

Lyme Hastalığı Olgu Sunumu ve Literatürün Gözden Geçirilmesi

Lyme disease: Case report and review of the literature

Türkiye Acil Tıp Dergisi 2005; 5(1): 39-42

Karcioğlu Ö, Bozkurt S,
Topaçoğlu H, Ünverir P

Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi
Acil Tıp Anabilim Dalı

ÖZET

Ülkemizde seyrek görülen Lyme hastalığı keneler ile bulaşan ve birçok sistemi etkileyen bir hastalıktır. 3-32 günlük bir inkübasyon periyodundan sonra sıklıkla deri tutulumu görülmektedir.

72 yaşında kadın hasta, iki günlük antibiyotik kullanımına rağmen düşmeyen ateş ve genel durumunda bozulma nedeniyle acil servise başvurdu. Akciğer grafisinde sağ alt zonda infiltrasyon, sol kostofrenik sinüs künt olarak izlendi. Hastada ateş yüksekliği, hipoksi, akciğer grafisindeki şüpheli infiltrasyon bulguları ile atipik pnömoni düşünüldü. Antibiyoterapiye rağmen, ateş yüksekliği, uykuya eğilimi ve döküntüsü olan hastanın alınan öyküsünde evinde köpek barındırdığı öğrenildi. Kontrol bakısında sağ uyluk iç kısmında hipermik lezyon ve lezyona yapışık halde duran kene görüldü. Doksisisiklin tedavisi sonrası ateşi düşen hasta klinik düzelmeye sonrası taburcu edildi.

Geniş hasta spektrumuna sahip acil servislerde ve birincil bakım kuruluşlarında hekimlerin fizik bakıyı 'sistemik' bir yaklaşımla yapmaları gereklidir. Cilt bulgularıyla seyreden ateşli hastalıklarda Lyme hastalığı ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Anahtar kelimeler: Lyme hastalığı, Borrelia burgdorferi, ateş.

SUMMARY

Lyme disease is a multisystem disorder which is transmitted by spirochetes. It appears following the incubation period lasting 3 to 32 days and the skin is the organ most commonly affected. Here, we report a patient presenting to the emergency department with Lyme-related signs and symptoms and diagnosed somewhat lately with detailed examination.

A 72 years-old woman from Germany was admitted to the emergency department with the complaints of drowsiness and fever for two days persisting despite she was on antibiotics. She was admitted to the chest ward with the diagnosis of pneumonia after evaluation. Although ampicillin-sulbactam was administered, the fever continued. On physical examination, erythematous maculopapular rash was identified on the patient's thigh and a tick was detected in this region. After clinical relief associated with the treatment of doxycycline, the patient was discharged from the hospital.

A detailed history should be obtained from the patients and a thorough examination undertaken by the physicians staffed in the emergency departments or primary care units. Lyme disease should be considered in the differential diagnosis of patients with fever associated with cutaneous findings, especially of those who had been in close contact with cattle etc.

Key words: Lyme disease, Borrelia burgdorferi, fever.

İletişim Adresi

Dr. Özgür KARCIOĞLU

Dokuz Eylül Üniversitesi
Tıp Fakültesi, 35340
Acil Tıp Anabilim Dalı,
İnciraltı, İzmir
Tel: 232.4122706
Fax: 232.2599723
ozgur.karcioglu@deu.edu.tr

Giriş

Lyme hastalığı keneler aracılığıyla geçen, spiroketlerin neden olduğu sistemik zoonoz enfeksiyonlarından biridir. Klinik olarak erken deri lezyonları, eritema kronikum migrans (ECM), nörolojik, kalp ve eklem bulguları ile karakterizedir.¹ Etken *Borrelia burgdorferi* (BB), vektör *Ixodes dommini* isimli kenedir.²

En çok beyaz ayaklı farelerle taşınır. Memeliler olgun keneler tarafından tercih edilmeleri nedeniyle konak olabilir ve Lyme hastalığının gelişmesine sebep olabilirler.^{2,3} ABD’de her yıl 12-15.000 oranında vaka görülmektedir. Lyme hastalığına genellikle yaz ve sonbaharda rastlanır. Hastaların çoğunluğu ormanlık alanlarda yaşayan çocuklar ve genç erişkinlerdir.^{4,5} Bu hastalık 3 evrede tanımlanabilir.⁶ İlk evrede; deri lezyonları ve ECM bulunur. İkinci evrede; ateş, adenopati, nezle, nörolojik anormallikler, kardiyak anormallikler, gezici eklem ağrıları ve oligoartiküler artrit bulunur. Üçüncü evrede ise, yıllar sonra kronik artrit, miyokardit ve subakut ensefalopati gibi belirtiler saptanır.

Deri en sık tutulan organdır. ECM genellikle ekstremitelerin proksimal kısımlarında yada gövdede kırmızı bir makül yada papül şeklinde başlar. Sıklıkla merkezden kenarlara doğru açılarak genişler ve çapı 50 cm’ye kadar ulaşır. Deri lezyonları genellikle 3-4 hafta içinde kaybolur.⁶ Lezyon yerinde ısı artışı, yanma hissi, kaşıntı, ağrı meydana gelir. ECM’ye en sık eşlik eden semptom, bir yaz nezlesini andırır. Yorgunluk, halsizlik, titreme, ateş, baş ağrısı, miyalji ve artralji semptomları olabilir. Kene ısırığından sonra lezyonun ortaya çıkması için ortalama 7 gün geçmekte, ancak %30 hastada tipik lezyon görülmemektedir.⁷ İkinci deri lezyonu "Acrodermatitis chronica atrophica" olup mavi-kırmızı renk değişikliği ile karakterizedir. Santral sinir sistemi (SSS) bulguları ortalama 4 hafta sonra başlar. Baş ağrısı, ense sertliği, fotofobi ve periferik sinir paralizleri görülebilir. Lenfositik menenjit, meningoensefalit ve kraniyal nörit görülebilir. Yıllar sonra ensefalopati gelişebilir.^{2,8} Kardiyovasküler sistem bulguları %5-10 oranında görülür. Başlangıçtan 5 hafta sonrasında ortaya çıkar. Atriyoventriküler blok, perikardiyal effüzyon, kardiyomyopati görülebilir.^{2,9} Kas-iskelet sistemi bulguları genellikle 5-6 hafta sonra başlar. Ani başlayan gezici mono veya oligoartiküler tutulumu yol açar. Diz en sık tutulur. Eklemde intermitan şişme ve ağrı görülebilir. Eklem sıcak, nadiren kırmızıdır.² Göz bulgularında konjunktivit, keratit, üveit, retinit ve optik nörit izlenebilir. Karaciğer tutulumuna bağlı olarak alanin transaminaz (ALT), aspartat transaminaz (AST) ve bilirubin düzeylerinin yüksekliği gibi bulgular görülebilir. Akciğer tutulumu basit enfeksiyonlardan akut solunum sıkıntısı sendromuna kadar geniş bir yelpazede görülebilir. Tanısı zordur. Genellikle epidemiyolojik ve fizik bulgular ışığında tanı konur. Geç veya dissemine hastalıkta serolojik antikor tespiti yardımcıdır. Çoğu doku ve sıvıdan

BB’nin elde edilmesi zor, seyrek, yavaştır.^{3,6} Serolojik testlerden enzim immunoassay ve western immunoblot yardımcı olabilir. Sinovyal sıvıda polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) çalışılması %75-85 duyarlıdır.^{2,6} Miyoperikardit, tularemi, böcek ısırıkları, Bell paralizisi, akut romatizmal ateş, kayalık dağlar döküntülü ateşi (Rocky Mountains Spotted Fever), streptokokal selülit, ekzema, menenjit, romatoid artrit ile ayırıcı tanısı yapılmalıdır.^{3,10}

Olgu Sunumu

72 yaşında Alman asıllı kadın hasta ateş yüksekliği, uykuya eğilim, döküntü yakınmaları ile acil servise başvurdu. Birkaç gün öncesinde halsizlik, yüksek ateş (38.5°C) şikayetiyle bir hekime başvuran hastaya antibiyotik ve üst solunum yolu enfeksiyonuna yönelik tedavi reçete edildiği ancak bu tedavi rejimine rağmen iki gün boyunca ateş yüksekliğinin devam ettiği belirtildi. Ek olarak hastanın gece terlemesi, tüm vücudunda döküntü ve uykuya eğilim gelişmesi üzerine yakınları tarafından acil servise getirildi. Vital bulguları; vücut ısısı 38.2°C, kan basıncı 159/119 mmHg, nabız 193/dk, solunum sayısı 22/dk ve oksijen saturasyonu %87 olarak not edildi. Özgeçmiş ve soy geçmişinde herhangi bir özellik yoktu; ilaç kullanım öyküsü yoktu.

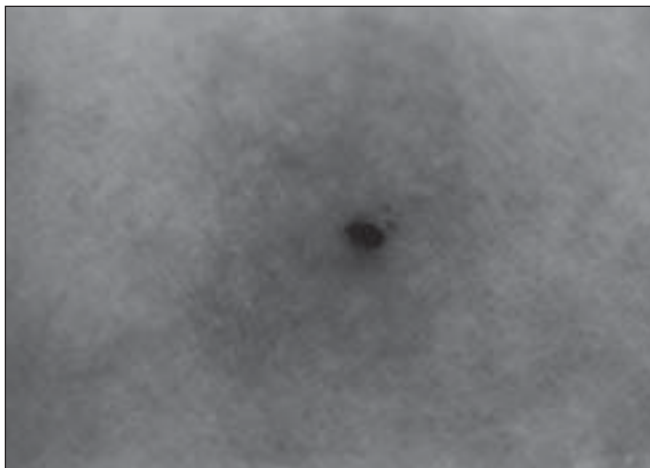
Orofarinks hiperemikti ve akciğerlerde sağda daha belirgin olmak üzere bilateral alt zonlarda ralleri mevcuttu. Kardiyovasküler sistem bakışı, aritmi ve taşikardi dışında normaldi. Hastanın nörolojik muayenesinde genel durum orta, bilinç açık, koopere ve Glasgow Koma Skalası skoru 13 (E3M6V4) idi. Pupiller anizokorik (sağ pupil 1 mm, sol pupil 2 mm), direkt ışık refleksi her iki gözde pozitif. Kraniyal sinir, motor, duyu ve serebellar testler ilk değerlendirmede normal olarak bulundu. Meningeal irritasyon bulguları ve patolojik refleksi yoktu. Deri muayenesinde tüm vücutta yaygın kırmızı-kahverengi makülopapüler döküntü mevcuttu.

Hastaya acil servise ilk gelişinde 2 lt/dk oksijen ve izotonik sıvı tedavisi ile replasman başlandı. 1 gr parasetamol PO verildi. Çekilen EKG’de hızlı ventrikül yanıtı atriyal fibrilasyon saptanıp 300 mg ASA PO ve 25 mg diltiazem İV yavaş bolus verildi. 15 dk sonra ventrikül hızı yeterince azalmadığından diltiazem 20 mg IV yapıldı, 5 dakika sonra kalp ritmi normal sinüs ritmine döndü.

Kan sayımında lökosit 11.900/mm³ (%91.9 nötrofil), trombosit 68.000/mm³ olarak ve biyokimyasal profilinde karaciğer enzimleri (AST 171 U/L, ALT 137 U/L, ALP 337 U/L, LDH 695 U/L, GGT 263 U/L), total bilirubin 1.01 mg/dl (direkt bilirubin 0.73 mg/dl) ve böbrek fonksiyon testleri (BUN 47 mg/dl, kreatinin 1.4 mg/dl) olarak saptandı Arteriyel kan gazı incelemesinde SaO₂ %94.5, pH 7,527, PaO₂ 63.9 mmHg, PaCO₂ 31.8 mmHg, HCO₃ 26.6 mmHg olarak bulundu.

Akciğer grafisinde sağ alt zonda parakardiyak alanda infiltrasyona benzeyen görüntü, sol kostofrenik sinüs künt olarak izlendi. Bilgisayarlı beyin tomografisi (BT) normal olarak değerlendirildi.

Hastada ateş yüksekliği, hipoksi, akciğer grafisindeki şüpheli infiltrasyon bulguları ile atipik pnömoni düşünüldü ve atipik pnömoni ön tanısıyla göğüs hastalıkları servisine yatırıldı. Hastaya sulbaktam-ampisilin 4x1.5 gr IV, klaritromisin 2x500 mg IV olarak ve PO parasetamol tedavisine başlandı. Toraks BT'sinde her iki akciğer orta ve alt zonlarda periferik sahada subplevral kesimlerde plevral düzensizlik ve kalınlaşmaların eşlik ettiği interlobüler septal kalınlaşmalar izlendi. Tedaviye yanıtız ateş yüksekliği, uykuya eğilimi, döküntüsü olan hastada SSS enfeksiyonu olabileceği düşünülerek enfeksiyon hastalıkları konsültasyonu istendi. Hastadan alınan ikinci hikayede sokaktan bulduğu birkaç köpeği evinde barındırdığı ve onlarla aynı evde yaşadığı öğrenildi. Hastanın muayenesi tekrarlandığında sağ uyluk iç kısmında etrafı hiperemik, ortası soluk bir lezyon saptandı. Lezyonun iç kısmında yapışık halde duran kene görüldü (Resim) ve hastanın kliniğinin Lyme hastalığı ile uyumlu olduğu belirtildi. Hastanın almakta olduğu tedavi kesildi ve doksisisiklin 100 mg 2X1 PO, sefuroksim aksetil 250 mg 2x1 PO tedavisine başlandı. Hastanın kliniği 2 gün içinde düzeldi. Hasta toplam 8 gün hastanede izlendi. Hastanın AST 69 U/L, ALT 75 U/L, BUN 18 mg/dl, kreatinin 0.7 mg/dl düzeylerine düştü. Sedi-mantasyon 13 mm/h, Grubel Widal ve rose bengal test sonuçları negatif, HBsAg, anti-HBc IgM, anti-HBe, antiHBs, anti-HCV negatif olarak saptandı. İdrar ve kan kültürlerinde üreme saptanmadı. Akciğer dinleme bulguları, cilt döküntüleri gerileyen ve bilinci düzelen hasta doksisisiklin 100 mg 2x1 PO (3 hafta), sefuroksim aksetil 250 mg 2x1 PO önerilerek taburcu edildi.



Resim 1. Hastanın lezyon bölgesindeki hiperemi ve kenenin görünümü.

Tartışma

BB seroprevalansı ülkemizde kırsal bölgelerde %36 olarak bildirilmiş olmasına karşın Lyme hastalığı oldukça seyrek-tir.¹¹ Yine hastanemizde yapılan başka bir çalışmada morfea ve liken sklerosus tanıli hastalarda sırasıyla %30 ve %50 oranında BB pozitifliği saptanmıştır.¹²

Bu olgu bize üç açıdan önemli mesajlar vermektedir. Birincisi, ülkemiz topraklarında sık görülmeyen hastalıklara da birincil bakım kurumlarında rastlanabileceği, bu nedenle tıp fakülteleri çekirdek müfredatında öykü, fizik bakı, bulgu ve tedavi özelliklerinin yer alması gerekliliğidir.

İkinci mesaj; özellikle çok geniş hasta spektrumuna sahip acil servislerde ve birincil bakım kuruluşlarında hekimlerin fizik bakıyı dikkatli ve ayrıntılı, daha genel deyişle 'sistemati-k' bir yaklaşımla yapmaları gerekliliğidir. Bu özellikle genel durum bozukluğu, bilinç bozukluğu, nefes darlığı gibi bir çok sistemden kaynaklanabilecek yakınmalarla başvuran ol-gular ve dil veya diğer sorunlar nedeniyle iyi ve ayrıntılı öy-kü alınmayan olgular için yaşamsal önemdedir.

Son mesaj ise özgül olarak Lyme hastalığının tanınması ile ilgilidir. Ateş ve döküntü ile başvuran, pnömoniye ilişkin klasik bulguların bulunmadığı olgularda Lyme hastalığı ayırıcı tanıda anımsanmalı ve bulgular buna göre gözden geçi-rilmelidir. Özgül serolojik testlerin bulunmadığı koşullarda bile bu tanının öncelik kazanması hastanın ileri merkeze bu ön tanıyla sevk edilmesini sağlayacağından hasta ve kuruma zaman kazandıracaktır.

Sonuç

Lyme hastalığı ateş, döküntü ile başvuran hastalarda ayrıntılı sorgulama ve bakı ile dışlanmaya çalışılmalıdır. Özellikle turizme açık bölgelerde birinci basamak sağlık çalışanları bu hastalığa ilişkin donanımlarını gözden geçirmelidir.

Kaynaklar

1. Franz JK, Krause A. Lyme disease. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2003; 17:241-264.
2. Edlow JA, Tick-Borne Diseases Lyme. www.emedicine.com/emerg/topic588.htm. (Erişim tarihi: 08.08.2003)
3. Malawista SE. Lyme Disease. Berkow R, The Merck Manual of diagnosis and therapy Merck&CO.,INC. Rahway, N. J.1992, pp 154-157
4. Streere AC. Lyme disease. *N Engl J Med* 1989;321: 586-96.
5. Meyerhoff J. Lyme Disease. www.emedicine.com/med/topic1346.htm. (Erişim tarihi: 08.08. 2003)
6. Meredith JT. Infection from animals. Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynki JS. Emergency Medicine A Comprehensive Study Guide, McGraw&Hill, 5th ed. 2000, pp.991-1001.
7. Jenkins JL, Braen GR. Rashes. In Manual of Emergency Medicine. Lippincott Williams& Wilkins. 2000, pp:567-583.

-
8. Halperin JJ. Nervous system lyme disease. *Vector Borne Zoonotic Dis* 2002; 2: 241-247
 9. Lo R, Menzies DJ, Archer H, et al. Complete heart block due to Lyme carditis. *J Invasive Cardiol* 2003; 15: 367-369.
 10. Zaidman GW. The ocular manifestations of Lyme disease. *Int Ophthalmol Clin* 1997; 37: 13-28.
 11. Onen F, Tuncer D, Akar S, et al. Seroprevalence of *Borrelia burgdorferi* in patients with Behcet's disease. *Rheumatol Int* 2003; 23(6): 289-93.
 12. Ozkan S, Atabey N, Fetil E, et al. Evidence for *Borrelia burgdorferi* in morphea and lichen sclerosus. *Int J Dermatol* 2000; 39(4): 278-83.