

Chronisch-persistierende Borreliose – erken

Symptome

Nach einem Zeckenstich ist es unbedingt notwendig, bis zu **mehreren Wochen** danach auf das Auftreten von ungewöhnlichen Symptomen wie z. B. Fieber, Kopfschmerzen, neu auftretende Ein- und Durchschlafstörungen, „Grippesymptome“ mit und ohne Erkältungszeichen, aber mit heftigen Muskel- und Gelenkschmerzen sowie ausgeprägte Erschöpfung, eine bleierne Tagesmüdigkeit und heftige, ohne jede Anstrengung auftretende, oft nachts betonte Schweißausbrüche zu achten. Diese „Sommergrippesymptome“ sind, wenn sie erstmals nach einem Zeckenstich auftreten, ebenso als Frühinfektionszeichen bzw. erste Krankheitssymptome einer Borreliose anzusehen wie auch die Ausbildung eines Lymphocytoms in sehr weichem Gewebe, die evtl. langsam größer werdende Wanderröte, das allseits bekannte Erythema migrans oder auch schmerzhaftes Schwellungen von Lymphknoten in der Nähe des Einstiches.

Wenn aber gar kein Zeckenstich, sondern Pferdebremsen, Flöhe u. a. die Borrelienüberträger waren (was übrigens gar nicht mehr so selten vorkommt), ist natürlich die möglicherweise erfolgte Borrelieninfektion wesentlich schwieriger zu erkennen. Auch seltenere Ansteckungsmöglichkeiten (inzwischen konnten Borrelieninfektionen nachgewiesen werden, die horizontal z. B. sexuell von Mensch zu Mensch oder vertikal, d. h. diaplazentar in der Schwangerschaft übertragen wurden) sollten bei unklaren Erkrankungen immer mit berücksichtigt werden.

Bei einem derart „bunten“ Krankheitsbild wie dem der Borreliose mit seinen vielen körperlichen, psychischen und kognitiven Symptomen ist das Erkennen einer Borreliose ohne erinnerlichen Zeckenstich oder eine Wanderröte meist äußerst schwierig, da ab einem gewissen Zeitpunkt im Leben plötzlich merkwürdige und in der Regel auch oft wechselnde Symptome auftreten, die mit den üblichen Untersuchungsmethoden zu keiner

plausiblen Diagnose führen. Leider passiert es aber vielen Borreliosepatienten auch heute immer noch, dass sie aufgrund der häufig zusätzlich vorhandenen psychischen Veränderungen mit der Diagnose „Somatisierungsstörung“ in eine einzige Therapierichtung, nämlich in die psychiatrisch-psychotherapeutische, gelenkt werden. Nach einer möglichen organischen Ursache wie z. B. einer Infek-

tion, die den vielfältigen Beschwerden zugrunde liegen könnte, wird dann meist gar nicht mehr weiter gesucht.

Nachweis

Zum Nachweis einer erfolgten Borrelieninfektion sollten im Regelfall mindestens folgende Laborparameter erhoben werden:

ELISA oder EIA-Testverfahren: Nachweis von Borrelien-AK (kein Aktivitätsnachweis), bei **ca. 20% der sicher Infizierten keine AK** (Ursachen hierfür können sein z. B. eine Cortison- oder andere Immunsuppressivaeinnahme zum Zeitpunkt der Infektion, eine sehr frühe AB-Therapie nach der Infektion, eine Schwächung des Immunsystems durch andere Grunderkrankungen, Immunglobulinmangel u.v.m.).

Immuno- oder Westernblot: Sensitiver und aussagefähiger Nachweis für die Therapieentscheidung bei einer chronischen Borreliose; zeigt durch sein Bandenmuster, ob eine frische oder schon alte Infektion vorliegt.

Seronegative Patienten haben weder AK im ELISA-Test noch spezifische Blotbanden => v. a. bei Patienten mit einem geschwächten Immunsystem oder einem Immunglobulinmangel. Auch durch „Versteckspiele“ der Borrelien kommt es zu einem Nichterkennen durch

das IS, z. B. wenn sie als Cysten, Blebs oder Granula in einem Biofilm oder in Immunkomplexen gebunden „maskiert“ sind. Oder sie befinden sich versteckt im Wirtsgewebe, sodass keine Antigene präsentiert werden und deshalb auch keine humoralen Abwehrstrategien des Wirtes erfolgen (können). Aber auch bei seronegativen Borreliose-Patienten kann trotz ihrer fehlenden AK-Bildung eine vorhandene Borrelieninfektion noch nachgewiesen werden und zwar entweder durch den **Melisa-Test** oder den methodisch weitgehend identischen **Lymphocytentransformationstest (LTT)**.



Lymphocytom am Ohr bei einem Kind.
Quelle: www.dermis.net

Therapie

Der wahrscheinlich häufigste Grund für einen Übergang in die chronische Form der Borreliose ist bei nicht völlig Immungesunden die **unterlassene oder unzureichende (zu kurze und zu niedrig dosierte) antibiotische Behandlung** zum Zeitpunkt des Vorliegens eines Erythema migrans, eines Lymphocytoms oder – den beiden gleichwertig – beim Vorliegen einer „Sommergrippe“ kurz nach einem beobachteten Zeckenstich. Die übliche Behandlungszeit von max. 21 Tagen berücksichtigt nicht



nen + behandeln

die sehr lange Generationszeit der Borrelien (12–24 Stunden pro Querteilung!). Man hat – analog zu den in vitro beobachteten Absterbezeiten für die sich alle 20 Minuten (!) teilenden E.coli-Bakterien – eine **zur Elimination notwendige Behandlungszeit von mindestens 30 Tagen** errechnet.

Unter Berücksichtigung der biologischen Grundlagen sind folgende Antibiotikatherapien sinnvoll:

1. Im Frühstadium der Borrelieninfektion für 30 Tage,
2. im chronischen Stadium der Borreliose für zunächst 30 Tage zur Überprüfung der klinischen Wirksamkeit (Herxheimer, LTT-Normalisierung). Vier bis sechs Wochen nach dem Ende der ersten Antibiose sollte zunächst der Borrelien-LTT kontrolliert werden. Entsprechend dem LTT-Ergebnis (ist er weiter positiv oder bereits negativ geworden?) und der dann noch vorhandenen klinischen Symptomatik erfolgt die ärztliche Entscheidung über eine evtl. erneute Antibiose mit dem gleichen Antibiotikum oder es ist bei fehlender Wirksamkeit ein Antibiotikumwechsel sinnvoll.

Ein **Komplettprogramm** als ergänzende Therapie bieten die Produkte der Firma **VIA-THEN** (Infos unter www.viathen.at):

GlutaCell® zur Glutathionregeneration und als Antioxidans: Eine interessante Alternative zur Verabreichung von GSH durch Infusionen, das GSH-Vorstufen mit pflanzlichen Wirkstoffen kombiniert, welche die Biosynthese des Glutathions fördern. GlutaCell® ist eines der wenigen aussichtsreichen oralen Präparate, das direkt auf die Erhöhung des GSH-Spiegels abzielt.

VIATHEN-T® Alginsäure zur besseren Sauerstoffversorgung aller Körperzellen und somit auch eine Verbesserung des gesamten Immunstatus, Procyanidin (fördert die NO-Bildung, welches intrazelluläre Parasiten abtötet, ohne die Zelle zu schädigen) und Humulon als COX-2-Inhibitor.

TNFDirekt® zur natürliche Entzündungshemmung durch pflanzliche Inhaltsstoffe wie Curcumin, Omega-3-Fettsäuren, afrikanischen Weihrauch und Leinöl

Ferulith® zur enteralen Schwermetall- und Lösemittelbindung sowie Toxin-Ausleitung: Zeolithe kombiniert mit Ferulasäure.

Informationsquelle: „Die chronisch-persistierende Borreliose – Stand November 2009“, Dr. Petra Hopf-Seidel



Korrespondenzadresse

Jünemann Elisabeth
 VIATHEN Österreich
 Firma Ortho-Dental-Egg
 Geschäftsführer Egg Günter
 Speckbacherstrasse 26
 6020 Innsbruck
 Tel.: +43(0)512/59588
 Fax: +43(0)512/59588-15