



Falldefinitionen & Infos zum Erythema migrans

I. Diagnosekriterien:

Notwendige klinische Kriterien

- Sich vergrößender, rötlicher oder bläulich-roter, nicht merklich erhabener Fleck $\geq 5\text{cm}$, im typischen Fall mit zentraler Abblässung; selten disseminiert (multiple Erythema migrans)

Notwendige Laborbefunde:

- keine - da es sich um eine klinische Diagnose handelt, ist ein labordiagnostischer Nachweis nicht erforderlich

II. Zusatzinformationen:

- Typischerweise tritt das Erythema migrans erst mit einer Latenz von zumindest einigen Tagen nach Entfernung der Zecke auf.
- Eine bei Zeckenentfernung schon vorhandene Rötung ist meist eine unspezifische Lokal- bzw. Fremdkörperreaktion (Ausnahme: vollgesogene adulte Zecke, da diese schon bis über 10 Tage gesaugt haben kann).
- Der Rand des Erythema migrans ist deutlich abgesetzt, intensiver gefärbt, typischerweise um die noch sichtbare Stichstelle lokalisiert.

Unterstützende Laborbefunde:

- Bei unklarem klinischen Befund kann ein kultureller und/oder Nukleinsäure-Nachweis von *B. burgdorferi* mit Speziesidentifizierung aus einer Hautbiopsie die Diagnosestellung unterstützen.
- Die serologische Untersuchung kann bei unklarer Symptomatik den Verdacht auf eine Infektion mit *B. burgdorferi* erhärten. Sollte der Antikörpernachweis in Betracht gezogen werden, ist die erste Untersuchung so früh wie möglich anzufordern und im Normalfall eine Verlaufskontrolle nach ca. 10-14 Tagen mit der Fragestellung Serokonversion bzw. signifikanter Titeranstieg durchzuführen.

III. Behandlung des Erythema migrans ohne neurologischer Beteiligung

Antibiotikum	Erwachsenene Dosis/Tag	Kinder Dosis/kg KG/Tag	Dauer
Doxycyclin p.o.	2 x 100 mg oder 1 x 200 mg	ab 9. Lebensjahr 4 mg (max. 200 mg)	14 – 21 Tage
Amoxicillin p.o.	3 x 500 bis 1000 mg	50 mg (max. 2 g)	14 – 21 Tage
Cefuroximaxetil p.o.	2 x 500 mg	30 mg	14 – 21 Tage
Azithromycin [#] p.o.	2 x 250 mg	5 bis 10 mg	10 Tage

bei Unverträglichkeit der anderen Substanzen

Quellen: Stanek et al.:Lyme borreliosis: clinical case definitions for diagnosis and management in Europe. Clin Microbiol Infect. 2011 Jan;17(1):69-79. doi: 10.1111/j.1469-0691.2010.03175.x

Hofmann et al.: Leitlinie der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, Arbeitsgemeinschaft für Dermatologische Infektiologie; Kutane Manifestationen der Lyme Borreliose (http://www.derma.de/fileadmin/derma/pdfs/ll_kutane_lyme_borreliose.pdf); Hofmann H: Variabilität der kutanen Lyme-Borreliose. Hautarzt. 2012; 63(5):381-9.