



Ateş Etiyolojisi Ayırıcı Tanısı Olarak Nöroleptik Malign Sendrom

Neuroleptic Malignant Syndrom: As a Differential Diagnosis of Fever Etiology

Esmâ Aslıhan AYDEMİR¹(iD), Özgür GÜNAL¹(iD), Süleyman Sırrı KILIÇ²(iD), Eda KÖKSAL³(iD)

¹ Samsun Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye

² SBÜ Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Samsun, Türkiye

³ Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Samsun, Türkiye

Makale atfı: Aydemir EA, Günal Ö, Kılıç SS, Köksal E. Ateş etiyojisi ayırıcı tanısı olarak nöroleptik malign sendrom. FLORA 2023;28(3):578-579.

Sayın editör;

Ateş, infeksiyon hastalıklarının önemli bir bulgusu olmakla birlikte ayırıcı tanıda infeksiyon dışı pek çok sebep de yer almaktadır. Still hastalığı, sistemik lupus eritematozus, polimiyalji romatika gibi kolajen doku hastalıkları, lenfoma, lösemi gibi maligniteler, antibiyotikler, antikolinergikler ilaçlar, hipertiroidizm ve nöroleptik malign sendrom gibi nörolojik hastalıklar da ateşe sebep olmaktadır^[1].

Bu yazıda antiparkinson ilaç kullanım hikayesi olan ve ateş etiyojisi ön tanısıyla yatırılıp, nöroleptik malign sendrom (NMS) tanısı konulan bir olgu örneği sunmak ve nadir bir tanıya dikkat çekmek istedik.

Yetmiş üç yaşında erkek hasta acil servise titreme, ateş, bilinç değişiklikleri nedeni getirilmiş. Hasta bu bulgularla nöroloji kliniğine danışılmış ve nöroloji tarafından akut nörolojik patoloji düşünülmemesi üzerine santral sinir sistemi infeksiyonu ön tanısı ile infeksiyon hastalıklarına konsülte edilmiştir. Tarafımızca değerlendirilen hastanın son iki haftadır titreme şikayetinin arttığı, hareket etmede zorlandığı ve hatta üç gün önce hastaya yürüme gücünün nedeniyle evde

sağlık birimince üriner internal kateter takıldığı öğrenildi. Bilinç değişikliğinin ise anlamsız konuşma şeklinde olduğu ve bir süredir devam ettiği öğrenildi. Sistem sorgulamasında ek şikayeti yoktu. Öz geçmişinde Parkinson, diabetes mellitus, hipertansiyon hastalığı ve kalp pili olduğu öğrenildi. Parkinson için benserazid, karbidopa + levodopa kullanıyordu. Hastanın evde tek başına yaşadığı ve kendi ilaçlarını almadığı öğrenildi. Vital bulguları; tansiyon= 106/69 mmHg, nabız= 110/dakika, ateş= 39.1° C idi. Fizik muayenede hastada ense sertliği yoktu, kernig, brudzinski negatifti. Laboratuvar değerlerinde; beyaz küre (WBC)= 13.150/mm³ (4500/mm³-10.500/mm³), C-reaktif protein (CRP)= 185 mg/L (0-5 mg/L), serum kreatinin= 2.33 mg/dL (0.67-1.17 mg/dL), prokalsitonin (PCT)= 0.984 µg/L, kreatinin kinaz (CK)= 145 U/L (10-171 U/L) idi. Tam idrar tetkikinde piyüri yoktu. Toraks, beyin, abdomen tomografisinde patolojik bulgu yoktu. Mevcut haliyle infeksiyon odağı bulunamayan hasta, ateş etiyojisi araştırılmak üzere servisine yatırıldı. Hastada bilinç değişikliklerinin uzun süredir var olması ve fizik muayenenin uyumsuz olması nedeniyle merkezi sinir sistemi infeksiyonu

Geliş Tarihi/Received: 24/02/2023 - Kabul Ediliş Tarihi/Accepted: 12/04/2023

©Telif Hakkı 2023 Flora. Makale metnine www.floradergisi.org web adresinden ulaşılabilir.



Creative Commons Atıf-GayriTicari-AynıLisanslaPaylaş 4.0 Uluslararası Lisansı altında lisanslanmıştır.

Çevrimiçi Yayın Tarihi: 20.09.2023

düşünülmüdü. Yatışının ikinci gününde laboratuvar değerlerinde CK= 1542 U/L olması ve ateşinin iki kere 38.3° C ve üzerinde ölçülerek devam etmesi üzerine nöroleptik malign sendrom ön tanısıyla nörolojiye tekrar danışıldı. Nöroloji tarafından değerlendirilen hastada, mevcut bulguları ile NMS ön tanısı düşünülerek tedavi düzenlendi (Benserazit dozu artırıldı, bromokriptin tedavisi başlandı ve karbidopa, levodopa tedavi devamı planlandı). Nöroleptik malign sendroma yönelik tedavi başlanan hastanın birinci gün sonunda ateşi tekrarlamadı ve CK= 622 U/L'ye geriledi. Tedavinin dördüncü gününde şikayetleri gerileyen hastanın rijidite ve istirahat tremoru dışında ek semptomu kalmadı. Kan kültürlerinde üreme olmadı. Hasta tedavinin sekizinci gününde klinik bulgularının düzelmesi ve laboratuvar değerlerinin normale dönmesi üzerine (WBC= 6920/mm³, CRP= 20 mg/L, PCT= 0.2 µg/L, CK= 117 U/L, serum kreatinin= 1.4 mg/dL) nöroloji bölümünün de önerileri alınarak taburcu edildi.

Nöroleptik malign sendrom; hipertermi, aşırı kas rijiditesi, otonomik instabilite ve mental durum değişiklikleri ile seyreden sıklıkla antipsikotik ilaçlara bağlı gelişen, yaşamı tehdit eden nörolojik bir acildir. Parkinson hastalığının tedavisinde kullanılan dopaminerjik ilaçların özellikle levodopanin hızla kesilmesi veya azaltılması da NMS'ye neden olabilir^[2,3]. Nöroleptik malign sendroma sıklıkla neden olan tipik nöroleptik ilaçların kullanılmaması, alatta yatan hastalığın farklı olmasından ötürü Parkinson hastalığında gelişen klinik tablo malign sendrom olarak da isimlendirilmiştir^[4]. Nöroleptik malign sendromunu patogenezi tam olarak bilinmemektedir. Semptomların çoğu, bir D2 reseptörü blokajına veya D2 reseptörü stimülasyonunun aniden kesilmesine bağlı olarak merkezi dopaminerjik aktivitedeki ani azalmaya bağlanır^[3-5]. Tanıda DSM-5 (Mental bozuklukların tanıs ve istatistiksel değerlendirmesi)'in majör ve minör kriterleri kullanılmaktadır. Majör kriterler; belirtiler başlamadan 72 saat önce bir dopamin antagonisti ile karşılaşma, hipertermi (en az iki sefer oral sıcaklığın >38.0° C olması), kas rijiditesi ve eşlik eden nörolojik semptomlar (tremor, akinezi vb.), minör kriterler ise CK yüksekliği, bilinç değişikliği, taşikardi, diaforez, hipertansiyon, idrar inkontinansı, takipne, lökositozdur. Tanı koymak için majör kriterlerin tümü ve minörlerin en az iki tanesinin

olması gereklidir^[2,5]. Hastamızda majör kriterlerin tümü ve minör kriterlerin üçü (CK yüksekliği, bilinç değişikliği, lökositoz) mevcuttu. Ayırıcı tanıda merkezi sinir sistemi infeksiyonları, tetanoz, sıcak çarpması, deliryum, toksik ensefalopatiler, yoksunluk sendromları, serotonin sendromu, antikolinergik sendrom, lityum zehirlenmesi yer alır^[3,5]. Hastalık genellikle 7-13 gün sürer ancak komplikasyonlar seyri uzatabilir. Tedavi edilmezse prognoz genellikle kötüdür, ölümcül seyredebilir^[5].

Sonuç olarak ateş ve mental durum değişiklikleri ile başvuran hastalarda merkezi sinir sistemi infeksiyonları dışında diğer nörolojik hastalıklar da (NMS vb.) ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. Nöroleptik malign sendromun erken tanısı için hastalarda ayrıntılı anamnez alınması ve kullandığı ilaçların (özellikle antipsikotikler ve antiparkinson ilaçlar) sorgulanması unutulmamalıdır.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Yazarlar bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Wright WF, Auwaerter PG. Fever and fever of unknown origin: Review, recent advances, and lingering dogma. *Open Forum Infect Dis* 2020;7:ofaa132. <https://doi.org/10.1093/ofid/ofaa132>
2. Kiyiği M, Bongomin F, Kizito M, Kaddumukasa M. Neuroleptic malignant syndrome: Early diagnosis saves lives in low-resource settings. *Int Med Case Rep J* 2020;13:359-62. <https://doi.org/10.2147/IMCRJ.S270332>
3. Simon LV, Hashmi MF, Callahan AL. Neuroleptic malignant syndrome. In: *StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.*
4. Yılmaz NH, Duymaz G, Yaşar MA. Malignant syndrome in a patient with Parkinson's disease. *Turk J Neurol* 2012;18:123-5. <https://doi.org/10.4274/Tnd.39358>
5. Kuhlwillm L, Schönfeldt-Lecuona C, Gahr M, Connemann BJ, Keller F, Sartorius A. The neuroleptic malignant syndrome-a systematic case series analysis focusing on therapy regimens and outcome. *Acta Psychiatr Scand* 2020;142:233-41. <https://doi.org/10.1111/acps.13215>

Yazışma Adresi/Address for Correspondence

Dr. Esmâ Aslıhan AYDEMİR

Samsun Üniversitesi Tıp Fakültesi,
İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji
Anabilim Dalı
Samsun-Türkiye
E-posta: esmaaslihanaydemir@gmail.com