

PAPİL ÖDEMİ BULGUSU OLAN SUBAKUT MENİNGOENSEFALİTLİ NÖROBRUSELLOZ OLGUSU

A case of neurobrucellosis with subacute meningoencephalitis and papilledema

Füsün Ferda Erdoğan¹, Murat Gültekin¹, Ali Yılmaz², Ali Özdemir Ersoy¹,

Ahmet Candan Durak²

Özet

Brucella mellitens enfeksiyonu Türkiye'nin doğu ve güney doğu bölgelerinde endemik olarak görülmektedir. Ülkemizde yılda yaklaşık 18.000 yeni vaka tespit edilmektedir. Brucella hastalarında santral sinir sistemi tutulumu nadirdir; insidansı % 1.7-10 oranında bildirilmiştir. Nörobruselozun klinik tabloları arasında; subakut veya kronik meningoensefalit, kranial sinir tutulumu (en sık akustik sinir paralizisi), hemiparkinsonizm, kore, intrakranial hipertansiyon, miyozit, serebral abse, mikotik anevrizma ve spinal kord kompresyonu görülmektedir. Bu yazıda bilateral papil ödemi ile gelen bir nörobruseloz olgusunu sunduk. Olgu sunumunun amacı ülkemiz gibi brucella enfeksiyonunun endemik olduğu bölgelerde papil ödemi ayırıcı tanısında nörobruselozun önemini vurgulamaktır.

Anahtar Kelimeler: Nörobruseloz; Papil ödemi.

Abstract

Brucella melitensis infection is endemic in the eastern and south-eastern Anatolia regions of Turkey. Around 18,000 new cases are reported annually in Turkey. Neurological complications of brucellosis are rare, with an incidence of 1.7-10%. It has varying clinical pictures: subacute or chronic meningo-encephalitis, cranial nerve involvement (acoustic nerve paralysis being commonest), hemiparkinsonism, chorea, intracranial hypertension syndrome, myositis, cerebral abscess, mycotic aneurism and compression of the spinal cord. We present a case with bilateral papilledema caused by neurobrucellosis. The aim of this case presentation is to draw attention to the importance of neurobrucellosis in the differential diagnosis of papilledema, especially in endemic regions such as in our country.

Key Words: Neurobrucellosis; Papilledema.

Giriş

Bruseloz sık görülen bir enfeksiyon hastalığıdır. Ülkemizde yılda yaklaşık 18.000 yeni brucella vakası tespit edilmektedir(1). Genellikle pastörize edilmemiş, süt ve süt ürünlerini tüketenlerde ya da hayvancılıkla ilgili işlerde uğraşan kişilerde rastlanır. Nörobruselozun klinik tabloları arasında; akut veya kronik menenjit, ensefalit, multifokal beyaz cevher hastalığı, subdural abseler, subdural ampiyem, intrakraniyal hipertansiyon, mikotik anevrizmalar, hidrosefali, papil ödemi, kranial nöropatiler, psikoz, parkinsonizm, radikülopatiler ve

paravertebral abseler rapor edilmiştir(2). Bu klinik tablolara eşlik eden (veya izole) ruhsal durum değişiklikleri, deliryum, halüsinasyon, konfüzyon ve demans görülebilir(3). Beyin omurilik sıvısında (BOS) lenfositik pleositoz saptanır. Hücre sayısı milimetreküpte 500'e varabilir, protein düzeyi artmıştır. Olguların üçte ikisinde BOS'da glukoz azalmıştır. Organizmanın BOS kültüründe üretilmesi çok zordur. Tanı daha çok serolojik yöntemlere dayanır, BOS'ta brucella antikorlarının gösterilmesi tanı koydurucudur.

¹Erciyes Üni. Tıp Fak. Nöroloji AD, Kayseri, TURKEY

²Erciyes Üni. Tıp Fak. Radyoloji AD, Kayseri, TURKEY

Geliş tarihi: 19 Nisan 2005

Olgu Sunumu

Yirmi yaşında, bir çocuklu, ev hanımı olan olgu, sezeryan ile doğum yaptıktan bir ay sonra başlayan baş ağrısı, bulantı, kusma ve uyku şikayetleri ile kliniğimize baş vurdu. Olgu, özellikle sabahları daha şiddetli olan ve bulantı-kusma ile birlikte olan baş ağrısından şikayetçiydi. Uyku hali ve uyuma isteğinin gün boyu sürdüğünü bildiriyordu. Hastanın hikayesinde yoğurt ve peynir ihtiyacını pastörize olmayan süt ile karşıladığı öğrenildi. Özgeçmiş ve soy geçmişinde özellik olmayan hastanın daha önce baş vurduğu sağlık kuruluşunda bilateral papil ödemi tespit edilerek yapılan kranial tomografi, magnetik rezonans(MR) görüntüleme ve MR venografi tetkikleri normal olarak değerlendirildiği ve şikayetlerinin bir ay süre ile devam ettiği öğrenildi. Nörolojik muayenesinde bilateral papil sınırları silik idi. Ense sertliği ve meningeal irritasyon bulgusu, motor ve duyu defisiti yoktu. Serebellar testleri normal değerlendirildi. Derin tendon refleksleri normoaktifti. Diğer fizik muayene bulgularında özellik tespit edilemedi. Hastanın total kan sayımı, kan biyokimyası, eritrosit sedimentasyon hızı, tiroid fonksiyon testleri, folik asit ve vitamin B12 düzeyleri normal sınırlarda bulundu. Hastaya lomber ponksiyon(LP) yapıldı. BOS'un açılış basıncı 300 mmH₂O, görünümü berraktı. Biyokimyasında mikroprotein 283 mg/dl, glukoz 9 mg/dl (eş zamanlı kan glukozu 81 mg/dl) ve klor 110 mmol/L olarak bulundu. Thomada mm³'de 210 beyaz küre görüldü. % 90 lenfosit hakimiyeti vardı.BOS da brusella antikor aglütinasyonu 1/20 pozitif ve serumda ise 1/160 pozitif bulundu. BOS ve kan uzun dönem inkübasyon kültüründe üreme olmadı. Çekilen kontrastlı kranial MR'da meningeal membranlarda beklenenden fazla boyanmalar tespit edildi. Mevcut klinik ve laboratuvar bulgulara dayanılarak hastaya nörobruselloz (subakut meningoensefalit) tanısı konarak doksisisiklin ve rifampisin tedavisi başlandı.

Tartışma

480 brusella hastası üzerinde yapılan bir çalışmada nörolojik tutulum % 6,5 olarak bulunmuştur(4). Türk populasyonunda brusella seropozitifliği coğrafi bölgelere göre değişmekle birlikte % 2,6 - % 14,4

arasında olduğu bildirilmektedir. Sıklıkla karşılaşılan organizma *Brucella melitensis*dir. Hastalık genellikle pastörize edilmemiş süt – süt ürünleri alımı veya enfekte çiftlik hayvanlarından bulaşma ile olmaktadır(1).

Nörobrusellozun tanısı BOS da brusella izolasyonu, antibrusella antikorlarının aglütinasyonu, coombs ve rose bengal testleri ile doğrulanmaktadır. Hastamızın BOS kültüründe üreme olmadı. BOS da brusella antikor aglütinasyonu 1/20 pozitif ve serumda 1/60 pozitif bulundu. BOS biyokimyasında protein değerinin yüksek (283 mg/dl) ve glukozun düşük (9 mg/dl) bulunması ve MR bulguları ile brusella enfeksiyonuna bağlı subakut meningoensefalit tanısı kondu.

Brusella hastalarında yeterli tedaviye rağmen serumda ve BOS da antikor aglütinasyon titrelerinin pozitif olması aylar veya yıllar sonra bile görülebildiği bildirilmiştir(5). İki ay sonra kontrole gelen hastamızın yapılan LP sinde açılış basıncı 140 mm/H₂O, mikroprotein 356 mg/dl, glukoz 4 mg/dl (eş zamanlı kan glukozu: 91 mg/dl) ve klor 111 m.mol bulundu. Thomada hücre görülmedi ve serumda brusella aglütinasyonu 1/180 pozitif bulundu.

Papil ödemi ayırıcı tanısında kafa içi basınç artışı, sistemik enfeksiyöz hastalıklar, kafa travması, kollagen doku hastalıkları, üremi ve bazı ilaçlar (tetrasiklin, kortikostteroidler, lityum, amiodaron) göz önünde bulundurulmalıdır. Hastalarda baş ağrısı, bulantı ve kusma yakınmaları olmasına karşın görme semptomu çok az görülür. Papil ödeminin karakteristik semptomu birkaç saniye süren geçici görme bulanıklığıdır. Papil ödeminin görünümünde aylar hatta yıllar sonra bile değişiklik olmayabilir(6). Hastamızda papil ödemi bulgusu olmasına karşın görme ile ilgili şikayeti yoktu. İki ay sonraki kontrolünde göz dibi muayenesinde değişiklik olmadığı görüldü.18 nörobrusella hastası üzerinde yapılan bir çalışmada papil ödemi altı hastada tespit edilmiş ve papil ödemi bulgusunun bir hafta ile sekiz ay arasında sürdüğü görülmüştür(7).

Nörobrusellozda radyolojik görünüm nonspesifiktir. 23 nörobrusella hastası üzerinde yapılan bir çalışma

yedi hastada diffüz beyaz madde değişikliği, üç hastada bazal meningeal tutulum ve bir hastada suprasellar bölgede granülom tespit edilmiştir(8). Hastamızın çekilen kontrastlı kranial MR da tentorium serebelli, falks ve konveksite boyunca beklenenden fazla meningeal boyanma görüldü. Bu görünüm nörobruselloz için spesifik olmamakla birlikte hastamızda var olan subakut meningoensefalitin varlığını, intrakranial basınç artışı buna sekonder gelişen papil ödemi bulgusunu izah etmektedir.

Ülkemiz gibi brusella enfeksiyonunun endemik olarak görüldüğü bölgelerde papil ödemi ve intrakraniyal basınç artışı bulunan hastalarda ayırıcı tanıda nörobruselloz gibi subakut ve kronik seyirli sistemik enfeksiyon hastalıkları göz önünde bulundurulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Özışık H, Ersoy Y, Teyfik MR. et al. Isolated intracranial hypertension: a rare presentation of neurobrucellosis. *Microbes and infection* 2004; 6: 861 – 863.
2. Bradley Walter G. *Neurology in Clinical Practice (3 rd ed.) Butterworth-Heinemann. USA. 2000, pp1345.*
3. Coşkun Ö, Çavdar L, Üçler S, İnan EL. Abdusens paralizisi ve nörobrusellozis. *Türk nöroloji dergisi* 2004; 10: 438 – 440.
4. Aygen B, Doganay M, Sumerkan B, Yıldız O, Kayabas U. *Clinical manifestations complaten and treatiion of brucellosis. Medicine et maladies infectieuses* 2002; 32: 485 -493.
5. Trujillo IZ, Zavala AN, Cacres JG, Miranda CQ. *Brucellosis. Infection Disease Clinics of North America* 1994;8 :225-241.
6. Söylev M. *Optik sinir hastalıkları. In: Pınar Aydın, Yonca A. Akova (Eds). Temel göz hastalıkları. Güneş, Ankara, 2001; ss 465 – 466.*
7. Mc Lean DR, Russel N, Khan MY. *Neurobrucellosis: clinical and theraputic features. Clinical infectius disease* 1992; 15: 582 – 590.
8. Sous MW, Bohlega S, Kawi MZ, Alwatban J, Mc Lean DR. *Neurobrucellosis: Clinical and neuroimaging correlation. American Journal of Neuroradiolog* 2004; 25: 395 – 401.