

Eine seltene Ursache des einseitigen Unterschenkelödems

Acrodermatitis chronica atrophicans

Dr. med. Salomon M. Manz^a, Dr. med. Kristian Schneider^b, Dr. med. Christian Roedel^c

^a Institut für Hausarztmedizin, Universitätsspital Zürich, Zürich

^b Klinik für Allgemeine Orthopädie, Universitätsklinikum Münster, Münster, Deutschland

^c Angiologische Praxis, Wetzikon

Fallbeschreibung

Ein 60-jähriger Patient ohne bekannte Vorerkrankungen oder regelmässige Medikamenteneinnahme stellte sich aufgrund einer seit etwa sechs Wochen bestehenden, schmerzlosen, rechtsseitigen Unterschenkelanschwellung in unserer Notfallsprechstunde vor. Klinisch imponierte ein einseitiges, livid-rötliches Unterschenkelödem (Abb. 1).

Der neurologische Status zeigte keine pathologischen Auffälligkeiten. Eine ursächliche Beinvenenthrombose oder eine chronisch venöse Insuffizienz konnten duplexsonographisch ausgeschlossen werden.

Während der erweiterten Anamnese erwähnte der Patient, dass er in seiner Freizeit gerne Pilze sammeln würde. Auf gezielte Nachfrage hin erinnerte er sich, dass er dabei vor etwa acht Wochen einen Zeckenstich im Bereich der rechten Ferse erlitten habe. Bei hohem klinischem Verdacht auf eine Acrodermatitis chronica atrophicans (ACA) wurde die Borrelien-Serologie bestimmt. Hier zeigte der Antikörpersuchtest mittels ELISA für *Borrelia-burgdorferi*-IgG und -IgM ein positives Resultat. Auch der *Borrelia-burgdorferi*-IgG-Bestätigungstest mittels Western Blot fiel positiv aus. Bei breitem und positivem Bandenspektrum (p83/100, VIgE, p58, p39, p20, p19) sowie negativem *Treponema-pallidum*-IgG/IgM konnten wir die Diagnose einer ACA im ödematösen Stadium stellen – eine kutane Spätform der Lyme-Borreliose.

Nach vierwöchiger Antibiotikatherapie mit Doxycyclin (peroral, 100 mg 1–0–1) [1] kam es zu einer kompletten Regredienz der Symptomatik. Eine Herxheimer-Reaktion trat bei Therapiebeginn nicht auf.

Diskussion

Vor allem Schildzecken der Gattung *Ixodes* (Holzbock) fungieren als Reservoir der Borrelien, die typischerweise in Gräsern, Sträuchern sowie Wäldern meist unter 1200 Höhenmetern leben. Bis zu 40% der Zecken sind Träger von *Borrelia burgdorferi* [2].

Die ACA ist mit einer Prävalenz von 1–10% je nach Region in Europa die häufigste Spätmanifestation der Lyme-Borreliose [3], die im Gegensatz zu unserem



Abbildung 1 A+B: Rechtsseitiges, typisch livid-rötliches Unterschenkelödem. Beide Aufnahmen entstanden bei der Erstkonsultation des vorgestellten Patienten. (Die Publikation erfolgt mit dem Einverständnis des Patienten.)



Salomon M. Manz

Fallbeispiel meist erst Monate oder gar Jahre nach Zeckenstich auftritt. Dies führt häufig zu falscher oder verspäteter Diagnosestellung [3]. Klassischerweise findet sich klinisch initial ein ödematös infiltratives Stadium mit rötlicher Verfärbung der Haut wie bei unserem Patienten. Im Verlauf zeigt sich eine livid-rote bis bräunliche Verfärbung der Haut mit Hautatrophie [4]. In über der Hälfte der Fälle wurden Parästhesien und Allodynie beschrieben [5]. Die Therapie der Wahl ist Doxycyclin oder alternativ Amoxicillin. Falls die kutanen Beschwerden trotz leitliniengerechter Therapie länger als sechs Wochen persistieren, sollten differentialdiagnostisch Ursachen wie eine Urtikaria-Vaskulitis, Sarkoidose, Tinea, zirkumskripte Sklerodermie und andere Dermatopathien in Betracht gezogen werden. Jedoch ist insbesondere bei längerem Bestehen des Ödems im Rahmen der ACA mit einer prolongierten Abheilung von Monaten bis Jahren zu rechnen [4].

Korrespondenz:
Dr. med. Salomon M. Manz
Institut für
Hausarztmedizin
Universitätsspital Zürich
Rämistrasse 100
CH-8091 Zürich
salomon.manz[at]jusz.ch

Fazit

- Insbesondere in Borrelien-Endemiegebieten, wie in grossen Teilen der Schweiz, sollte bei einem einsei-

tigen Beinödem nach Ausschluss einer Venenthrombose immer an die ACA gedacht werden.

- Bei kutanen Manifestationen der Borreliose bei Erwachsenen ist Doxycyclin die Therapie der Wahl.

Verdankung

Für die kritische Durchsicht des Manuskripts möchten wir den Herren Prof. Dr. Martin Altwegg und Dr. Michael Trummler herzlich danken.

Disclosure statement

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Literatur

- 1 AWMF Online, AWMF-Register Nr. 013/044 Klasse: S2k, Leitlinie der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft e.V., Kutane Lyme Borreliose. März 2016. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/013-044.html>.
- 2 Krause M, Majer S. Lyme-Borreliose: die letzten 30 Jahre. *Schweiz Med Forum*. 2012;12(50):976–9.
- 3 Moniuszko-Malinowska A, Czupryna P, Dunaj J, Pancewicz S, Garkowski A, Kondrusik M, et al. Acrodermatitis chronica atrophicans: various faces of the late form of Lyme borreliosis. *Postepy Dermatol Alergol*. 2018;35:490–4.
- 4 Scheerer C, Dersch R, Huppertz HI, Hofmann H. [Lyme Borreliosis: Cutaneous and Neurologic Manifestations, Case Definitions and Therapy]. *Dtsch Med Wochenschr*. 2020;145(1):19–28.
- 5 Kindstrand E, Nilsson BY, Hovmark A, Pirskanen R, Asbrink E. Peripheral neuropathy in acrodermatitis chronica atrophicans – a late Borrelia manifestation. *Acta Neurol Scand*. 1997;95:338–45.