس این یافته‌ها برای بیمار انسفالیت هرپسی مطرح شد و در تشخیص افتراقی با توجه به منفی بودن DWI انسفالیت لیمیک و واسکولیت مطرح شدند.



در MRI دوم که دو هفته‌ی بعد انجام شده است در تصاویر آگزیال FLAIR نواحی افزایش سیگنال وسیع بصورت دوطرفه اما غیرقربینه در هر دو نیمکره دیده میشود که باعث ابتلاء شدید لوبهای تمپورال بخصوص در سمت مدیال، نواحی اینترو مدیال لوبهای فرونتال، سینکولیت ژیروس بویژه در سمت چپ لوبهای اکسی پیتال و اینسوکار کورتکس شده است اما همانطور که در تصاویر مشاهده میکنید بازال گانگلیها Spare مانده است و تغییر سیگنال بطور ناگهانی در محل پوتامن متوقف شده است. در تصاویر DWI افزایش سیگنال در نواحی مبتلا دیده میشود.



در این تصاویر آگریال FLAIR که در حدود ۱۰ ماه بعد تهیه شدند شواهد آتروفی در مغز دیده میشود. گلیوزیس وسیع بخصوص در لویهای تمپورال و Exvacue dilatation شاخ تمپورال بطن های جانبی دیده می شود است.

پیش آگهی و درمان:

بدون درمان بیماری ۷۰ تا ۸۰٪ کشنده است و بیمارانی که زنده میمانند نیز عوارض نورولوژی شدید دارند. کنترل ادم مغزی با کورتیکو استروئید و تجویز سریع آسیکلولویر به بهبودی و پیش آگهی بهتر کمک می کند. پیش آگهی باسن، سطح هوشیاری و سرعت شروع درمان بستگی دارد. عود بعد از رژیم ده روزه گزارش شده است بنابراین ۱۴ تا ۲۱ روز درمان با آسیکلولویر توصیه میشود.

آسیکلولویر با دوز ۱۰ mg/kg هر ۸ ساعت برای ۳ هفته توصیه میشود.

- وجود شرح حال OCP همیشه به نفع ایجاد ترومبوز سینوس و ریدی در بیماری که با سرد و تشنج مراجعه کرده است نمی‌باشد ، باید تشخیص‌های دیگر را نیز مد نظر داشت.

- همیشه سر دردی که اخیراً شروع شده است (New onset headache) جدی گرفته شود و بدون داشتن تشخیص اقدام به درمان غیر اختصاصی نکنیم و باعث عوض شدن علامت‌بالینی بیماری نشویم.

- انسفالیت هرپسی ، علیرغم شروع درمان می‌تواند تا چند روزی سیر پیش‌ونده داشته باشد. ■

یک PCR مثبت برای HSVI دلیل به لزوم درمان نمی‌باشد ، اگر سیر بالینی و یافته‌های MRI برای انسفالیت HSVI تیپیک باشد ، باید درمان انجام شود. موارد مقاوم به آسیکلولویر برای HSV و پیوندی گزارش شده است که در این موارد Foscarnes یا Gonciclovir کمک کننده است.

نکاتی در مورد بیمار معرفی شده:

- عدم تب در بد و بستره این بیمار بعلت تجویز مسكن‌ها بصورت سرپائی بود که باعث عوض شدن تابلوی بیماری شده بود.

شرایط پذیرش مقالات علمی در نشریه پرتو دانش

مقالات در قالب نرم افزار WORD با قلم لوتوس اندازه ۱۲ تایپ شود.

جداول، نمودارها و تصاویر در صفحات جداگانه تنظیم و شماره گذاری شوندو در متن مقاله به شماره و محل تقریبی آنها اشاره شود.

حتی الامکان اصول مقاله نویسی و درج منابع و مأخذ رعایت شود.

مقالات ترجمه شده همراه با اصل مطلب ارسال گردد.

ایمیل دریافت مقالات : info@partodanesh.net



Reference :

1. Ross KL , Shah Avaneet , Rupprecht CE ... et all .Principles of Neurologic Infectious Disease .New York: McGraw-Hill 2005
2. Rowland LP , Pedley TA. Merritt's Neurology .12th ed. Philadelphia:LLW 2010
3. Edelman RR , Hesselink JR , Zlatkin MB , Crues JV.Clinical Magnetic Resonance Imaging .3rd ed. Philadelphia: Saunders 2006
4. Osborn AG , Hedlund GL , Blaser KL ... et all .Diagnostic imaging Brain.Utah :Amirsry Inc 2004
5. Yousm DM , Grossman RI.The Requisites Neuroradiology .3rd ed. Philadelphia:Elsevier 2010
6. Reimer P , Parizel P.M , Stichnoth F.A .Clinical MR Imaging A practical approach .2th ed. Newyork: Springer 2006
7. Jounrnal of Neuropsychiatry clin Neuroscience