

Abducens Paralizi ve Nörobrusellozis

Özlem Coşkun, Leyla Çavdar, Serap Üçler, E. Levent İnan

S. B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği, ANKARA

ÖZET

Bilimsel zemin: Brusella, bir enfeksiyon hastalığıdır ve akut ateş, halsizlik, baş ağrısı ile karakterizedir. Santral sinir sisteminin tutulumu nadirdir.

Amaç: Optik nörit, meningoensefalit, meningomyelit ve kranial sinir paralizi semptom ve bulgularının olduğu çok az olgu bildirilmiştir. Biz abducens paralizi ile başvuran bir olgudan bahsedeceğiz.

Bulgular: Çift görme şikayeti ile başvuran hastada brusellosis tespit edildi.

İzlenimler: Kranial sinir tutulumu ile başvuran hastalarda ayırıcı tanı açısından brusella akılda bulundurulmalıdır.

ABSTRACT

Abducens Paralysis and Neurobrucellosis

Background: Brucellosis is an infection disease and is characterized by acute febrile illness, weakness and headache. The involvement of the nervous system is rare.

Objectives: A few cases have been reported with symptoms and signs of optic neuritis, meningoencephalitis, meningomyelitis and cranial nerve palsy. We report a case who presented with abducens nerve palsy.

Findings: The final diagnosis was brucellosis in this patient presented with diplopia.

Conclusion: Brucellosis should be taken into consideration in differential diagnosis of a patient who admitted with cranial nerve involvement.

Anahtar Kelimeler: nörobrusellosis, abducens palsisi, brusellosis

Yazışma Adresi: Özlem Coşkun 5. Sokak Murat Apt. 7/2
06500 Bahçelievler-ANKARA
Faks: 03124663626 oecoskun@hotmail.com.

Dergiye Ulaşma Tarihi/Received: 14.12.2003
Revizyon İstenme Tarihi/ Sent for revision: 14.12.2003
Kesin Kabul Tarihi/Accepted: 26.04.2004

Keywords: neurobrucellosis, abducens palsy, brucellosis.

GİRİŞ

Brusella, dünyanın bazı bölgelerinde önemli bir sağlık sorunudur. Santral sinir sisteminin (SSS) etkilenmesi çok sık değildir⁽¹⁾, etkilenme oranı %5-7 olarak belirtilmektedir⁽²⁾. SSS semptomları menejit, ensefalit, myelit, radikülit ve kranial veya periferik sinir sistemi tutulumu tek başına veya kombine olabilir^(2,3,4). Biz bu makalede kranial sinir tutulumu olan bir nörobruselloz olgusundan bahsedeceğiz.

OLGU

Fizik muayenesi normaldi. Nörolojik muayenesinde bilateral dışa bakış paralizisi mevcuttu. Diğer kranialleri intakttı. Motor defisiti, duyu defisiti yoktu. Serebellar testleri bilateral becerikli idi. Derin tendon refleksleri normoaktifti. Plantar yanıtlar bilateral fleksördü.

Tam kan sayımı, biyokimyasal tetkikleri, tiroid fonksiyon testleri, akciğer grafisi, elektrokardiyografisi normaldi. Hastanın kanda Brucella aglütinasyonu 1/1280, Rose Bengal'inde (+) olması üzerine lomber ponksiyonu yapıldı. Açılış basıncı 12cmH₂O, görünümü berraktı. BOS glukozu 40mg/dl (eş zamanlı kan glukozu: 82mg/dl), klor 123mg/dl, protein 49mg/dl ile normaldi. BOS mikroskopisinde özellik yoktu. BOS brucella aglütinasyonu 1/32 idi ve BOS kültüründe Brucella mellitensis üredi.

Hastanın kranial manyetik rezonans görüntülemesi normaldi. Hasta nörobruselloz tanısı ile takibe alındı ve tedavisi planlandı.

TARTIŞMA

Brusella dünyanın belli bölgelerinde yaygın, zoonotik bir hastalıktır⁽⁵⁾. Sıklıkla karşılaşılan organizma Brucella melitensis'tir⁽⁶⁾. Hastalık genellikle pastörize edilmemiş süt alımı ile enfekte çiftlik hayvanlarından bulaşır^(6,7).

Çoğu hasta tanıyı semptomların başlangıcından sonra 2-12. haftalar arasında alır. Standart tanı kriterleri arasında beyin omurilik sıvısında (BOS) Brucella'nın izolasyonu, BOS'ta antibrucella antikorunun mikroaglütinasyon, Coombs veya Rose Bengal testleri ile tespit edilmesi iledir⁽⁸⁾. Bizim hastamızda da BOS'ta Brucella mellitensis ürerken, Coombs ve Rose Bengal testleri de müspetti. Bu sonuçlar da tanımızı destekliyordu. Ayrıca BOS incelemesinde >10 hücre/mm³, protein konsantrasyonunda artış (>0,45g/Lt); veya glukoz konsantrasyonunun eş zamanlı kan şekerinin %40'ından

düşük olması beklenir⁽⁸⁾. Bizim olgumuzda hafif protein yüksekliği dışında ek bir özellik yoktu.

Nörobrusellozis farklı klinik bulgularla karşımıza çıkabilir. En sık karşılaşılan tablolar; akut baş ağrısı, kusma, epileptik nöbetlerin eşlik ettiği veya etmediği bilinç değişiklikleridir. Papil ödem tablosu ile başvuran olgular bildirilmiştir. Beyin tomografisi genellikle normaldir. Bazen serebral ödem görülebilir⁽¹⁾. Tablo 1'de nörobrusellozisin klinik bulguları gösterilmektedir⁽⁹⁾.

Komplikasyonlar brusellalı hastaların %10-15'inde görülür. Yayılım genellikle kan yoluyla. Komplikasyonun olduğu sistemler iskelet, ürogenital, kardiyak ve solunum yollarıdır. Oküler tutulum nadirdir⁽¹⁰⁾. Strannegard ve arkadaşları abducens paralizisi ve eşlik eden işitme kaybının olduğu bir olgu bildirmişlerdir⁽⁶⁾. Zahraa Omar ve arkadaşlarının 6 olgudan oluşan bir serilerinde yine papil stazının eşlik ettiği abducens paralizili 4 olgu bildirilmiştir⁽¹¹⁾. Bizim olgumuzda bilateral dışa bakış kısıtlılığı ile olan bilateral abducens paralizisi mevcuttu. Kranial sinir tutulumunun brusellalı hastalarda nadir görülmesi nedeni ile bu olguyu sunmayı uygun bulduk.

Tablo 1. Nörobrusellozisin Klinik Bulguları⁽⁹⁾

1. Meningoensefalit sendromu

Subakut veya kronik menenjit ve/veya lokalize veya diffüz ensefalitis, serebellar sendrom.

2. Transient olaylar

Parsiyel epilepsi, vertigo

3. Vasküler tablolar

Vaskülit, mikotik anevrizma.

4. Psikiyatrik bulgular

Mood değişiklikleri, deliryum, halüsinasyon, konfüzyon, demans.

5. Spastik parapleji

Spinal araknoiditis, spinal kord kompresyonunun olduğu vertebra lezyonları, myelitis.

6. Nörit ve radikülit

Vestibulokohlear, abducens, optik nörit, siyatik, radial, median, interkostal, servikobrakial ve lumbosakral pleksus, poliradikülonevrit. İntrakranial hipertansiyon sendromu

KAYNAKLAR

1. Shakir RA. Neurobrucellosis. Postgraduate Medical Journal 1986;62:1077-1079.
2. Bucher A, Gaustad P, Pape E. Chronic Neurobrucellosis due to Brucella Melitensis. Scand J Infect Dis 1990;22:223-226.
3. Al Deep MS, Yaqub BA, Sharif HS ve ark. Neurobrucellosis: Clinical

-
- characteristics, diagnosis and outcome. *Neurology* 1989;39:498-501,.
4. Mousa AM, Bahar RH, Araj GF ve ark. Neurological complications of brucella spondylitis. *Acta Neurol Scand* 1990;81:16-23.
 5. Güven MB, Çırak B, Kutluhan A ve ark. Pituitary abcess secondary to neurobrucellosis. *J Neurosurg* 1999;90:1142.
 6. Strannegard IL, Araj GF, Fattah HA. Neurobrucellosis in an eight-year-old child. *Annals of Tropical Paediatrics* 1985;5:191-194.
 7. Gilroy J. *Basic Neurology*. 3. Baskı, Güneş Kitabevi, Ankara 2002;s:429-505.
 8. Sousa AS, Torres C, Campello MG ve ark. Serological diagnosis of neurobrucellosis. *J Clin Pathol* 1990;43:79-81.
 9. Espejo CED, Chaves FV, Ramis BS. Chronic intracranial hypertension secondary to neurobrucellosis. *J Neurol* 1987;234:59-61.
 10. Lulu AR, Araj GF, Khateeb MI ve ark. Human brucellosis in Kuwait: A prospective Study of 400 cases. *Quarterly Journal of Medicine, New Series* 1988;66,249:39-54.
 11. Zahra Omar F, Züberi S, Minns RA. Neurobrucellosis in childhood: six new cases and a review of literature. *Developmental Medicine & Child Neurology* 1997;39:762-765.