

Nur an Herpesinfektion denken?

Ein 48-jähriger, ansonsten gesunder Patient, stellte sich mit neuralgiformen Schmerzen des rechten Armes und thorakal in unserer Klinik vor.

Vorgeschichte

Vier Wochen zuvor waren gruppierte, teilweise konfluierende Vesikel auf erythematösem Untergrund an der rechten Oberarmrückseite aufgetreten (Patientendokumentation, Abbildung a). Unter Annahme einer Zoster-Infektion war vor Vorstellung in unserer Klinik eine orale Aciclovir-Therapie erfolgt, worunter sich die Effloreszenzen weitgehend zurückbildeten. Nach zweiwöchiger Beschwerdefreiheit setzten dann die progredienten neuralgiformen Schmerzen ein.

Befunde

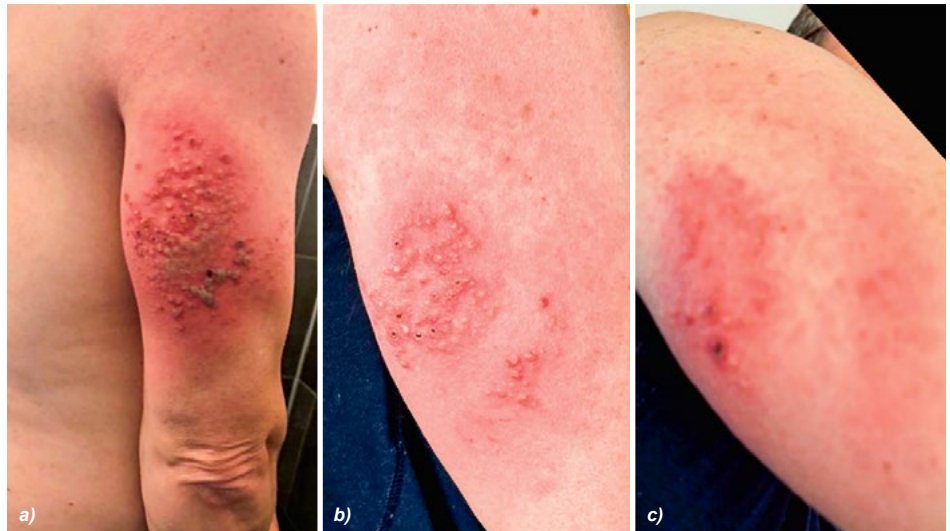
In der Aufnahmeuntersuchung bestand ein polyradikuläres Syndrom (C5-Th5), ferner eine N. fazialis-Parese rechts. An der rechten Oberarmrückseite zeigte sich eine postinflammatorische Hyperpigmentierung, die keine ätiologische Zuordnung mehr erlaubte.

Der Liquor zeigte eine Pleozytose von 128 Zellen/ μ l (95 Prozent lymphomonozytär, 5 Prozent granulozytär). Die PCR und Antikörperindizes für Varizella zoster- sowie Herpes simplex-Virus im Liquor waren negativ bzw. unauffällig, die borrelienspezifischen Antikörperindizes im Liquor jedoch deutlich erhöht (IgM: 7,8; IgG: 15,8; Referenzbereich jeweils 0,6–1,3).

Diagnosestellung

Durch die liquorchemischen Befunde konnte die Diagnose einer Neuroborreliose gestellt werden; es erfolgten eine 14-tägige Therapie mit Ceftriaxon 2 g sowie eine Schmerztherapie. Nach Abschluss der antibiotischen Behandlung waren die neuralgiformen Schmerzen unter der fortgeführten Schmerztherapie deutlich rückläufig; die motorischen Defizite bildeten sich bis auf eine diskrete Fazialisparese und Pektoralis-Atrophie rechts vollständig zurück.

Bei Sichtung der kompletten, durch den Patienten erfolgten Fotodokumentation, zeigte sich



Vesikuläres Erythema migrans nach Borrelieninfektion: a) vesikuläres Exanthem 30 Tage vor Aufnahme; b) vesikuläres Exanthem mit „Wanderröte“ 31 Tage vor Aufnahme; c) typische „Wanderröte“ 32 Tage vor Aufnahme mit nur wenigen Bläschen.

retrospektiv in der Frühphase (Abbildung b, c) ein für ein Erythema migrans (EM) klassischer erythematöser Randwall. Im Verlauf waren zentral zum Teil konfluierende herpetiforme Vesikel hinzugekommen, sodass es sich in diesem Fall um ein sogenanntes vesikuläres EM als seltene Variante der Wanderröte handelte.

Diskussion

Unser Bericht beschreibt den Fall eines vesikulären EM durch eine Borrelieninfektion, das im Vorfeld als Herpes zoster fehlgedeutet wurde. Gegen einen Herpes zoster sprach das randbetonte, zentrifugale Erythem vor Auftreten der Vesikel, wie es für die Borreliose charakteristisch ist. Bei voller Ausprägung hielt sich das Erythem ferner nicht an Dermatogrenzen, untypisch für einen Herpes zoster. Fehlleitend war im vorliegenden Fall, dass den Patienten Schmerzen an der Extremität, an der die Effloreszenzen bestanden, in die Klinik führten.

Das vesikuläre EM wurde erstmals im Jahr 1987 [1] und in Fallserien [2, 3] als seltene Variante des klassischen EM beschrieben. In Fallberichten [4, 5] wurde aufgrund der herpetiformen Erscheinung ein Herpes zoster als Differenzial-

diagnose diskutiert. Ein direkter Erregernachweis (zum Beispiel aus Vesikelinhalt, Hautbiopsie) ist zwar möglich [2, 3, 6], jedoch handelt es sich in aller Regel um eine klinische Diagnose.

Der Fall zeigt die Gefahr einer Fehldiagnose bei Vorliegen eines vesikulären EM. Ferner veranschaulicht es die Bedeutung der patientenseitigen Fotodokumentation im Zeitalter der weit verbreiteten Smartphone-Fotografie, die ein wichtiger Bestandteil oder Schlüssel zur Diagnose sein kann.

Das Literaturverzeichnis kann im Internet unter www.bayerisches-aerzteblatt.de (Aktuelles Heft) abgerufen werden.

Autoren

Dr. Martina Menacher
Professor Dr. Markus Naumann
Professor Dr. Antonios Bayas

Klinik für Neurologie und Klinische Neurophysiologie, Medizinische Fakultät, Universität Augsburg