FULDA – BBD – Borreliose Fortbildung + JHV– 26/27 April 2003

Priv. Notizen C. Welker, nicht vollständig, alles ohne Gewähr.

Referenten: **Dr. med Volker Fingerle**, Nation. Referenzzentrum für LB im Max von Pettenkofer Institut, München : Aufgaben des NRZ + Bedeutung der Serologie bei von Zecken übertragenen Erkrankungen

Prof. Dr. med Fred Hartmann: LB, eine Infektions- und neurotoxische Erkrankung?

Dr. V. Fingerle: Aufgaben NRZ: a-i

a.Verbesserung + Weiterentwicklung der Diagnostik

Kein Standardkriterien. Keine Nachweisungspflicht, keine entsprechende Evaluierung. Spezifität oft eine Katastrophe. Nur Pflicht nachzuweisen, dass man sich nicht mit einem Test anstecken kann. Arbeiten im MPI an Verbesserung von PCR und Immunoblot.

Immunoblot: Zelllysatblot ist sehr schwer. Haben rekombinantes Immunoblot mit 7 verschiedenen LB Unterarten. Arbeiten seit 5 J. daran. Jetztige Spezifitätsstufe 98%.

Haben irrelevante Protein-Banden wie p60(zB 58er wird vielleicht für 60kD angesehen) rausgeholt. Weil oft Defizit an Proteine (OspC oder OspA nicht immer dabei und Stämme unterscheiden sich hier unter einander, auch mit verschiedenen Reaktionen), wird mit künstlich hergestellten Proteinen gearbeitet. Aus 8 Proteinkomplexen werden einzelne Proteine rausgestellt für den Blot. Nehmen die p41 auch, trennen aber die unspezifischen Teile raus. (*Leider wird das **MPI ihren Blot nicht in Produktion geben können**, da ein italienisches Patent besteht.-caw).*

PCR: seit 1989 in LB Bereich benutzt; hochsensitiv + hochspez. Aber auch hier weder Evaluierung noch Standard. Man sollte schon 12 verschiedene Bb Stämme nehmen um gute Evaluierung zu bekommen, aber es scheitert an Ausstattung oder Geld in den Labs. Beste Resultate bei Gelenkpunktate (ca 70%). Haben neuen PCR entwickelt, der alle in Europa vorkommenden Bb-Stämme inkludiert. Erst wird vervielfacht, dann mittels Restriktionsenzyme geteilt, dann ergibt sich für jede Unterart eine Sequenzierung.

Test nach Färbung ist nicht gut, gilt als obsolet; das könne nur ein Lab in NL gut!

b. Qualitätssicherung des Tests: Es gibt Ringversuche um schlechte Tests zu eliminieren. Ein Lab soll 1-2/Jr an Ringversuch für einen bestimmten Test mitmachen um Zertifikat dafür zu bekommen. Zert. Sicherung läuft via KV.

c. Beratung für RKI: bei Gutachten und Anfragen

d. Studien: bez. Prävalenz bei Zecken, dafür sei gerade PCR wichtig. Auch prospektiv z.B. Inzidenzstudie. Momentane Inzid.rate sei 1.4% von 15.000 Patienten, aber wohl nur Spitze des Eisberges!

e. Beratung der klinisch-technischen Kollegen: enttäuschend wie schlecht die Lab-Kollegen über Bb Diagnostik informiert sind !! Verbringt 50% seiner Arbeitszeit mit Beratung!!

f. Öffentlichkeitsarbeit: beschränkt auf eigene Resultate. Publizieren auch Artikel. Am 21.5.03 im Großen Hörsaal, MPI, München „Updates zu LB“.

g. Zusammenarbeit mit anderen internationalen Netzwerken. LB Netzwerk wird nicht gefördert.

h. Resistenz beobachten: bisher keine Resistenzentwicklung bei Bb festgestellt.

i. Bb Vorräte: habe viele Stämme vorrätig und große Sammlung von monoklonalen AK, auch Referenzpräparate vorhanden, wovon Anzahl Erreger bekannt ist. Wichtig bei PCR, weil Bb Konglomerate bilden.

Diskussion:

LTT? VF: mache MPI selbst nicht. Test sei derzeitig nicht unterstützungswert; rät davon ab. ***Viele Protestmeldungen!!*** Fr. Priedemuth und Dr. Hermann: LTT sei doch wohl geeignet bei Seronegativität und Verlaufskontrollen. **VF**: Russell-Johnson machten es nicht mehr , Krause auch nicht mehr, LTT sehr schwierig zu standardisieren weil Stimulationsfähigkeit sei großes Problem.

Er rät auch vom **Urin-PCR** ab. Wenn so etwas überhaupt, dann nur **via Dr. Krause.**

KHH: therapieren nicht die Diagnostik, sondern die entsprechenden, spezifischen LB- Symptome!

VF –was sei spezifisch für LB? Dafür gibt es keine wissenschaftliche Beweise. Warnt vor falsch-positive Diagnostik; es gäbe schon die **ersten Ceftriaxon-Tote!.**

Es bilden sich besonders kontroverse Meinungen, vor allem über die Definitionen.
VF: Die Wissenschaft arbeite nach engen Bestimmungen und exakten Begriffen , Auch der Bericht von Prof. Hartmann schätzt er später als rein hypothetisch!

Prof. Dr. Hartmann (Chefarzt a.D.**)**
Er ist mit Kollegen, **Frau Dr. Hopf-Seidel** (FA, Neurologie & Psychiatrie) und **Herrn Dr. Müller-Marienburg,** da. Legt dar, dass LB eine Infektionskrankheit ist, auch chronisch persistierend; ebenso neurotoxisch auf Grund Erfahrungen von Dr. Shoemaker und Studien von Cartwright(entdeckte Bb-Tox 1) und Hubnell, ein Neurotoxikologe. Dr. Shoemakers Buch „Desperation Medicine" ist im D. übersetzt. Sie waren wegen LB in USA und lasen das zufällig in einer Praxis. Dr. Shoemaker is Allg.Med. in Maryland, auch Mikrobiologe und hat Ökologie Ausbildung. Ein Fischsterben + danach viele Kranken lösten seine Suche aus. Pfisteria waren da Ursache. Auch 12 Wissenschaftler erkrankten. Untypisch – Kopfschmerzen, Husten o. Schleim, Schlafprobl., Durchfälle usw.. Probierte Colestyramin gegen Durchfälle. Rapide Besserung. Mehr Patienten so behandelt. Dann gesucht warum erfolgreich. Toxin fettlösslich, daher auch im Gehirn (Kopfschm/Husten)vorhanden. Es sind viele Toxine bekannt, die Krankheiten verursachen. (Siehe Bericht RS: LB - eine neurotoxische Krankheit).
Normal Toxine schnell aus dem Körper. Nicht bei LB(enterohepat. Kreislauf). Neurotoxine stimulieren bestimmte entzündungsfördernde Zytokine, in Fettzellen hergestellt. Das sehe er als Hauptursache für chronische LB. Setzt also VCS Test ein bei LB Behandlung. An Kollegen: Gerät plus Testset koste € 600.
Score: <10= sehr schlecht. >30=sehr gut.
Therapie: AB, Colestyramin gegen Toxine, Behandlung der Zytokine mit Actos. Andere Möglichkeit wäre monoklonale AK einzusetzen, aber wenn man damit aufhört, kommt alles zurück.

VF: weist auf Hypothetik der Sache , sei alles nicht wissenschaftlich, auch kein Toxin bewiesen.
FH: Bestreitet das. Seine Kollegen nennen Mattmann, Cartwright, Beck, Schwarzhofer, die Vorhandensein der Toxine bestätigen. Nach wissenschaftlichen Methoden das Bb Toxin nachzuweisen wird noch gesucht. Hubnells Erfolg werde hart diskutiert in US.
Vor Untersuchung bei H. müssen Patienten Erhebungsbogen ausfüllen. Nennt darin ca. 19 Symptome. Es wird auch nach Zeckenkontakt, EM-Befund, pos. LB Diagnostik gefragt. Weil „positiv" muss nicht immer LB heissen, hängt mit Anamnese zusammen. Nie Diagnose auf reinem VCS Test.

FH hat jetzt ca 800 Patienten behandelt, davon ca 350 ausgewertet. Stellte fest: AK nur bei 62%, 44,5% bekam zu kurze AB-Therapie und 17,5% bekam gar keine Behandlung trotz pos. AK-Befund. Fast alle zeigen Besserung. Unverändert nur 8. Schlechter ging es hinterher keinem. 10% erlitten Herxh. oder Verschlimmerung unter der Therapie. Erfahrung zeigte: Müdigkeit ginge als erstes weg; Gelenkprobleme zuletzt.

NB-Tipps:. Viel trinken bei Colestyramin oder Colesthexal. Wohl mit 4-6 Monate rechnen, vorsichtig, mit 2 Btl anfangen. Auf Stuhlgang achten. Unbedingt fettlösliche Viatmine hochdosiert dazu. Bei kleinerem Colestyramin-Dosis., verlängert sich Therapiedauer. Nicht kurzzeitig abspringen. Bei Rezidive nach Ko-Infektionen suchen. Evt. Therapie wiederholen, wenn noch Spirochäten aus Ihren Nischen kommen. Wenn Durchfall/Übelkeit bei Doxy, dann zum Essen. Bei Doxy auf Phototoxizität achten, nicht zu anderen Medikamenten, nicht zu Milchprodukten. Nach 30 T Doxy wieder VCS machen.
Aufhören nur bei klinischer Beschwerdefreiheit und bei guten VCS Werten.

Diskussion:
Problem: **Actos** sei Diabetes-Mittel, blutzuckersenkend, nicht für LB zugelassen. Colestyramin ebenso wenig, ist Lipidsenker. Sei verschreibungspflichtig. Daher Colest. selbst zahlen. Keine Angst vor

Hypoglukämie, weil nur 10T eingesetzt als Profylaxe gegen Herxh. Reaktion. Danach Leber –oder Blutzuckertest – dann kein Problem.
Heidelb. Retina-Flowmeter Methode: misst Fliessfähigkeit in kleinen Kapillaren, die durch Enzymblockaden vermindert ist und Sauerstoffnot auslöst. Wird aber in D. nur in Forschungszentren eingesetzt.
Dr. Gabel: **Freiburger Sehtest** ist im Internet (nur auf MacIntosch). Unterschiedliche Ergebnisse!??
FH: VCS zeigt immer aktuelle Situation! Er wusste das Harz prima ausleitet. Man könne Gifte auch über Lymphdrüsen ausleiten und Körper mit Essigwasser abwaschen. Ihm ist nicht bekannt, ob man auch Enzyme hier einsetzen kann. Ciprobay könne bei Penizillinallergie eingesetzt werden.
J. Evert: nicht nur pro-entz. Zytokine berücksichtigen. Die Hartung-Konstanz Studie (?) zeigt, dass es auch bei herabgeregelten Zytokinen Symptome gibt.
H-S: auf und ab gibt es. 1 x rauf, was gegenläufige Reaktion auslöst u.s.w. Aber es käme nichts in die Presse, bevor nicht solides Material da sei.
Fr. Schöll: meldet positive Reaktionen. Auch **Fr. Munz** meldet positive Resultate damit in Ihrer Gruppe.
NB: **Bei Verstopfung** helfe Sauerkraut; oder rohe Rote Beete/Apfel salat (Hr. Raichle), oder 5-10 ml Lactulose:
FH: **Gewichtszunahme, auch Reduktion**, ist möglich durch Einwirken der Neurotoxine auf dem Hormonsystem, ähnlich wie bei Wechseljahren.
M-M: TNFa zerstört Rezeptoren, kann vielleicht Gew.zunahme oder auch Diabetes auslösen. Oder durch Wassereinlagerung infolge Durchblutungsstörungen.
Darmspülungen oder Fasten seien unterstützende Maßnahmen.

Sonstiges:
Kongress NY: JP: Therapieresistenz 10-20% anerkannt. Konzequenz: a. setzt vernünftige Therapie voraus, evt. langwierig. b. heisst bei Berufsunfähigkeit, dass Anerkennung vorhanden ist- darauf berufen!. c. nachteilig: AB gäbe es nicht mehr bei chron. LB.
Infekt.schutzgesetz: JP : ***Immer und überall Prävention in den Vordergrund schieben. Auch bei Vorträgen.***
Repellents: Zanzarin und Zedan (?) (hat Sonnenschutz)

Paritätische: Patientencharta informiert Ärzte und Patienten über deren Rechte und Pflichte. Broschüre via 0800 – 15 15 159 beim Bundesministerium, oder download:
www.bmgs.bund.de/publikationen/gesundheit.

caw/Kaarst, 5-5-03, ohne Gewähr.