

LYME HASTALIĞI VE SPİNAL ASTROSİTOMUN BİRLİKTE BULUNDUĞU BİR OLGU

Dr. Mehmet Ali AKALIN*, Dr. Sibel ERTAN**, Dr. Nilda TURGUT***, Dr. Perihan BASLO****

ÖZET

Bu yazıda, kronik dissemine Lyme hastalığı ile aynı zamanda servikal medulla spinalis grade II astrositomu olan 20 yaşında bir erkek hasta sunulmaktadır. Lyme antikorları serum ve beyin omurilik sıvısında pozitif bulunmuş, ayrıca beyin omurilik sıvısında ışık mikroskopu ile *Borrelia burgdorferi*ye çok benzeyen spiroketi görmek mümkün olmuştur. Manyetik rezonans ile C3 ile C7 arası solid, krayoservikal bölgeden D8 dermatomuna kadar uzanan kistik kavite, saptanmış, histopatolojik inceleme ile astrositom grade II tanısı konmuştur. Bu dönemde yapılan antibiyoterapi ile semptom ve belirtilerde kısmi düzelme gözlenmiştir. Beş ay sonraki muayenede acrodermatitis chronica atroficans ortaya çıkmıştı. MRG'de üst servikal bölgedeki tümörün kistik kaviteyle beraber büyüyerek arka çukura yayıldığı görüldü. Tümörde hızlı büyümeye klinik bulgulardaki bozulma eşlik ediyordu.

Spinal kökenli düşük histolojik grade'li astrositomların seyirleri genellikle uzundur. *Borrelia burgdorferi* bu olguda gözlenen tümörün hızlı progresyonundan kısmen sorumlu olabilir mi yoksa bu rastlantısal bir bulgu mudur sorusu akla gelmektedir.

Anahtar Kelimeler: Lyme, astrositom

ABSTRACT

We report a case of chronic, disseminated Lyme disease in a 20 year-old male, concomitant with spinal cord astrocytoma of grade II. At his first admission to the hospital cerebrospinal fluid (CSF) samples, examined under light microscope, showed spirochetes morphologically similar to *Borrelia burgdorferi*. Lyme antibodies were positive in serum. Radiological investigations showed progressive cavitation from craniocervical junction to D8 level and a solid lesion between C3 and C7 levels. The histopathological diagnosis of the spinal cord lesions was grade II astrocytoma. At that time, patient's symptoms and signs improved after antibiotic therapy alone. After five months, the patient had acrodermatitis chronica atroficans. In MRI, the cystic cavitation in the upper cervical region together with the solid part were enlarged and extended in the posterior fossa. The tumor had an unusual rapid progression, accompanied by clinical deterioration.

That brings the question whether the coincidence of the *Borrelia burgdorferi* infection could be at least partially responsible of this progress or is it just a coincidence.

Anahtar Kelimeler: Lyme, astrocytoma

Lyme hastalığı keneden bulaşan *Borrelia burgdorferi* isimli spiroketin neden olduğu multisistemik bir hastalıktır. Geçen yüzyılın başlarında Avrupalı hekim-

lerce fark edilmesine rağmen, ABD'nin Connecticut eyaletinin Lyme kasabesindeki iki hastada Dr.Allen Steere ve ark. tarafından Lyme artritinin tanımlanması ile 1977 yılında yeni bir hastalık olarak kabul edilmiştir.

Lyme hastalığında merkezi ve periferik sinir sisteme ait çok sayıda belirti tanımlanmıştır. Dünyanın değişik bölgelerinde klinik belirtiler, vektöre bağlı olarak değişmektedir. Ülkemizde bu hastalık ilk kez 1990 yılında 2 kadın hastada bildirilmiştir.

Bu yazıda, kronik dissemine Lyme hastalığı ile ay-

(*) Doçent, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nöroloji A.B.D.

(**) Uzman, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nöroloji A.B.D.

(***) Yardımcı Doç. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji A.B.D.

(****) Profesör, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nöroloji A.B.D.

nı zamanda servikal medulla spinalis tümörü olan bir hasta sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

Daha önce bilinen herhangi bir nörolojik yakınması olmayan, kırsal bölgede yaşayan, 20 yaşındaki erkek hasta, sol kol ve sol bacakta son 4 ay içinde yerleşen güçsüzlük yakınması nedeniyle yatırıldı. Anamnezinden yaklaşık 3 ay önce sol omzunda bir böcek sokması sonucu şişme meydana geldiği, ardından ateş yükselmesi, halsizlik olduğu öğrenildi. Ağrı tanımlamıyordu.

Sistemik muayenesinde, konjunktivit, bradikardi (44/dakika) ile her iki kolda ortası soluk çevresi halka şeklinde eritemli, çapları 3 ile 5 cm arasında değişen ve *eritema migrans chronicum* olarak değerlendirilen

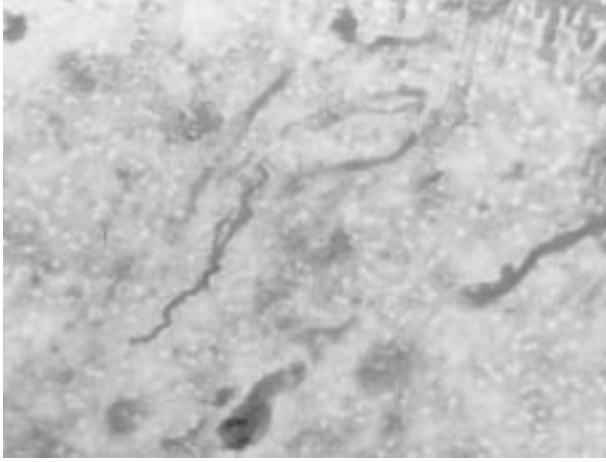


Resim 1. Servikal bölgenin manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) medulla spinaliste C3 ile C7 seviyelerini kapsayan, ortası düzensiz kontrast madde tutan solid, kranyal ve kaudal parçaları kısmen kistik görünümlü bir lezyon.



Resim 2. Spiroket.

dirilen deri lezyonları dışında patolojik bulgu yoktu. Nörolojik muayenede; kranyal sinirler normaldi, ense sertliği ve meningeal iritasyon bulgusu yoktu, sol kol proksimalinde daha belirgin olmak üzere sol hemiparetikti, sol kol ve ön kol atrofikti. Tendon refleksleri alt ekstremitelerde canlı, taban derisi refleksi solda ekstansördü, solda karın cildi refleksi alınmıyordu. Solda C4-C8 dermatomları arasında anestezi ve analjezi, C8 ve D8 dermatomları arasında ise hipoestezi, hipoaljezi vardı. Sol kolda vibrasyon hissi kayıptı. Se-rebellar bulgu yoktu. Konuşma ve kognitif fonksiyonlar normaldi. Servikal bölgenin manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) medulla spinaliste C3 ile C7 seviyelerini kapsayan, ortası düzensiz kontrast madde tutan solid, kranyal ve kaudal parçaları kısmen kistik görünümlü bir lezyon saptandı (Resim 1). Rutin laboratuvar incelemeleri normal sınırlar içindeydi. Beyin omurilik sıvısında (BOS) protein 56 mg/dl, glukoz 66 mg/dl (kanda 96 mg/dl) bulundu. Hücre yoktu. BOS *giemsa* ve *acridine orange* ile boyandığında morfolo-



Resim 3. Beş ay sonra tekrarlanan servikal MRG'de üst servikal bölgedeki kistik kavitenin genişlediği ve arka çukura doğru yayıldığı, solid parçanın da büyüdüğü, Gadolinyum enjeksiyonu sonrasında kranyoservikal kistin çeperinin ve dorsal sirenks septalarının kontrast tuttuğu görülmektedir.

jik olarak *Borrelia burgdorferi*yi düşündüren spiroketler görüldü (Resim 2). Gram boyamada çok zayıf gram (-) boyanan ve morfolojik olarak *Borrelia burgdorferi*ye benzeyen spiroketler saptandı. Ehrlich-Ziehl-Nielsen ile boyamada aside dirençli bakteri görülmeydi. Aerob, anaerob bakteri, mikobakteriyum, ve mantar kültürlerinde üreme olmadı. Serumda *Borrelia burgdorferi* anti IgM ve anti IgG değerleri yüksek bulundu. Soğuk aglütininer, HIV ve treponema pallidum antikorları negatifti. BOS örneğinden yapılan *Borrelia burgdorferi* kültüründe muhtemelen o zamanki laboratuvar koşullarının yetersizliğinden üreme olmadı.

Bu bulgularla hastaya servikal medulla spinalis tümörü ve Lyme hastalığı tanısı konarak 3 hafta süreyle seftriakson 2g/gün tedavisi yapılması planlandı. Bir hafta sonraki muayenede, sol tarafındaki güçsüzlüğün azaldığı, anestezi bölgelerin hipoestezik olduğu ve vibrasyon hissini algılamaya başladığı görüldü. Bradikardi kayboldu. Bu aşamada hasta kendi isteği ile hastaneden çıktı ve tedaviye devam etmedi.

Beş ay sonra kliniğe ikinci kabulünde, sol koldaki atrofi daha belirginleşmişti, sol tarafta baskın olmak üzere tetraparezi vardı, karın cildi refleksi dört kadranda da alınmıyordu, taban derisi refleksi iki yanlı ekstansordu. Sol el mor-kırmızı ve şişmişti. Tekrarlanan servikal MRG'de üst servikal bölgedeki kistik kavitenin genişlediği ve arka çukura doğru yayıldığı,

solid parçanın da büyüdüğü, D3 ile D8 arasında multiseptal sirenks oluştuğu, Gadolinyum enjeksiyonu sonrasında kranyoservikal kistin çeperinin ve dorsal sirenks septalarının kontrast tuttuğu saptandı (Resim 3). Bu kez seftriakson 1g/gün, tetrasiklin 1g/gün ve metilprednizolon 64mg/gün'dan oluşan tedavi başlandı. Üç hafta sonra servikal bölgeden ameliyat edilerek sirenks kaviteleri boşaltıldı ve solid kitle subtotal olarak çıkarıldı. Tıbbi tedavi ve cerrahi girişime rağmen nörolojik tabloda değişiklik meydana gelmedi. Kitlenin histopatolojik incelemesi grade II astrositom olarak bildirildi.

TARTIŞMA

Hastanın nörolojik semptom ve bulguları servikal intramedüller lezyonu düşündürmektedir. Bu bulgular Lyme hastalığının nörolojik tutulumunun klinik bulguları ile uyumlu değildir. Lyme hastalığı genellikle ağırlı poliradikülit şeklinde ortaya çıkar, tabloya meningoensefalit eklenebilir. Fokal medulla spinalis lezyonu oluşturması beklenmez. Bu hastada böcek ısırması, eritema migrans chronicum olarak değerlendirilen deri lezyonları ve bradikardi Lyme hastalığını kuvvetle düşündürmektedir. Lyme hastalığında en sık görülen kardiyak bozukluğun dalgalanan atrioventriküler blok olduğu bildirilmiştir. Antibiyotik tedavisi sonrasında bradikardinin kaybolması Lyme hastalığının kardiyak tutulumu olarak yorumlanabilir. Serum ile BOS'nda *B. burgdorferi*ye karşı oluşmuş immün cevabın saptanması, BOS'nda spiroketin doğrudan gösterilmesi kesin tanı koydurucudur. Hastaneye ikinci yatışında tespit edilen sol eldeki mor-kırmızı ve şiş lezyon *acrodermatitis chronica atrophicans* olarak değerlendirildi. Ekstremitelerin distallerinden başlayan ve spontan olarak gerilemeyen bu karakteristik deri lezyonu özellikle Avrupa'daki Lyme hastalarında bildirilmiştir. *Borrelia burgdorferi*yi mikroskopik muayene ile saptamak zor olmakla birlikte bu hastanın BOS'nda göstermek mümkün olmuştur. *Borrelia burgdorferi*nin merkezi sinir sisteminde tümöral kitle veya sirenks oluşturduğu bugüne kadar bildirilmemiştir. Kohler tarafından bildirilen sirenks kaviteli transvers miyelit olgusunda ayırıcı tanı yapılmadığından rastlantısal bir bulgu olması ihtimali vardır. Bizim sunduğumuz olguda da astrositom ve Lyme hastalığının birlikte olması rastlantısal gibi görünmektedir. Ancak sadece antibiyoterapinin uygulandığı dönemde hastanın klinik bulgularındaki gerileme, antibiyo-

tiğın kesilmesi ile klinik bozulma ve tümörün hızlı progresyonu dikkat çekicidir. Spinal kökenli düşük histolojik grade'li astrositomların seyirleri genellikle uzundur. Borrelia burgdorferi bu olguda gözlenen tümörün hızlı progresyonundan kısmen sorumlu olabilir mi yoksa bu rastlantısal bir bulgu mudur sorusu akla gelmektedir.

KAYNAKLAR

- A.S. Goldings. Lyme borreliosis: Presentation and therapy [letter]. *Neurology* 1991; 41: 463.
- Baron E.J., Finegold S.M. *Diagnostic Microbiology*, eighth ed. St. Louis Mosby Company, 1990.
- Çakır N., Akandere Y., Hekim N., Kovancı E., Yazıcı H. Two patients with Lyme disease in Turkey. *Klinik Gelişim* 1990; 4:839-841.
- Dattwyler R.J., Volkman D.J., Luft B.J., Halperin J.J. Lyme disease in Europe and North America [letter]. *The Lancet* 1987; 21:681.
- Fallon B.A., Nields J.A. Lyme disease: A neuropsychiatric illness. *Am J Psychiatry* 1994; 151:1571-1583.
- Finkel M.F. Lyme disease and its neurologic complications. *Arch Neurol* 1988; 45: 99-104.
- Halperin J.J. Neurological complications of Lyme disease. *Neurology Chronicle* 1992; 1(10):1-4.
- Kantor F.S. Disarming Lyme disease. *Scientific American*

- 1994; September:20-25.
- Kohler J. Lyme borreliosis: A case of transverse myelitis with syrinx cavity. *Neurology* 1989; 339:1553-1554.
- Pachner A.R., Steere A.C. The triad of neurologic manifestations of Lyme disease: Meningitis, cranial neuritis and radiculoneuritis. *Neurology* 1985; 35:47-53.
- Pachner A.R., Duray P., Steere A.C. Central nervous system manifestations of Lyme disease. *Arch Neurol* 1989; 46:790-795.
- Rippon. *Medical Mycology*, 3rd ed. Philadelphia, London, Toronto, Montreal, Sydney: Saunders Company.
- Scheld W.M., Whitley R.J., Durack D.T. *Infections of the central nervous system*. New York: Raven Press, 1991.
- Schimidli J., Meyer J. Lyme borreliosis. *Dermatologica* 1991; 182:141-144.
- Steere A.C., Batsford W.P., Weinberg M. et al. Lyme Carditis: Cardiac abnormalities of Lyme disease. *Annals of Internal Medicine* 1980; 93 (Part D): 8-16.
- Steere A.C. Lyme disease. *The New England Journal of Medicine* 1989; 321(9):586-596.
- Steere A.C., Malawista S.E. Cases of Lyme disease in the United States locations correlated with distribution of ixodes dammini. *Annals of Internal Medicine* 1979; 91:730-733.
- Sutton V.L. Citron D.M., Edelstein M.A.C., Finegold S.M. *Wodsworth Anaerobic Bacteriology Manual*, 4th ed. Belmont: Star Publishing Company, 1988.