

Hautrötungen bei Naturliebhabern

Markus A. Herold^a, Hugo Rüttimann^b

^a Infektiologie FMH, Maihofpraxis, Luzern

^b Sanacare Praxis, Luzern

Fallbeschreibung

Eine 57-jährige Bürofachfrau meldete sich Anfang Januar 2011 wegen seit Monaten dauernden bewegungs- und belastungsabhängigen Schmerzen beider Sprunggelenke. Neu seien Rötungen am rechten Handrücken und am linken Unterschenkel aufgetreten. Die Patientin erinnerte sich zusätzlich an eine ausgeprägte Rötung am linken Unterschenkel ca. 2006 nach einer Wanderung – also 5 Jahre vor dem jetzigen Leiden –, die sich im Verlauf ausgebreitet habe und nach wenigen Wochen unter NSAR verschwunden sei.

Objektiv waren am linken Unterschenkel und am rechten Handrücken deutliche livide Rötungen ohne Überwärmung vorhanden, die Haut war leicht atroph. BSR, CRP und Hämatogramm waren normal, die Borrelien-Serologie war positiv (IgG, Immunoblot-VLsE, p100, p41, p39, OspC, p18).

Aufgrund dieser Anamnese und der Klinik wurde eine Acrodermatitis chronica atrophicans mit möglicher gleichzeitiger Arthropathie beider Sprunggelenke diagnostiziert und mit Doxycyclin 2 × 100 mg über 30 Tage behandelt. Darauf blässen die Rötungen kontinuierlich ab, und die Schmerzen verschwanden vollständig innerhalb von 12 Monaten.

Kommentar

Die Lyme-Borreliose ist mit rund 10000 Fällen pro Jahr wahrscheinlich die häufigste durch Zecken übertragene Krankheit in der Schweiz [1]. Das häufigste durch Borrelien verursachte Krankheitsbild ist das Erythema migrans mit rund 80%. Die im Krankheitsverlauf später auftretenden Acrodermatitis chronica atrophicans, Arthropathie und Lymphocytoma benignum cutis sind mit je 5% deutlich seltener. Die Neuropathie kommt in 2,4% und die Kardiopathie in 0,2% vor.

Die Acrodermatitis chronica atrophicans ist bei älteren Menschen häufiger als bei jüngeren, besonders bei Frauen – bei Kindern kommt sie praktisch nie vor [2]. Nur bei ganz wenigen Personen ist den Hautläsionen ein Erythema migrans an der gleichen Extremität vorausgegangen. Die Läsionen betreffen vor allem die Streckseiten der distalen Extremitäten, die häufigsten Lokalisationen sind der distale Unterschenkel und der Fuss. Typische Läsionen beginnen mit einer unscharf begrenzten rötlich-bläulichen, leicht ödematösen Verfärbung. Nach Wochen bis Monaten atrophiert die Haut, sie wird trocken, und es entstehen Fältchen, Hautanhangsgebilde wie Haare gehen verloren und subkutane Strukturen wie Blutgefässe werden sichtbar. In

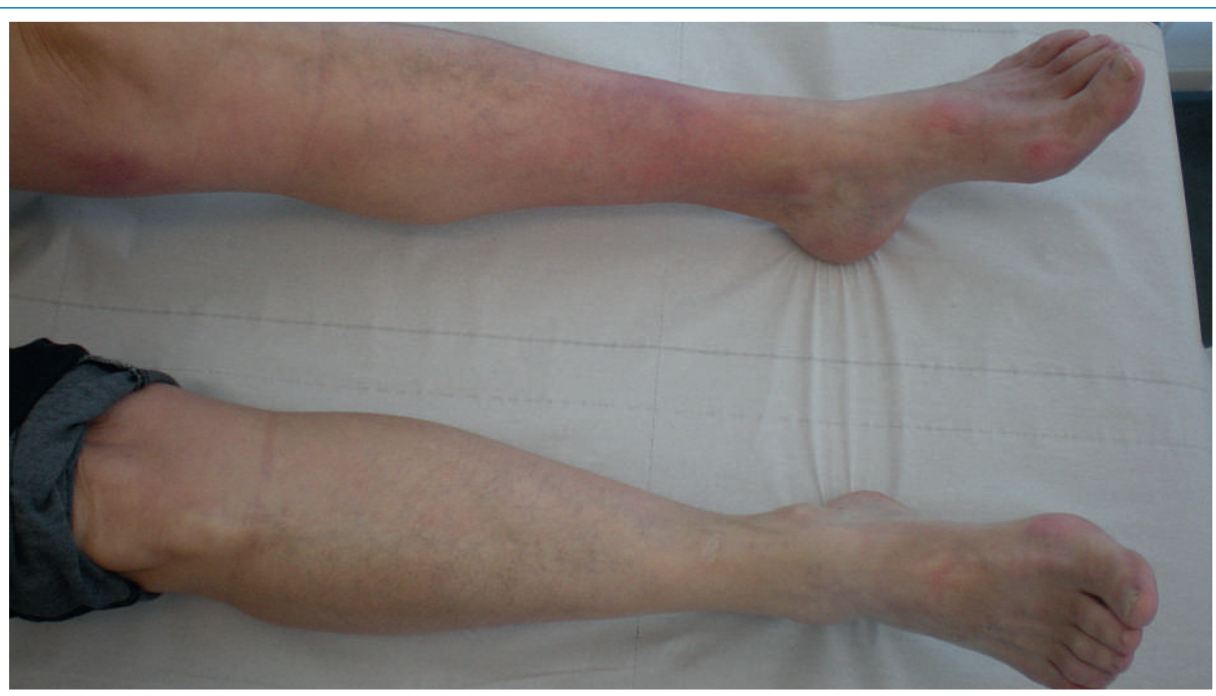


Abbildung 1

Aufnahme der Beine vom 10.2.2011 mit lividen Rötungen.

Die Autoren haben keine finanzielle Unterstützung und keine anderen Interessenskonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

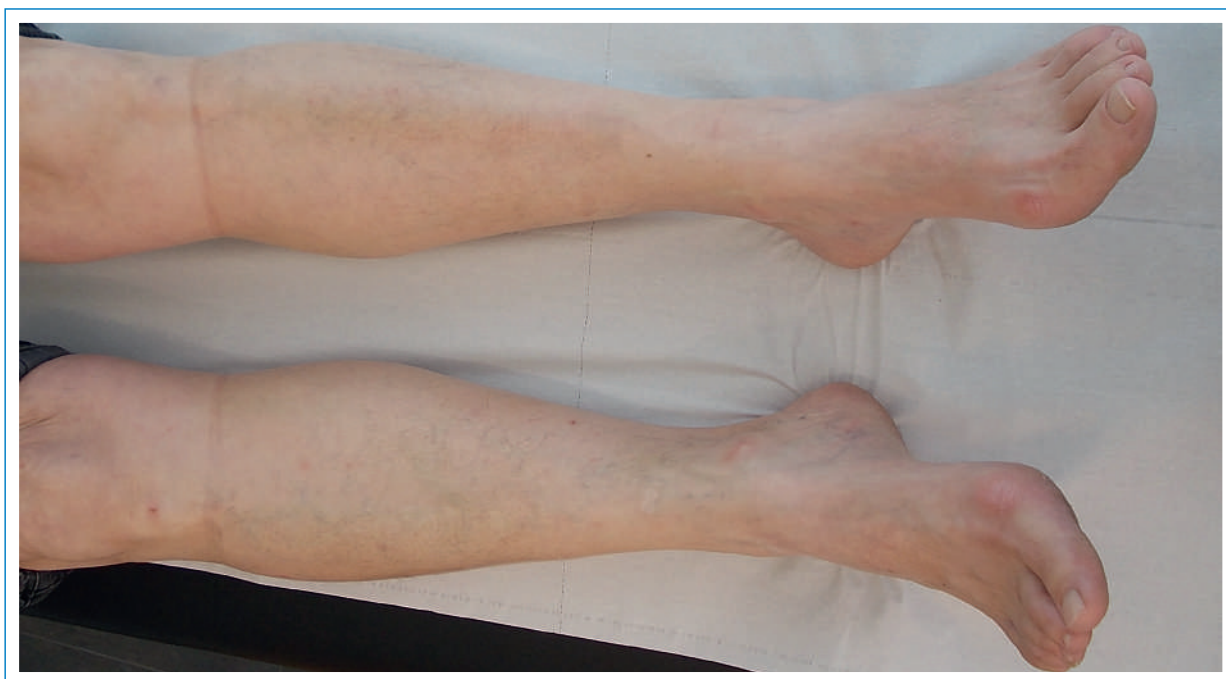


Abbildung 2

Aufnahme der Beine vom 27.2.2012 nach Verschwinden der Rötungen.

60% entstehen auch periphere Neuropathien mit Dysästhesien, Muskelschwäche, -krämpfen und -schmerzen [2].

Die Schweizerische Gesellschaft für Infektiologie hat 2005 in der *Schweizerischen Ärztezeitung* drei klar formulierte und in der Praxis sehr nützliche Artikel u.a. zu Epidemiologie, Diagnostik, Klinik und Therapie der Lyme-Borreliose publiziert [3].

Die Diagnose des Erythema migrans ist aufgrund der Häufigkeit und der typischen Klinik meist einfach zu stellen. Eine Serologie ist nicht indiziert – und zu diesem Zeitpunkt oft noch negativ. Hingegen ist bei allen anderen Borrelien-Manifestationen [3] eine Serologie zur Unterstützung der klinischen Diagnose indiziert – wie bei der Acrodermatitis chronica atrophicans.

Der Therapieerfolg bei Acrodermatitis chronica atrophicans und anderen Manifestationen ist insgesamt sehr gut. Allerdings kann es zu verzögertem Therapieansprechen kommen. Insbesondere bei der Arthropathie können noch Monate nach Therapie Gelenksbeschwerden persistieren. So sollte der Therapieerfolg erst drei Monate nach Therapiebeginn beurteilt werden. Bei adäquat durchgeführter Therapie ist keine Wiederholung der Therapie indiziert, ausser bei einer Reinfektion.

Danksagung

Wir danken Frau Dr. Helen Kovari, Infektiologie, UniversitätsSpital Zürich, und Dr. Markus Frei, Tropenmedizin, Maihofpraxis Luzern, für die Durchsicht des Manuskriptes und die wertvollen Anregungen.

Korrespondenz:

Dr. med. Markus Herold
 Infektiologie und Innere Medizin FMH
 Maihofpraxis
 Maihofstrasse 1
 CH-6004 Luzern
[herold\[at\]bluemail.ch](mailto:herold[at]bluemail.ch)

Literatur

- 1 Lyme-Borreliose: Sentinella-Erhebung 2008/2009 – Das Nationale Referenzzentrum für Zecken und zeckenübertragene Krankheiten stellt sich vor. BAG-Bulletin. 2010;22:579–82.
- 2 Müllegger RR. Dermatological manifestations of Lyme borreliosis. *Eu J Dermatol.* 2004;14:296–309.
- 3 Evison J, Aeb C, Francioli P, Péter O, Bassetti S, Gervaixe A, et al. Abklärung und Therapie der Lyme-Borreliose bei Erwachsenen und Kindern. Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Infektiologie. Teil 1: Epidemiologie und Diagnostik. Teil 2: Klinik und Therapie. Teil 3: Prävention, Schwangerschaft, Immundefizienz, Post-Lyme-Syndrom. *Schweizerische Ärztezeitung.* 2005;86(41):2332–8 und 2375–84 und 2422–8.