

## Церебеларен мутизъм при дете с енцефалит

Асенова<sup>1,2</sup>, И. Александрова<sup>1,2</sup>, М. Захаринов<sup>4</sup>, М. Колева<sup>1</sup>, Д. Деневва<sup>1</sup>, Е. Славкова<sup>1</sup>, В. Томов<sup>1</sup>,  
Н.Топалов<sup>2,3</sup>, В. Божинова<sup>1</sup>

1- Клиника по нервни болести за деца, УМБАЛНП „Св. Наум“, МУ – София

2 – Катедра по Неврология, МУ - София

3 –Отделение по Образна диагностика, УМБАЛНП“Св. Наум“

4- Клиника по неврохирургия, УСБАЛСМ „Пирогов“

**Въведение:** Синдромът на церебеларен мутизъм (CMS) е рядко срещан, изявява се най-често след резекция на тумори в задна черепна ямка (2), по-рядко при артерио-венозни малформации, хеморагии, исхемии или травми, ангажиращи срединните области на малкия мозък (1,2). Изключително рядко се описва при възпалителни заболявания на главния мозък. Клинично се манифестира с тежка дизартрия до анартия, дисфагия, хипотония, атаксия, емоционална лабилност и поведенчески промени (3,4).

**Цел:** Представяме момиче на 10 г. със синдром на церебеларен мутизъм в хода на боледуване от церебелит с тежък едем на стволите структури.

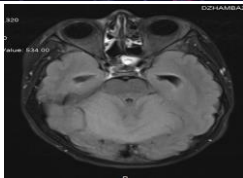
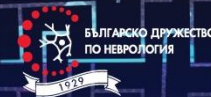
**Клиничен случай: Анамнеза:** Момиче на 10 год. с анамнеза за нормално нервнo-психическо развитие, с данни за изява на фебрилни гърчове на 5 год. възраст. Настоящото заболяване възниква остро със следните симптоми

- Фебрилитет, хрема, повръщане
- На следващия ден с изява на тонични пристъпи (хормеотонии?), нестабилна походка, постепенно развитие на количествено нарушение на съзнанието от сомнолентност до сопор. Хоспитализирано в СБАЛДБ, където проведено противоедемна терапия
- Бързо влошаване с изява на симптоми на менинго-радикулерно дразнене, квадрипареза, обща мускулна хипотония, псевдобулбарен синдром, GCS – 8 т.

- Преведено в УБАЛСМ „Пирогов“ – със симптоми на интракраниална хипертензия, с тенденция за вклиняване
- От **невроизобразяващи изследвания** (КТ и МРТ) – с данни за малкомозъчен едем, прогресираща вътрешна хидроцефалия, изразен общомозъчен едем вкл. и на структурите на мозъчния ствол (**фиг. 1, фиг. 2, фиг. 3, фиг. 4., фиг. 5**)
- Изследвани ликвор с PCR за грипен вирус - не се доказва; изследван разширен ликвор панел за енцефалит – отрицателен; изследван серум за HSV-1 и HSV -2 - IGM положителни
- **Терапевтично поведение** - Поставен външен вентрикулен дренаж с лечебна цел, противовъзпалителна терапия с антибиотици, антивирусни препарати, противоедемна терапия, ноотропно лечение, започнато антиконвулсивно лечение.
- На 9-ия ден от поставянето на вентрикуларния дренаж констатирано стабилизиране на соматичното състояние. Проведен **контролен КТ на главен оъък:** недилатирана вентрикуларна система; ЗЧЯ - нормално широки арахноидни пространства, без белези за компресия и дислокация. Осъществено експлантиране на шънта.
- На 6-ия ден от експлантирането на шънта пациентката е хоспитализирана в Клиника по нервни болести за деца, УМБАЛНП «Св. Наум».

# X I X НАЦИОНАЛЕН КОНГРЕС ПО НЕВРОЛОГИЯ

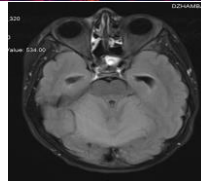
С МЕЖДУНАРОДНО УЧАСТИЕ



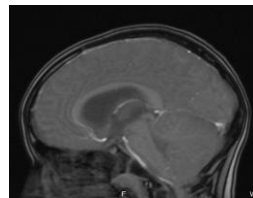
Фиг. 1



Фиг. 2



Фиг. 3



Фиг. 4



Фиг. 5

**Неврологичен статус** при постъпване в клиниката:

МРД - липсва; ЧМН - заници широки, реагират на светлина. Псевдобулбарен синдром, с (+) пол. рефлекс на Маринеску-Радовичи двустранно. Със сондово храненене.

Тежка мускулан хипотония.

Квадрипаретичен синдром; Походка – невъзможна.

Сухожилни рефлексии - умерено живи, двустранно еднакви, с пол(+) рефлекс на Бабински двустранно, пол.(+) рефлекс на Чадок в ляво.

ВКФ – мутизъм, издава отделни звуци при дразнене;

Тазови резервоари - не контролира, с уретрален катетър.

**Ликворно изследване:** общ белтък, захар и хлориди – в норма; нормална ликворна електрофореза.

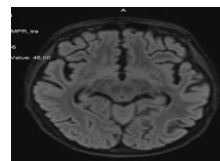
**ЕЕГ:** Нискомплитудна и забавена за възрастта активност, без епилептиформени прояви с огнищен или генерализиран характер. (Фиг. 7)



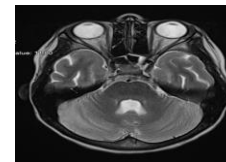
Фиг. 7

**МРТ на главен мозък (7 дни след експлантиране на шънта):** Без данни за огнищни промени в супра- и инфратенториалните мозъчни промени. **Одискретни глиозни пролени в дясно фронтално на проекционното място на екстирпирания вентрикулен шънт. Лекостепенно дилатирани екс вакуо темпорални рога на страничните вентрикули.** (Фиг. 8, Фиг. 9, Фиг. 10)

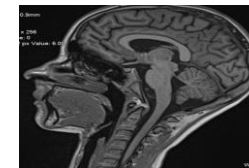
Фиг. 8



Фиг. 9

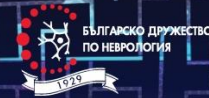


Фиг. 10



# X I X НАЦИОНАЛЕН КОНГРЕС ПО НЕВРОЛОГИЯ

С М Е Ж Д У Н А Р О Д Н О У Ч А С Т И Е



БЪЛГАРСКО ДРУЖЕСТВО  
ПО НЕВРОЛОГИЯ

1979

**Лечение:** В клиниката се проведе антибиотично, противовирусно, антиедемно, антиконвулсивно, ноотропно лечение, двигателна рехабилитация. По време на болничния престой се подобри двигателната функция като се отбеляза степенно увеличаване на обема на волевите движения в крайниците, повече в долните. Отчето се подобрило на мозъчната функция – от минимално разбиране до изпълняване на елементарни команди, възможно общуване чрез използване на жестове и мимики, но с персистиране на церебеларен мутизъм (алалия). След период от 6-месечно проследяване констатирано възстановяване на движенията на крайниците в пълен обем, с възможна самостоятелна походка, с лек интенционен тремор при носо-показалечна проба двустранно и дискретна дисдиадохокинеза, продукция на спонтанна реч, която е леко забавена с елементи на дизартрия.

**Обсъждане:** Острият церебелит може да протече като опасно, животозастрашаващо заболяване, усложнено с дългоперсистиращ, но преходен мутизъм. Това води до тежко засягане на качеството на живот на боледуващите деца. В основата на патогенезата на церебеларния мутизъм е засягането на церебело-таламо-кортикалния път, който е основният еферентен път, свързващ малкия мозък с кората. При представения клиничен случай мутизмът е преходен и възниква в хода на остро възпалително

заболяване на мозъка, с ангажиране най-вече на малкия мозък (церебелит), с развитие на общомозъчен и малкомозъчен едем, както и прогресираща вътрешна хидроцефалия.

**Заклучение:** Малкият мозък и неговите връзки с церебралния кортекс имат важна роля като „модулираща система“ в контрола върху двигателните и когнитивните функции, включително вниманието и езика.

#### Литература:

1. Dimova P., Bojinova V., Milanov I. Transient mutism and pathologic laughter in the course of cerebellitis. *Pediatric Neurology*, 2009, 41: 49-52.
2. Pollack IF., Polinko P., Albright AL, Towbin R., Fitz C. Mutism and pseudobulbar symptoms after resection of posterior fossa tumors in children: incidence and pathophysiology. *Neurosurgery*. 1995, 37: 885-93.
3. Mewasingh LD., Kadhim H., Christofe C., Christiaens FJ., Dan B. Nonsurgical cerebellar mutism (anarthria) in two children. *Pediatric Neurology*. 2003, 28: 59-63.
4. Riva D. The cerebellar contribution to language and sequential functions: evidence from a child with cerebellitis. *Cortex*, 1998, 34": 279-87.