

## KUDUZDA KLİNİK GÖSTERİLER İLE LEZYONLARIN İLİŞKİSİ VE ATİPİK KUDUZ

Doç.Dr. SÜleyman İLHAN<sup>x</sup>

Sinir sisteminin akut viral bir enfeksiyonu olan kuduz daha çok furiöz form ile seyredir. Ortalama 1-2 aylık enkübasyondan sonra herhangi bir ansefalitte olduğu gibi, ateş, kusma, bulantı, iştahsızlık, baş ağrısı, boğaz ağrısı, huzursuzlukla belirli 2-4 günlük bir prodromu takiben klinik tablo gelişir (4,5) Daha başlangıçta virüsün giriş yerinde hiperestezi, parestezi olabilir. Daha sonra mizaçta belirmiş olan hırçınlıkla uysallık arasındaki dalgalanmalar çok derinleşip ekziteasyon-depresyon krizleri görülmeye başlar. Korku ve panik davranış tablosuna hakim olabilir. Özellikle suyun adını bile duymakla ortaya çıkan yutma kaslarının spazmodik kontraksiyonları, vermiform, fibriller kas kontraksiyonları görülür. Gelip geçici trismus, opistotonus gözlenebilir. İnkoordinasyon ve tremor olabilir. Hipersekivasyon, aşırı terleme, pupiller dilatasyon ya da miyozis, hippus, priapizm, aşırı peristaltizm otonom sinir sistemi bozukluklarının yansıması olarak görülen bulgulardır. Yaklaşık bir haftalık klinik seyrin sonlarında bu bulguları, yutma kaslarının, ekstremitelerin enseinin, okülomotor kasların, diğer kranial sinirlerin felçleri, korneal felç, idrar ve gaita retansiyonu izler, apati gelişir. Yukarıda söylendiği üzere bu anlatılan gösteriler furiöz form kuduz kliniğini belirler. Başlangıçtan itibaren ekstremitte felçleri ile gelişen felçlerin ön planda görüldüğü klinik tablo paralitik form olarak nitelenir. Her iki formda da sonunda koma gelişir ve vaka kollaps tablosu içinde eks olur.

Kuduzun klinik seyrinde gözlemlenen bu bulguların fizyopatolojik olarak yorumlanması uygun olacaktır.

Pasifik değişiklikler ve bozukluklardan, vejetatif bozukluklardan, spazmlardan, başlıca rinensefalon, özellikle de Ammon boynuzu lezyonları sorumludur (Gastaut ve Miletto, 1955) (2). Anksiyeteden sorumlu

(x) D.E.Ü. Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

olarak diensefalik lezyonlar gösterilir. Hastalardeki "Sudan kaçırma", sadece medüller-pontin lezyonlara bağlı faringeal spazmlar nedeni ile ortaya çıkmaz. Susuzlukla ilgili hipotalamik merkezlerin lezyonları da hastaların suya karşı olan davranışını bozabilir (Poursines, 1958)(3) Bu hastalarda ağızdan salya akması her zaman sğrılı yutmadan korktuğuna bağlanmamalıdır. 5. ve 7. kraniyal sinirlerin motor felçleri yüzünden ağızını kapatamayıp salyasını tutamadığından da akabilir. Kuduzda görülen başlıca klinik bulguların altında yatan lezyon ile ilişkisine bu kadar değirmek yeterli olacaktır. Söz konusu bulguların bazıları (konvülsiyonlar, spazmodik nöbetler, aşırı terleme gibi) iritatif lezyonlara; bazıları da (çeşitli felçler) destrüktif lezyonlara işaret etmektedir.

Atipik kuduz: Öykü özellikleri, klinik bulguları ve seyri klasik olarak tanımlanan kuduz hastalığına değişik ölçülerde uymayan fakat histopatolojik olarak sonuçta kuduz tanısı konulmuş vakalar bildirilmektedir (1,5). Bu vakalar atipik vakalar olarak nitelenmektedir. Böyle bir vakada söz gelişi, hidrofobi olmayabilir. Klinik seyri klasik olarak tanımlanan sürelerin dışında cereyan edebilir. Ancak bu vakalarda hastalığın öyküsünü, kliniğini, seyrini ve histopatolojisini karıştırabilen diğer bir hastalığı da birlikte olabileceği hatırla tutulmalıdır. Furiöz formla en çok histeri krizleri (kuduz olmayan köpek ısırması ya da ısırma olmaksızın kuduz köpeğin yakınında bulunmakla ortaya çıkan krizler), melankolik ve manik psikotik tablolar, tetanoz (trismus ve opistotonus bulguları), delirium tremens (hallüsinasyonlar yanında diğer spazmodik, epizodik özellikler), uyuşturucu alışkanlıkları (apeti, abstinens krizleri) nin ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Paralitık form ile poliomyelit (özellikle bulber şekil), Guillein-Barré sendromunun ayırıcı tanısı yapılması gerekir. Tipik ısırılma öyküsü, enkübasyon süresi, prodrom ve klinik tablo olan hastalarda kuduz'u düşünmek kolaydır. Anlaşılacağı üzere, atipik kuduz vakalarının ayırıcı tanısı güçlük gösterebilir ve bu yüzden hasta başka tanımlar altında yanlış olarak değişik kliniklerde izlenebilir.

**Kaynaklar :**

- 1- Hatwick MA ve ark. Recovery from rabies; a case report. Ann Int Med 1972; 76:931
- 2- Gastaut, H and Miletto G. Rev Neurol. 1955; 1:5
- 3- Poursines Y. Atteinte histologique éleotive des formations végéta-tives infundibulo-tuberiennes dans la rage humaine. Pub C R Cong Neurol Int Paris. Masson Ed Vol 3 1958
- 4- Serter F ve Serter D. Klinik viroloji. Ege Üniversitesi Matbaası, Bornova-İzmir, 1980
- 5- Tunçbay T. ve ark. İki atipik kuduz vakası. 12. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi tutanakları, İstanbul-1976