

Dr. Berky Mihály orvos alezredes, dr. Rózsavölgyi Margit

Himlő-oltást követő peripheriás idegrendszeri szövődmény

A szerzők himlőoltást követően kialakult polyneuritist, ill. polyganglio-radiculo-myelitist ismertetnek. A himlővaccinatio után fellépő peripheriás idegrendszeri károsodás egyik legkritikább complicationnak tartható. Bár közvetlen bizonyíték a vaccinatio és a peripheriás idegrendszeri károsodás között nincs, de egyéb oki tényezők hiánya ilyen összefüggésre enged következtetni. A fenti betegségeknél szokásos steroid és vitamin therapiát alkalmazták, mindkét esetben maradványtünet nélküli gyógyulás következett be.

Az elmúlt két évtizedben több kísérlet történt a himlő-oltást követő complicatiók felmérésére. Az egyik ilyen legnagyobb vizsgálatot a Fertőző Betegségek Nemzetközi Központja kezdeményezésére 1967—68-ban az Egyesült Államokban végezték (11). Részletes, több mint 20 millió himlő-vaccinatioiban részesült személyre kiterjedő vizsgálat alapján 1 millió vaccinatioóra 74 complicatio és egy haláleset jut. A legkevesebb szövődmény a kisgyermekkorban (két éves kor alatt) történt oltásnál fordul elő, felnőtt korban gyakoribb. Primer vaccinatiokor tízszer több a complicatio mint revaccinatioánál, és még nagyobb a szövődmények valószínűsége, ha a primer vaccinatio felnőtt korban történik (5, 11). Az irodalmi adatok meglehetősen eltérőek, általánosságban 10 ezer vaccinatioóra egy complicatio számítható (6).

A vaccinatioos szövődmények gyakoriságának relatív nagy eltérése több tényező függvénye lehet: az oltott populatio általános és specifikus immunitása eltérő; az oltásnál felhasznált vaccinia virus pathogenitása változó; figyelembe kell venni a statisztikai felmérés nehézségeit, a diagnosztikus problémákat, valamint a latensen lezajló ill. minimális tüneteket okozó szövődményeket (2, 10, 11).

A vaccinatioót követő complicatiók (accidentalis implantatio, generalisalt vaccina, superinfectiók, foetalis vaccina, carditis, arthritis, erythema multiforme, ekzema vaccinatium) közül az idegrendszer megbetegedése ritka. Az Egyesült Államokban — ahol az első oltást kisgyermekkorban végzik — 110 ezer vaccinatioóra egy encephalitis jut (11), Hollandiában, ahol az első oltás a katonai szolgálat idején történik, 4000 oltásra jut egy encephalitis (8). Lane és mtsi (10) nagy statisztikai felmérése szerint 1 millió primer vaccinatioóra 12,3 encephalitis jut, ugyanannyi revaccinatioóra 2,9. Spillane és mtsi (15) 800 ezer vaccinatioóból 39 neurológiai szövődményt találtak. Ebből

30 a központi idegrendszert érintette meningitis, encephalitis, encephalomyelitis, myelitis formájában. Két esetben, myasthenias betegnél, az alapbetegség rosszabbodása következett be. További 7 esetükben peripheriás idegrendszeri szövődmény lépett fel.

A következőkben, 1974-ben osztályunkon ápolt két sorkatona esetét ismertetjük, akiknél revaccinációt követően peripheriás idegrendszeri károsodás tünetei alakultak ki.

ESETISMERTETÉS

1. eset: B. B. 21 éves sorkatona. 1974. január 5-én a bal felkarján himlővaccinatio történt, melynek másnapján localis duzzanat, bal oldali hónaljhi nycs-k megnagyobbodása lépett fel. Lázás nem volt, panaszai egy hét alatt megszűntek.

A beteget 1974. január 29. óta fokozatosan kialakuló panaszai miatt február 7-én vettük fel osztályunkra. Panaszai a bal kéz II—V. ujjainak zsibbadásával kezdődtek, mely 4—5 nap után egész bal kezére áterjedt. Bal kezét fokozatosan gyengébbnek érezte, ujjai ügyetlenné váltak. 1—2 nap múlva bal lába is zsibbadt, lábfejét gyengébbnek érezte, papucsban nem tudott járni. Újabb 3 nap elteltével a jobb lábán is hasonló tüneteket észlelt. A felvételét megelőző napon a bal karjában, az I—III. ujjába sugárzó fájdalom is fellépett.

A családjában hasonló betegség nem fordult elő. Korábbi anamnesisében említésre méltó betegség nem szerepelt, mérgező anyaggal nem dolgozott. Alkohol csak keveset fogyaszt, mérsékelten dohányzik.

Status: Kp. fejlett, sovány férfi. A bal felkaron régi és friss himlőoltás hege. A szív és a tüdők felett physicalis vizsgálattal eltérés nincs, a has puha, betapintható, nyomásérzékenység nincs, a máj és a lép nem tapintható. RR: 145/90 Hgmm. P: 72/min.

Idegrendszer: A koponyán és a gerincoszlopon eltérés nincs, meningealis izgalmi jelek nem válthatók ki. Agyidegek eltérés nélkül. Reflexek: bo. biceps areflexia, de a többi felsővégtagi reflex is renyhe. Hoffmann és Trömmner jel nem váltható ki, Mayer reflex mko. megtartott. A patella reflex mko. élénk, az Achilles-reflex egyik oldalán sem váltható ki. A hasbőrreflexek mko. renyhék, a hasizomreflexek mko. kp. élénkek. Kóros reflexet nem találtunk. A bal kéz szorító ereje kifejezetten csökkent, az ujjak alapizületi extenzióban, az interphalangealis ízületekben flexióban vannak. Az ujjak ab-, adductiója gyengült, Froment-jel és gyűrűpróba pozitív. Az alkar flexiója, pronotiója és supinotiója gyengült. A bal kar abductiója is jelzetten paretikus. A jobb felső végtagon eltérést nem találtunk. Mk. lábfej és lábujjak dorsalflexiója csökkent, sarokra állni nem tud. Mko., de jo. kifejezettebb steppelő járás. A bal alkar középső harmadától és mk. lábon a térdtől distalisan fokozódó tactilis, algetikus, thermo-, és graphypaesthesia. A lábujjak ízületi helyzet- és mozgásérzése csökkent. A bal tenyér bőre száraz, csökkent verejtékelválasztás.

Psychésen: tudata tiszta, orientált, gondolkodása, emlékezete eltérést nem mutat, hangulata mérsékelten nyomott, magatartása conventionalis.

Vizsgálati eredmények: Szemészet: Visus mko.: 1,0 FF; látótér; fundus eltérés nélkül. Kétirányú nyaki és lumbosacralis gerincfelvétel: az L₅—S₁ közötti rés alacsonyabb, az S₁-n spina bifida, egyéb eltérés nincs. EEG: részben meglassult, polymorph, polyrhythmusos cerebralis activitas.

Laboratóriumi leletek: Süllyedés, vérkép, Wa., vércukor, májfunctio, Se-electrolitek negatív, ill. norm. értékek. EKG: s. r. ST₂₋₃ süllyedt, T₂ lapos. Mellkas rtg: neg. Liquor: víztiszta, szintelen, sejtszám: 14/3, összfehérje: 46 mg⁰/₁₀₀, Pándy: op. Takata: I típus, Benzoe: norm.

Kórlefolysis: A betegnél a klinikai tünetek alapján a bal felső és mk. alsó végtagot érintő — egyéb kóros tényezők lehetséges kizárásával — postvaccinációs polyneuritist diagnosztizáltunk. Steroid (összmenyiségben 900 mgr. Prednison) és vitamin therápiát alkalmaztunk. Egy hónapos kezelés után az érzésv zavar és a paresis megszűnt, a sajátreflexek ismét kiválthatók lettek. A fél év múlva elvégzett kontroll vizsgálatnál a beteg panaszmentes, neurológiai statusa negatív.

2. eset: M. S. 21 éves sorkatona. 1974. jan. 8-án himlőoltást kapott, másnap localis duzzanat, láz jelentkezett, mely öt nap alatt lezajlott. 1974. február 1-én került kórházi felvételre. Felvételét megelőzően négy nappal gyomortáji, háti, mellkasi fájdalmi voltak, melyek miatt gyengélkedően kezelték. Fájdalmi nem szűntek, majd fokozatosan bradycardia lépett fel, ezért belgyógyászati osztályon nyert elhelyezést. Bradycardiája fokozódott 44/min-ig, hőemelkedése volt, majd a neurológiai tünetek fellépésekor osztályunkra átvettük.

Mk. oldali végtagjai zibbadtak, fájdalmasak voltak, gyengének érezte magát, felüléskor, felálláskor ájulásérzésről panaszkodott. Ízeket nem érzett, az ételt nehezen tudta forgatni a szájában.

A családban hasonló megbetegedés nem fordult elő. A korábbiakban említésre méltó betegsége nem volt, mérgező anyaggal nem dolgozott. Alkoholt nem fogyaszt, mérsékelten dohányzik.

Status: Astheniás alkatú, sápadt ffi. A bal felkaron régi és friss himlőoltási heg. Nyelve bevont, garat békés. A szív és a tüdők felett physicalisan eltérés nincs. A has puha, betapintható, a máj és a lép nem tapintható. RR fekeve: 120/80 Hgmm, felültetve: 100—90/70 Hgmm, P: 44/min.

Idegrendszer: A koponyán és a gerincoszlopon eltérés nincs. A tarkó enyhén kötött, Kernig-jel pozitív. Anisocoria (bo. szűkebb), a pupillák fényre (consens. is), accomodatióra jól reagálnak. Mko., jo. kifejezettebb peripheriás típusú facialis paresis, ageusia (a nyelv hátsó harmadában is), könnyelválasztási zavar nincs. A masseter és a hasizomreflexek kiválthatók, a többi izomreflex hiányzik, megtartott bőrreflexek. Az izomtónus kissé csökkent, az izomerő az általános állapotnak megfelelő, paresis nincs. Coordinatio eltérést nem mutat. Mk. kézen és alsó végtagon a lábszár középső harmadától distal felé fokozódó tactilis, algetikus és thermohypaesthesia.

Psychésen: tudata tiszta, orientált, emlékezete, gondolkodása rendben, hangulata nyomott, insomniás, conventionalis magatartású.

Vizsgálati eredmények: EEG: diffuse érintettnek látszó corticalis tevékenység, durvább károsodásra utaló eltérés nincs.

Laboratóriumi leletek: vérkép, süllyedés, Wa, májfunctio, vércukor, HBDH, SGOT, SGPT, ASO negatív, ill. norm. értékek. EKG: sinus bradycardia, PQ: 0,18, T₁₋₂₋₃ lapos, V₅₋₆ neg. T. Kibocsátáskor: jelzett incomplet jobb Tawara zárblock. Mellkas rtg: a szív nem nagyobb, jellegzetes configurációt nem mutat, egyéb eltérés nincs. Liquor: víztiszta, színtelen, sejtszám: 13/3, összfehérje: 50 mg⁰/₀.

Kórlefolyás: A felvételkor észlelt klinikai kép és az anamnesis alapján, himlőoltást követő Guillain-Barré syndromát kórisméztünk, melyet az EGK-eltváltozások alapján enyhe fokú szívizomkárosodás is kísért. Steroid (összmeny-nyisgben 360 mgr. Prednisolon és 7 mg Cortrosyn depot) és vitamin terápiát alkalmaztunk. A neurológiai tünetek a betegség lefolyása alatt változtak. A jobb oldali peripheriás facialis paresis javulási stádiumában a bal oldali romlott, majd itt is javulás indult meg. Nagyfokú orthostatikus collapsus-hajlama, mely feltehetően a kétoldali n. glossopharyngeus érintettségével és a szívizomkárosodással magyarázható, javult. A felső végtagi sajátreflexek visszatérésekor a jobb alsó végtagon a lábfej dorsalflexió gyengesége alakult ki, mely a későbbiekben megszűnt. A két hónapos kórházi kezelése alatt általános állapota rendeződött, neurológiai tünetei, a kétoldali Achilles areflexián kívül megszűntek. A fél év múlva elvégzett vizsgálatnál a beteg panasz- és tünetmentes.

Megbeszélés

A himlő-vaccinatio után fellépő peripheriás idegrendszeri károsodás a legkritkább szövödmények közé tartozik. Az irodalomban döntő többségben egyes esetek közlésével találkozunk, összefoglaló közleménnyel csak elvétve. Spillane és mtsi az 1962. évi dél-walesi vaccinatio után észlelt 7 esetet ismertettek (15). A tünetek a vaccinatiót követő 3. héten jelentek meg, mind a négy végtagra kiterjedő sensibilis és motoros károsodással, melyekhez egy esetben kétoldali peripheriás facialis paresis is társult. Eggers (4) egy 21 hónapos gyermeknél az oltás harmadik hetében fellépő motoros polyneurist közölt (paraparesissal, hiányzó sajátreflexekkel, neg. liquorral). Kindler

és Wirth (9) 39 éves nőbetegénél a himlő-vaccinatio szövödményeként lépett fel a n. cochlearis és a n. vestibularis laesiója. Rebutti és Cattana, két saját esetük ismertetésekor áttekintést adnak az irodalomban esetenként közlésre került Guillain-Barré syndromákról is (3, 12, 13).

A vaccinatiót követően kialakuló idegrendszeri szövödmények pathomechanizmusát illetően több feltételezés is ismert. Lehetségesnek tartják, hogy az oltásukat másodlagos neurotrop vírusfertőzés történik (15). Mások szerint a vaccina virus latens neurotrop virust aktivál, melyet alátámaszt az a megfigyelés is, hogy poliomyelitis járvány idején végzett vaccinaciónál az oltás oldalán bénulás léphet fel (9). A legtöbb támogatója annak az elméletnek van, mely szerint az idegrendszeri károsodások létrejöttében allergiás mechanizmusok játszanak szerepet (2, 14). Saját eseteinkben is hasonló mechanizmusra gondolhatunk, ha figyelembe vesszük azt, hogy már a himlő-oltás másnapján localis reactio lépett fel mk. betegnél, mely a vaccina virussal szembeni fokozott érzékenységre utal (2).

A himlő-oltás után az idegrendszeri szövödmény a 9—13. napon, ill. a 2—4. héten szokott kialakulni (4, 7, 15). Közvetlen bizonyíték arra, hogy a vaccinatio és az adott neurológiai tünetegyüttes között oki kapcsolat van, nem ismert. Az incubatio idő, egyéb aetiológiai tényezők hiánya, a localisatio, a megbetegedés lefolyása az, amely a kapcsolatra enged következtetni. Pathológiailag a serogenetikus polyneuritisekre jellemző serosus, infiltratív elváltozások találhatók (16).

A peripheriás idegrendszeri szövödmény általában maradványtünet nélkül gyógyul. Gyógykezelésében, mint egyéb polyneuritisek, polyganglioradiculo-myelitisek kezelésében steroidok és vitaminok használatosak.

Eseteinkben a neurológiai tünetek a vaccinatiót követő 24. ill. 18. napon léptek fel. Első esetünkben a vaccinatio oldalán jelentkeztek a tünetek s csaknem egy hét után terjedtek az alsó végtagokra. Második esetünkben kifejezett bradycardia és orthostatikus collapsus-hajlam volt a bevezető tünef. Az agyidegek érintettsége — a n. vagus izgalom és a n. glossopharyngeus károsodása — mellett az enyhe fokú carditis is szerepet játszhatott ezen tünetek kialakulásában. Néhány nap múlva jelent meg a kétoldali peripheriás facialis paresissal járó Guillain-Barré syndromának megfelelő klinikai kép, typusos liquor-lelet nélkül. Ez utóbbi hiányában is a tünetek symmetrikus megjelenése — elsősorban az agyidegek részéről —, a testszerte észlelhető areflexia — melyet a relative enyhe sensibilis károsodás nem magyaráz meg —, voltak azok a tényezők, melyek erre a diagnosisra engedtek következtetni.

Eseteink ismertetését azért tartottuk célszerűnek, mert a himlő-oltás peripheriás idegrendszeri szövödménye igen ritka megbetegedés, de előfordulására gondolnunk kell, különösen ott, ahol jelentős populatióra terjedő oltás történik.

I R O D A L O M

1. Boeters, U., Reimer, F.: Gibt es cerebrale Komplikationem nach Pockenschutz-Wiederimpfung? Nervenartz, 1970. 41. 223.
2. Budai J., Nyerges G.: Védőoltások. Medicina Könyvkiadó, 1974.
3. Drouet, P. L., Faivre, G., Lamy, P., Larcan, A.: Syndromes de Guillain-Barré apparatus apres une vaccination antivariolique. Rev. med. Nancy, 1956. 81. 22.

4. *Eggers, Chr.*: Die postvaccinale Polyneuritis als Komplikation nach Pockenschutzimpfung. Mschr. Kinderheilk. 1974. 122. 169.
5. *Ehregut, W.*: Zur Problematik des Impfalers bei der Pockenschutzimpfung. Mschr. Kinderheilk. 1970. 118. 537.
6. *Gsell-Mohr*: Infektionskrankheiten. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1967. Band I/1.
7. *Herrlich, A.*: Die Pocken. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1967.
8. *Hoepfich, P. D.*: Infectious Diseases. Publishers Harper and Row. Hagerstown, Maryland, New York, Evanston, and London, 1972.
9. *Kindler, W., Wirth, G.*: Beiderseitige Schädigung des N. cochlearis und vestibularis nach Pockenschutzimpfung. Münch. med. Wschr. 1963. 105. 2279.
10. *Lane, J. M., Ruben, F. L., Neff, J. M., Millar, J. D.*: Complications of smallpox vaccination, 1968. Results of ten statewide surveys. J. Infect. Dis. 1970. 122. 303.
11. *Lane, J. M., Ruben, F. L., Neff, J. M., Millar, J. D.*: Complications of smallpox vaccination, 1968. Results of ten statewide surveys. J. Infect. Dis. 1970. 122. 303.
12. *Mellin, H., Neff, J. M., Garber, H., Lane, J. M.*: Complications of smallpox vaccination, Maryland, 1968. Johns Hopkins Med. J. 1970. 126. 160.
13. *Rebucci, C. G., Cattania, F.*: Polyradiculoneuriti tipo Guillain-Barré consecutiva a vaccinazione antirabica ed antivariolosa. Rev. Neurobiol. (Arezzo) 1965. 11. 669.
14. *Seitelberger, F.*: Zum Problem der postvaccinalen Encephalitis mit besonderer Berücksichtigung der zentralnervösen Komplikationen nach der Pockenschutzimpfung. Nervenartz. 1966. 37. 59.
15. *Spillane, J. D., Wells, Ch. E. C.*: The Neurology of Jennerian Vaccination. Brain, 1964. 87. 1.
16. *Szobor A. dr.*: A polyneuropathiák diagnosisáról és kezeléséről. Orv. Hetil. 1971. 112. 369

Берки М., майор м/с, Рожавельди М.:

ОСЛОЖНЕНИЕ СО СТОРОНЫ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПОСЛЕ ОСПОВАКЦИНАЦИИ

Авторы сообщают о полиневрите и о полиганглио-радикуомielите, развивающихся после осповакцинации. Нарушение периферической нервной системы после осповакцинации считается одним из самых редких осложнений. Хотя непосредственного доказательства связи между вакцинацией и развитием нарушения периферической нервной системы нет, отсутствие других причинных факторов позволяет сделать выводы о том, что патологическое состояние связано с вакцинацией. Для лечения осложнений применяли обычную стероидную терапию и витаминотерапию, под действием которых наступило полное выздоровление без остаточных явлений в обоих случаях.

Dr. M. Berky, Dr. M. Rózsavölgyi:

PERIPHERISCHE NEUROLOGISCHE KOMPLIKATIONEN NACH POCKENIMPFGUNG

Verfasser erörtern je einen Fall von Polyneuritis, bzw. Polyglanguloradikulomyelitis, die infolge von Pockenimpfungen erschienen. Die nach Pockenschutzimpfungen auftretenden peripherischen neurologischen Schädigungen zählen zu den seltesten Komplikationen. Obwohl kein direkter Beweis eines Zusammenhanges zwischen der Vakzination und der Schädigung peripherischen Nervensystems bestand, doch aus Mangel anderer kausaler Faktoren sollte man darauf einen Schluß gezogen haben. Verfasser haben bei beiden ihrer Fälle die bei ähnlichen Erkrankungen üblichen Steroid-, bzw. Vitamintherapie verwendet, worauf beide Kranken ohne Residualsymptome geheilt wurden.

