

Zeckenerkrankungen und Fibromyalgie 7. Mai 2003, Kaiserslautern, caw

10.00-13.30 Uhr + Imbiss.Tagungszentrum Betzenberg, Fritz-Walter Stadion,

Ltg. + Org.: PD Dr. J. Treib, Dr R. Wössner, Neurol. Klinik, Westpfalz-Klinikum, Kaiserslautern.

Agenda/Referenten: siehe Einladung

Private Notizen C. Welker, alle Angaben ohne Gewähr.; kein Anspruch auf Vollständigkeit. Therapien auf eigenem Risiko., Irrtümer vorbehalten.

Begrüßung durch. Hr G. Remler, (Stadtverw.), Hr. H. Kiehlmann, (Fibrom.Verband), Fr. U. Fischer (BBD), Hr. E. Mayer (Rheuma-Liga). Zusammenfassung Referate Pietsch/Treib/Wössner/Gärtner/Fischer:

Persönliche Notizen caw – Alle Angaben ohne Gewähr.

(LB= Lyme-Borreliose, AB= Antibiotika, AK=Antikörper, NW= Nebenwirkungen, ZNS= Zentral Nervensystem, KH= Krankheiten oder Krankenhaus, WW= Wechselwirkungen, EM= Erythema c. migrans, FM=Fibromyalgie, DD= Differentialdiagnosen= mögliche andere Krankheiten)

PD. Dr. M. Pietsch, Umweltmedizin, Uni Mainz: „FSME“ in Deutschland und Weltweit.

Er ist **gegen Impfung für ganze Bevölkerung**. Sie hilft auch gegen RSSE weil gleicher Erreger. Impf-

Profylaxe: aktiv (Encepur von Chiron B.: Erw ab 12. J, E-Kinder ab vollendetes 1-11 J, keine NW mehr.)

(FSME-Immun von Baxter: Erw. ab ca 16 J ??)oder **passiv** (FSME B., Immuno, nur ab vollend.14. J) **Passive**

Impfung nur als äußerster Notnagel. Impfplan befolgen, Schutz hält 3-5 J.. Man kann nach 10 J. auch noch auffrischen, dann evt. AK zählen. Zwischendurch wäre Schutz natürlich weg.

Je mehr Durchseuchung festgestellt bei Tieren, desto größer wird das Risiko für den Mensch. **Umgebung** bildet unter bestimmte Bedingungen eine Voraussetzung um Naturherde zu erzeugen (Klima, Biotopen, Stadtparkanlagen (Riga!!), renaturierte, ungepflegte Gebiete). Endemiegebiet für FSME: wenn AK Nachweis in 2-5J. öfter vorkommt und/oder FSME-Vorkommen registriert wird. Ab 25 Fälle in 5 Jr: Hochrisikogebiet!

Er sagt, die weibl. Zecke sauge Blut, die männl. nur Gewebesäfte, es seien nur die Weibchen lebenslange Virusträger. **Rohmilchgefahr** nicht vergessen!

Verlauf wie bei Gelbfieber, in 2 Phasen. Inkubation ca 10 T. a/grippeähnlich, knappe Wo fieberfrei. **10% erlebe eine 2. Phase** mit sehr hohem Fieber und Hirnsymptomen. Letal 1% (Kimmig: 30% hat 2. Phase mit Todesrate bis zu 20%-caw).

ZNS-Verläufe: 60% Hirnhaut, 30% H.haut+Hirn, 10%+Myelitis. Folgen: Gehirnveränderung, Muskelschwund, Lähmungen.

Vorkommen: in Deutschland:

Rheinl-Pfalz: 2 unbestätigte Fälle um Bad Kreuznach in 80-er Jahre. 7 Fälle um Birkenfeld in 97-2000.

Risikogebiete laut RKI: **Kreis Birkenfeld, Donauauen, Odenwald.**

Saarland: 2 Fälle in 2001, einzelne Fälle in **Elsaß+Lothringen.**

Auch **Hessen** in 2001 (Kreis Biedenkopf im Lahntal bei Marburg)! Siehe Studie „Untersuchungen zur Bedeutung der FSME in Rh.Pf.“ von Pietsch, Vogt, Süß, Schrader, Treib, Woessner, Bußmann an 163 Meningitis-Pat. aus der Umgebung.

Mecklenburg, Vorpommern mit Ostseegebiete, Sachsen

Märkische Schweiz, Oder/Neiße Gebiete.

In 2002 dazu: **Thüringen** (Kreis Saale-Holzland),

Bayern (Kreis Miltenberg, Neustadt a/Waldnaub, ri Tschechei, Kreis Kelheim)

Rest von Deutschland ist weniger erforscht!

Welt: östlich des Ural, Norden der Mongolei, Norden Japans, Nord Korea –breite Streifen.

Kein FSME bisher in NL, Afrika, südl. Asien, Australien, Ozeanien, Amerika.

(siehe auch Info vom RKI oder auf Baxter-Site www.zecken.de-caw)

PD Dr. J. Treib ,Westpfalz-Klinikum: Wie Gefährlich ist Borreliose, welche Therapie gibt es?

Bb-Risiko in der Stadt gleich Null (??Parkanlagen, Frei-Schwimmbädern-caw). Kopf sei Risikobereich bei Kindern (neurolog. Sympt.), bei Erw. am Kopf nur 2%.

Durchseuchung Zecken im Median jetzt: Larven 3%, Nymphen 7%, Adulte 25%. (in NL Larven+Nymphen weitaus gefährlicher lt RIVM Studie- caw).

In USA seien andere Verläufe/Symptome als in Europa; auch bei Neuro-LB, was hier mehr vorkomme. Erklärt Geschichte und Stadien.

Hautrötung: käme bei fast jeden Stich vor (??-caw), teils fließender Übergang, auch homogener Rash; nicht verwechseln mit lokaler Entzündung, Fleck <1€ sei unbedenklich. Beobachten!! Oft sind örtliche Lymphknoten angeschwollen. Lymphadenosis cutis benigna ist auch typisch für LB.

Neuro-LB zeige oft schon in Stad II auch Arthralgien+Myalgien. **Arthrose schwer von Lyme-Arthritis zu trennen:** wenn Orthopäde nichts findet und Test irgendwie positiv, dann immer auf LB behandeln. **Faustregel: oral je besser Gewebe durchblutet ist. IV bei schlechterer Durchblutung oder Entzündung.** Die Herzbeteiligung, Psych. Sympt + CFS, ACA, Fibromyalgie, chron. neurol. Sympt fallen für ihn in Stadium III.

Diagnostik: ELISA sei billig, sehr sensitiv (Doberauer 70%!-caw), oft Fehlmeldungen. Kommerzieller Tests untereinander nur eingeschränkt vergleichbar!! (siehe Ringversuch Labore). WB sei besser, teurer. PCR wohl noch nicht so entwickelt, Stellenwert umstritten, oft falsche Resultate. **PCR zeige nur 20-25% bei Neuro LB-Fällen positiv aus.**

Kultur: gelinge im Liquor nur in 10% von sonst gesicherten Neuro-LB Fällen.

Labore arbeiten sehr unterschiedlich, wie bei FSME auch!. Vermutet größere stumme Durchseuchung in der Bevölkerung in D. 8% alleine schon bei Soldaten-Studie. Bestätigt mögliche seronegative Fälle.

Lumbal Punktion: 0,8 mm atraumatische (=stumpfer) Nadel benutzen um keine Nerven zu verletzen, dann keine große NW. Kopfschmerzen in 10-20% der LP Fälle, wahrscheinlich wegen Unterdruck, weil ein Teil Nervenwasser fehlt. 3 Tg liegen empfiehlt er. IAI Werte Blut /Liquor feststellen. IAI ist in August am höchsten. Er hatte 20% LB positive IgG im Serum gefunden, aber nur 0,1% pos. im Liquor.

Therapie: möglichst früh, bei EM reichen Tabletten ü 10-20 T.(!?) Empfiehlt weiter **Therapie nach Steere 2001** (N Engl.J.ofMed. 2001, 345:115-125 : in etwa: Erw: Doxy 100 2x/T ü 14-21 T oder Amoxi 3x500 mg, idem und bei Allergie: Cefuroxim-axetil 2x 500mg , idem; evt. Erythromycine. Bei Neuro-LB: IV Rocephin oder Claforan in bekannt. Dosierung ü.14-28 T....Kinder 1xCeftr 75-100mg/kgKG, oder 3xCefotaxim 150 mg/kgKG). Er ist sehr skeptisch bez. lange Therapien, nur in Einzelfällen, denn i.v. >1 Monat kann schwere NW geben. In vielen Fällen heile LB spontan aus. Rezidive nach genügend AB kämen nur in Einzelfällen vor. Wenn noch Erreger da oder bei nicht-beschwerdefreien Patienten: behandeln, aber Behandlung von Beschwerden abhängen lassen.

Dr. R. Wössner: Nicht-Antibiotische Behandlungskonzepte bei LB – siehe sein Bericht: AB ausgereizt – was dann?

Als Ergänzung neben AB zu verstehen!! Medikation immer mit Arzt besprechen. **Rät von zu lange oder Selbstmedikation ab. In chronischen LB-Fällen eher auf symptomorientierte Therapie setzen. Impfung: noch kein Thema in Europa.**

a. Behandl. der NW von AB und b. Symptomatische Therapie.

a. 1. Pilzinfekte, 2. bakterielle Superinfektion, 3. Herxheimer(-ähnl.) Reaktion/Allergien:

1. **Candida** häufig festgestellt, meist in Schluck-Magen/Darm- oder Genitalbereich. Behandeln. Diät wichtig: Stärke reduzieren, hefehaltige Sachen reduzieren, auch in Getränke (Bier!), gut kauen, langsam essen, viel trinken. Meiden: z.B. Bier, Pilze, Fertig-Dressing, Malzprodukte, Most, Gebäck, einige Käsesorten.

2. Superinf.: Pseudomembranöse **Kolitis** mit Durchfällen- wenn das Gleichgewicht im Darm zerstört ist; mit Reserve AB behandeln.

3. Herxh.: = plötzlicher Zerfall vieler Bb durch i.v. Therapie kann zu Fieber, Unwohlsein, Kreislaufstörungen führen. Selten bei Tabletientherapie.. Ursachen noch umstritten: Immunsystem, Komplementsystem oder Toxine? Auf Vergleich mit Allergien auf AB achten.

b. **Therapie von 1. Schmerzen, 2. CFS, 3. Depressionen.**

1. reine Schmerzmittel zeigen sich leider wenig wirkungsvoll bei LB. Dauereinnahme nicht empf. **Antidepressiva** können eingesetzt werden, weil sie das Schmerzgedächtnis verringern. Und evt. Mittel aus der **Epilepsiegruppe** um Nervenleitungsprobleme zu unterdrücken. Auszuprobieren sei Massage, spezielle Krankengymnastik, leichter Sport –eher Ausdauertraining-nie über Leistungsgrenze gehen und sehr vorsichtig anfangen.; weiter Bäder oder Wechselduschen – zu warm wird oft nicht vertragen.

2. **CFS:** eigenständige Kriterien: dauerhaft oder wiederkehrende Erschöpfung über 6 Monate, Bett-ruhe hilft nicht, Tätigkeit um ca 50% oder mehr verringert. Es gibt viele milde andere Symptome bei CFS. Er beschreibt eine Soldaten Studie an 505 junge „gesunde“ Männer: 12% IgG pos! Müdigkeit und allgem. Malaise als Hauptsymptome, danach kommen Glieder- und Kopfschmerz. Auf Bb untersuchen, andere KH ausschliessen. Therapie CFS sehr schwierig. Achten auf Schlafhygiene, regelmäßig Bewegung/Ruhe, gute Ernährung, regelm. Überprüfung der Medikamente wegen WW, Psychostimulantien nur als letzter Weg (siehe weitere Info via *Fatigatio eV.*-caw)

3. **Depressionen:** relativ häufig bei chronischer LB. Sport kann helfen. Lebensrückent. oder stärkere

Generell: Auf Darmflora achten. Probiotika nehmen. Vitamine, B1, B12, Folsäure, Enzyme, Co-Enzyme evt. einsetzen. Hier gehen die Lehrmeinungen oft auseinander. Aufpassen bei B6; das könne bei Überdosierung gleiche neuropathische Symptome aufrufen. Alternativmedizin oder Homöopathie sieht er nur begleitend, sei nicht als Ersatz für AB zu empfehlen.

Fr. Ute Fischer, Sprecherin des Borreliose Bundes Deutschland eV.: Sie prangert das Unwissen an und die Unfähigkeit alles mit einander zu verknüpfen. Gibt mehr Info zu verschiedene EMs. Weist auf **Zeckenvorkommen in Städten.** Wenn beim „Flaggen“ viele Zecken auf öffentlichen Flächen festgestellt werden, tritt das **Infektionsschutzgesetz** in Wirkung; Gesundheitsamt benachrichtigen!! LB sei prinzipiell nicht gefährlich, wenn sie früh festgestellt und ausreichend behandelt wird (Kosten ca € 100,-). **Therapie einer Spätborreliose kann €40.000-70.000 kosten! 80% an Menschen gefundenen Zecken seien Nymphen!**

Betont: die LB imitiert vieles, führt so Patient + Arzt hinters Licht. „Ärzte-Odyssee. Weist auch auf **mögliche Persönlichkeitsveränderungen**, die vom normalen Symptombild ablenken. Betont auch Laborproblematik: Tests nicht vergleichbar, daher gleiche Labor benutzen; Es gäbe keine Zulassungspflicht für Tests, sie müssen nur nachweisen, dass sich keiner damit infizieren kann. Mehr als 30% der Ergebnisse seien falsch. Neben der Gesundheit führt die LB zu wirtschaftlichen und sozialen Problemen.

Fr. Dr. Barbara Gärtner: Wie gefährlich ist die Ehrlichiose und Babesiose in Deutschland?

Mitarbeiterin: Fr. Katja Weber

(Inst. Für Virologie, Uni Kliniken Saarland, Homburg/Saar. Tel. 06841 – 16 23 950

Gemeinsamer Vektor: Zecken. Auch Tiere als Reservoir. Käme bei Tieren häufig vor. Normal beim Mensch nicht, ausser durch Bluttransfusion. Leider zu wenig bekannt. Erreger, Klinik, Verbreitungsgebiete sind bei beiden KH total verschieden.

Babesiose: (*Kuhmalaria*) Protozoe (=Parasit) vermehrt sich in **Erythrozyten** bis sie platzen, aber nicht synchron, daher ständig Fieber. Bei Malaria platzen alle gleichzeitig, was zu Anfällen mit Fieberschüben führt. Babesien können nach klinischer Ausheilung über **viele Monate bis Jahre im Körper verbleiben, zu Rezidive führen (Rekrudenz).** Auch Bab.AK kann man also noch sehr lange nachweisen.

Verbreitung: a. in Amerika vorwiegend *B.microti*; 10-20% Vorkommen in bestimmten Gebieten, oft asymptomatisch, milder Verlauf, nur bei Patienten über 50 J, wovon nur 30% keine Milz mehr haben; selten letal.

b. In Europa mehr *B.divergens*, wird bei Menschen selten diagnostiziert, fast nur bei Patienten ohne Milz (*splenektomiert*); schwerere Verläufe, hohe Sterblichkeit. **In D. bisher Babesien bei 5-10% Zeckenbisspatienten gefunden.** (Vergleich Bericht Dr. Hunfeld et al: „...Midwest-Germany“ – Als Koinfektion bei 11.5% in Rhein-Main-Regio; Seroprävalenz *B.microti* 5.4%, von *B. div* 3.6% - *caw*)

Tierbefunde unterschiedlich: mal mehr bei Rehen, mal Nagern, mal Rindern. (*auch Schafe, Hunde, Katzen, Pferde, siehe Kimmig-caw*)

Klinik: Inkubation 1-4 Wo. Abgeschlagenheit, Gewichtsverlust, steigendes Fieber, Muskel-+Gliederschmerz, starker Kopfschmerz, Milz oft vergrößert, blutiger Urin, schwere Anämie, Gelbsucht, Nierenversagen. Schwere klinische Verläufe durch Ko-Infektionen (*11% LB+Bab. laut Kimmig-caw*). Kann tödlich verlaufen.

Diagnostik: Blutaussstrich, (wie Siegelring oder Matheser Kreuz in roten Blutzellen), Erregerzahl meist hoch. Labor-machinelle Auswertung versagt. Tests nur auf *Bab. microti*.

Therapie: Kombitherapie. Malariamittel meist unwirksam, ausser Atovaquon/Mepron 750mg oral 2xT + Azithromycin 500 mg/T oral; oder von Clindamycin(300-600mg/6St iv)+Chinin 650 mg/6St. oral über 10-14T; oder Erythrozyten –Austausch. (*siehe auch Buch Kimmig et al. und Vorträge Kassel 6-03-caw*)

Ehrlichiose: verwandt mit Rickettsien,; HME/HGE/HTE haben unterschiedliche Vektoren.

a. **HME mehr in USA**, Durchseuchung extrem gering, Vorkommen in EU sehr selten, systemische Erkrankung, Inkubation <10T. Mortalität 2-3%. Keine Immunität.

Klinik unspezifisch, ähnelt Rocky Mountain Fleckfieber, vor allem immer Fieber; Kopf-, Muskelschmerz, Gewichtsabnahme. Komplikationen kommen vor. zB Hirnhaut-, Lungen-, Herzbeteiligung.

Labor.: Befällt ja Monozyten (*Morulae-maulbeerartig*) **Ehrlichien AK sind erst ca 30 T nach Infektion bei 90% nachweisbar.** , Leukopenie 60%, Thrombopenie 68%, erhöhte Serumtransaminasen 86%.

b. **HGE mehr in Europa.** Befällt Granulozyten. Durchseuchung 0,8-14%. Vorkommen: in D/CH/SL-/I/GB/N/S/BUL. Verlaufsschwere steigt mit dem Alter. Mortalität 5%.

Klinik: vor allem Hohes Fieber, Muskelschmerz, Steife, dann Gewichtsabnahme, Schwindel, Erbrechen.

Labor: Thrombopenie 92%, Leukopenie 50%, erhöhte Transaminasen 91%, Anämie 50%, AK sinken langsam: nach 1 Jr ist IgG-Wert noch bei 50% positiv. Kreuzreaktivität zwischen einigen Ehrl. ist groß. PCR 90% sensitiv. Ausstrich 25-50%, Kultur nicht relevant.

Therapie: Doxycyclin 200 mg/t über 5-8 T. Alternativ: Rifampicin 600 mg/T.

Eine Studie im Saarland an 361 Soldaten (jung!) **zeigte AK gegen HGE bei 15%**, Neuinfektionsrate 6%/Jr, Rekonversionsrate ebenso 6%/Jr, keine klinische Symptome. Fazit: Infektion mit HGE also relativ häufig im Saarland, verläuft bei jungen Menschen eher asymptomatisch.

Repellentien richten wenig aus. Die Ehrlichiose werde zu wenig beachtet, zeige auch eventuell ein breiteres Symptomenspektrum (siehe weiter Buch Kimmig et al. – caw)

Dr. Wössner: Fibromyalgie: Welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden?

Die FM ist ein chronischer, polytoper Schmerz im Bewegungsapparat, zeigt sich vor allem in der Muskulatur und in Muskel-Sehnenansätzen. Es gibt auch **psychische** Auffälligkeiten. Trotz großer Übereinstimmung der Symptomen mit LB ist der klinische Unterschied kein Problem.

Betroffen **ist ca 2% der Bevölkerung, davon 80-90% Frauen, vor allem junge.** Eine höhere Dunkelziffer wird vermutet. Es wird oft eine neuronale Überregbarkeit festgestellt. Hormone spielen eine Rolle. Es gibt neuroendokrine Stressreaktionen, Wegfallen der schmerzhemmende Substanzen.

Klinik: Ganzkörperschmerz 98%, Tender points 90%, CFS 81%, Morgensteife 77%, Schlafstörungen 75%, Missemphind. 63%, Kopfschmerz 53% usw.

Diagnose: die FM muss in mindestens 3 Körperregionen vorkommen, Druckschmerz zeigen an 11 von 18 Stellen (tender points) und schon mindestens 3-6 Monate andauern. Die Diagnosestellung braucht Zeit, es vergehen im Durchschnitt 8 Jahre. Manche Patienten haben lange Ärzte-Odysseen, sogar OPs hinter sich. Auf DD achten. **DD können sein:** infektionsbedingte durch z.B. Borrelien, Chlamydien; andere Syndrome wie CFS; Rheuma; Wirbelsäulenveränderungen wie BSV; verschiedene Muskel-KH; kreislaufbedingte Störungen; Tumore, andere orthopädi oder gynaekologische KH, psychische KH. Manchmal kann eine Lumbal Punktion notwendig sein(erhöhte Substanz „P“ im Liquor) oder die Nervenleitgeschwindigkeit wird gemessen, je nach Symptomen. Ein paar Patienten zeigen eine Lipidvermehrung, Carnitinmangel, Muskelatrophie. Mangel an Serotonin und Tryptophan wird im Serum+Liquor gefunden.

Therapie: Weil die Ursache (vielleicht multifaktorell?) noch ungeklärt ist, ist eine kausale Therapie noch nicht bekannt. Man dachte an eine Kombination von organischen und psychischen Komponenten, aber momentan geht die Meinung eher weg von der psychischen Ursache.

Sonst medikamentös durch z.B. Schmerzblocker, Amitriptylin (antidepressivum), Serotoninwiederaufnahmemhemmer Fluoxetin. Oder durch Muskelrelaxantien wie Tolperison(Mydocalm) oder Na-Kanalblocker. Oder auch physikalisch durch spezielle Gymnastik und Fitnessstraining, Wärme/Kältetherapie, leichte Ausdauertraining. Es gibt leider keine schnelle Erfolge.

caw Kaarst 11-03 – ohne Gewähr- Therapie Angaben kontrollieren, kein Anspruch auf Vollständigkeit, Irrtümer vorbehalten!!