

Lyme hastalığı

Bahadır CEYLAN (*), Aydın MAZLUM (**), İrfan AYKAÇ (**)

SUMMARY

Lyme disease

*Lyme disease is a multisystem infection caused by the spirochete *Borrelia burgdorferi* which is usually transmitted to humans via the bite of tick.*

*A 38 year-old woman had presented to us with arthralgia, myalgia, anxiety, vomiting and fatigue. One month later, she developed an erythematous rash on her legs and arms. This lesion was diagnosed as multiple annular secondary skin lesion of Lyme disease. Laboratory findings were normal. *B. burgdorferi* serologies were ELISA IgG positive. Our patient was successfully treated with doxycycline, 200mg/day for 30 days. Her systemic symptoms and her skin lesions resolved in 3 days.*

Key words: Lyme, skin rash

Anahtar kelimeler: Lyme, cilt döküntüsü

Lyme hastalığı kene ısırığı ile bulaşan *Borrelia burgdorferi* isimli spiroketin neden olduğu bir enfeksiyondur. Bu hastalık klinikte erken ve geç enfeksiyon olarak iki aşamada kendini gösterir. Erken hastalık mikroorganizmanın ısırık bölgesinden kan ve lenf yoluyla birçok dokü ve organa yayılımı sonucu oluşur. Bu dönemde birçok sisteme ait özgül olmayan semptom ve bulgular gelişir ve tipik bulgu eritema kronikum migransdır (EKM). Lyme hastalarının % 25'inde EKM'in ve % 50'sinde sedimentasyon artışı ve ateş gibi enfeksiyon hastalığını düşündürülen bulguların olmaması nedeniyle klinik pratikte yanlışlıkla psikosomatik hastalık gibi tanılar konabilmektedir. Biz bu yazımızda birçok sistemi ilgilendiren semptom ve bulgularla başvuran ve semptomların başlangıcından bir ay sonra ortaya çıkan tipik cilt bulguları olan Lyme hastalıklı bir olguyu inceledik.

OLGU

Otuzsekiz yaşındaki bayan hasta halsizlik, iştahsızlık, bulantı,

kusma, karın ağrısı, sıkıntı hissi, baş ağrısı, kas ve eklem ağrıları ve çarpıntı yakınmalarıyla kliniğimize başvurdu. Yapılan fizik muayenede patolojik bulguya rastlanmadı. Biyokimyasal incelemeleri, tam idrar tetkiki ve kan sayımı normal sınırlardaydı. Wright testi ve floresan antikor ile antinükleer antikor testi negatifti. Akciğer grafisi ve batin pelvis US'si normaldi. EKG'de inkomplet sağ dal bloğu vardı. Hasta bir ay süresince benzer yakınmalarla 4 kez kliniğimize başvurdu. Bu başvurularında kilo kaybı (5 kg/ay) dışında patolojik fizik muayene bulgusu yoktu. Hastanın tüm takibi boyunca ateşi normal sınırlarda seyretti. Psikiyatri konsültasyonu sonrasında depresyon ve panik atak tanıları konularak bu yönde medikal tedavi başlandı. Ancak, bu tedavi ile yakınmaları düzelmedi. İlk başvurudan 1 ay sonra kol ve bacaklarında cilt döküntüleri geliştiğini belirten hasta döküntülerin ortaya çıkışının 15. gününde bize tekrar başvurdu. Döküntüler kol ve bacaklarda, 5-6 cm boyutlarında, ortası soluk ve dış kısımlara doğru kırmızı renkte, çevreye doğru giderek büyüyen tarzda, ağrısız lezyonlardı. Lezyonlar Lyme hastalığı sırasında gelişebilen çok sayıda anüler cilt lezyonu olarak değerlendirildi. Lyme IgG düzeyi ELISA ile 0.98 bulundu (normal < 0.75). Hastaya 30 gün süresince günde 2 kez 100 mg doksisisiklin tedavisi verildi. Tedavinin üçüncü gününden itibaren yakınmalar düzeldi.

TARTIŞMA

Lyme hastalığı *Ixodes* cinsi kenelerin ısırmasıyla bulaşan *Borrelia burgdorferi* isimli spiroketin neden olduğu bir hastalıktır ⁽¹⁾. Hastalık genellikle 1 Mayıs ile 30 Kasım arasında ve en sık da Haziran ve Temmuz aylarında görülür ⁽²⁾. Bizim hastamızın yakınmaları da 5 Mayıs'ta başlamıştı. Lyme hastalığında kene ısırığı ile vücuda giren bakteri önce deride lokal olarak çoğalarak EKM adı verilen cilt lezyonunu oluşturur ⁽¹⁾. Hastaların % 31'i kene ısırığını tarif edebilir ⁽²⁾. Bizim olgumuz kene ısırmasından haberdar değildi. EKM kırmızı renkte bir makül veya papül olarak başlar ⁽²⁾. Daha sonra 3-68 cm'lik (ortalama 15 cm) boyutlara ulaşır. Büyüdükçe lezyonun orta kısmı solar; periferik kısımları ise kırmızı kalır ⁽¹⁾. Lezyon vücudun herhangi bir yerinde çıkabilmekle birlikte en sık uyluk, pelvis, aksilla ve popliteal bölgede görülür. Lyme hastalarının % 25'inde EKM görülmez ⁽¹⁾. Lyme hastalığında bakteri kene ısırığı ile vücuda

girdikten sonra kan ve lenf yoluyla tüm vücuda yayılır ve bunun sonucunda EKM'ı takiben bazı sistemik semptom ve bulgular gelişir. Bu dönem erken yaygın hastalık dönemidir (1). Bu dönemde ortaya çıkan semptom ve bulgular; güçsüzlük ve uykuya eğilim, baş ağrısı, ateş, gezici kas ve eklem ağrıları, çok sayıda anüler cilt lezyonu, boyun fleksiyonunda ense ağrısı, bölgesel veya yaygın lenfadenopati, meningeal iritasyon bulguları, karın ağrısı, malar raş, konjunktivit, diffüz ürtiker, hepatit, hepatomegali, splenomegali, boğaz ağrısı, öksürük, iştahsızlık, bulantı, kusma ve göğüs ağrısıdır. Tüm cilt lezyonları 3-4 haftada kendiliğinden iyileşir.

Lyme hastalığındaki kas eklem tutulumunda en sık görülen semptomlar eklem, kas, tendon, bursa ve kemikler üzerinde 1-2 saat ile 1-2 gün sürebilen gezici ağrılardır (1). Hastaların % 60'ında hastalığın başlangıcından aylar sonra daha çok büyük eklemleri tutma özelliği olan artrit tablosu gelişebilir. En sık tutulan eklem diz eklemdir (3). Lyme hastalığının başlangıç döneminde saatler süren baş ve ense ağrısı gelişir. Tedavi edilmeyen hastaların % 15'inde haftalar aylar sonra menenjit, ensefalit, korea, kranyal sinir felci, motor ve duysal radikulonörit, mononöritis multipleks ve miyelit tabloları değişik kombinasyonlar şeklinde ortaya çıkabilir (5). Lyme hastalarının % 5'inde hastalığın başlangıcından haftalar sonra kalp tutulumu gelişebilir (6). Bu hastalarda miyoperikardit gelişebilmekle birlikte, kalp tutulumunun en sık şekli A-V bloktur. A-V blok çeşitli derecelerde olabilir ve derecesi hastalığın gidişi sırasında değişebilir ve bir haftadan uzun sürmez (6). Sadece dal bloğu olması kardiyak tutulum açısından bir kriter değildir.

Lyme hastalığında kesin tanı *Borrelia burgdorferi*'nin üretilmesiyle konur (7). Ama kültür yalnızca EKM olgularında cilt lezyonlarından yapıldığında başarılıdır. Bu nedenle, tanıda en sık serolojik yöntemler kullanılır. Kullanılabilecek yöntemler ELİSA, IFA ve Western blot yöntemidir (8). Lyme hastalığında antikor gelişimi geçtir. Seropozitiflik hastalığın başlangıcından 2-4 hafta sonra % 60-70'e; 4-6 hafta sonrada % 90'a çıkar. Ig M tipindeki antikorlar hemen yükselmeye başlar ve ikinci ayın sonunda normal değerlerin altına iner. IgG tipindeki antikorlar ise 6-7 haftada yükselmeye başlayıp yıllar boyunca devam eder. ELİSA yöntemiyle IgG veya IgM'si pozitif tesbit edilen olgularda Western blot testi uygulanarak tanı kesinleştirilir (9). Lyme hastalığı olgularının % 53'ünde sedimentasyon yüksekliği, % 8'inde

lökositöz ve bazı hastalarda da hafif transaminaz artışı bulunabilir.

Nörolojik tutulumu olmayan Lyme hastalarının tedavisinde doksisisiklin 200 mg/gün ve amoksisilin 2 gr/gün kullanılır. Tedavi süresi sadece EKM'ı olan hastalar için 10 gündür; yaygın enfeksiyonu olan hastalar için ise 30 gündür (10). Nörolojik bulgusu olan hastalarda 1 ay süreyle seftriakson, sefotaksim veya penisilin G verilebilir (11).

Lyme hastalığı tanı için tipik sayılan EKM isimli deri döküntüleri hastaların % 25'inde görülmeyebilir ve yine hastalık için uyarıcı olabilen çok sayıda anüler cilt döküntüleri de geç ortaya çıkabilir. Bu durumda hasta erken yaygın hastalığın özelliği olan çok sayıda sistemi tutan özgül olmayan semptomlarla doktora başvurur ve bu da tanı karışıklığına yol açabilir. Bu hastalığın en sık karıştığı hastalıklar psikosomatik hastalıklar, fibromiyalji ve kronik yorgunluk sendromudur. Ancak, semptomların aralıklı olarak ortaya çıkması Lyme hastalığı açısından uyarıcı olmalı ve tanıya gitmeden önce muhakkak serolojik metodlarla Lyme hastalığı da araştırılmalıdır (12).

KAYNAKLAR

1. Steere AC: *Borrelia burgdorferi* (Lyme Disease, Lyme Borreliozis). Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. (Eds). Principles and Practice of Infectious Diseases. Philadelphia: Churchill Livingstone 1504-1515, 2000.
2. Steere AC, Bartenhagen NH, Craft JE, et al: The early clinical manifestations of Lyme disease. Ann Intern Med 99:76, 1983.
3. Steere AC, Malawista SE, Hardin JA, et al: Erythema chronicum migrans and Lyme arthritis: The enlarging clinical spectrum. Ann Intern Med 86:685, 1977.
4. Steere AC, Schoen RT, Taylor E: The clinical evolution of Lyme arthritis. Ann Intern Med. 107:725, 1987.
5. Reik L, Steere AC, Bartenhagen NH, et al: Neurologic abnormalities of Lyme disease. Medicine (Baltimore) 58:281, 1979.
6. Steere AC, Batsford WP, Weinberg M, et al: Lyme carditis: cardiac abnormalities of Lyme disease. Ann Intern Med 93:8, 1980.
7. Berger BW, Johnson RC, Kodner C, et al: Cultivation of *Borrelia burgdorferi* from erythema migrans lesion and perilesional skin. J Clin Mikrobiol 30:359, 1992.
8. Russell H, Sampson JS, Schmid GP, et al: Enzyme-linked immunosorbent assay and indirect immunofluorescence assay for Lyme disease. J Infect Dis 149:465, 1984.
9. Dressler F, Whalen JA, Reinhardt BN, et al: Western blotting in the serodiagnosis of Lyme disease. J Infect Dis 167:392, 1993.
10. Dattwyler RJ, Volkman DJ, Conaty SM, et al: Amoxicillin plus probenecid versus doxycycline for treatment of erythema migrans borreliosis. Lancet 336:1404, 1990.
11. Dattwyler RJ, Halperin JJ, Volkman DJ, Luft BJ: Treatment of late Lyme borreliosis-randomized comparison of ceftriaxone and penicillin. Lancet 1:1191, 1988.
12. Rhan DW. Lyme disease. Foulsham R, Whitehouse A (Eds): Infectious Disease. London: Mosby, 1999: section 2, chapter 45, 1-12.