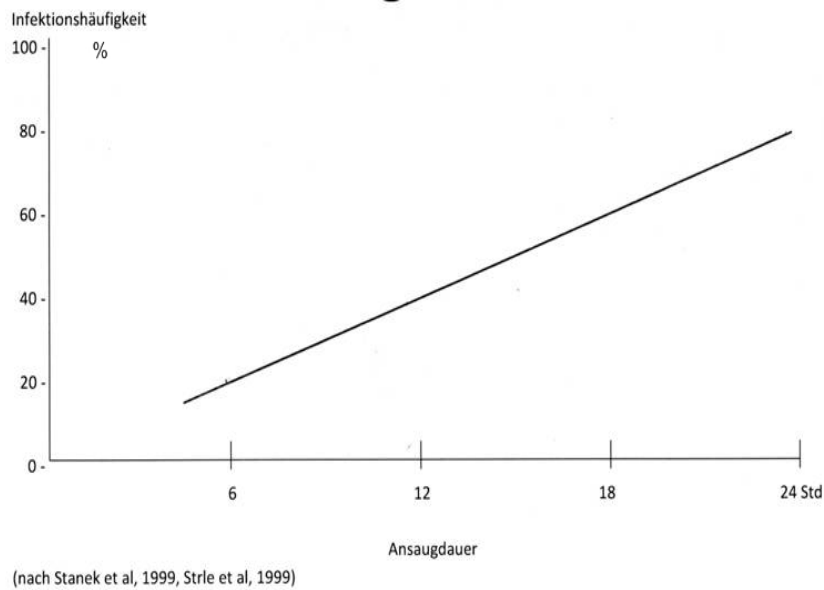


5.1 Ansaugdauer / Infektionshäufigkeit

Bei Zeckenstich nimmt mit zunehmender Ansaugdauer die Infektionshäufigkeit etwa linear zu (Abb. 1) (1, 2). Die mitunter in der Literatur vertretene Ansicht, dass die Infektion (LB) erst 24 Stunden nach Beginn des Zeckenstichs auftreten kann, ist also unzutreffend und stützt sich offensichtlich auf tierexperimentelle Studien. Allerdings konnte auch im Tierexperiment (5, 6, 7) nachgewiesen werden, dass etwa 50% der Tiere nach einer Saugzeit von 16,7 Stunden infiziert waren (3). In der tierexperimentellen Studie von Piesmann et al (1987) zeigte sich allerdings, dass die Infektion zwar bereits nach 24 Stunden auftreten kann, allerdings relativ selten. Die anderen Studien untersuchten die Infektiosität nach einer Saugdauer von mindestens 2 Tagen. Dabei zeigte sich in der Studie von Piesmann et als (1991), dass zu diesem Zeitpunkt über 60% der Tiere infiziert waren. Diese tierexperimentellen Studien machen also zu der Möglichkeit einer frühen Infektion beim Menschen keine zuverlässigen Aussagen.

Dass die Infektion in weniger als 24 Stunden übertragen werden kann wurde auch in einer jüngeren Studie bestätigt (4).

Abb. 1
Infektionshäufigkeit / Ansaugdauer



1

Literaturverzeichnis

1. F. Strle. Lyme Borreliosis in Slovenia. Zentralbl Bakteriologie 1999; 289:643-652.
2. G Stanek, O Kahl. Chemoprophylaxis for Lyme Borreliosis? Zentralbl Bakteriologie 1999; 289:655-665.
3. OK Kahl, C Janetzko-Mittmann, JS Gray, R Jonas, J Stein, R De Boer. Risk of infection with *Borrelia burgdorferi sensu lato* for a host in relation to the duration of nymphal *Ixodes ricinus* feeding and the method of tick removal. Zentralbl Bakteriologie 1998; 287:41-52.
4. ED Hynote, PC Mervine, RB Stricker. Clinical evidence for rapid transmission of Lyme disease following a tickbite. Diagnostic Microbiology And Infectious Disease, Elsevier 2011.
5. Meek, JI, Roberts CL, Smith EV Jr, Cartter ML. Underreporting of Lyme disease by Connecticut physicians, 1992. J Public Health Manag Pract 1996; 2(4):61-5.
6. Boltri JM, Hash RB, Vogel RL. Patterns of Lyme disease diagnosis and treatment by family physicians in a southeastern state. J Community Health 2002; 27(6):395-402.

7. Cameron D, Gaito A, Harris N et al. Evidence-based guidelines for the management of Lyme disease. *Expert Rev Anti Infect Ther* 2004; 2(1 Suppl): S1-13.