



Erythema Chronicum Migrans Lezyonu ile Karakterize Üç Lyme Olgusu+

Selma Güler*, Onur Ural**

*Kahramanmaraş Yenişehir Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Kahramanmaraş

**Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Konya

Amaç: Lyme hastalığı ve bu hastalığın bulgusu olan Erythema chronicum migrans literatür bilgileri ışığında tartışmak.

Konu: Lyme hastalığı kenelerle taşınan ve *Borrelia burgdorferi* tarafından oluşturulan, multisistemik bir hastalıktır. Genellikle erythema chronicum migrans (ECM) olarak bilinen anüler lezyon ile başlar. Bu makalede serolojik olarak ELİSA ile doğrulanmış, ECM bulgusu ile karakterize Lyme hastalığı tanısı alan üç hasta sunulmuştur.

Sonuç: Kırsal bölgelerde yaşayan, kene ile temas hikayesi ve deri bulguları olan hastalarda ülkemiz şartlarında Lyme hastalığı akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Erythema chronicum migrans, Lyme hastalığı

Three cases of Lyme Disease Characterized with Erythema Chronicum Migrans

Lyme disease is a multisystemic disorder caused by *Borrelia burgdorferi*, transmitted by ticks. It usually begins with an expanding annular skin lesion known as erythema chronicum migrans (ECM). In this article three patients with Lyme disease were presented. These patients had clinically typical finding of ECM. The diagnosis was confirmed with serological test with ELISA. In rural area, Lyme disease should be bear mind in patient presented with erythema chronicum migrans and tick bite.

Key Words: Erythema chronicum migrans, Lyme disease,

+XXXII. Türk Mikrobiyoloji Kongresinde poster olarak sunulmuştur (12–16 Eylül 2006, Kremlin Palace, Antalya)

Kenelerle taşınan Lyme hastalığı kenelerin daha aktif olması nedeniyle bahar ve yaz aylarında sık görülmektedir. Hastalık kene ısırığının olduğu yerden yayılma ile karakterize erythema chronicum migrans (ECM) adı verilen deri lezyonu ile evre 1 olarak başlar. Aynı dönemde kas-eklem ağrıları, subfebril ateş ve halsizlik ile birlikte grip semptomları ortaya çıkmaktadır.¹⁻⁴ Birkaç gün ya da haftalar içinde spiroketin diğer bölgelere, özellikle diğer deri bölgelerine, sinir sistemine, kalp ve eklemlere yayılımı ile ikinci evre gelişir. Aylar, yıllar sonra ya da latent enfeksiyondan uzun bir zaman sonra spiroket deri, sinir sistemi ve sıklıkla eklemleri etkileyerek persistan hastalığa sebep olabilir.¹⁻⁴ Bu makalede ikisinde kene ısırığı hikâyesi olan üç olgu sunulmuştur.

OLGU 1

Yetmişaltı yaşındaki erkek hasta; bir hafta öncesinde sağ göğsünden kene tarafından ısırıldıktan sonra polikliniğimize göğsünde şişme, kızamıklık, ağrı ve kaşıntı şikayetleri ile başvurdu. Fizik muayenesinde ateş 37,5 °C, nabız 84/dakika ritmik, kan basıncı 120/85 mmHg idi. Göğüs ön yüzünde meme başına 2 cm kadar uzaklıkta üzeri krutlu lezyon mevcuttu. Krutun etrafında ortası daha soluk, etrafı hiperemik düzensiz kenarlı yaklaşık 7x10 cm çapında cilt lezyonu vardı. Sol servikal zincirde 1x0.5 cm lenfadenopati ve hafif grip benzeri enfeksiyon bulguları olan hastanın diğer sistem muayeneleri normaldi (Resim 1). Laboratuvar incelemelerinde; eritrosit sedimentasyon hızı 32mm/saat, CRP 17 mg/dL ve diğer tetkikler normaldi. Hastada kene ısırığı hikayesi olması ve cilt lezyonunun ECM' a benzemesi nedeniyle ELİSA yöntemi ile *Borrelia burgdorferi* için Ig G ve M antikorları çalışıldı ancak negatif bulundu. Erken dönemde serolojik cevabın negatif olabileceği düşünülerek hastaya Lyme tedavisi için doksisisiklin 2x100 mgr başlandı.

Tedavinin onbeşinci gününde tekrarlanan *B. burgdorferi* IgM serolojisinde pozitiflik saptandı ve tedavi 21 güne tamamlandı. Takibinde ECM kaybolan hastanın takibinde başka bir patolojik bulgu saptanmadı.

Resim 1



Resim 2



OLGU 2

Yirmi yaşındaki erkek hastadan yedi gün önce köye gittiği, sabah uyandığında her iki bacağında kızarıklık ve ağrı hissettiği hikayesi alındı. Sabah yatağında kene ölüsü bulan hasta altıncı gün sağ bacağındaki ısırık yerinde kızarıklık, şişlik ve ateşinin olması üzerine doktora başvurmuş, steroid ve antihistaminik verilen hasta şikayetlerinin devam etmesi üzerine polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde ateş 37.5°C, nabız 75/dk ritmik kan basıncı 120/80 mmHg idi. Sol bacakta üzeri krutlu ısırık izi mevcuttu. Etrafında hiperemi yoktu. Sağ bacakta ise ısırığa ait krutun etrafında daha kızarıklıkla sınırlı yaklaşık 5 cm çapında lezyon mevcuttu (Resim 2). Diğer sistemlerin muayeneleri normaldi. Laboratuvar incelemelerinde; eritrosit sedimentasyon hızı 24mm/saat, CRP 26 mg/dL bulundu. Diğer laboratuvar tetkikleri normaldi. Lyme hastalığı düşünülen hastaya doksisiklin 2x100 mgr başlandı. İki hafta sonra çalışılan ELİSA Lyme serolojisinde IgM antikor pozitif bulunan hastaya Lyme hastalığı tanısı konuldu. Altı aylık takibinde sistemik bulgu gözlenmedi.

OLGU 3

Ellisekiz yaşındaki bayan hasta boynunda kızarıklık ve kaşıntı şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Herhangi bir böcek ısırması ve allerji hikayesi vermeyen hastanın fizik muayenesinde ateş 37.5 °C, nabız 88/dakika, kan basıncı 120/80 mmHg idi. Boyunun sol tarafında ortası soluk, hiperemik bir alan vardı ve ısırık izi belirgindi (Resim 3). Diğer sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvar incelemelerinde; eritrosit sedimentasyon hızı 34mm/saat, CRP 30 mg/dl ve diğer tetkikler normaldi. Hastada mevcut döküntü ile Lyme hastalığı düşünülerek doksisiklin 2x100 mgr başlandı. Borrellia antikor ELİSA ile onuncu günde IgM ve IgG için negatif, 2 hafta sonra tekrarlanan serolojide IgM pozitif saptandı. Altı aylık takibinde sistemik bulgu görülmedi.

Resim 3



TARTIŞMA

Lyme hastalığının teşhisi genellikle kliniğe dayanmaktadır ve etkenin kültürde gösterilmesi oldukça zordur. Hastalığın teşhisi kardiovasküler hastalık ya da nörolojik ve kas iskelet sistemi belirtilerinden en az birinin delili ile enfeksiyonun laboratuvar doğrulanması ya da 5 cm den büyük ECM varlığı ile konulabilir.¹⁻⁶ Lyme düşünülen bir hastada tanı koymak için hastalığın bütün evrelerinin görülmesi gerekmemektedir ve tek organ belirtisi de yeterli olmaktadır.⁴ ELİSA ve Western blot analizi gibi testler klinik teşhisi desteklemek için kullanılabilir fakat özgüllüğü ve duyarlılığı sınırlıdır. PCR ile cilt biyopsisinden *B. burgdorferi* DNA sı tesbit edilebilir.¹⁻⁴

Lyme hastalığında ECM hastaların % 80'inde gözlenen bir belirtidir.⁶ Genellikle kene ısırığından birkaç gün sonra ısırık yerinde bir kızarıklık ortaya çıkar. Çok küçük veya büyük olabilen ve öküzcüğüne benzeyen kızarıklık birkaç saat ya da birkaç hafta sürebilir. Birden fazla sayıda olabilen ve bir süre sonra ortası solan bu lezyon ürtiker, egzema, güneş yanığı, böcek ya da pire ısırığı ile karışabilmektedir. Benzer şekilde hastalarımızdan birine egzema düşünülerek steroid ve antihistaminik tedavisi verilmiştir. Üç hastamızda da sadece ECM lezyonu görülmüş, ancak

6 ay devam eden takiplerinde diğer sistemlere ait patolojik bulgular saptanmamıştır. Sistemik bulguların görülmemesinin nedenini tedaviye erken başlanmış olması olarak düşünüyoruz.

B. burgdorferi IgM antikor düzeyleri etkenin alınmasından 2-4 hafta sonra yükselmeye başlar ve 6-8 haftada pik yapar. IgG antikorları ise daha sonra yükselmeye başlar. Akut enfeksiyonu olan hastalarda hemen başlanılan antibiyotik tedavisi humoral cevabın çıkışını engelleyebilir ve yalancı negatiflik gözlenebilir.²⁻⁴ Şüpheli Lyme vakalarında klinik ve epidemiyolojik veriler ışığında ilk serum örneğinden 4-6 hafta sonra tekrar ikinci bir serum örneği alınmalıdır. Serokonversiyon ile negatiflikten pozitifliğe değişim *B. burgdorferi* enfeksiyonunu destekler.⁵ *B. burgdorferi* IgG ve IgM antikor pozitifliği klinik bulgularla desteklenmedikçe Lyme hastalığı tanısı konulamamaktadır ve yüksek pozitif değerlerin elde edilmesi tek başına aktif Lyme hastalığının göstergesi olmayıp ancak klinik ile desteklenirse anlamlı olmaktadır.^{1,2} Türkiye'de değişik hasta ve risk gruplarında yapılan seroprevalans çalışmalarında Lyme antikor pozitifliği İzmir ve çevresinde % 7,8, Antalya ve çevresinde %35,9, Kayseri çevresinde %10, Ankara çevresinde % 6-13 bulunmuştur.² Hastalarımızın her üçünde de başlangıçta *B. burgdorferi* antikorları ELİSA ile negatif iken, ikinci haftadan sonra çalışılan örneklerde IgM antikor pozitifliği saptanması Lyme hastalığı tanısını doğrulamıştır.

Sonuç olarak kırsal bölgelerde yaşayan, kene ile teması ve Lyme hastalığını düşündüren cilt bulguları olan hastalarda ülkemiz şartlarında Lyme hastalığı akıldan bulundurulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Steera AC. *Borrelia burgdorferi*. In: Mandell GL, Bennet JE, Dolin R, eds. Principles and Practice of Infectious Diseases. 6th ed. New York: Churchill, Livingstone 2005:2798-810.
2. Altındış M, Yılmaz S, Bilici D. Kuzey Kıbrıs bölgesinde *Borrelia burgdorferi* antikor sıklığının araştırılması. *İnfeksiyon Dergisi*; 16(2);2002-163-6.
3. Ağaçfıdan A, Badur S. Lyme hastalığı ve laboratuvar tanısı. *Dirim* 1992;3-4:86-91.
4. Butcstein SR, Gardner P. Lyme disease. *Infect Dis Clin North Am* 1991;5:103-16.
5. Stiernstedt G, Datwyler R, Duray PH. Diagnostic tests in Lyme borreliosis. *Scand J Infect Dis* 1991;77(suppl):136-42.
6. Eroğlu C, Esen Ş, Hökelek M, Sünbül M. Menenjit ve ensefalit bulguları ile karakterize bir Lyme meninjitisi olgusu. *İnfeksiyon Dergisi* 2002; 16:225-8.

Yazışma Adresi:

Dr. Selma GÜLER
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji,
Kahramanmaraş Yenışehir Devlet Hastanesi,
46050 KAHRAMANMARAŞ
Tlf : 344 223 09 13
GSM :505 807 61 40
Fax :344 214 20 44
E-mail : selmaguler38@yahoo.co.uk
selmaguler38@gmail.com