



Çocuk yaş grubunda erken lokalize Lyme hastalığı: olgu sunumu

Early localized Lyme disease in a pediatric patient: case report

© Müge Baykan, © İlknur Çağlar, © Süleyman Nuri Bayram, © İlker Devrim

Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, İzmir, Türkiye

Cite this article as: Baykan M, Çağlar İ, Bayram SN, Devrim İ. Early localized Lyme disease in a pediatric patient: case report. Turk Pediatri Ars 2019; 54(4): 264–6.

Öz

Lyme hastalığı, *Borrelia* cinsi spiroketlerin etken olduğu bir hastalıktır. Erken tanısı deri bulgularının tanınmasına bağlıdır. Bu bulgular tüm olguların yaklaşık %80'inde görülmektedir. Eritema migrans, en yaygın görülen deri bulgusudur. Serolojik testler klinik tanının desteklenmesi için kullanılabilir. Bu yazıda, kliniğimize sağ omzunda kızarıklık yakınması ile başvuran ve erken lokalize Lyme hastalığı tanısı alan altı yaşında bir kız hasta sunuldu. Kızarıklıktan yedi gün önce kene tutunması öyküsü vardı ve deri bulgusu eritema migrans ile uyumlu idi. Serolojik tetkikleri de Lyme hastalığı ile uyumlu saptandı. Sefuroksim tedavisi ile hastanın deri bulguları tamamen kayboldu; izleminde ek yakınma ya da hastalık bulgusu gözlenmedi. Geç evre Lyme hastalığının tanı ve tedavisinin zor olması nedeniyle; hastalığın erken belirtilerini tanımak, hızlı tanı ve tedavi ile uzun dönem ardsorunlarını önlemek açısından önemlidir.

Anahtar sözcükler: *Borrelia burgdorferi*; eritema migrans; Lyme hastalığı

Abstract

Lyme disease is an illness caused by species of *Borrelia* spirochetes. Early diagnosis of lyme disease depends on the recognition of skin findings, which are seen in almost 80% of all cases. Erythema migrans is the most common skin lesion. Serologic tests can be used to support the clinical diagnosis. In this article, we report a six-year-old girl who was diagnosed as having early localized lyme disease, who presented with a rash on her right shoulder. The lesion was found consistent with erythema migrans. She had a history of tick bite seven days before the onset of the rash. Serologic test results were also consistent with lyme disease. Her skin lesion disappeared with cefuroxime treatment, and no additional symptoms or pathologic findings were observed on follow-up. Recognizing early signs is important for prompt diagnosis and treatment to prevent long-term complications because the diagnosis and treatment of late-stage lyme disease can be challenging.

Keywords: *Borrelia burgdorferi*; erythema migrans; Lyme disease

Giriş

Lyme hastalığı (LH), *Ixodes* türü keneler tarafından taşınan, *Borrelia burgdorferi* (*Bb*) *sensu lato* kompleksi içinde yer alan farklı spiroket türlerinin neden olduğu bir enfeksiyon hastalığıdır (1). Deri, eklem, kalp ve merkezi sinir sistemi gibi çok sayıda sistem tutulumu ile belirgindir. Farklı klinik bulguların gözleendiği erken lokalize, erken dissemine ve geç LH olmak üzere üç ana evrede seyreder (1). Hastalığın tanısı genellikle erken evrede oluşan deri bulgularının tanınması ve öykü ile konur. Lokalize eritema migrans (EM), hastalık için belirgin deri bulgusudur;

ancak tüm hastalarda ortaya çıkmayabileceği gibi, farklı şekil ve büyüklüklerde olması ya da ikincil EM benzeri lezyonların gelişmesi ile selülit ya da diğer deri lezyonları ile karıştırılabilir (1). Tanı açısından serolojik testlerin duyarlılığı erken hastalık evresinde düşüktür (1).

Erken evrede tanı konması ile tam tedavisi olası olan LH'nın deri bulgularının tanınması uzun dönem ardsorunların engellenmesi için önemlidir. Burada EM lezyonu olan ve tanısı serolojik olarak da doğrulanan 6 yaşında bir kız hasta sunuldu. LH erken tanı ve tedavisinin öneminden söz edilmiştir.

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: İlknur Çağlar E-posta / E-mail: dr_ilknur@yahoo.com

Geliş Tarihi / Received: 20.11.2017 **Kabul Tarihi / Accepted:** 27.07.2018

©Telif Hakkı 2019 Türk Pediatri Kurumu Derneği - Makale metnine www.turkpediatriarsivi.com web adresinden ulaşılabilir.

©Copyright 2019 by Turkish Pediatric Association - Available online at www.turkpediatriarsivi.com

10.14744/TurkPediatriArs.2018.34356

OPEN ACCESS This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.



Olgu

Altı yaşında kız hasta, yaklaşık yedi gün önce sağ omzunda kene tutunması sonrasında, aynı bölgede gelişen kızarıklık yakınması ile Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniği'ne başvurdu. Fizik bakışında, sağ skapula bölgesinde mor-kırmızı oval şekilli, yaklaşık 15x25 cm boyutlarında sınırları belirgin, merkezi gri-mavi renkli, çevresi kırmızı renkte basmakla solan, ağrısız ve kaşıntısız annüler eritem saptandı (Şekil 1). Kene tutunması öyküsü de olan hastadaki lezyon eritema migrans ile uyumlu bulundu. Öyküsü ve klinik bulguları ile birlikte hastada Lyme hastalığı düşünüldü ve 30 mg/kg/gün olacak şekilde oral sefuroksim tedavisi başlandı. Serolojik olarak enzim bağlı immün assay (ELISA) yöntemi ile bakılan *Bb* IgM antikoru pozitif, IgG antikoru ise negatif saptandı. Lyme hastalığı tanısı serolojik olarak da doğrulanan hastanın tedavisi 14 güne tamamlandı. Lezyonu, tedavisinin 10. gününde solmaya başlayan ve izleminin 21. gününde tamamen düzelen hastada ek hastalık bulgusu gözlenmedi.

Bilgilerin kaydedilmesi ve yayını açısından hastanın ailesinden yazılı onam alındı.

Tartışma

Lyme hastalığı sık görülen vektör kaynaklı bir hastalıktır. Tutunduğunda zor farkedilen nymph evresindeki kenelerin daha fazla olduğu yaz aylarında daha sık görülmektedir. Her iki cinsiyette ve tüm yaş gruplarında görülmekle birlikte, en sık 15 yaş altı çocukları ve 30–59 yaş arası erişkinleri etkiler (2).

Lyme hastalığının tanısı genellikle klinik bulgular ve öykü ile konmaktadır (1). Klinik bulgular hastalığın evrelerine göre değişkenlik göstermektedir. Erken lokalize LH evresinde hastalığın en sık ve en belirgin deri bulgusu olan eritema migrans gözlenir (1, 3). Genellikle kene tutunmasından 3–30 gün sonra gelişmektedir; bu sürenin kimi kez altı aya kadar da uzayabildiği bilinmektedir (1). Lezyon, kene tutunan bölgede özgün olmayan görünümlü kırmızı bir makül ya da papül olarak başlar; hızla genişler ve merkezi kimi kez solukluk gösteren, >5 cm çaplı bir halkaya döner. Genellikle kaşıntısız ve ağrısızdır. Lezyonun büyüklüğü, hastalığın süresine ve yerleşim bölgesine bağlıdır (1). Bedenin herhangi bir yerinde görülmekle birlikte; çocuklarda en sık baş-boyun, kol ve bacaklar, sırt ve karın bölgesinde izlenir (1, 3). Kenenin tutunduğu bölgenin dışında bir bölgede de gelişebilir (1, 2). Erken evre LH'de ek olarak hafif ateş, artralji, myalji, halsizlik, baş ağrısı, lenfadenopati, boyun sertliği, bulantı ve iştahsızlık gibi özgün olmayan belirti ve bulgular da görülebilir (1, 3).



Şekil 1. Hastanın kene tutunması olan bölgesinde gelişen “eritemamigrans” görüntüsü

Bu bulguları olan hastaların kene tutunması öyküsü açısından sorgulanması tanı için çok önemlidir. Hastamızda da sağ skapula bölgesinde saptanan EM ile uyumlu cilt lezyonuna ek olarak öyküsünde 7 gün önce kene tutunması olduğu öğrenildi; bu klinik bulgularla erken lokalize LH ön tanısı kondu. Lyme hastalığı tedavisi hastanın klinik evresine göre değişmektedir; doksisiklin, penisilin, amoksisilin ya da sefalosporinler tercih edilen antimikrobiyal ajanlardır (1, 3). Tanıyı desteklemek için hastamızın serolojik tetkikleri istendi ve tedavisi sefuroksim olarak düzenlendi.

Serolojide en çok kullanılan yöntem, ELISA ile *Bb* antikörlerinin araştırılmasıdır (1). Erken evre LH tanısında serolojik yöntemler (ELISA ve Western Blot analizi) klinik tanıyı desteklemek için kullanılabilir; ancak özgüllük ve duyarlılıkları sınırlıdır (1). Hastamızda tanıyı desteklemek için alınan *Bb* IgM antikoru pozitif, IgG antikoru negatif bulundu. Dizinde de, IgM tipi antikor düzeylerinin etkenin alınmasından iki ile dört hafta sonra yükselmeye başladığı ve altı ile sekiz haftada pik yaptığı, IgG tipi antikörlerin ise daha sonra yükselmeye başladığı bildirilmektedir (1, 3, 4). Bu durum, yaklaşık yedi günlük kene tutunması öyküsü olan hastada saptadığımız antikor düzeyleri ile uyumlu idi. Bu sonuçlarla, olgumuzun “erken lokalize Lyme hastalığı” tanısı serolojik olarak da doğrulandı. Baş-

lanmış olan sefuroksim tedavisi 14 güne tamamlandı.

Erken dissemine LH'de, kene tutunmasından birkaç hafta sonra ortaya çıkan daha küçük boyutlu, çok sayıda, EM benzeri ikincil lezyonlar görülebilir. Hafif ateş, artralji, miyalji, baş ağrısı ve yorgunluk gibi sistemik belirtiler bu evrede de sıktır. Kranial ve periferik sinir tutulumu, merkezi sinir sistemi tutulumu, göz tutulumu ve daha az sıklıkta kalp tutulumu ve buna bağlı klinik tablolar gözlenilebilir. Geç evre LH'de, nörolojik ve kardiyak bulgular ya da artrit gelişebilir. Nörolojik tutulum, olguların %10–15'inde gelişmektedir; kranial sinir tutulumu (sıklıkla bilateral fasiyal paralizisi) ya da radikülönöropati ile kendini gösterir (1, 3). Nörolojik tutulumun ileri evresinde korea, demiyelizan ensefalopati ve transvers miyelit gelişebilir. Kardiyak tutulum olan hastalarda, kardit ve değişici atriyoventriküler blok şeklinde ritim bozuklukları saptanır. Lyme hastalığına bağlı eklem bulguları, yaklaşık %80 olguda gelişir ve çeşitlilik gösterir (1, 3). Olgularda gezici artraljiyi izleyerek diz, ayak bileği, omuz, kalça gibi büyük eklemleri tutan asimetrik, noneroziv, oligoartrit saptanabilir (1, 2). Hastamızın izleminde erken dissemine ya da geç evre LH belirti ve bulgusu gözlenmedi.

Tüm dünyada sık görülmekle birlikte, ülkemizden bildirilen Lyme hastalığı olguları sınırlı sayıdadır. Ancak, özellikle kırsal bölgelerde yaşayan ya/ya da şüpheli deri bulguları olan hastalarda öyküde kene tutunması ayrıntılı sorgulanmalı; ve saptanması halinde LH ön tanıda düşünülerek erken ve etkin tedavinin başlanması ile ardsorunların gelişmesi önlenmelidir.

Hasta Onamı: Bilgilerin kaydedilmesi ve yayını açısından hastanın ailesinden yazılı onam alındı.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - M.B., İ.Ç., S.N.B., İ.D.; Tasarım - M.B., İ.Ç., S.N.B., İ.D.; Denetleme - M.B., İ.Ç., S.N.B., İ.D.; Veri Toplanması ve/veya İşlemesi - M.B.; Analiz ve/veya Yorum - M.B., İ.Ç., S.N.B., İ.D.; Literatür Taraması - M.B.;

Yazıyı Yazan - M.B., İ.Ç., S.N.B., İ.D.; Eleştirel İnceleme - S.N.B., İ.D.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Mali Destek: Yazarlar bu çalışma için mali destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Informed Consent: Written consent was obtained from the patient's parents for recording and publishing the data.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept - M.B., İ.Ç., S.N.B., İ.D.; Design - M.B., İ.Ç., S.N.B., İ.D.; Supervision - M.B., İ.Ç., S.N.B., İ.D.; Data Collection and/or Processing - M.B.; Analysis and/or Interpretation - M.B., İ.Ç., S.N.B., İ.D.; Literature Review - M.B.; Writing - M.B., İ.Ç.; Critical Review - S.N.B., İ.D.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

References

1. American Academy of Pediatrics. Lyme Disease (Lyme Borreliosis, Borrelia burgdorferi Infection) In: Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS, editors. Red Book: 2015 Report of the committee on infectious diseases. 30th edition. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics 2015.p.516–25.
2. Aguero-Rosenfeld ME, Wang G, Schwartz I, Wormser GP. Diagnosis of Lyme Borreliosis. J Clin Microbiol 2005;18: 484–509. [CrossRef]
3. D'Alessandro M, Loy A, Castagnola E. Management of lyme disease in european children: a review for practical purpose. Curr Infect Dis Rep 2017; 19: 27. [CrossRef]
4. Cutler SJ, Rudenko N, Golovchenko M, et al. Diagnosing Borreliosis. Vector Borne Zoonotic Dis 2017;17: 2–11. [CrossRef]