

## **BBD Fortbildungstagung+JHV, Kolpinghaus, FULDA 24.+25. 04.2004**

(private Notizen C. Welker, Irrtümer vorbehalten; alle Angaben ohne Gewähr)

KH-Krankheiten, LB-Lyme Borreliose, AB-Antibiotika/Antibiose, WB-Westernblot, ACA-Acrodermatitis c.a.; iv-intravenös, NW-Nebenwirkungen, AK-Antikörper, EM-erythema migrans. PCR=direkt-Test auf DNS.

**Referenten: Dr. Norbert Satz, Zürich** : Neue Aspekte zur Lyme-Borreliose

**Prof. Dr. Jochen Süss, Jena** (Ltr des Nat. Referenzlab. für Zeckenübertr. KH)

Samstag: Fachvorträge, Sa-Abend: Hauptversammlung, Zukunft des BM

Sonntag: Verbandsratsitzung; Positionen und Diskussion der Borreliose SH-Aktiven.

Sa. ca. 100 Pers. So ca. 55, mehrere neue SHG-Vertretungen. Die richtlinien-ähnliche Ansichten von Dr. Satz erteilen eine deutliche Absage an andere Therapiemöglichkeiten oder Seronegativität. Zu interessanten Angaben von Prof. Dr. Süss gibt es auch Berichte mit anderen Standpunkten (zB Bartonella nicht in EU?). Die FSME breitet sich „verdünnt“ aus.

### **Referat Dr. Satz:**

**Diagnose:** hält dafür 3 Pfeiler als Gesamtbild(nie einzeln) für unerlässlich:

1. Klinik soll einigermaßen passen, d.h. Hauptsymptome ergeben. Er unterscheidet in **Haupt- und Nebensympt.!!** Müdigkeit sei ein NS.
2. positive Serologie,
3. Ausschluss andere KH.

Nur rekombin. ELISA erreiche 90-95% Spezifität. **C6,C10 auch nicht 100%**, wird sich nicht durchsetzen. **WB sei absolutes MUSS** auch bei EM, reagiert eher als ELISA. Titer bleiben bis Jahrzehnte, vor allem bei Arthritis, am **excessivsten bei ACA**, sonst sagen Titer wenig aus. Ein negativer Test schliesse die LB nicht aus. Sein Test „Rapid Scope“ wurde in CH nicht bewilligt, (zu viele positive Resultate, d.h. zu kostbar für die Versicherung).

**Kriterien:** Test muss im IgG mind. 1 Bande von p83/100,p58,56,OspC,p21, p17-18 zeigen; und im IgM mind. 1 von p41,p39,OspC,p17-18.

**Beispiel:** nach Tage/Wochen: p41,p37-38,p21-24,p14,OspC,  
und nach Wochen/Monaten: p83-93-100, p60-65, p39, p28, p26, p19  
und nach Monaten/Jahren: p34, p31-32, p17-18 (Immundefekt? Mischinfekt?)

**Tests** mit Haut seien 50-70% sensitiv via Kultur oder PCR

Liquor 10-30% „ „ „ „ , evt. stadiumabhängig

Gelenkpunktat 50-70% „ nur via PCR. (Dr.S: findet das noch zu hoch!) Kultur selten positiv.

**Brauchbare Tests:** *Gewebe:* Kultur, PCR. Hier Mikroskopie unbrauchbar.

*Serum* : IFT, ELISA, Wblot, KBR. Hier PCR nicht brauchbar.

*Liquor* : IFT, ELISA, PCR, nur positive sind verwendbar. Urin-PCR nicht brauchbar.

*Gelenk* : IFT, Kultur, PCR

**Therapie:** Alle Therapieverfahren aber mangeln an Erfolgsbeweis! Geeignete AB: Penicillin, Amoxicillin (3x500mg), Tetracycline, Cephalosporine. Ungeeignet seien Makrolide, Gyrasehemmer, Cotrimoxazole, Sulfonamide. Bei **Zysten:** Imidazole/Metronidazole. Alle anderen Therapien (Puls, Wahlberg, Kombi AB, etc) seien sinnlos, vieles nur basiert auf Vermutungen: er verweigere aber niemandem als Möglichkeit zur Heilung etwas zu probieren.

**Bei Arthritis mit Schwellungen eher iv!! Bei Neuro-LB immer iv,** nur in Ausnahmen oral. **Ab Stadium 2 lieber iv, 4 Wo mind..** Bei ACA/Morphea iv (2-)4Wo iv.

**AB können auch nur schmerzlindernd wirken =chemische Wirkung zeigen.** (vielleicht Ursache für wiederholt nur minimale Besserung unter AB-caw??).

Er sieht als **Therapie versagen:** a. sofortiges Ansprechen (unüblich bei LB; andere Faktoren?),

b. kein Ansprechen, c. vorübergehendes Ansprechen. Bestätigt Vorkommen von **Zysten und Persistern.**

Bemängelt **Ungeduld** nach Therapie, **LB heile langsam!!** Braucht durchschnittlich länger als 1 Jr. Es gehe oft nach Therapie schlechter. Besser sei **1 Jahr warten**, dann erst evt. Wiederholung. Bei einer zu schnellen Besserung spielen andere Umstände (mit) eine Rolle. Schulmedizin sei nicht allein gültig! Die Meisten zeigen **spontane Heilungen!** Leider **heile LB nicht immer aus!** Oft bleiben Neben-/Restsymptome, auch nach Therapie ,die dann schwer zu diagnostizieren seien. Hier stöße die Schulmedizin an ihre Grenzen.

**Fazit Dr. Satz:** **Nur AB bei akuter LB; wenn LB chronisch: nicht mit AB heilbar.** je chronischer die LB, desto weniger AB einsetzbar, sondern mehr chemische und andere Substanzen.

**Zu lange AB fördere atypische Formen!**

### Mischinfekte: berücksichtigen

*Bb* + *Ehrlichia*: ergibt zusätzliche Symptomen, Verlauf gleich, Behandlung mit Tetracycline.

*Bb* + *Babesia*: selten, stärkere Sympt, schwerer krank, Prognose gleich (!?-caw), Behandeln mit Tetracycline + Chloramphenicol. (vgl. Angaben Dr. Meer-Sherrer/Dr. Gärtner-caw).

**FSME**: werde auf Dauer abnehmen, durch Klimaerwärmung -auf Jahrzehnte voraus gedacht!. Momentan noch Ausbreitung, auch nach Norden, aber „gebietsweise“, nicht flächendeckend.

**Profylaxe sei wichtig**; kurze Rasen, Unterholz und Laub beseitigen, Schattenplätze meiden, evt. Trockenzone entlang Garten schaffen von 1m br.(zB. Kiesweg, Steinplatten); Zaun gegen Wild, helle Kleidung (ziehe wohl mehr Zecken an, aber sie seien besser sichtbar).

### Fragen/Antworten Dr. Satz bezüglich:

**Allergiker**: es gäbe immer eine Therapie, die man durchführen könne. Sonst Cortison dazu.

**Chron.LB**: sei keine LB mehr, weil da gäbe es immer weniger Nachweis im Gewebe. Umstritten. Symptome angehen, evt. steroidal (caw-???)

**Rohmilch**: nicht für LB, nur bei FSME, aber in Deutschl. kein Problem, Virus wird bei 60° abgetötet; nur im Osten/Baltikum.

**Gasser**: heute weiss man, das Makrolide nicht so gut arbeiten (wg Übersäuerung, in Kombi besser?? – caw)

**Rezidive**: das kann passieren, aber nicht immer gleich wieder AB (vgl.Binnewies/ Burrascano - caw)

**LTT**: zu wenig sensitiv, auch zu unspezifisch, weil zu viele positive Resultate; wenn alleine positiv und andere Tests negativ, dann LTT skeptisch sehen.

**Thüringen** werde fast nur **oral** behandelt. Falsch?: Nein, kann auch Erfolg haben, Mehrheit so sogar, aber in manchen Fällen sei IV besser.

**Chron. Neuro-LB** – wo gute Therapie?: Diagnose kritisch sehen; Wenn Neuro-LB, dann mind. 4 Wo IV, lieber Claforan als Rocephin, geht wohl schlecht ambulant, mind. 2x4gr/tgl. (3x2 gr??- caw)

**Autoimmunität** - z.B. ANA hoch, LB Titer schwankend(Fr. Breunig): **ANA können bei LB erhöht sein, nur leicht**, bei autoimmune KH sind sie höher. Es sei noch nicht bewiesen, dass LB autoimmun-KH auslöst.

**sekundäre KH durch LB** wie Asthma, Diabetes, Schilddrüsen-KH(H.Priedemuth)?: durchaus möglich, nicht bewiesen.

**Doxy sei 1. Wahl**?: Dosisabhängig! Kann nicht so hoch dosiert werden; wohl gehirngängig, aber in zu geringer Konzentration. Das gilt auch bei IV.

**Fasten**: ok, aber den kranken Körper nicht unnötig stressen; unterstützt vielleicht, heilt nicht.

**Colestyramin**: umstritten. Wohl theoretisch logisch. Hat Dr.S. schon vor 15 J probiert, aber funktionierte bei ihm nicht. Auch seien solche Medikamenten dem Patienten eigentlich nicht zuzumuten.

=====

### Referat Prof. Dr. Süß:

Auch andere Zecken als *Ixodes ric.* vermitteln *Bb*, zB Taiga Zecke (von Estland bis Japan) bis 50% durchseucht. Entwicklung sei abhängig von Umwelt-, Klima-, ökologische und biologische Faktoren. **Keime seien doch länger in Speicheldrüse**. Zecken reagieren stark auf Männerschweiß. Zecken schnellstens entfernen!!

Mit Zecken assoziierte Keime sind u.a. **Bb sl**, **FSME-Virus**, **Anaplasma phagocytophila**, **Babesia**, **Bartonella henselae**, **Rickettsia slovaca** (Tibola) **Coxiella burnettii**=Q-Fieber (via aerosol/Rohmilch/eingekratzt/Zecken); **Francisella tularensis**=Hasenpest (via aerosol/Zecken/schlachten) – mehr in Ost-EU und Midwest-USA) (vgl. Buch Kimmig, Hassler&Braun – caw).

**Viele Viren in EU-Zecken**:z.B. Flavi-, Bunya-, Reo-, Orthomyxo-, Toga-v.; wahrscheinlich viele nicht pathogen für Menschen. Viele in **Seevogelkolonien**.

**Isolierungen überall in EU, aber in D. kaum Untersuchungen!!** S. fordert Änderung und warnt vor Unterschätzung. **Im *Ixodes ric.* alles schon gefunden, auch viele Kombinationen in 5-26% der Zecken. In der Zukunft werden wir mehr mit Mischinfektionen konfrontiert werden! Auch in Stadtparks.** Ein richtige „**Zeckenimpfung**“ erwarte er erst in 20-30 J.

**LB**: Studie Brandenburg/Thüringen 2000-2003 ergab ca 3.600 gemeldete LB-Fälle, ca 10% waren Jugendliche, ca 90% Erwachsene. (nur neue neuro-LB??? - Meldekriterien! Unterschiedlich gehandhabt? -caw)

**HGE**: sei „**emerging disease**“!, Verlauf in EU: mild bis mittelschwer. Labor: im akuten Stadium – Leukopenie oder Thrombopenie, CRP erhöht und veränderte Leberwerte.

**Tibola**: mit Lymphadenopathie; hinter Ohren oder am Haaransatz schmerzhaft, knubbelartige Schwellungen, oft bei Kindern und jungen Erw.– mehr in Ungarn + in Teilen von Frankreich,

**FSME:** Bericht Prof. Dr.R.Kaiser: total in D. bis 3-2004. 877 Erw, Kinder 124 Fälle, (Wiedergabe richtig? RKI sagt 772 bis 3/04-caw) Letalität Kinder 1%, bei Erw. höher. In D sind Bayern und Bad.-Württ. immer noch Risikogebiete: 2003 wieder viele Fälle. Thüringen: mehr autochtone Fälle, weniger importiert, ähnlich wie im Odenwald. Sachsen andersrum. Meckl-Vorp. abnehmend. Ungarn schwächt ab, endemisch im Balatongebiet; Österreich zeigt gute Impfesultate: nur ca 50 autochtone Fälle/Jr. Norwegen fängt an. Lettland zeigt kontinuierlich verstärkte Zeckenpopulation! Untersuchungsdaten teils fehlerhaft. **S. erwartet weitere Zunahme der Risikokreise.**

**Alimentäre FSME** war früher häufiger, jetzt kaum noch ein Risiko. Impfung schützt auch vor andere Typen.

Studie Passau: FSME-Viren in 7% der Nymphen und >10%-20% in Adulte.

**Transvarielle Übertragung:** Bei FSME und Bb beiden ist es möglich, ist aber seltener.

Ende Referaten.

Alle Angaben ohne Gewähr – caw 8/04  
weiter: Verbandsratstagung

---

---