

NAŠE ZKUŠENOSTI S LYMESKOU CHOROBOU

MUDr. Hana MACHOVÁ, MUDr. Vlasta PROCHÁZKOVÁ

Oddělení pro nemoci nervové s ambulantní částí, Ústřední vojenská nemocnice, Praha
(náčelník: plk. MUDr. Jaroslav Janák)

Lymeská choroba, borreliosa, dříve meningo-polyradikuloneuritis Garin, Bujadoux, Bannwarth nebo erythema migrans chronicum syndrom (EMC) jsou synonyma onemocnění, které je nyní považováno za klinickou jednotku. Neurologické příznaky spojené s EMC jsou v Evropě známe již několik desetiletí. V r. 1975 si všimli američtí lékaři endemicky se vyskytujícího multisystémového onemocnění v městečku Lyme. Nazvali je Lyme disease — lymeskou chorobou (1, 4). Onemocnění je přenášeno klíštětem. V USA se podařilo izolovat ze zažívacího traktu klíštěte (*Ixodes dammini*) spirochetu, která byla brzy na to prokázána v krvi, kůži a likvoru pacientů s lymeskou chorobou. Byla nazvána *Borrelia burgdorferi*. Ve stejné době se podařilo z klíštěte velmi rozšířeného v Evropě (*Ixodes ricinus*) izolovat 19 kmenů spirochety příbuzné *Borrelia burgdorferi* (1).

Klinické příznaky lymeské nemoci probíhají v několika stadiích. Prvním stadiem je EMC, které se rozvíjí za 3 dny až 3 týdny v místě pokousání klíštětem (7). S kožní afekcí se může manifestovat malátnost, bolesti hlavy, meningismus, myalgie, artralgie, lymfadenopatie (3). Za několik týdnů až měsíců nastupuje druhé — orgánové stadium, projevující se neurologickým nebo kardiologickým onemocněním. Prokáže se myokarditida, poruchy srdečního rytmu, perikarditidy, endokarditidy. Nervový systém může být postižen ve všech etážích. Neurologická symptomatologie u léčených případů obvykle do několika měsíců mizí, ale v pozdější době se mohou rozvinout recidivy onemocnění (2). Po intervalu až 1 roku se objevuje třetí stadium — artritické (6). Diagnosticky velmi významný je důkaz specifických protilátek IgM a IgG proti *Borrelia* (1, 2).

Vlastní pozorování

1. pacientka J. A., 63letá, č. chor. 673/86, v srpnu 1986 prochládla v mokřích plavkách a za 2 dny poté začaly bolesti na přední ploše stehna a v bederní krajině. Později měla bolesti i v ramenou a slabost v rukou. Přechodně vznikla úporná zácpa, bolesti a vzedmutí břicha. Vyšetřena na interně a neurologii, pro podezření z ileu poslána na chirurgii k observaci. Ileus neprokázán. Pro neztižitelné bolesti přeložena na neurologické oddělení. Obj. nápadná hypotonie svalstva obou paží, snížená síla obou HK, areflexie C7 bilat., hypotonie svalstva břišního i stehenního. V likvoru pleiocytóza (360/3), po 4 týdnech byl likvor. nález normální. EEG i EMG v normě. Po léčbě kortikoidy bolesti ustoupily. Byla propuštěna s dg. virová polyneuritida. Po 4 týdnech recidiva bolestí v hrudní a bederní páteři s vyzařováním do břicha vlevo, zvýšená

únavnost. Při přijetí v obj. nálezu dominovala hypotonie břišního svalstva a svalstva DK, nižší r. patel. vpravo. Chůze s náznakem paraparézy. V likvoru lehká lymfocytární pleiocytóza (85/3 lymfo), LYME-ELISA (dr. Jirouš) v séru 1:256, v likvoru 1:64, při kontrole vyšetřeno pouze sérum 1:1024. Přeléčena Rolitetracyklinem po dobu 10 dnů v dávce 720 g denně i. m. a Prednisonem. Bolesti i naznačená paraparéza do 4 týdnů ustoupily.

2. pacientka E. L., 63letá, č. chor. 822/86. V předchorobí v r. 1984 prodělala tranzitorní globální amnézii (TGA), léčena pro hypertenzi. Počátkem října 1986 zpozorovala zčervenání kůže v tříse, později podobné ložisko na stehně. V téže době začaly kruté bolesti v kříži vyzařující do podbřišku. Objevil se papulózni exantém v pravém mezogastriu. Vyslovené podezření na herpes zooster dermatolog nepotvrdil. Bolesti přetrvávaly a počátkem listopadu začala pociťovat slabost v DK. Při přijetí zjištěna počínající chabá paraparéza DK s areflexií L2—S2 s palyhypestézií akrálně. Pokousání klíštětem nepozorovala, poštípání jiným hmyzem nevyvolávala. Vyšetření likvoru ukázalo proteinocytologickou asociaci (B 1,03 g/l), lymfo + mono 1183/3). V cytologickém nálezu byly mononukleární elementy, hojně plazmocyty. Při kontrole po 3 týdnech zůstávala lehčí lymfocytární pleiocytóza. Reumatolog. vyš.: monoarthritis palce pravé ruky. Interní: hypertenze II, ICHS, arytmiická forma, cholecystolitíza. CT a EEG: norm. nález LYME-ELISA (dr. Jirouš): sérum 1:256, likvor 1:4, kontrola po 3 týdnech sérum 1:256, likvor 1:16. Čtvrtý den pobytu na oddělení recidiva TGA. Léčena ampicilinem v celkové dávce 60 gr. Bolesti rychle ustoupily, propuštěna po 4 týdnech s přetrvávající areflexií L2-L4, paraparéza ustoupila.

3. pacient V. D., 60letý, č. chor. 698/85. 2 měsíce před začátkem potíží klíště, které nebylo ještě řádně přisáto, po prochlazení kruté myalgie a artralgie stěhovavého rázu, začínající na DK, postupující přes trup a obě HK. Postupně rozvoj do polyneuropatického syndromu s difúzně sníženou silou svalovou a areflexií končetin. Přechodně rozvoj psychické alterace, výrazná anxieta. V té době se objevila plegie n. III. vlevo a diplegie n. VII. Pom. vyš.: KO zpočátku lymfopenie, neutrofilie, v moči přechodně bílkovina, zvýšená kyselá fosfatáza, EKG ojedinelá komorová extrasystola, jinak norm. EEG a CT mozku norm. Likvor: výrazná hyperproteinóza (3,43 g/l), výrazné zvýšení gamaglobulinů a lehké alfa 1 glob., výrazné zvýšení IgG, IgA a IgM. Lymfocytární pleiocytóza 244/3. Nemocný přeléčen megadávkami krystalického penicilínu, nasazena kortikoterapie. Již za několik dnů subj. i obj. zlepšování stavu. Při poslední kontrole za 2 roky lehká reziduální paréza n. VII. periferního typu vlevo, jinak normální neurolog. nález. Vyšetření na specifické protilátky bylo možno uskutečnit až za 2 roky po onemocnění, titr byl nízký.

4. pacient J. F., 37letý, č. chor. 332/87. V květnu 1983 bodnut nějakým hmyzem do pravé tváře. Bezprostředně potom edém a pálení tváře, následující den bez potíží.

Za 3 měsíce prodělal angínu, která přeléčena V-PNC v obvyklých dávkách. Po angíně otoky kotníků, drobných kloubů ručních, křečovitě bolesti lýtkového svalstva, parestézie, pocity ztuhlosti a únavnosti obou DK zvláště po námaze. Současně rozvoj svědivého erytému, papul a krust na obou bérkách, recidivující v souvislosti s myalgiami — tj. až do doby příjmu na naše oddělení, trvající asi 4 dny. Pro prchavost exantému kožního lékaře ne navštívil. Stav v r. 1983 uzavřen jako polyartralgie po viróze, testy revmatické aktivity opakovaně negativní. Uvedené potíže trvaly až do r. 1987, kdy byl přijat na naše oddělení. V obj. nálezů výrazná veget. labilita, areflexie na HK i DK, tonus a síla svalová i po zátěžovém testu normální. Taktilní hypostézie od kolena distálně vpravo, hyperestézie obou stehů, ladička zkrácena na drobných kloubech ručních, jinak norm. nález. Kůže čistá. Z pom. vyš.: CPK 1,17 nkat/l (vyšší hodnota), kreatin v séru 204 μ mol/l (výrazně vyšší hodnota), moč B opal., likvor lehká hyperproteinóza (0,63 g/l), jinak včetně elfo v mezích normy. EMG na HK i DK: všechny vyšetřované svaly bez denervačních potenciálů. Na HK i DK nižší amplituda Apmj., vyšší polyfázie s úzkými fázemi, interference většinou přiměřená, pro bolest v některých svalech lehce řidčí. EMG nález svědčí pro myogenní změny. EEG: norm. nález. EKG: izoelektrické T v aVL, ascendentní deprese ST ve V₃-V₅ II. sv. Sérologické vyšetření IgG protilátek LYME-ELISA (dr. Jirouš) 1 : 1024 — vysoký titr, po přeléčení 1 : 256 — pozitivní hodnota. Nemocný léčen Procain PNC po dobu 4 týdnů v celkové dávce 105 ml. j., kúra zakončena aplikací pendeponu. Současně podáván prednison v obvyklých dávkách. Koncem hospitalizace se objevily ve stopách refl. na DK, nemocný udával poruchy čití, ještě 2 měsíce po propuštění si stěžoval na občasné parestézie a únavnost DK, ale v menší míře.

Diskuse

V sestavě pacientů léčených u nás v poslední době pro dg. lymeská choroba vyniká pestrost klinických příznaků. U dvou pacientů se manifestovaly pod polyneuritickým syndromem, u třetího probíhaly v podobě meningopolyneuritidy. Sérologické vyšetření tohoto nemocného bylo negativní možná proto, že bylo provedeno s dvouletým odstupem po přeléčení megadávkami PNC. Z běžných, v literatuře popisovaných průběhů choroby se vymyká náš čtvrtý pacient. U něj při minimálním fyzikálním nálezů dominovalo difúzní těžší postižení svalů ve formě polymyositidy, prokázané EMG i biochemickým nálezem. Obraz dokresloval polyneuritický syndrom, artralgie a exantémy v anamnéze. Společným znakem u našich pacientů byly neztížitelné bolesti na počátku onemocnění bez určité kořenové propagace (2, 8). Nemocní se k nám dostavili většinou v druhé fázi onemocnění. S recidivou jsme se setkali u jedné pacientky, kde jsme v první fázi onemocnění chybovali v diagnóze. Ukázalo se, že přeléčení kortikoidy nestačilo, po 4 týdnech došlo k recidivě,

i když byl likvor v první fázi onemocnění při propuštění sanován. Likvorový nález proteocyto-logické asociace s mononukleární pleiocytózou a častým nálezem plazmatických buněk, popisovaný jinými autory (2, 3, 5) měli první tři pacienti, lehké zmnožení bílkovin prokázané u čtvrtého nemocného lze vysvětlit chronicitou obtíží. Pokousání klišťem v anamnéze udal pouze jeden pacient. Kožní projevy byly zjištěny u poloviny našich nemocných, což se shoduje s literaturou. Weber aj. (8) ve své práci uvádějí, že EMC může chybět nebo může být prchavé nebo nepoznané. U našich nemocných nedošlo k většímu postižení jiných orgánů mimo nervovou soustavu, jeden měl přechodnou proteinurii a komorové extrasystoly, u jedné pacientky bylo podezření z náhlé příhody břišní, kterou chirurg nepotvrdil.

Svým příspěvkem jsme chtěli poukázat na to, že lymeská choroba jen v oboru neurologie vytváří velmi pestrou paletu příznaků. Přistoupí-li navíc orgánové změny, vzniká obraz multisystémového onemocnění, které bude jistě v budoucnu díky možnosti průkazu specifických protilátek (2) stále častěji diagnostikováno, a tak bude možno nasadit účinnou léčbu.

Souhrn

Byly popsány 4 případy onemocnění lymeskou chorobou. Poukázáno na pestrost klinických příznaků. Zdůrazněn význam průkazu IgG protilátek metodou LYME-ELISA v séru i likvoru. Pozitivní výsledky byly u třech pacientů. ATB léčba byla úspěšná u všech nemocných.

Literatura

1. ACKERMANN, R. et al.: Spirochäten — Ätiologie der Erythema — chronicum — migrans — Krankheit. Dtsch. med. Wschr., 109, 1984, s. 92—97.
2. BOJAR, M. - JIROUŠ, J.: Lymeská choroba. Přednáška na semináři neurologické kliniky prof. Vymazala. Duben 1987.
3. DOUTLÍK, S.: Infekce a nervová soustava. 1. vyd. Praha, Avicenum 1987, 193 s.
4. GOEBEL, K. M.: Lyme — Krankheit. Dtsch. med. Wschr., 111, 1986, č. 34, s. 1286—1289.
5. MAIDA, E. - KRISTOFERITSCH, W.: Liquorveränderungen bei Meningoradiculitis Gerin — Bujadoux Bannwarth. Nervenarzt, 54, 1986, č. 3, s. 149—152.
6. VALEŠOVÁ, M. - TRNAVSKÝ, K.: Lymeská nemoc. Prakt. Lék., 66, 1986, č. 17, s. 620—621.
7. WEBER, K.: Lymphocytic meningoradiculitis of Bannwarth and erythema migrans disease. J. Neurol., 231, 1984, s. 281—282.
8. WEBER, K. - PUZIK, A. - BECKER, Th.: Erythema migrans Krankheit. Dtsch. med. Wschr., 108, 1983, s. 1182 až 1190.

Klíčová slova: Lymeská choroba; Klinické příznaky; Léčba; Zkušenosti.