Fünffähriger Junge mit rötlichem Knoten unterhalb des Skrotums

Diskrete, aber gefährliche Folge eines Zeckenstichs

BENEDETTA BELLONI, CHRISTIAN ANDRES, JOHANNES RING, HEIDELORE HOFMANN

Das scharf begrenzte rötliche Knötchen hätte auch ein Insektenstich sein können. Die Anamnese führte jedoch auf eine andere Fährte: Der Fünffährige war in den Ferien im Borrelienrisikogebiet Niederbayern.

Die Mutter des Fünffährigen berichtete über eine seit ca. zwei Monaten bestehende, diskret juckende, rötliche Hautveränderung unterhalb des Skrotums. An einen Zeckenstich konnte sich keiner erinnern, allerdings hatte die Familie vier Monate zuvor Urlaub in Niederbayern gemacht.

Bei der Inspektion fand sich ein erythematös-livide verfärbter, scharf begrenzter, und relativ derb zu tastender Knoten perineal mit einem Durchmesser von 1 cm. (Abb. 1). Die weitere körperliche Untersuchung inklusive Lymphknotenstatus war unauffällig. Die Borrelien-Serologie ergab positive Ergebnisse für IgM und hochpositive Ergebnisse für IgG sowohl im ELISA als auch im Immunoblot.

Abb. 2: Borrelien-Immunoblot mit verschiedenen Antigenen (erste Spalte von rechts), Reaktionen im zeitlichen Verlauf von Erstdiagnose (dritte Spalte v. r.) bis 1,5 Jahre nach Therapie (fünfte Spalte v. r.)

Die Therapie erfolgte oral mit Amoxicillin 50 mg/kg/die über drei Wochen. Darunter kam es zu einer deutlichen Rückbildung der Hautveränderung sowie der serologischen Befunde. Bereits nach zwei Monaten zeigte sich im ELISA ein negativer Befund für IgM sowie eine deutliche Abnahme des IgG von 45,01 auf 31,04. Bei serologischer Kontrolle nach eineinhalb Jahren zeigte sich im Immunoblot eine deutliche Abnahme der positiven Banden für IgG. Im ELISA war die IgG-Antikörperkonzentration auf 19,04 abgesunken (Normbereich VE 9–11).

Diskussion

Klinisch dominiert im Stadium der lokalisierten Frühinfektion das häufig vorhandene Erythema chronicum migrans. Die zumeist solitär auftretenden, klinisch meist asymptomatischen, scharf begrenzten, rötlichen Knoten werden bei Lokalisation außerhalb des Gesichts häufig übersehen oder als Insektenstiche missinterpretiert.

Die Lymphadenitis cutis benigna macht bei Kindern ca. 7%, bei Erwachsenen ca. 3% der Erstmanifestation einer Borrelien-Frühinfektion aus. Ursächlich liegt eine Abwehrreaktion auf Borrelien in der Haut vor. Das Borrelienlymphozytom wird bei solitärem Auftreten ohne Allgemeinsymptome dem Stadium I der Borreliose (lokalisierte Frühinfektion) zugeordnet. Ein Auftreten multipler Lymphozytome, auch die Kombination mit einem Erythema migrans und Allgemeinsymptomen in späteren Stadien ist möglich.

Abb. 1: Der Befund unterhalb des Hodens

Prädilektionsstellen sind Ohr läppchen, Mamillen und Skrotum, i. d. R. am Ort des Zeckenstichs. Wegweisend sind Anamnese, klinisches Erscheinungsbild sowie serologische Untersuchungen. Auf histologische Untersuchungen kann bei Kindern meist verzichtet werden; es findet sich ein polymorphes, lymphohistiozytäres Infiltrat, vor allem aus polyklonalen B-Zellen mit umgebenden T-Zellen. Häufig sind Plasmazellen und eosinophile Granulozyten sowie reaktive Keimzentren nachweisbar. Hautbiopsate aus Borrelienlymphozytomen zeigen meist positive PCR-Ergebnisse für Borrelien-DNA, in seltenen Fällen gelingt eine Isolierung lebender Borrelien.

Therapeutisch stehen bei Kindern unter neun Jahren Amoxicillin (s.o.) und Cefuroximaxetil (20–30 mg/kg/die über 2–3 Wochen) sowie Azithromycin (5–10 mg/die, 5–10 Tage) zur Verfügung. Ab dem neunten Lebensjahr kann Doxycyclin (2–4 mg/kg) verabreicht werden. Die Hautveränderungen heilen unter Therapie i. d. R. innerhalb von zwei Monaten ab.

Dr. med. Benedetta Belloni

Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie am Biederstein, TU München
Biedersteiner Str. 29, 80802 München
E-Mail: benedetta.belloni@lrz.tu-muenchen.de