

Borreliainfektion med skuldersmerter som primært symptom

Læge Troels Reinholdt Møller

Vejle Sygehus, Neurologisk Afdeling

Neuroborreliose er en af de hyppigste vektormedierede sygdomme på den nordlige halvkugle. Et bredt spektrum af symptomer med afficering af mange forskellige organer er med til at vanskeliggøre diagnostikken af sygdommen. Sjældent ses smerter og progredierende parese af skuldermuskulaturen som eneste symptomer.

Sygehistorie

En 69-årig mand blev indlagt akut på grund af progredierende parese af begge overekstremiteter. Patienten havde kendt non-insulin dependent diabetes mellitus (NIDDM), men var ellers sund og rask.

Tre uger tidligere opstod der nakkesmerter hos patienten. Smerterne strålede ud over højre skulderåg.

Patienten henvendte sig til egen læge, som fik mistanke om skulderbursit og gav smertestillende behandling. Endvidere konsulterede patienten en kiropraktor, der foretog manipulationer af nakken.

En uge efter debut var der smerteudstråling til venstre skulder og begyndende kraftnedsættelse af venstre arm i skulderen og albuen. Få dage forud for indlæggelsen opstod der føleforstyrrelser i venstre hånds fingre samt progredierende parese i højre arm. Ved ankomsten på neurologisk afdeling fandtes der atrofi af musculus suprascapularis, mest udtalt på højre side. Der var parese (kraft grad 1) over højre albue og (kraft grad 4) ved venstre albue ved fleksion, parese (kraft grad 3) på højre hånd og (kraft grad 5) på venstre, samt paralyse af trapeziusmuskulaturen bilateralt. Der er dyb arefleksi bilateralt på overekstremiteterne. Der fandtes nedsat sensibilitet på højre arm, mest udtalt dorsalt, og smerter ved ekstension af albueleddet. Der var paræstesier distalt på venstre hånd, men i øvrigt normal sensibilitet i venstre overekstremitet. Der var normal sensibilitet, tonus, trofik, kraft samt dybe reflekser i svaerende til underekstremiteterne.

MR-skanning af columna cervicalis blev bestilt på mistanke om svær stenose ved C4-C6-niveau. Undersøgelsen viste beskedne degenerative forandringer i columna, intet patologisk.

Elektromyografi blev bestilt på mistanke om bilateral plexus brachialis neuritis. Differentialdiagnostisk blev der også overvejet Guillian-Barrés syndrom og akut polyradikulit.

Blodprøverne viste et blodsukker på 10,4 mmol/l samt normale infektionsparametre.

Ved gennemgang næste morgen uddybedes anamnesen og patienten fortalte, at han under ture i skoven havde set en del skovflåter kravle på sig, men han erindrede ikke at være blevet bidt. Han havde hverken haft hududslæt, ledsmerter eller feber forud for indlæggelsen.

På den baggrund opstod der mistanke om neuroborreliose, og der udførtes lumbalpunktur, som viste pleocytose (115) samt positive titrer for både IgM- og IgG-borreliæ. Efterfølgende blev patienten sat i infusionsbehandling med ceftriaxon i tre uger for neuroborrelios.

To måneder efter var patienten tilbage i sin habitualtilstand, fraset sjældent forekommende sitrende fornemmelse på højre håndryg. Ved objektiv undersøgelse fandtes normal kraft i alle led samt normale dybe reflekser.

Diskussion

Neuroborreliosis, Lyme *disease*, skyldes infektion med spirokæten *Borrelia burgdorferi*, der overføres ved bid fra skovflåt (*Ixodes ricinus*).

Kun 25-45% af patienterne med borreliainfektion er opmærksomme på, at de forud er blevet bidt af en skovflåt [1]. Symptomspektret er bredt og varierer fra slet ingen symptomer til flere symptomer på en gang. Erythema migrans forekommer som et af de hyppigste symptomer inden for dage til uger, efter patienten er blevet bidt [2].

Neuroborreliosis er ligeledes hyppig og kan inddeles i den subakutte meningeo-myleo-radikulo-neurit, som udgør ca. 95% og den kroniske progressive encephalomyelit/kroniske meningit som udgør ca. 5% [1].

Den subakutte meningeo-myleo-radikulo-neurit viser sig ofte som radikulære smerter og pareser. Smerterne er typisk voldsomme og følger sjældent det anatomiske område af nerverødder eller perifere nerver. 65-75% har motoriske udfald. Hyppigste motoriske udfald er facialisparese [1].

Symptomer og udfald på begge overekstremiteter er sjældent, da neuroborreliose typisk er asymmetrisk i debut, udbredelse og sværhedsgrad [1].

Denne sygehistorie understreger, at neuroborreliose kan debutere med ukarakteristiske symptomer. Ved langsomt progredierende smerter og lammelser bør der være vide indikationer for diagnostik med henblik på udelukkelse af neuroborreliose. Manglende erkendelse af flåtbid kan ikke anvendes diagnostisk til udelukkelse af neuroborreliose.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK

Antaget: 22. august 2003.
Interessekonflikter: Ingen angivet

Taksigelse: Forfatteren ønsker at takke *Anne-Mette Homburg* og *Johan Wallin*.

Litteratur

1. Hansen K. Lyme neuroborreliosis: improvement of laboratory diagnosis and survey of epidemiological and clinical features in Denmark 1985-1990. *Acta Neurol Scand* 1994;89:1-44.
2. Henriksen TB. Lyme-neuroborreliose hos en 66-årig kvinde. *Ugeskr Læger* 1997;159:3175-7.

Griscellis syndrom

Stud.med. Pernille Svenningsen, overlæge Bodil Laub Petersen, cand.scient. Lars P. Ryder, overlæge Helle Broholm, reservelæge Kirsten Juhl Møller-Hansen, kursusreservelæge Jonathan P. Glenthøj, overlæge Carsten J. Heilmann & afdelingslæge Klaus Gottlob Müller

H:S Rigshospitalet, Pædiatrisk klinik II, Patologiafdelingen og Vævstypelaboratoriet, og Næstved Centralsygehus, Børneafdelingen

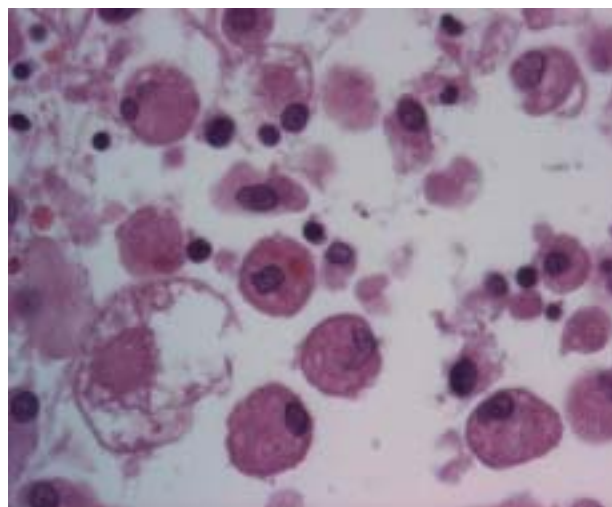
Griscellis syndrom (GS) er en sjælden autosomal recessiv sygdom, der først blev beskrevet af *Griscelli* i 1978 [1]. Der er hidtil rapporteret om godt 30 tilfælde, hovedsagelig fra Middelhavsområdet. Syndromet omfatter partiel albinisme, der blandt andet manifesterer sig ved et karakteristisk sølvblondt hår, neurologiske symptomer og svær cellulær immundefekt, der ubehandlet er letal. Nedenfor beskrives tre tilfælde af GS set i perioden 1996 til 2000.

Sygehistorier

I. En ti måneder gammel pige blev indlagt med recidiverende febrilia, eksantem, progredierende tab af motoriske færdigheder og hyppige generaliserede krampeanfald. Hun var tidligere rask, men havde fra fødslen haft sølvblondt hår. Paraklinisk fandtes der normalt hæmoglobinniveau, let trombocytopeni og neutropeni, let alaninaminotransferaseforhøjelse og normalt C-reaktivt protein. I spinalvæsken fandt man: pleocytose (11 mio./l), forhøjet protein (1,32 g/l) og forhøjet IgG-produktionsindeks (0,84); der var negativ dyrkning og negativ polymerasekædereaktion for diverse vira, inkl. herpes simplex. Ved MR-skanning blev der påvist multiple millimeter til en halv centimeter store afrundede fortætninger i begge cerebellare og cerebrale hemisfærer med kraftig opladning efter i.v.-kontrast. Eeg var svært abnormt, men uden paroksyttisk aktivitet. Ultralydskanning viste let splenomegali. Metabolisk udredning viste normale forhold. Undersøgelse af lymfocyt-subpopulationer viste nedsat andel af K/NK-celler, normalt antal T-celler, og normal lymfocytstimulationstest. På mis-

tanke om virusinfektion blev patienten behandlet med aciclovir og krampeprofylakse i form af phenytoin, oxcarbazepin og diazepam. Trods dette blev patienten tiltagende bevidsthedspåvirket og hypertont. Behandling med prednisolon (2 mg/kg/døgn) og bredspektrede antibiotika var uden effekt. CT af cerebrum viste i terminalfasen tiltagende infiltrater, og patienten døde 11 måneder gammel. Ved neurosektion blev der påvist udtalte destruktive forandringer overvejende i hvid substans, demyelinisering, mikrogliose stedvis med hæmofagocytose, nekrose, blødning og spredte perivaskulære infiltrater af T-lymfocytter og makrofager. Cortex var spongios med tab af neuroner, og leptomeningealt fandtes der leukocytinfiltrater (**Figur 1**).

II. En 14 dage gammel søster til patienten i sygehistorie I, nr. 3 af i alt tre søskende, blev henvist pga. sølvblondt hår. Hun var på henvisningstidspunktet rask og med normale parakliniske fund fraset trombocytose (1.000 mia./l). Hår fra patienten og hendes afdøde søster viste ved mikroskopi karakteristiske pigmentansamlinger i hårskaftet, tydende på GS (**Figur 2**). Hår



Figur 1. Område af hvid substans, demyeliniseret, opfyldt af makrofager med rigeligt eosinofilt granuleret cytoplasma og en centralt til excentrisk lejret kerne. I flere af cellernes cytoplasma ses der tegn på hæmofagocytose med erythrocytter i cytoplasmaet. H&E, $\times 400$.