

*Lucjan Kępa, Barbara Oczko-Grzesik, Wojciech Stolarz, Krystyna Mossor*

## ZAPALENIE MÓZDŻKU W PRZEBIEGU OSPY WIETRZNEJ U DZIECKA - OPIS PRZYPADKU

Oddział Chorób Zakaźnych Śląskiej Akademii Medycznej w Bytomiu  
przy Klinice Ftizjopneumonologii Śl. Ak. Med.  
Kierownik Kliniki: *K. Oklek*

*Przedstawiono przypadek zapalenia mózdzku o ciężkim przebiegu u 5-letniego dziecka, jako rzadkiego powikłania ospy wietrznej w wieku dziecięcym.*

### WSTĘP

Ospa wietrzna jest ostrą chorobą zakaźną wieku dziecięcego, która charakteryzuje się zazwyczaj łagodnym przebiegiem. Powikłania obserwowane są rzadko i występują prawie wyłącznie u osób dorosłych oraz u chorych z upośledzeniem odporności. Szczególne miejsce wśród powikłań tej choroby, ze względu na ciężkość przebiegu, zajmują zaburzenia ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego. Do powikłań neurologicznych ospy wietrznej należą: aseptyczne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenie mózgu, mózdzku i rdzenia kręgowego, zapalenie wielonerwowe, zespół Guillain'a-Barre'go, niedowłady i porażenia nerwów czaszkowych oraz piorunująca encefalopatia ze stłuszczeniem wątroby. Powikłania te spotykane są bardzo rzadko (0,3-0,6% chorych) i występują przede wszystkim u młodzieży i dorosłych (1, 2, 3, 4).

W pracy przedstawiono przypadek zapalenia mózdzku w przebiegu ospy wietrznej u dziecka leczonego w Oddziale Chorób Zakaźnych Śl. Ak. Med. w Bytomiu.

### OPIS PRZYPADKU

Chora K.P., 5-letnia dziewczynka (1. Ks. gł. 17/00), została przyjęta do Oddziału Chorób Zakaźnych Śl. Ak. Med. w Bytomiu 07.01.2000 r. z podejrzeniem zapalenia mózgu w przebiegu ospy wietrznej.

Na podstawie wywiadu zebranego od rodziców dziecka ustalono, że pierwsze wykwity skórne wystąpiły 28.12.1999 r., a w dniu 30.12.1999 r. postawiono rozpoznanie ospy wietrznej. W leczeniu zastosowano: herpesin (od 3. dnia choroby przez 5 dni), biseptol oraz środki objawowe (przeciwgorączkowe i preparaty witaminowe). W dniu 06.01.2000 r. dziecko zaczęło się skarżyć na bóle i zawroty głowy, nudności i zaburzenia równowagi, które pojawiały się podczas pionizacji i prób chodzenia.

Wywiad epidemiologiczny - kontakt z ospą wietrzną w przedszkolu.

Badanie przedmiotowe - dziecko w chwili przyjęcia w stanie ciężkim, przytomne, płaczące, apatyczne, odpowiada na pytania i spełnia proste polecenia niechętnie i z

opóźnieniem, pokładające się, ułożenie ciała na wznak. Skóra bladoróżowa, z licznymi wykwitami ospowymi, z przewagą przysychających strupków.

Badanie neurologiczne - uogólniona przeczulica całego ciała, obecne objawy oponowe (sztywność karku na ok. 2 cm, objawy Brudzińskiego karkowy i łonowy, objaw Brdlika i objaw Ammosa), dodatnie próby Romberga, palec - nos i pięta-kolano. Odruchy fizjologiczne w zakresie kończyn górnych i dolnych zachowane, żywe, symetryczne. Odruchy powierzchowne brzuszne nieobecne. Obustronnie zaznaczona tendencja do dodatniego objawu Babińskiego.

Poza tym w badaniu przedmiotowym bez odchyień od stanu prawidłowego. Przy przyjęciu temperatura ciała 37,4°C, tętno miarowe 100/min, RR 90/60 mmHg.

Wyniki wstępnych badań laboratoryjnych: OB 10 mm po 1 godz., morfologia krwi obwodowej: hemoglobina 8.0 mmol/l, hematokryt 0,43 l/l, eryocyty 5,37 T/l, leukocyty 9,0 G/l (rozmaż: pał. 4%, segm. 29%, kwas. 2%, limf. 65%), płytki krwi 324 G/l. Poziom cukru we krwi 4,1 mmol/l. Badanie moczu, poza śladowym białkomoczem, bez odchyień od normy.

Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego (pmr): cytoza 125/3, 80% limfocytów w cytogramie, poziom białka 610 mg/l, glukozy 2,1 mmol/l, kwasu mlekowego 1,3 mmol/l, odczyn Nonne-Appelta (+), Pandy'ego (śląd). Preparat bezpośredni i posiew płynu - ujemne.

Pozostałe wyniki badań laboratoryjnych w granicach normy.

Badanie ekg - normogram, rytm zatokowy miarowy 100/min, blok niezupełny prawej gałązki pęczka Hisa, zaburzenia repolaryzacji komór w postaci ujemnego załamka T w odprowadzeniu V2 (prawdopodobnie przetrwałe cechy wieku dziecięcego).

Badanie okulistyczne - Dgn.: Oedema papillae nervi optici oc. utr. incipiens.

Na podstawie całokształtu obrazu klinicznego i wyniku badania pmr postawiono rozpoznanie: Cerebellomeningitis in decursu varicellae.

W leczeniu chorej zastosowano: goprinosine, dexaven, amoxicillin, środki objawowe i płyny dożylnie. Pomimo leczenia stan dziecka ulegał szybkiemu pogorszeniu, narastały zaburzenia równowagi i objawy mózdkowe, dziecko niechętnie nawiązywało kontakt z otoczeniem. W 3. dobie hospitalizacji do leczenia włączono dodatkowo Sandoglobulinę P; łącznie dziecku podano 6 dawek po 3,0 g preparatu dożylnie 1 x dziennie. Począwszy od 8. doby pobytu w Oddziale stan podmiotowy i przedmiotowy dziecka ulegał powolnej, stopniowej poprawie; zawroty głowy i zaburzenia równowagi ustępowały, objawy mózdkowe zmniejszały się.

W 12. dobie hospitalizacji przeprowadzono badanie tomografii komputerowej głowy; uzyskano prawidłowy obraz struktur mózgowia. Kontrolne badanie okulistyczne: Dgn.: Fundus normalis oc. utr.

W 18. dobie leczenia wykonano kontrolne badanie pmr : cytoza 12/3, limfocyty 95%, białko 310 mg/l, glukoza 3,0 mmol/l, kwas mlekowy 0,9 mmol/l, odczyn Nonne-Appelta i Pandy'ego ujemne. Preparat bezpośredni i posiew płynu były ujemne.

Wykonane badania serologiczne potwierdziły rozpoznanie ospy wietrznej u dziecka: miano przeciwciał przeciw wirusowi ospy wietrznej-półpaśca w surowicy: I badanie - 1:256, II badanie - 1:1024.

Dziecko zostało wypisane do domu po 22 dniach hospitalizacji w dobrym stanie ogólnym, z pełną normalizacją wyników badań laboratoryjnych.

## OMÓWIENIE

Powikłania w przebiegu ospy wietrznej, w tym zaburzenia ze strony ośrodkowego układu nerwowego, spotykane są najczęściej u noworodków i osób starszych, w szczególności u osób z zaburzeniami układu odpornościowego o charakterze immunosupresji. Leczenie niepowikłanej, typowo przebiegającej ospy wietrznej polega głównie na stosowaniu środków objawowych, aczkolwiek coraz częściej zaleca się podawanie leków przeciwwirusowych (preparatów acykloviru). Przy powikłaniach neurologicznych zwykle stosuje się preparaty pozajelitowe acykloviru, a niektórzy autorzy uzyskiwali dobre efekty terapeutyczne po leczeniu kortykosteroidami (2, 5, 6, 7, 8).

W opisanym przypadku, u uprzednio zdrowego 5-letniego dziecka, pomimo stosowania herpesinu wystąpiło powikłanie ospy wietrznej w postaci zapalenia mózdzku. Wydaje się to mieć związek ze zbyt późnym rozpoczęciem leczenia przeciwwirusowego i zbyt krótkim czasem jego stosowania. Próba leczenia zapalenia mózdzku przy pomocy kortykosteroidów nie dała oczekiwanych rezultatów; stan dziecka ulegał dalszemu pogorszeniu. Dopiero po włączeniu do terapii preparatu immunoglobulinowego (Sandoglobulina P) uzyskano stopniową poprawę stanu klinicznego, normalizację wyników badań laboratoryjnych i powrót dziecka do pełnego zdrowia.

Obecnie istnieje, rzadko szerzej wykorzystywana, możliwość biernego lub czynnego uodpornienia przeciw ospie wietrznej. Uodpornienie bierne polega na zastosowaniu swoistego preparatu gamma-globulin (np.: VZIG, Varitect) zwłaszcza u osób z wrodzonymi lub wtórnymi niedoborami odporności. Preparat powinien być podany jak najwcześniej po kontakcie z ospą wietrzną. Jak wynika z badań wielu autorów, profilaktyka bierna nie chroni w stu procentach przed zachorowaniem. W zapobieganiu zachorowaniom na ospę wietrzną większe znaczenie ma uodpornienie czynne, tzn. szczepienie. W naszym kraju zarejestrowana jest szczepionka przeciw ospie wietrznej -Varilrix, aczkolwiek nie jest ona obecnie zaliczana do szczepionek zalecanych (według Programu Szczepień Ochronnych na rok 2000). Szczepionka ta zawiera zdolne do replikacji atenuowane wirusy ospy wietrznej-półpaśca (Varicella-zoster) szczepu Oka, uzyskane przez namnażanie w ludzkich komórkach diploidalnych. U osób wrażliwych szczepionka wywołuje bezobjawową postać ospy wietrznej, prowadząc do powstania przeciwciał przeciw wirusowi, które utrzymują się w organizmie przez minimum 7 lat po szczepieniu. Większość autorów zaleca szczepienie przeciw ospie wietrznej osób zdrowych od 9. mż., członków rodzin chorych zaliczanych do grup wysokiego ryzyka i pracowników służby zdrowia. Możliwe jest nawet uzyskanie odporności po szczepieniu przeprowadzonym do 72 godzin od kontaktu z wirusem ospy wietrznej-półpaśca (2, 9, 10, 11). Niektórzy autorzy opisują zachorowania na ospę wietrzną pojawiające się pomimo szczepienia. Stwierdzono, że choroba może wystąpić u około 0,3%-4% zaszczepionych i zwykle przebiega u tych chorych łagodnie. Istnieją jednak sporadyczne doniesienia opisujące powikłania narządowe w przebiegu ospy wietrznej u takich chorych. Decydujące znaczenie w podejmowaniu decyzji o szczepieniu przeciw ospie wietrznej wydają się mieć: osobiste doświadczenie lekarza pierwszego kontaktu, informacje o ryzyku poważnych powikłań tej choroby oraz koszty szczepienia (12, 13, 14, 15).

Opisany przypadek powikłania neurologicznego ospy wietrznej ma na celu uświadomienie istnienia realnego niebezpieczeństwa występowania poważnych powikłań w przebiegu tej rzekomo łagodnej choroby wieku dziecięcego.

*L Kępa, B Oczko-Grzesik, W Stolarz, K Mossor*

## CEREBELLITIS IN THE COURSE OF VARICELLA IN A CHILD - CASE RAPORT

### SUMMARY

A case of cerebellitis as a complication of varicella in a 5-year old child was described. Special attention was paid to severe course of the disease and therapeutic problems. Actually available possibilities of active and passive prophylaxis of varicella-zoster virus infections were also discussed.

### PIŚMIENNICTWO

1. Bale J F Jr. Human herpesviruses and neurological disorders of childhood. *Semin Pediatr Neurol* 1999;6,4:278-87.
2. Brody M B, Moyer D. Varicella - zoster virus infection. *Postgrad Med* 1997; 102,1:187-92.
3. Kępa L. Powikłania neurologiczne w przebiegu ospy wietrznej: obserwacje własne. *Pol Tyg Lek* 1991;46,11-13:199-201.
4. Phuah H K, Chong C Y, Lim K W, i in. Complicated varicella - zoster infection in 8 paediatric patients and review of literature. *Singapore Med. J* 1998;39,3:115-20.
5. Chao P W, Donahue J G, Manson J E, i in. The epidemiology of varicella and its complications. *J Infect Dis* 1985; 172,3:706-12.
6. Schaller B, Bernhard P, Grober P, i in. Cerebellar syndrome after varicella infection without virus identification in cerebrospinal fluid - an important differential ataxia diagnosis. *Schweiz Rundsch Med. Prax* 1999;88,46:1901-7.
7. Weaver S, Rosenblum M K, DeAngelis L M. Herpes varicella zoster encephalitis in immunocompromised patients. *Neurology* 1999;52,1:193-5.
8. Snarska-Furła J, Zajkowska J M, Pancewicz S A, i in. Rzadkie powikłanie pod postacią zapalenia mózgu z zespołem mózdkowym w przebiegu ospy wietrznej. *Neur Neurochir Pol* 1995;29,45,5:767-71.
9. American Academy of Pediatrics Committee on Infectious Diseases. Recommendations for the use of live attenuated varicella vaccine. *Pediatrics* 1995;95(5):791-6.
10. Centers for Disease Control and Prevention. Prevention of varicella: recommendation of the Advisory Committee on Immunization Practices. *MMWR* 1996;45(RR-11):1-36.
11. Litwińska B. Szczepionki przeciw wirusom z rodziny Herpesviridae. W: *Materiały Naukowe Konferencji PTEiLChZ „Szczepienia i Szczepionki, Teraźniejszość i Przyszłość”*, Bydgoszcz 1999; 135-47.
12. Laskey A L, Johnson T R, Dagartzikas M I, i in. Endocarditis attributable to group A beta-hemolytic streptococcus after uncomplicated varicella in a vaccinated child. *Pediatrics* 2000;106,3:E40.
13. Newman R D, Taylor J A. Reactions of pediatricians to the recommendation for universal varicella vaccination. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1998; 152,8:792-6.
14. Rianza Gómez M, de la Torre Espi M, Mencia Bartolome S, i in. Complications of varicella in children. *An Esp Pediatr* 1999;50,3:259-62.
15. Zimmerman R K. Varicella vaccine: rationale and indications for use. *Am Fam Physician* 1996;53(2):647-54.

**Adres autorów:**

Lucjan Kępa

Oddział Chorób Zakaźnych Śl. AM

Aleja Legionów 49, 41-902 Bytom

Tel. 0-32 281-92-41