

Das Borrelienlymphozytom

R. Moussa¹, B. Weidenthaler-Barth¹, F. Butsch¹

¹ Hautklinik und Poliklinik, Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Mainz



Wie erkennen?

Klinik: Livid-erythematöser solitärer Nodus oder Plaque mit glatter Oberfläche

Prädilektionsstellen: Ohr läppchen, Mamillen und Genitalregion

Wie wird die Diagnose gesichert?

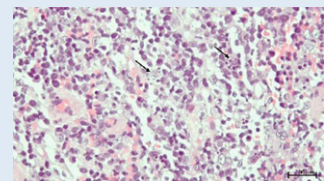
Risikoabschätzung



- Zeckenbiss in der Anamnese?
- Aufenthalt in Risikogebiet?
- Berufliches Expositionsrisiko (Waldarbeiter, etc.)?
- Hundebesitzer/in?
- Patient/in im Kindesalter?

Histologie

- Dichtes dermales Infiltrat aus Lymphozyten und Histiocyten & Bildung von reaktiven Keimzentren
- B-Zell-Lymphom sollte ausgeschlossen werden



© F. Butsch, Hautklinik und Poliklinik, Unimedizin Mainz



Borrelien-Serologie

Nachweis von Frühphase-Antigenen (VlsE, OspC, p41) im Serum (Immunoblot)

Mögliche Komplikationen?

- Neuroborreliose, Ophthalmoborreliose, Myositis, Karditis oder intermittierende Arthritis als potentielle weitere Manifestationen einer Borreliose bedenken und gegebenenfalls abklären.
- Wird das Borrelienlymphozytom übergangen, kann die Borreliose chronifizieren
→ Gefahr von Spätmanifestationen (Acrodermatitis chronica Herxheimer)

Wie wird behandelt?



- Doxycyclin 200 mg p.o. pro Tag über 14 bis 21 Tage
- Alternativen: Amoxicillin, Cefuroxim, Azithromycin.
- Kinder unter 9 Jahre: Amoxicillin als Mittel der Wahl

Lesen Sie mehr:
R. Moussa, B. Weidenthaler-Barth, F. Butsch (2023)
Unklarer Nodus am Skrotum, Dermatologie
www.springermedizin.de/link/10.1007/s00105-023-05125-6
Icons made by freepik from www.flaticon.com

