

# MULTIPL SKLEROZU TAKLİT EDEN BİR NÖROBRUSELLOZ OLGUSU\*

## A CASE OF BRUCELLOSIS SIMULATING MULTIPLE SCLEROSIS

Orhan DENİZ, İbrahim İYİGÜN, Ömer PARLAK, Salim DEĞİRMENÇİ  
İ. Yalçın YILIKOĞLU

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, 25240-Erzurum

\* XXXI. Türkiye Nöroloji Kongresinde poster olarak sunulmuştur.

### Özet

Bruselloz önemli bir halk sağlığı sorunu, nörobruselloz ise önemli bir ayırıcı tanı seçeneğidir. Nörobruselloz, geçici iskemik atak, serebral infarkt, akut konfüzyonel durum, motor nöron hastalığı, progressif multisistemdejenerasyonu, poliradikulonöropati, syatik ve kavda equina sendromunu taklit eden nörolojik bulgularla kendini gösterebilir. Brusellozun farklı nörolojik manifestasyonları, altta yatan patolojik mekanizmaların farklılığını da yansıtmaktadır. Biz burada multipl sklerozu klinik olarak taklit eden bir nörobruselloz olgusu sunuyor ve brusellanın yaygın olduğu yörelerde nörobrusellozun da ayırıcı tanıda düşünülmesi gerektiğini vurguluyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** Nörobruselloz, multipl skleroz

### Summary

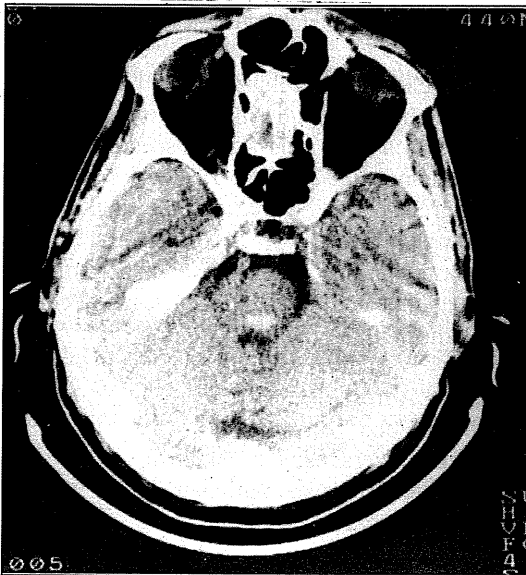
Brucellosis is an important public health problem and neurobrucellosis is a serious diagnostic challenge. Brucellosis may be presented with neurological features closely simulating transient ischaemic attacks, cerebral infarction, acute confusional state, motor neuron disease, progressive multisystem degeneration, polyradiculoneuropathy, sciatica, cauda equina syndrome. These protean neurological manifestations of brucellosis indicate that the underlying pathological mechanisms are diverse. We report here a case of neurobrucellosis clinically simulating multiple sclerosis. And we remind that the presence of unexplained neurological deficit should alert the clinician to the possibility of brucellosis in countries where this infection is endemic.

**Key Words:** Neurobrucellosis, multiple sclerosis

AÜTD 1995, 27: 58-61

MJAU 1995 27: 58-61

Şekil 1. Kranial Tomografi; Patoloji Görünüm Belirlemedi

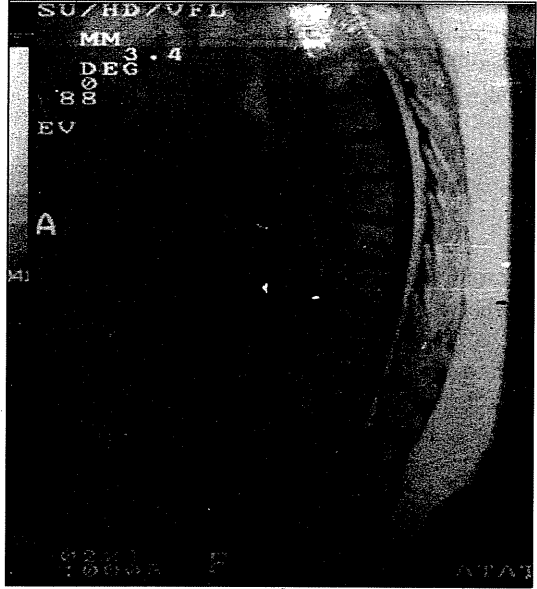
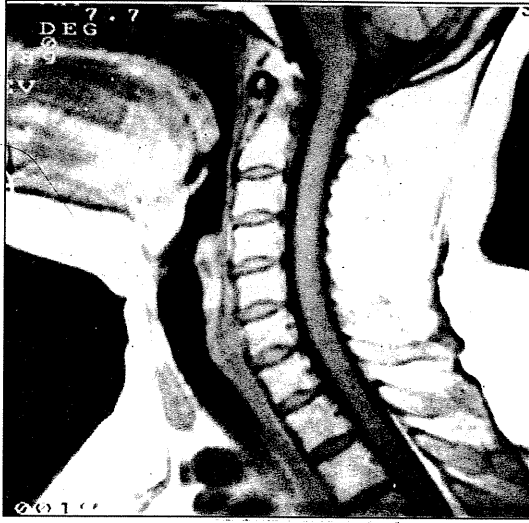


### Giriş

Bruselloz, brucellae grubu bakterilerle oluşan, bazı evcil hayvanlar ve sütle insanlara bulaşan, bakteriyemi ile seyreden uzun süreli bir enfeksiyondur (1). Santral sinir sistemi tutulumu, hastalığın kronik lokalize şeklinin önemli bir örneğidir. Hastaların % 2-5'inde izlenir (2). Santral sinir sistemi, meninksler, serebral damarlar, kranial ve periferik sinirlerin tutulumlarından kaynaklanan, menenjit, serebral infarkt, akut konfüzyonel durum, motor neuron hastalığı, syatik, kavda equina sendromu bulgularını taklit eden birbirinden farklı klinik tablolar ortaya çıkabilir (3).

### Olgu

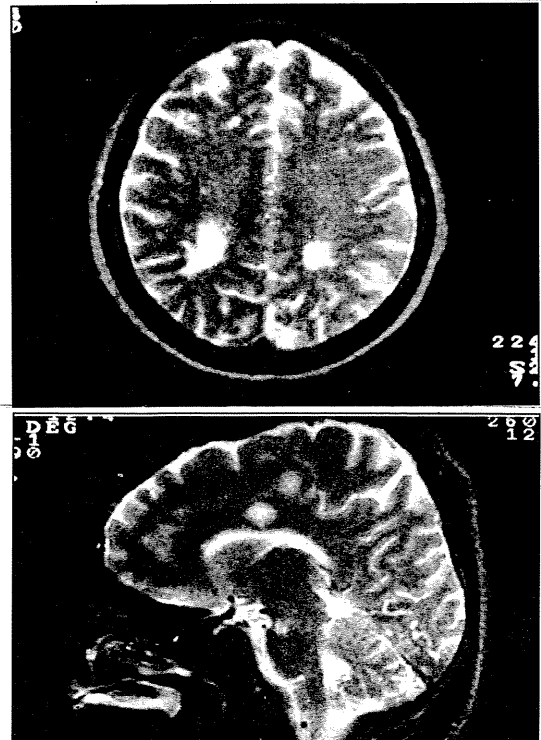
58 yaşında kadın bir hasta, yürüyememe, konuşma bozukluğu, iştahsızlık, idrar ve dışkı tutamama yakınmalarıyla servisimize yatırıldı. 2 yıl önce eklemlerinin ağrıdığı, dizlerinin şiştiği, zaman zaman ateşinin yükseldiği, başının ağrıdığı; bu dönemde kusmalarının olduğu ve zayıfladığı bunun üzerine bir

**Şekil 2-3. MRG Yöntemiyle Servikal ve Torakal Bölgenin Görünümü (patoloji belirlenemedi)**

hastahanedede tedavi gördüğü öğrenildi. 2-3 ay süren iyileşme döneminden, servisimize yatırılışının 4 ay öncesine kadar herhangi bir yakınmasının olmadığı belirlendi. 4 ay önce her iki bacağında güçsüzlük başlamış, önceleri destekli yürüyormuş, ama zaman içinde yürüyemez olmuş. Bu arada idrar ve dışkıyı da tutamamış. Daha sonra güçsüzlük kollarına da yayılmış, iştahı azalmış; kusmaları başlamış. Konuşması değişmiş. Baş ağrıları ortaya çıkmış. Fizik muayene normaldi: Dalak ve karaciğer non-palbabldı. Lenfadenopati saptanamadı. Ateş 36.7°C, nabız 85/dak. ritmik, tansiyon arteriyel: 140/90 mmHg idi. Nörolojik muayenede: Şuur açık, konuşma dizartriikti. Orientasyon ve kooperasyon normaldi. Baş ağrısı ifade ediliyordu. Ense sertliği ve meningeal irritasyon bulguları yoktu. Kas gücü kaybı alt ekstremitelerde tama yakın, üst ekstremitelerde minimal idi. Kemik-veter refleksleri iki yanlı hiperaktif idi. Bilateral aşıl klonusu alınmıyordu. Babinski ve Hoffman belirtileri bilateral müspetti. Karın cildi refleksi tüm kadrarlarda alınamadı. Sağda dismetri, intansiyonel tremor belirlendi. Sol fundoskopik muayenede temporal solukluk saptandı. Horizontal nistagmus mevcuttu. İdrar ve dışkı inkontinansı gözlemlendi.

Hemogram ve rutin biyokimyasal testler normaldi. Eritrosit sedimantasyon hızı yarım saatte 12, birinci saatin sonunda 22 mm idi. Serumda yapılan serolojik incelemelerde VDRL, ve Gruber Widal testleri olumsuzdu. Wright testi ise 1/640 titrede pozitif. Serum IgG, A, M değerleri normaldi. Akciğer grafisi normal; tüberkülin testi olumsuzdu. Beyin

omurilik sıvısı (BOS) incelemesinde; % 58 mg protein, % 30 mg glikoz, 97 m mol/l klor saptandı; pandy (++) ti. Çoğunluğu lenfositlerden oluşmak üzere 150/mm<sup>3</sup> lökosit vardı. BOS'ta yapılan serolojik incelemelerde; VDRL ve TPHA testleri negatifti. Wright testi 1/80 titrelerinde pozitif BOS IgG, A, M değerleri sırasıyla 38.2 mg/dl, 30 mg/dl, 13.2 mg dl (Normal değer: 1.5-3.4 mg/dl) bulundu. Bu aşamada "olası nörobruselloz" tanısıyla ile

**Şekil 4. Kranial MRG Demiyelizan Plakların Varlığını Göstermekte**

tedaviye başlandı. BOS ve kan kültürlerinden mikroorganizma üretilmedi. Beyin tomografisi normaldi (Resim 1). Medulla spinalisinin servikal ve torakal düzeylerdeki magnetik rezonans görüntüleme (MRG) çalışması normaldi (Resim 2). Kranial MRG de demiyelizan plakların varlığı saptandı (Resim 3). EMG normaldi.

Tedavinin 15. gününde hastanın başağrısı ve kusması düzeldi. İştahı arttı. Bir ay sonra alt ekstremitelerin karna doğru yavaşça çekilebildiği gözlemlendi.

3 hafta sonra yapılan BOS ve eş zamanlı serum incelemesinde; BOS'da % 74 mg protein, % 55 mg glikoz, 117 mmol/l klor vardı. Pandy (+ +) ti, 17/mm<sup>3</sup> lenfosit belirlendi. Whright testi sırasıyla, 1/80, 1/160 titrelerinde pozitif idi.

### Tartışma

Sifiliz ve tüberküloz dışında hiçbir hastalık onun gibi belirsiz bulgu ve yakınmalara yol açmaz (4). Gerçektende bruselloz yanlıgular hastalığıdır. Onu düşünemezsek saptayamayız, ya da düşünürüz, gerekli testleri yaparız fakat bir şey bulamayız (5). Bizim olgumuzda belirlenen nörolojik bulgular klinik olarak multipl sklerozu (MS) bize hatırlatıyordu. Ama laboratuvar bulguları MS'i desteklemedi. Kranial MRI'da demiyelizan plaklar saptanmıştı; bu nörobrusellozda da rapor edilen bir bulguydu. Hastanın öz geçmişi retrospektif olarak incelendiğinde, 2 yıl önceki yakınmalar (eklemağrısı, dizlerin şişmesi, ateş, başağrısı, zayıflama) acaba bir brusella enfeksiyonuna mı bağlıydı sorusunu akla getirmekteydi.

Aglütinasyon testlerinin yüksek titrelerde pozitif olması; BOS'da protein değerinin yüksek, glikozun düşük bulunması, çoğunluğunu lenfositlerin oluşturduğu (150/mm<sup>3</sup>) hücrenin saptanması; IgG değerinin normalin çok üzerinde oluşu, kronik spesifik bir enfeksiyonun varlığı lehinde yorumlandı. Akciğer grafisinde tüberküloza özgü bir bulgu yoktu. Tüberkülin testi olumsuzdu. VDRL ve TPHA testleri de negatifti. Kan ve BOS kültüründe mikroorganizma üretilmedi. Beyin tomografisinin normal bulunması üzerine, alt ekstremitelerde belirgin olan ve sfinkter kusurunun eşlik ettiği piramidal quadripareziyi açıklamak için hastanın medulla spinalisinin MRG çalışması yapıldı. Servikal ve torakal MRG çalışması patoloji göstermedi. Bunun üzerine çekilen kranial MRG demiyelizan plakların varlığını belirledi. Hastamızda belirlenen nörolojik bulguların MS'i

hatırlatması MRG'de demiyelizan plakların belirlenmesine rağmen, laboratuvar bulguları bizi MS'den çok nörobruselloz tanısına götürdü. Kaldı ki Nörobrusellozda da demiyelizan plakların oluşabileceği rapor edilen bir konudur (6). Bu aşamada hastaya ciproflxacin 2x500 mg, rifampicin 2x300 mg trimetoprim+sulfametaxosol 2x160+800 mg/gün tedavisi başlandı. Hastanın antibiyotik tedavisine cevabı iyi oldu.

Sinir sistemi tutulumlu brusella tanısı, nörolojik hastalığın semptom ve belirtilerine, artmış serum brusella titresine, pozitif yada negatif kan kültürüne ve antibiyotik tedavisiyle klinik iyileşmeye dayanarak konur (4,7). Ancak nörolojik bulgularla gelen hastalarda brusella tanısı, bu enfeksiyonun değişik hastalık ve sendromları taklit edebilmesinden dolayı gecikmekte yada konulamamaktadır. Geçici iskemik atak, brusellanın iyi dokümanite edilmiş bir komplikasyonudur (6). Kranial sinir tutuluşu, poliradikulanöropati, piramidal ve serebral bulgulara sahip hastalar rapor edilmiştir. Sistemik bir hastalık yokluğunda klinik bulguların bu kombinasyonu, açıkca sinir sisteminin multisistem degeneratif hastalığını taklit etmektedir (8). Bruselloz üst ve alt ekstremitelerde multipl sinir köklerini tutarak Guillain-Barre sendromunu, ön boynuz hücre dejenerasyonu yaparak motor nöron hastalığını<sup>1</sup> ve akut poliyomyelitisi (9), enfekte prolabe diske neden olarak sinir kökü basılarını ve kavda equina sendromunu (10) taklit edebilir; otonom sinir sistemini tutarak postural hipotansiyon ve idrar retansiyonuna (6) yol açabilir.

Sonuç olarak, bu enfeksiyon pek çok hastalık ve sendromu taklit edebileceğinden, özellikle brusellozun endemik olarak bulunduğu bölgelerde belirsiz yada açıklanamayan nörolojik bulgularla gelen hastalarda nörobruselloz da ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

### Kaynaklar

1. Onul B. İnfeksiyon Hastalıkları, 5. Baskı, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 1974
2. Hall WH. Modern chemotherapy for brucellosis in humans. Reviews of infectious diseases 12: 1060-99, 1990
3. Mac Lean DR, Russel N, Khan WY. Neurobrucellosis: Clinical and therapeutic features. Clin Infect Dis 15: 582-90, 1992
4. Edward JY. Brucella species In: Gerald LM, John EB, Rapheal D, eds, Principles of Infectious Diseases, Vol 2, Churchill Livingstone Inc, New York, 1995

5. Wallis HRE. Brucellosis In children. Brit Med J 1: 617-21, 1957
6. Sahs AL. Brucellosis In: Vinken PJ, Bruyn GW, eds, Handbook of Clinical Neurology. Amsterdam, North Holland, 1978
7. Al Deeb SM, Yagub BA, Sharif HS, et al. Neurobrucellosis: Clinical characteristics, diagnosis, and outcome. Neurology 39: 498-501, 1989
8. Bahemuka M, Shemena AR, Panayiotopoulos CP, et al. Neurological syndromes of brucellosis. J Neurol Neurosurg and Psychiatry 51: 1017-21, 1988
9. Debone JE. Brucellosis simulating acute anterior poliomyelitis. Lancet 11: 32-3, 1964
10. Aguilar JA, Elvidge AR. Intervertebral disc disease caused by the brucella organism J Neurosurg 18: 27-33, 1961

Yazışma Adresi

Dr. Orhan DENİZ

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi

Nöroloji Anabilim Dalı. 25240-Erzurum