

ZB MED

CHEMOTHERAPIE

Informationen für Ärzte und Apotheker zur rationalen Infektionstherapie

Januar/Februar 2001 – 22. Jahrg.

Übersicht

Therapie der Lyme-Borreliose

Die Lyme-Borreliose wird ausgelöst durch eine Infektion mit *Borrelia burgdorferi*. In Mitteleuropa gilt die Zecke *Ixodes ricinus* („Holzbock“) als Hauptvektor von *B. burgdorferi*. Das Infektionsrisiko ist von der Dauer des Saugaktes der Zecke abhängig und steigt bei einer Haftzeit von mehr als 24 Stunden deutlich an. In der jahreszeitlichen Verteilung der Lyme-Borreliose besteht eine saisonale Häufigkeit im Frühsommer und Herbst für das Erythema migrans, das Borrelien-Lymphozytom und die Neuroborreliose. In der Inzidenz bestehen geographische Unterschiede, die sich aus der regional unterschiedlichen Durchseuchung der Zecken mit *B. burgdorferi* erklären. Für die Häufigkeit der dermatologischen Manifestationen wurden in Skandinavien folgende jährliche Inzidenzwerte ermittelt: Erythema migrans 16/100.000, Acrodermatitis chronica atrophicans 4,9/100.000. Bei Kindern wurde in Niedersachsen eine jährliche Inzidenz von 5,8/100.000 Kinder im Alter von ein bis 13 Jahren ermittelt. Die Infektionsrate (Serokonversion) nach dem Stich durch eine infizierte Zecke beträgt etwa 10%, die Wahrscheinlichkeit für die klinische Manifestation einer Lyme-Borreliose jedoch nur zwei bis vier Prozent. Die Durchseuchung von *Ixodes ricinus* mit *B. burgdorferi* beträgt in Mitteleuropa bis zu 30%.

Klinisches Bild

Die Symptomatik der vielfältigen Manifestationen der Lyme-Borreliose differenziert zwischen einem frühen und späten Krankheitsstadium und unterscheidet zusätzlich zwischen lokalen und generalisierten Befunden. Dermatologische Manifestationen, darunter insbesondere das Erythema migrans, sind am häufigsten und betreffen 70-80% der Erkrankungsfälle; dieses Erythem gehört zum Frühstadium der Erkrankung und entwickelt sich nach einer Latenz von ein bis drei Wochen an der Zeckenstichstelle. Weitere generalisierte Erkrankungsformen des Frühstadiums sind das Lymphozytom, neurologische Manifestationen wie Facialisparese, Meningitis, Meningo-Radikulitis, weiterhin Gelenksymptome wie Arthralgien

und Oligoarthritis sowie auch weitere Manifestationen wie Karditis, Myositis und ophthalmologische Manifestationen wie Konjunktivitis, Uveitis und Opticusneuritis. Typisch für das Spätstadium der Lyme-Borreliose sind die Acrodermatitis chronica atrophicans, eine chronische Enzephalomyelitis oder auch chronisch rezidivierende Arthritiden.

Diagnose

Die Diagnose einer Lyme-Borreliose basiert auf anamnestischen Daten, klinischen Befunden und dem Nachweis spezifischer Antikörper gegen *B. burgdorferi*. Anamnestische Hinweise auf einen Zeckenstich oder ein Erythema migrans stützen die Diagnose einer Lyme-Borreliose. Eine diesbezüglich negativste Anamnese besteht jedoch bei mindestens der Hälfte der Patienten und schließt eine Lyme-Borreliose nicht aus. Serologische Antikörpernachweise sind im Frühstadium der Erkrankung sehr unzuverlässig.

Therapie

Kürzlich wurden von der Nordamerikanischen Gesellschaft für Infektiologie Empfehlungen zur Behandlung der Lyme-Borreliose für die Praxis veröffentlicht¹. Diese Empfehlungen wurden an den Kriterien der „evidence-based“ Medizin orientiert, wobei allerdings nicht für alle Empfehlungen überzeugende Studienergebnisse verfügbar waren.

Im Frühstadium der Lyme-Borreliose wird eine orale antimikrobielle Therapie als ausreichend empfohlen, nicht nur beim solitären Erythema migrans, sondern auch bei früh auftretenden disseminierten Infektionsmanifestationen wie Karditis oder Hörnerven-Parese. Mehr als sieben randomisierte Studien existieren zur optimalen Behandlung der Frühstadien der Lyme-Borreliose; Doxycyclin (VIBRAMYCIN u. a.) in einer täglichen Dosis von 200 mg oder Amoxicillin (CLAMOXYL u. a.) in einer Dosis von dreimal 500 mg über

Inhalt

1/2001

Übersicht	Seite 1-3
– Therapie der Lyme-Borreliose	
Antibiotikatherapie im ärztlichen Alltag (37)	Seite 3
– Antibiotika-assoziierte Enterokolitis	
Neueinführung	Seite 3-4
– Amprenavir	
Makrolide	Seite 4-5
– Entzündungshemmende Wirkung	
– Azithromycin und Gingiva-Hyperplasie	
Prophylaxe	Seite 5-6
– Influenzaprophylaxe mit Neuraminidase-Inhibitoren	
– Fluconazol bei neutropenischen Patienten	
– Malarone in der Malariaphylaxe	
Therapie der Wahl	Seite 6-7
– Behandlung infizierter Schrittmachersysteme	
– Therapie der Babesiose	
Interaktionen	Seite 7-8
– Rifampicin und andere Arzneimittel	
– Bedeutung des P-Glycoproteins	

Zs. B
2926
ZB MED