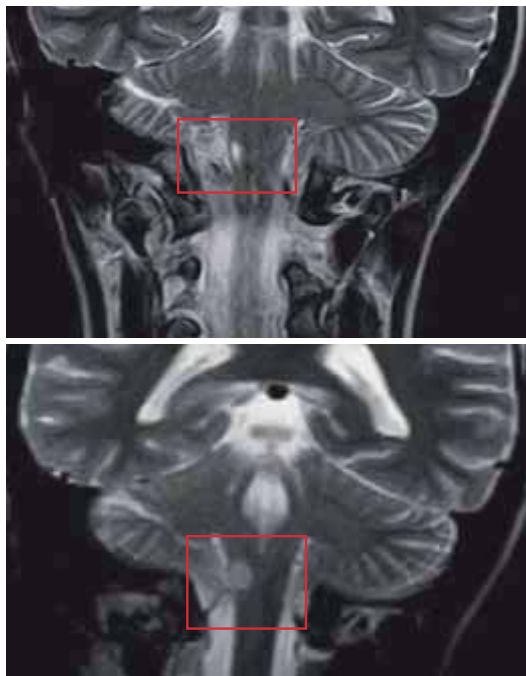


2 miesiące przed zachorowaniem, zmiany zapalne w płynie mózgowo-rdzeniowym z pleocytozą limfocytarną oraz wykazanie syntezy wewnątrzoponowej przeciwciał przeciw *B. burgdorferi* nie pozostawiają wątpliwości co do etiologii zespołu neurologicznego. Po wdrożeniu terapii uzyskano pełne wyleczenie.



Rycina 13. Ognisko niedokrwienne w przebiegu *vasculitis* w neuroboreliozie.

Polineuropatie

W boreliozie obserwuje się szerokie spektrum zaburzeń dotyczących nerwów obwodowych, takich jak: neuropatie czaszkowe, radikulopatie z zespołem bólowym lub rozlane polineuropatie, traktowane często jako mnogie mononeuropatie. Krętki *Borrelia* powodują zapalne

i angiopatyczne zmiany nerwów obwodowych prowadzące do uszkodzenia aksonów i powstania neuropatii, które mogą przebiegać jako uszkodzenie splotu ramiennego lub lędźwiowo-krzyżowego.

Zajęcie korzeni nerwowych – opis przypadku 3

Mężczyzna, lat 53, hospitalizowany uprzednio na oddziale neurologicznym z powodu utrzymującego się od 3 tygodni osłabienia kończyn dolnych i kończyn górnych. W badaniach laboratoryjnych wykazano obecność przeciwciał w klasie IgG w surowicy przeciwko B. burgdorferi. Wykonano nakłucie lędźwiowe i uzyskano płyn mózgowo-rdzeniowy o charakterze limfocytarnym (cytoza 325 komórek/mm³, limfocyty 94%). Pacjent został przekazany do Kliniki Chorób Zakaźnych i Neuroinfekcji z rozpoznaniem limfocytarnym zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych.

W badaniu przedmiotowym stwierdzono zaniki mięśniowe w obrębie kończyn górnych oraz obręczy barkowej, osłabienie siły mięśniowej kończyn górnych (L>P), ograniczenie ruchomości kończyn górnych znacznego stopnia, a także opadanie głowy. Chód był zachowany. Test immunoblot wykazał serologiczne cechy zakażenia B. burgdorferi: obecność przeciwciał przeciwko B. burgdorferi w płynie mózgowo-rdzeniowym i wewnątrzoponową syntezę przeciwciał w klasie IgG i IgM.

W leczeniu zastosowano ceftriakson. Rozpoczęto rehabilitację chorego, która przyniosła niewielką poprawę. W badaniu kontrolnym płynu mózgowo-rdzeniowego widoczna była tendencja do normalizacji. Pacjent został przekazany na oddział rehabilitacji neurologicznej, aby kontynuować rehabilitację. Podczas wizyty kontrolnej stwierdzono znaczną poprawę w zakresie siły mięśniowej oraz ruchomości kończyn górnych (ryc. 14b).

Po zakończeniu terapii antybiotykowej i po miesiącu leczenia rehabilitacyjnego nastąpiła znaczna poprawa ruchomości kończyn górnych.

Po roku od zakończenia leczenia pacjent w pełni odzyskał funkcje motoryczne (ryc. 14c).