

Verdachtsdiagnose Lyme-Borreliose: ein diagnostischer Fallstrick

Kobayashi T, Higgins Y, Melia MT, et al. Mistaken identity: many diagnoses are frequently misattributed to Lyme disease. *Am J Med* 2021 Nov 30; S0002-9343: 00792-0 (Andere Studienart)

Zusammengefasst und kommentiert von: Felix Schürch

Zusammenfassung

Bei Beschwerden und Symptomen eine Lyme-Borreliose zu vermuten, ist das eine; diese Diagnose zu erhärten, ist hingegen oft alles andere als einfach. Noch grössere Schwierigkeiten tauchen auf, wenn es nach dem Ausschluss der Zeckenkrankheit darum geht, die tatsächliche Ursache der Symptomatik zu diagnostizieren. Die vorliegende retrospektive Beobachtungsstudie stellte Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt, bei denen auf der infektiologischen Abteilung der John-Hopkins-Universität in Baltimore eine Lyme-Borreliose ausgeschlossen worden war. In der Beobachtungsperiode waren insgesamt 1261 Personen mit der Verdachtsdiagnose Lyme-Borreliose zugewiesen worden – in 84 % (n = 1061) war jedoch keine aktive Lyme-Borreliose nachweisbar. Dies war in einer früheren Publikation bereits berichtet worden [1]. Für diese 1061 Personen wurden nun Daten, Befunde

und Diagnosen in der Zeit von 2000 bis 2013 zusammengetragen. Das Interesse galt dabei den zusätzlichen oder abschliessenden Diagnosen, die durch weitere Untersuchungen und die spezialärztlichen Beurteilungen gestellt wurden. Bei 690 Individuen konnte eine abschliessende Diagnose dokumentiert werden. In 59 % dieser Fälle waren die Symptome durch eine neu diagnostizierte Erkrankung bedingt, in 19 % der Fälle durch eine vorbestehende Erkrankung und in 22 % durch eine Kombination von beiden. Häufig waren es eine Depression, eine Fibromyalgie oder das Syndrom der chronischen Müdigkeit. Die Liste aller dokumentierten Krankheitsbilder umfasste 139 verschiedene Diagnosen, darunter auch neurologische Erkrankungen wie Morbus Parkinson, Multiple Sklerose oder amyotrophe Lateralsklerose. Die Studie schliesst mit der Warnung vor vorschnellen Zuschreibungen einer Symptomatik zu einer Infektion

mit Borrelien. Damit würden behandlungsbedürftige Krankheiten verpasst und nicht selten komme es zu unnötigen Antibiotikabehandlungen.

Kommentar

Für mich zeigt die Studie den grossen Stellenwert des differentialdiagnostischen Denkens im medizinischen Alltag. Mit dem Long-COVID-Syndrom gibt es ein neues Phänomen, das ähnlich wie die Borreliose einerseits Beachtung verdient, andererseits aber auch zum diagnostischen Fallstrick werden kann.

Literatur

1. Kobayashi T, Higgins Y, Samuels R et al. Misdiagnosis of Lyme disease with unnecessary antimicrobial treatment characterizes patients referred to an academic infectious diseases clinic. *Open Forum Infect Dis*. 2019 Jul 1; 6:ofz299

„Long COVID“ ohne „echte“ Infektion?

Matta M, Wiernik E, Robineau O, et al. Association of self-reported COVID-19 infection and SARS-CoV-2 serology: Test results with persistent physical symptoms among French adults during the COVID-19 pandemic. *JAMA Intern Med* 2022 Jan 1; 182: 19-25 (Andere Studienart)

Zusammengefasst und kommentiert von: Markus Gnädinger

Zusammenfassung

Nach der ersten Welle mit COVID-19 berichtete ein Teil der Erkrankten über persistierende körperliche Symptome, ein Syndrom, das dann „Long COVID“ genannt wurde. In vielen Studien dazu wurden aber nur Personen eingeschlossen, bei denen eine COVID-Infektion nachgewiesen worden war, so dass ihre Symptome nicht mit denjenigen einer Kontrollgruppe verglichen werden konnten. Innerhalb der französischen Kohorte CONSTANCES wurde nun der

Zusammenhang zwischen anhaltenden körperlichen Symptomen, der Annahme, COVID gehabt zu haben, und dem serologischen Nachweis einer Infektion mit SARS-CoV-2 untersucht. Zwischen Mai und November 2020 wurde bei allen teilnehmenden Personen eine Trockenblutuntersuchung zum Nachweis von Anti-SARS-CoV-2-Antikörpern durchgeführt. Zwischen Dezember 2020 und Januar 2021 wurden die Teilnehmenden gefragt, ob sie glaubten, eine COVID-19-Infektion

durchgemacht zu haben, und ob sie in den vorangegangenen 4 Wochen körperliche Symptome hatten, die mindestens 8 Wochen lang angedauert hatten. Zu diesem Zeitpunkt war ihnen das Resultat ihres Bluttests bekannt. Von 35.852 eingeladenen Personen konnten 26.823 vollständige Datensätze erhoben werden. Das mittlere Alter betrug 49 Jahre, 51 % waren Frauen. Obwohl ihnen das Testergebnis mitgeteilt worden war, gaben beim Ausfüllen des Fragebogens weniger als die Hälfte der

Personen mit einem positiven Serologietest an, die Krankheit gehabt zu haben. Umgekehrt hatte von jenen, die angaben, die Krankheit gehabt zu haben, etwa die Hälfte ein negatives serologisches Testergebnis. Von den genannten Symptomen ging nur ein Verlust des Geruchssinns mit der Angabe, COVID-19 durchgemacht zu haben, und mit einer positiven Serologie einher. Die folgenden Symptome waren mit der Meinung, die Krankheit gehabt zu haben, aber nicht mit dem Ergebnis der Antikörper-Messung korreliert: Kreuzschmerzen, Gelenkschmerzen, Verdauungsprobleme, Müdigkeit, Konzentrationsstörungen, Wahrnehmungsstörungen, Kopfschmerzen, Atembeschwerden, Hautprobleme,

Herzklopfen, Schwindel, Brustschmerzen und Husten. Bei den folgenden Symptomen bestand keine Korrelation zur COVID-Anamnese oder zur Serologie: Schlafstörungen, Muskelverspannungen und Hörverlust. Die Prävalenz der verschiedenen Symptome lag zwischen 0,5 und 10,2 %. Die Studienverantwortlichen schliessen, dass die Vermutung, Symptome von Long-COVID zu haben, wenig mit einer dokumentierbaren Infektion zu tun hat. Sie empfehlen, Personen mit Symptomen von Long-COVID in spezifischen Sprechstunden polydisziplinär zu untersuchen und gegebenenfalls mit Ansätzen der kognitiven Verhaltenstherapie zu behandeln, um die Symptomlast zu lindern.

Kommentar

Häufig haben Personen mit einer dokumentierten Infektion durch SARS-CoV-2 schon nach kurzer Zeit negative Antikörper-Tests. In dieser Studie war ein Cut-off von 1,1 für den ELISA-Test gewählt worden, entsprechend einer Sensitivität von 87,0 % und einer Spezifität von 97,5 %. Von der Zuverlässigkeit des serologischen Nachweises einer Infektion hängt natürlich die Zuverlässigkeit der Interpretation dieser Studie ab und die Antwort auf die Frage, ob das Problem der langdauernden Symptome nach einer vermuteten Infektion mit SARS-CoV-2 ein „Hirngespinnst“ ist oder ein biologisch begründetes klinisches Problem.

Duale Plättchenhemmung zeitlich beschränken!

Valgimigli M, Frigoli E, Heg D, et al. Dual antiplatelet therapy after PCI in patients at high bleeding risk. *N Engl J Med* 2021 Oct 28; 385: 1643–1655 (Randomisiert-kontrollierte Studie)

Zusammengefasst und kommentiert von: Felix Tapernoux

Zusammenfassung

Viele Personen weisen aus verschiedenen Gründen (Anamnese einer stärkeren Blutung, Erkrankungen mit Blutungsrisiko, Behandlung mit oralen Antikoagulantien, hohes Alter u.a.) ein erhöhtes Blutungsrisiko auf, wenn sie mit einer dualen Plättchenhemmung („dual antiplatelet therapy“, DAPT) behandelt werden. In einer randomisierten Multicenterstudie wurden bei solchen Individuen nach der Einlage eines biologisch abbaubaren Sirolimus-freisetzenden Stents die Risiken verglichen, die sich aus der Standard-DAPT (während mindestens drei Monaten) bzw. einer verkürzten DAPT ergaben. Etwa 4 bis 6 Wochen nach Beginn der Therapie wurden die Studienteilnehmenden nach dem Zufall entweder der Gruppe zugeteilt, in der die DAPT sofort durch eine einfache Plättchenhemmung ersetzt wurde (Kurztherapie), oder der Gruppe, in der die duale Plättchenhemmung ge-

mäss üblichem Standard fortgesetzt wurde. 335 Tage nach der Randomisierung wurden die kumulativen Inzidenzen für verschiedene Endpunkte untersucht. In der Per-protocol-Population (4434 Personen) erlitten in der Kurztherapie-Gruppe 7,5 % und in der Standardtherapie-Gruppe 7,7 % der Beteiligten ungünstige Ereignisse (Tod, Herzinfarkt, Schlaganfall oder bedrohliche Blutung). Ein schwerwiegendes kardiales oder zerebrales Ereignis ergab sich in den beiden Gruppen praktisch gleich häufig. In der Intention-to-treat-Population (4579 Personen) traten gefährliche oder anderweitig klinisch relevante Blutungen in der Kurztherapie-Gruppe signifikant seltener (bei 6,5 %) auf als in der Gruppe mit der Standardtherapie (bei 9,4 %). Die Studienverantwortlichen stellen zusammenfassend fest, dass die verkürzte duale Plättchenhemmung in Bezug auf das Auftreten von unerwünschten klinischen Ereignissen

nicht unterlegen war, bei gleichzeitig geringerer Inzidenz schwerer oder anderer klinisch relevanter Blutungen.

Kommentar

Wir haben bereits früher über Studien berichtet, deren Resultate zugunsten einer kürzeren dualen Plättchenhemmung nach der Einlage von modernen medikamentenbeschichteten Stents sprechen [1, 2]. Die Ergebnisse dieser grossen randomisierten Studie weisen nun speziell für Personen mit hohem Blutungsrisiko auf einen Vorteil der kürzeren doppelten Plättchenhemmung hin.

Literatur

1. Koller P, Gysling E. Duale Plättchenhemmung nach Stentbehandlung: wie lange? 1. Teil. *Infomed-screen*. 2019; 23(5): 33
2. Koller P, Gysling E. Duale Plättchenhemmung nach Stentbehandlung: wie lange? 2. Teil. *Infomed-screen*. 2019; 23(5): 34