

Was führt zur Antibiotika-refraktären Lyme-Arthritis bei Kindern?

Horton DB et al. Pediatric Antibiotic-refractory Lyme Arthritis: A Multicenter Case-control Study. J Rheumatol 2019; 46: 943–995

Nur wenige Faktoren sind bekannt, die bisher durchweg in einen Zusammenhang mit der sogenannten Antibiotika-refraktären Lyme-Arthritis (ARLA) gebracht werden konnten. In einer vom US-amerikanischen NIAMS (National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases) unterstützten Studie wurde versucht, klinische und therapeutische Faktoren zu identifizieren, die mit der pädiatrischen ARLA zusammenhängen.

In einer Region mit endemischer Lyme-Borreliose beteiligten sich 3 Kliniken für Kinder- und Jugendrheumatologie an einer Fall-Kontroll-Studie. In die Studie wurden

Kinder bis zu 18 Jahre mit der Diagnose Lyme-Arthritis der Jahre 2000–2013 eingeschlossen. Es handelte sich um Studienteilnehmer mit anhaltend aktiver Arthritis, trotz ≥ 8 Wochen oraler Antibiotika- oder ≥ 2 Wochen parenteraler Antibiotikatherapie. Eine Kontrollgruppe bildeten Kinder, deren Arthritis innerhalb von 3 Monaten nach Beginn der Antibiotika-Behandlung abgeklungen war. Verglichen wurden vorausgewählte demografische und klinische Parameter sowie Behandlungsfaktoren zwischen den Gruppen.

Von 383 Kindern mit Lyme-Arthritis entwickelten 49 eine ARLA und bei 188 klang die Arthritis 3 Monate nach Beginn der Antibiotikagabe ab. Von den restlich 146 Kindern klangen die Lyme-Arthritis bei 107 nach mehr als 3 Monaten Antibiotikabehandlung ab und die restlichen 39 gingen in der Nachbeobachtungsphase verloren.

Im Vergleich zu Kindern, bei denen die Lyme-Arthritis rasch abklang, waren die ARLA-Kinder häufiger älter (Alter ≥ 10 Jahre)

und wurden seltener einem pädiatrischen Rheumatologen in der frühen Behandlungsphase vorgestellt. Bei ARLA-Kindern zeigten sich häufiger andauernde Gelenksymptome sowie eine Arthritis in einem Knie. Diejenigen, bei denen die Lyme-Arthritis rasch abklang, hatten häufiger Fieber, häufiger eine erhöhte Blutsenkung und schwere Schmerzen, die manchmal zur Klinikaufnahme führte.

Dennoch unterschieden sich viele Faktoren, die gemessen wurden, nicht zwischen den Gruppen. Dazu zählten unter anderem Lyme-Krankheits-Episoden in der Anamnese oder frühe Symptome, Symptome oder Diagnose einer Autoimmunerkrankung in der Anamnese oder familiäre Erkrankungen. Ein verstärkter Einsatz von Antibiotika bei Kindern mit ARLA ging mit einer höheren Rate behandlungsbedingter unerwünschter Ereignisse und einer daraus resultierenden höheren Rate einer Krankenhauseinweisung einher. Bei den ARLA-Kindern zeigte sich, dass sie seltener die leitliniengemäße Antibiotikadosierung (üblicherweise Amoxicillin)

erhielten und dass sie häufiger angaben, die verschriebenen Antibiotika nicht vollständig einzunehmen. Von den 49 ARLA-Kindern erhielten 36(73%) ≥ 2 Zyklen einer oralen Antibiotikatherapie und 15 erhielten anschließend parenterale Antibiotikagaben. Nachdem in der Folge ein komplettes oder klinisches Abklingen nach median 273 Tagen erreicht wurde, kam es in der Hälfte der ARLA-Fälle zu einem Wiederaufflammen der Arthritis.

FAZIT

Verschiedene Faktoren stehen bei Kindern, die eine ARLA entwickeln, im Zusammenhang: höheres Alter, andauernde Gelenksymptome bei Diagnosestellung, Arthritis nur im Knie und klinische Verschlechterung nach initialer Behandlung. Kinder mit Fieber und/oder starken Schmerzen reagieren rasch und gut auf eine Behandlung. Bei anhaltend aktiver Lyme-Arthritis nach 2 Antibiotika-Zyklen sollte eine entzündungshemmende Behandlung in Betracht gezogen und ein pädiatrischer Rheumatologe konsultiert werden, so das Autorenteam.

Richard Kessing, Zeiskam