

Oliver Adam, Paul W. Meier

Hätten Sie es gewusst? – Erythema migrans?

Pädiatrische Fälle in der Hausarztpraxis – kurz und bündig erklärt

Fall

Eine Mutter kommt mit Ihrem vierjährigen Sohn wegen eines asymptomatischen Hautausschlages in die Praxis. Er war und ist afebril. Vor einer Woche sind sie aus den USA zurückgekehrt. Ein Zeckenstich ist nicht erinnerlich. Trotzdem scheint die Diagnose auf den ersten Blick klar: Erythema chronicum migrans. Aber dann zieht die Mutter den Knaben aus und es zeigen sich multiple gleiche Effloreszenzen. Wirklich ein ECM oder doch etwas anderes?

Antwort

Das ECM kommt normalerweise als lokale Erkrankung (Stadium I) der Lyme-Borreliose vor. Es tritt innert einer bis zwei Wochen (Range 3–32) Tagen nach einem Zeckenstich auf. Gelegentlich kommt es jedoch tatsächlich auch nach einem einzigen Zeckenbiss zum multiplen ECM. Allerdings handelt es sich dann bereits um eine frühe disseminierte Erkrankung, also ein Stadium II und die Latenz zwischen Stich und Hauteffloreszenzen beträgt drei bis fünf Wochen.

Diese multiplen ECM sind in den USA deutlich häufiger als in Europa (rund 23% vs. 7%), was darauf zurückgeführt wird, dass in den USA ausschliesslich *Borrelia burgdorferi sensu stricto* vorkommt, in Europa aber *B. afzelii* und *B. garinii* und die verschiedenen Borrelien-Subgruppen leicht unterschiedliche Symptome hervorrufen.

So sind beispielsweise neurologische Folgen (*B. garinii*) in Europa häufiger als in den USA. Das Lymphozytom und die Acrodermatitis (*B. afzelii*) kommen nur in Europa vor.

Therapie

- Die Therapie erfolgt mittels peroraler Antibiotika für 14–21 Tage.
- Bei Kindern unter acht Jahren mit Amoxicillin 20 mg/kgKG 3x täglich (Alternative: Cephalosporin oder Clarithromycin),
- Bei Kindern über acht Jahren mit Doxycyclin 1–2 mg/kgKG 2x täglich.

Stichwort «Serologie» beim ECM

Eine Serologie ist beim ECM wenig hilfreich und wird nicht empfohlen. Da es sich beim ECM um eine frühe, lokale Manifestation handelt, sind meist noch keine Antikörper nachweisbar. Nur bei sehr unklaren Fällen ist eine Serologie sinnvoll, bei negativem Befund ist sie jedoch nach vier bis acht Wochen zu wiederholen, um eine Serokonversion nicht zu verpassen. Diagnose und Therapieindikation stellen sich beim ECM also aus der Klinik.

Etwas anders ist die Situation bei disseminierten Formen des Lyme-Disease Stadium II (z.B. Fazialisparese, Meningitis) oder III (z.B. Arthritis). Dort ist eine Serologie zwar hilfreich, aber nicht beweisend, denn die Interpretation einer positiven Borrelienserologie ist heikel. Erstens sollte ein positiver Suchtest mittels Westernblot bestätigt werden, da falsch positive Werte recht häufig sind. Zweitens gibt uns die Serologie (auch bei positiven



IgM) keinen klaren Hinweis auf eine akute Borrelieninfektion. Die Titer können über Monate und Jahre persistieren und zeigen somit lediglich, dass irgendwann einmal ein Borrelienkontakt bestand. Die Seroprävalenz für Borrelienantikörper bei Blutspendern in der Schweiz liegt bei rund 10%, aber nur ein Bruchteil davon hatte jemals Symptome einer Lyme-Borreliose.

Merke

Positive Serologie ≠ Lyme-Borreliose
 Klinik + positiver Westernblot = Lyme-Borreliose
 Die detaillierten Empfehlungen betreffend Diagnostik und Therapie bei Borreliose finden Sie in der SAEZ 2005;86(41):2332-2338, 2005;86(42):2375-2384 und 2005;86(43):2422-2428.

Korrespondenz:

Dr. med. Paul W. Meier
 FMH Kinder- und Jugendmedizin
 Gruppenpraxis für Kinder und Jugendliche
 Bürgerspital
 4500 Solothurn
 paul.meier@mac.com