

Fachgebiet: Neurologie
Diagnose: **Ausschluss einer Neuroborreliose**
Titel: **Neuropathia vestibularis als Symptom einer Neuroborreliose?**
Autor: Prof. Dr. Dr. Stefan Evers
Verfahren: 51/12 - Stand der Veröffentlichung: 28.11.2012

Der Fall

Die Patientin beschrieb von sich im Jahr 2006 einen Zeckenbiss mit anschließendem Erythema chronicum migrans. Hinweise auf Symptome, die damit in Verbindung gebracht werden könnten, fanden sich in den Folgemonaten nicht. Die Patientin gab jedoch an, wegen des Erythems über drei Wochen mit Doxycyclin vom Hausarzt behandelt worden zu sein.

Das zur Diskussion stehende klinische Beschwerdebild begann Ende August 2007, als die Patientin während eines Urlaubs einen starken Drehschwindel mit Erbrechen entwickelte. Die anschließende klinische Diagnostik am Urlaubsort ergab in Zusammenschau mit den unauffälligen apparativen Befunden (incl. Kernspintomographie des Kopfes) die Diagnose einer Neuropathia (synonym Neuritis oder Neuronitis) vestibularis. Die Patientin wurde dann vom 07.09. bis 14.09.2007 in einer heimatnahen Fachklinik stationär mit Infusionen weiter behandelt. Im Serum fand sich dort ein grenzwertig erhöhter Antikörpertiter für IgM gegen Borrelia burgdorferi (IgG-Titer in der Akte nicht angegeben), dies konnte im Immunoblot-Test bestätigt werden. Im Liquor war der Befund negativ, auch der übrige Liquorbefund war bis auf eine leichtgradige Erhöhung des Gesamteiweiß auf 52 mg/dl (Norm bis 42 mg/dl) unauffällig. In der von der Fachklinik empfohlenen Kontrolle vom Oktober 2007 zeigte sich dann im Serum ein negativer Befund sowohl für IgM- als auch für IgG-Antikörper gegen Borrelia burgdorferi. Eine antibiotische Therapie wurde in diesem Zeitraum nicht durchgeführt.

In den folgenden Jahren wurde bei der Patientin konsistent und objektiv mittels Nystagmographie eine Funktionsstörung des linken Vestibularapparats festgestellt. Weitere organopathologische Befunde wurden nicht erhoben. Es wurde lediglich einmalig der Verdacht auf einen Bandscheibenvorfall im Bereich der HWS geäußert. Als weitere Hauptdiagnosen bei der Patientin fanden sich in der Aktenlage verschiedene Schmerzsyndrome und psychosomatische Diagnosen.

Im Oktober 2010 befand sich die Patientin dann erneut in stationärer Behandlung der Fachklinik. Einweisungsgrund waren Gesichtsschmerzen, die zusammenfassend als Ausdruck eines myofaszialen Schmerzsyndroms gewertet wurden. Es wurde erneut der Verdacht auf eine Neuroborreliose geäußert, ohne dass typische Symptome benannt wurden. Erneut wurden serologische Analysen durchgeführt, die sowohl im Serum als auch im Liquor und sowohl für IgM- als auch für IgG-Antikörper Titer ergab, die unterhalb der pathologischen Grenze lagen. Ansonsten zeigte sich im Liquor als auffälliger Befund nur eine grenzwertige Erhöhung des Gesamteiweiß von 43 mg/dl.

Im Oktober 2011 ließ die Patientin von einem Institut in Berlin einen so genannten Lymphozyten-Transformations-Test durchführen, der eine Aktivierung durch Borrelienantigene ergab. Dieser Befund wurde als Hinweis auf eine aktive Borrelien-Infektion gewertet, wobei aber die genaue Einordnung des Befundes und vor allem die Therapieindikation in den klinischen Kontext gestellt werden sollten. Anschließend wurde ambulant durch den Hausarzt eine erneute Antibiotikatherapie durchgeführt.

Die Einwände der Patientin

Insgesamt listet die Patientin 18 verschiedene Fachärzte und Zahnärzte und eine Psychologin auf, die sie in dem Zeitraum von 2007 bis 2011 behandelt haben. Als Beschwerden gibt sie vor allem verschiedene Schmerzarten, Erschöpfbarkeit (körperlich und kognitiv), undifferenzierten Schwindel, Sensibilitätsstörungen und Schlafstörungen an.

Der Vorwurf gegen die Fachklinik lautet dahin, dass diese eine Neuroborreliose nicht richtig erkannt und deswegen auch nicht richtig behandelt habe. Insbesondere nach der ersten Liquoruntersuchung im September 2007 hätte diese Diagnose gestellt werden müssen. Wäre seinerzeit eine adäquate Therapie eingeleitet worden, wären in den folgenden Jahren viele Beschwerden nicht aufgetreten. Weitere Krankenhausaufenthalte und Therapien wären vermeidbar gewesen.

Der Vorsitzende des Schlichtungsausschusses hat den Autor dieses Fallbeispiels mit der medizinischen Überprüfung beauftragt, ob ein vorwerfbares ärztliches Fehlverhalten vorliegt.

Die Begutachtung

Die Begutachtung musste sich als erstes der Frage widmen, ob bei der Patientin tatsächlich eine Neuroborreliose vorgelegen hatte und ob – im positiven Fall – eine Behandlungsindikation bestanden hatte. Dies soll anhand der entsprechenden Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie nachvollzogen werden.

Der Verdacht auf eine Neuroborreliose ergibt sich aufgrund typischer klinischer Symptome und muss anschließend durch Laboruntersuchungen im Serum und im Liquor gestützt werden. Bei der Patientin mussten typische Symptome einer Neuroborreliose vermisst werden. Eine isolierte Neuropathia vestibularis stellt kein typisches Symptom einer Neuroborreliose dar. Selbst wenn man den unwahrscheinlichen Fall einer Verursachung der Neuropathia vestibularis durch eine Neuroborreliose annimmt, müssen weiter entzündliche Veränderungen im Liquor zwingend nachgewiesen werden; eine Ausnahme gilt nur für das ganz frühe Krankheitsstadium, das bei der Patientin nicht vorlag.

Bei einer akuten Neuroborreliose innerhalb der ersten Wochen finden sich IgM- und/oder IgG-Antikörper gegen *Borrelia burgdorferi* bei 70% bis 90% der Betroffenen, im weiteren Verlauf über Monate bei nahezu 100%. Bei den meisten Patienten mit Neuroborreliose kann die klinische Verdachtsdiagnose durch den Nachweis einer Borrelien-spezifischen Antikörpersynthese im zentralen Nervensystem bestätigt werden. Dies gelang bei der Patientin jedoch nicht, da sie im Liquor keine Antikörper aufwies. Bei immunkompetenten Patienten mit Symptomen über einen Zeitraum von mehr als 2 bis 3 Monaten schließt ein negativer Antikörper-Test gegen *Borrelia burgdorferi* im Serum eine Neuroborreliose aus. Diese Konstellation lag bei der Patientin vor.

Die serologische Diagnose der systemischen Borrelien-Infektion beinhaltet zunächst einen Suchtest (Enzym-Immuno-Assay), der von einem Bestätigungstest (Immunoblot) gefolgt wird. Dies ist bei der Patientin auch so durchgeführt worden. Die Diagnose einer Borreliose wird dann in der Gesamtschau als möglich, wahrscheinlich oder sicher eingestuft. Der positive Nachweis von spezifischen IgM- und/oder IgG-Antikörpern gegen *Borrelia burgdorferi* allein weist keine aktive Infektion nach, da diese Titer über Jahre auch bei asymptomatischen Patienten persistieren können, selbst nach Behandlung. Folgende Verfahren sind ungeeignet, um eine Borrelien-Infektion nachzuweisen:

- Antigennachweis aus anderen Körperflüssigkeiten
- PCR aus Serum und Urin

- Lymphozytentransformationstests (diese Tests messen die Stimulierbarkeit von Lymphozyten durch Borrelien-Antigen; insbesondere bestehen Einwände hinsichtlich der Spezifität dieser Methode aufgrund von vielen falsch positiven Befunden)
- „Visual Contrast Sensitivity Test“ (VCS-Test)

Es soll jetzt noch auf den Vorwurf der unterlassenen Therapie eingegangen werden. Eine Therapieindikation für eine Neuroborreliose ergibt sich nur bei Vorliegen einer wahrscheinlichen oder sicheren Neuroborreliose, nicht schon bei einer möglichen. Für eine wahrscheinliche Neuroborreliose muss neben der typischen Symptomatik auch eine entzündliche Veränderung des Liquors incl. Pleozytose und Schrankenstörung vorliegen. Das war bei der Patientin nicht der Fall, somit bestand auch keine Therapieindikation.

Die zusammenfassende Wertung des Gutachters

Bei der Patientin konnte weder eine Neuroborreliose noch eine systemische Borreliose nachgewiesen werden. Selbst die Kriterien für eine wahrscheinliche Borreliose wurden nicht erfüllt. Das positive Ergebnis des Lymphozytentransformationstests ändert an dieser Feststellung nichts, da dieser Test nicht in der Lage ist, mit hinreichender Sicherheit eine Borrelieninfektion nachzuweisen (zu hohe Rate falsch positiver Befunde). Bei der Patientin wurde daher richtigerweise die Diagnose einer Neuroborreliose im September 2007 nicht gestellt. Korrekterweise wurde aufgrund des leichtgradig erhöhten IgM-Antikörper-Titers im Serum eine Kontrolle empfohlen, um auch ein sehr frühes Infektionsstadium nicht zu verpassen. Diese Kontrolle ergab dann keinen pathologischen Befund mehr, sodass auch dies ausgeschlossen werden konnte. Eine Behandlungsindikation hat bei der Patientin zu keinem Zeitpunkt bestanden.

Die Entscheidung des Schlichtungsausschusses

Die Beteiligten haben der medizinischen Begutachtung durch den Sachverständigen nicht widersprochen. Ohne weitere Überprüfung durch die Mitglieder des Schlichtungsausschusses wurde das Verfahren mit Einverständnis der Beteiligten und Zustimmung eines Gegenlesers beendet.

Literaturangaben des Gutachters

<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/030-071.html>