

Zur Fehldiagnose bei chronischer Lyme-Borreliose (nach Steere et al, 1993)

AC Steere, E Taylor, GL McHugh, EL Logigian. The overdiagnosis of Lyme disease. JAMA 1993; 269(14):1812-6.

Epikrise in deutscher Übersetzung

von

W. Berghoff

Retrospektive Studie der „Lyme Disease Clinic at New England Medical Center“. Untersucht wurden 788 Patienten von 1987 bis 1991.

Methodik:

Die meisten Patienten wurden von niedergelassenen Ärzten überwiesen. Patienten wurden anamnestisch befragt bezüglich Erythema migrans, Zeckenexposition, Gelenkschwellung, mentale Störungen, serologische Untersuchungen, Auffälligkeiten bei Standardlabor. Die Diagnose der Lyme-Borreliose (LB) stützte sich auf charakteristische klinische Manifestationen, Anamnese und auf den serologischen Befund. Es galten folgende klinische Kriterien: Erythema migrans, Lyme-Arthritis, Meningitis, cranielle Neuropathie, Radikuloneuropathie, Pleozytose im Liquor, Encephalopathie, CSF-Auffälligkeiten, Polyneuropathie, spastische Paraparese, Läsionen im cMRT, AVB und Myokarditis.

Bei seronegativen Patienten mit typischen klinischen Befunden einer LB und anamnestischem Hinweis auf Erythema migrans erfolgte ein Lymphozytentransformationstest. Bei Liquoranalyse wurde auch auf intrathekale Antikörper untersucht.

Patienten mit LB wurden antibiotisch nachbehandelt: 200 mg Doxycyclin oder 2 g Amoxicillin für 30 Tage. Bei persistierender Arthritis Ceftriaxon 2 g für 2 bis 4

Wochen. Bei Fibromyalgie im Anschluss an Lyme-Borreliose Ceftriaxon 2 g 4 Wochen.

Ergebnisse:

23% der untersuchten Patienten litten an einer aktiven LB.

Die Patienten mit aktiver LB wiesen zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung folgende Häufigkeit von Krankheitsmanifestationen auf:

Erythema migrans	5%
Meningitis	9%
Cranielle Neuropathie	9%
Radikuloneuritis	9%
Arthritis	71%
Encephalopathie	12%
Polyneuropathie bei Arthritis	12%
Chronische Encephalopathie	63%
Polyneuropathie ohne Arthritis	63%
Akrodermatitis chronica atrophicans	1%
Keratitis	1%
Asymptomatisch seropositive Infektion	3%

15 Patienten mit Lyme-Arthritis litten an einer aktiven Lyme-Borreliose trotz antibiotischer Vorbehandlung. Bei den Patienten mit Lyme-Neuroborreliose war die Hälfte antibiotisch vorbehandelt worden.

Patienten mit aktiver LB waren in 98% der Fälle serologisch positiv. Bei den seronegativen Patienten zeigten 3/4 einen positiven LTT.

Bei 20% der Gesamtkollektivs (788 Patienten) wurde angenommen, dass zuvor eine Lyme-Borreliose bestand. Bei der Nachuntersuchung lagen jedoch andere Krankheiten, also keine Lyme-Borreliose vor. Im Wesentlichen litten diese Patienten an Muskelskelettschmerzen und Fatigue. Bei etwa 33% lag zwischen der LB und

den bei Nachuntersuchung festgestellten anderen Erkrankungen (CFS, Fibromyalgie) einige Wochen oder Monate. Zudem litten die Patienten, bei denen eine andere Krankheit, also keine LB angenommen wurde, an weiteren Symptomen: diffuse Muskelskelettschmerzen, Kopfschmerzen, Parästhesien, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen. Bei 15% war die angenommene andere Krankheit mehr als ein Jahr nach Abklingen der Lyme-Borreliose aufgetreten. 32% dieser Patienten mit einer anderen Krankheit litten an degenerativen Erkrankungen des Muskelskelettsystems. In einigen dieser Fälle war möglicherweise eine vorausgehende Lyme-Arthritis Ursache für Chondromalacia patellae oder Gonarthrose. Bei 10% der Fälle mit anderen Krankheiten, nicht LB, waren neurologische Symptome ein Jahr nach Lyme-Borreliose aufgetreten. Die Ursache für die neurologischen Störungen war in diesen Fällen meistens unklar.

Bei diesen Patienten mit vorausgehender Lyme-Borreliose und Vorliegen einer anderen Erkrankung bei Nachuntersuchung waren 86% bezüglich LB seropositiv. Bei den übrigen (seronegativen) Patienten war ein Erythema migrans anamnestisch nachweisbar.

Bei 57% aller 788 nachuntersuchten Patienten lag keine Lyme-Borreliose vor, sondern eine andere Erkrankung. Diese Patienten wiesen eine Beschwerdedauer von durchschnittlich 3 Jahren (ein Monat bis 22 Jahre) auf. Über die Hälfte dieser Patienten litten an CFS und Fibromyalgie. Etwa 30% dieser anderen Erkrankungen (also nicht LB) entfielen auf rheumatische Erkrankungen.

Von diesen Patienten mit anderen Krankheiten (also nicht LB) waren zuvor 45% bezüglich LB seropositiv, bei der Nachuntersuchung in der Klinik dagegen seronegativ.

Von sämtlichen überwiesenen Patienten (788 Patienten) waren über 50% zuvor antibiotisch behandelt worden entsprechend empfohlener Standardtherapie. Bei 8% dieser vorbehandelten Fälle lag eine Enzephalopathie oder eine Polyneuropathie infolge LB vor; bei diesen Patienten konnte in 75% der Fälle eine Besserung oder Beseitigung der Symptomatik nach Ceftriaxon 2 g für 2 bis 4 Wochen erzielt werden. Bei Patienten mit CFS und Fibromyalgie wurde bei einem kleinen Anteil der

Patienten antibiotisch nachbehandelt, jedoch ohne Effekt. Bei den übrigen Fällen, bei denen eine andere Erkrankung, also keine Lyme-Borreliose angenommen wurde, erfolgte keine antibiotische Nachbehandlung. In 3% der Fälle lag eine chronische Lyme-Arthritis vor, die auf antibiotische Behandlung nicht ansprang.

Diskussion:

Encephalopathie und Polyneuropathie sind wahrscheinlich direkt auf eine Infektion mit *B. burgdorferi* zurückzuführen. In einer solchen Krankheitssituation war die intravenöse antibiotische Nachbehandlung erfolgreich. Dagegen sind CFS und Fibromyalgie antibiotisch nicht zu beeinflussen. Das Auftreten einer Fibromyalgie nach LB legt nahe, dass LB die Fibromyalgie möglicherweise triggert. Insofern wäre die Fibromyalgie eine Folge von LB. Dieses Beschwerdebild (Fibromyalgie nach LB) spricht nicht auf antibiotische Behandlung an, wenngleich einige Patienten während der antibiotischen Behandlung eine Linderung der Beschwerdesymptomatik verspürten, allerdings nur vorübergehend.

Problematisch war die diagnostische Einordnung von neurologischen Symptomen nach LB: Schwindel, epileptische Anfälle, idiopathische periphere Neuropathie. Auch in diesen Fällen ist eine antibiotische Behandlung nicht effektiv.

Die Patienten waren meistens an die Klinik überwiesen worden wegen persistierender oder rezidivierender Symptome einer LB trotz vorausgegangener antibiotischer Behandlung. Nur bei Encephalopathie und Polyneuropathie wurde durch intravenöse antibiotische Nachbehandlung eine Besserung erzielt. Ein anderer kleiner Anteil der Patienten litt anscheinend an Immun-vermittelter chronischer Arthritis oder an parainfektöser Fibromyalgie getriggert durch *B. burgdorferi*. In solchen Fällen war die antibiotische Behandlung unwirksam.

Der häufigste Grund für eine anscheinend erfolglose antibiotische Behandlung ist die Fehldiagnose einer Lyme-Borreliose. Bevor eine antibiotische Nachbehandlung erfolgt, sollte der betreuende Arzt überprüfen, ob die Diagnose korrekt ist.