

**MORFEALİ BİR OLGUDA BORRELİA BURGDFERİ
SEROPOZİTİFLİĞİ: OLGU SUNUMU**
Borrelia Burgdorferi seropositivity in a morphea case: case report

Kemal ÖZYURT¹, Ümit UKŞAL²

Özet: Morfea (lokalize skleroderma)'nın etyolojisi son yıllarda borrelya enfeksiyonunun geç dönem bulgusu olabileceği varsayımından hareketle araştırılmaktadır. Borrelia burgdorferinin serolojik olarak tespit edildiği vakalarda, tedavide başarılı sonuçlar alınabilmektedir. Lokalize skleroderma ve kronik böbrek yetmezliği olan hastada serolojik olarak Borrelia burgdorferi enfeksiyonu tespit edilmiştir. B. burgdorferiye yönelik tedaviye morfea lezyonları olumlu yanıt vermiştir.

Anahtar Kelimeler: Borrelia burgdorferi, Skleroderma

Abstract: Recently morphea has been investigated from the point of view that it can be a late manifestation of Lyme borreliosis. In morphea cases successful results may be obtained by treatment for B. burgdorferi, if it is serologically positive. We report a patient with chronic renal failure and morphea, in whom B. burgdorferi was serologically positive. In this case, there was a clinically good response to the treatment for B. burgdorferi.

Key Words: Borrelia burgdorferi, Scleroderma

Morfea (lokalize veya fokal skleroderma) aktif dönemde etrafı leylak renkli bir halo ile çevrili, sınırlı sklerotik plaklarla seyreden, kronik, benign bir dermatozdur. Deri bulguları klinikte, derinlik, büyüklük, ve şekil bakımından farklılıklar gösterebildiğinden, morfea lokalizata, generalizata, guttata, linearis ve profunda olmak üzere çeşitli formlara ayrılmaktadır.

Morfeanın çeşitli travmalar, BCG aşısı, radyoterapi, silikon protez uygulaması, organik çözücülere maruz kalma sonucu gelişebileceği bildirilmiştir (1). Gebelik esnasında görülen alevlenmeler hastalığın hormonal faktörlerle ilişkili olabileceği izlenimini vermektedir. Ailesel olgular tanımlanmış olmasına rağmen belirli bir HLA ilişkisi gösterilememiştir.

Son yıllarda lokalize skleroderma ile B. burgdorferi ilişkisi bildirilmektedir (2,4). Buna

yönelik tedavi ile klinik ve serolojik yanıtlar alınabilmektedir.

OLGU

M.D. elli iki yaşında erkek, evli, işçi emeklisi hastadır. Sırtında ve belinde gittikçe büyüyen kahverengi lekeler, sertlikler ve kaşıntı şikayetleri ile Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji polikliniğine başvurdu. Hikayesinde bu lekelerin altı ay önce başladığı, küçük ve birkaç tane iken, gittikçe büyüdüğü ve sayılarının arttığı öğrenildi. Özgeçmişinde yedi yaşından beri böbrek taşı hastası olduğu yedi aydır da kronik böbrek yetmezliği tanısı konduğu öğrenildi. Soygeçmişinde özellik yoktu.

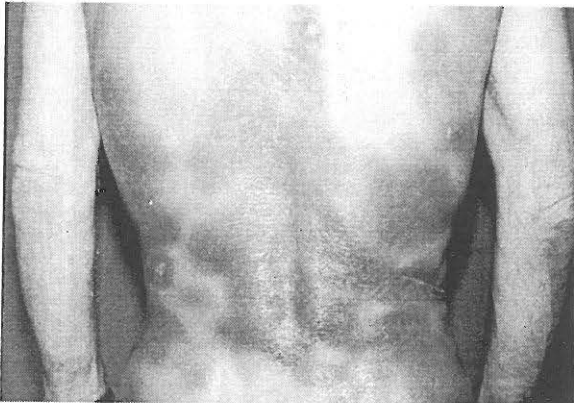
Dermatolojik muayenesinde skapular bölgede, sırtta lumbosakral bölgede büyüklükleri oldukça değişken, mor-kahverengi ve üzeri hafif skuamli infiltrate ve yoğun endure, kaşıntılı plakların olduğu görüldü. Lezyonların haricinde tüm vücutta yaygın, hafif kserozis vardı. (Resim 1,2). Sistemik muayenesinde herhangi bir patolojiye rastlanmadı.

Rutin laboratuvar tetkiklerinde; kronik böbrek yetmezliğine ait bulgular tespit edildi. Ayrıca Elisa yöntemiyle anti B. burgdorferi IgM pozitif, IgG negatif olarak bulundu. Antikor titresi belirlenemediği için tedavi öncesi ve sonrası farkları hakkında bilgi edinilemedi.

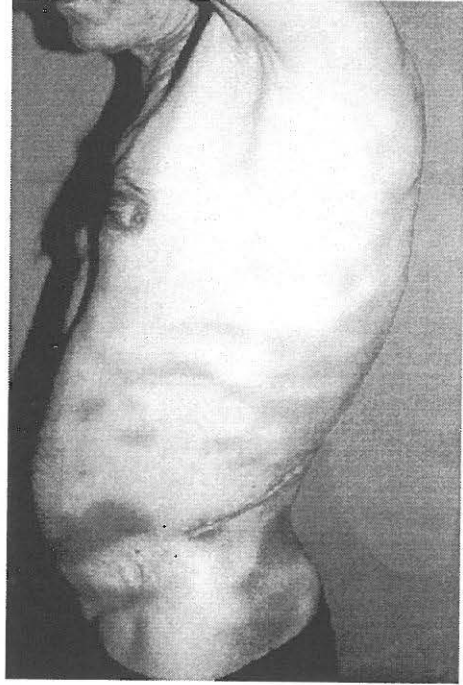
Sırt bölgesinden yapılan deri biyopsi raporu: (Pat. Lab. No: B-3986-98). Epidermis bazal tabakasında melanositler belirgindir. Epidermis dışında, spesmenin bütün alanları kollajen demetlerinden oldukça zengin, taban kısımlarda daha belirgin olmak üzere, hücreden fakir bağ dokusundan meydana gelmektedir. Yüzeysel alanlarda damarlar etrafında seyrek olarak lenfositler görülmektedir. Histokimyasal olarak yapılan Kongo kırmızısı boyası ile negatif sonuç elde edilmiştir. Bu haliyle morfea ile uyumludur. İki kez yapılan gümüşleme boyasıyla B. burgdorferiye ait yapılar gözlenmemiştir.

Tedavide; yirmibir gün Penisilin prokain 2x800000Ü'den verildi. Ayrıca UVA 0,5 J/cm²'den başlanarak yirmi günde 3,5 j/cm²'ye ve UVB 0,01'den 0,5 J/cm²'ye kadar artırılarak verildi.

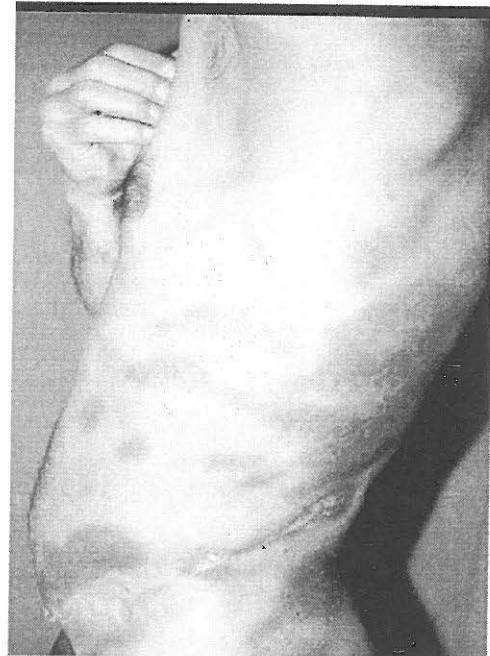
Hastanın tedavi sonrası muayenelerinde lezyonlardaki infiltrasyon ve endurasyonun azaldığı, kaşıntının tamamen kaybolduğu tespit edildi. (Resim 3). Takiplerde lezyonların şiddetinin azalarak devam ettiği gözlemlendi. Tedavi sonundaki serolojik tabloya bakılamadı.



Resim 1. Hastanın tedavi öncesi görünümü



Resim 2. Hastanın tedavi öncesi görünümü



Resim 3. Hastanın tedavi sonrası görünümü

TARTIřMA

Morfeanın etyolojisinde çevresel enfeksiyöz ve otoimmün nedenler (1-3, 5) öne sürölmekle beraber henüz kesin neden bilinmemektedir. Son on yıl içinde B.burgdorferinin etyolojide rol oynayabileceği öne sürölmüş, fakat bazı araştırmacılar arada bir ilişki olmadığını bildirmişlerdir (4). B. burgdorferinin erken döneminde oluşan eritema migrans, geç dönemde görölen akrodermatitis kronika atrofikans, morfea, liken sklerozis et atrofikus, eozinofilik fasiit (Shulman send.) ile B. burgdorferi arasında olası ilişki halen tartışmalıdır (5).

İndirekt immunofloresanla yapılan serolojik incelemeler, deri biyopsilerinin histolojik incelemeleri yüksek güçlü rezolüsyon videomikroskopi ile ve Borrelyaya spesifik monoklonal flagellar antikor H 9724 kullanılarak fibrotik deri lezyonlarında mikroorganizmaya ait yapılar saptanması aradaki bağlantı olasılığını güçlendirmektedir (6, 7).

Laboratuvar teknolojisindeki hızlı gelişmeye rağmen, henüz dokuda Borrelya enfeksiyonunu kanıtlayacak bir yöntem bulunamamıştır (6). Klinik, laboratuvar, anamnez bulguları ve tedaviye yanıt birleştirilerek daha doğru bir yaklaşım sağlanabilir.

Multiple plaklı ve derin lokalize skleroderma tedavisinde, D-penisilamin, plazmaferez PUVA uygulanmaktadır. Ancak morfea tedaviye oldukça geç yanıt vermekte ve hatta bazen belirgin bir değişiklik de görölmemektedir.

Olgumuzda lezyonların altı aydan uzun sürmesine

rağmen tedavi öncesi IgM pozitifliği ve IgG negatifliği beklenen bulgudur. Hastada UVA, UVB, ve penisilin tedavisine karşı alınan dramatik olumlu cevabın etkene yönelik tedaviye bağlı olduğu düşüncesindeyiz. Üç haftalık penisilin tedavisi ile endurasyonda gözle ve palpasyonla hissedilebilen mükemmel gerileme mikroorganizma ile deri lezyonları arasındaki ilişkiyi güçlendirmektedir.

KAYNAKLAR

1. Czırjak L, Pocs E, Szegodi G. Localized scleroderma after exposure to organic solvents. *Dermatology* 1994;189: 399-401
2. Buecher SA, Winkelmann RK, Lautenschlager S. Localized scleroderma with *Borrelia burgdorferi* infection. Clinical, histologic and immunohistochemical observations. *J Am Acad Dermatol.* 1993;29:190-6.
3. Aberer E, Klade H. Cutaneous manifestations of lyme borreliosis. *Infection* 1991; 19:284-6.
4. Alonso L, Tomazaresw J, Persing DH et al. No evidence for *Borrelia burgdorferi* infection of morphea and lichen sclerosus et atrophicus in Spain. *Act Dermato Venereol.* 1997;77:299-300
5. Nelson AM. Localized forms of scleroderma, including morphea, linear scleroderma and eosinophilic fasciitis. *Curr Opin Rheumatol.* 1996;8:473-6.
6. Özkan Ař, Erkızan V, Fetil E et al. Evidence for *Borrelia burgdorferi* in morphea in lichen sclerosus *JEADV* 1998;11:242.
7. Aberer E, Kersten A, Klade A, et al. Heterogeneity of *Borrelia burgdorferi* in the skin. *Am J Dermatopathol.* 1996;18:571-9.