

Chronisch persistierende Borreliose und damit im Zusammenhang stehende Infektionen Symptomatologie und therapeutische Konsequenzen

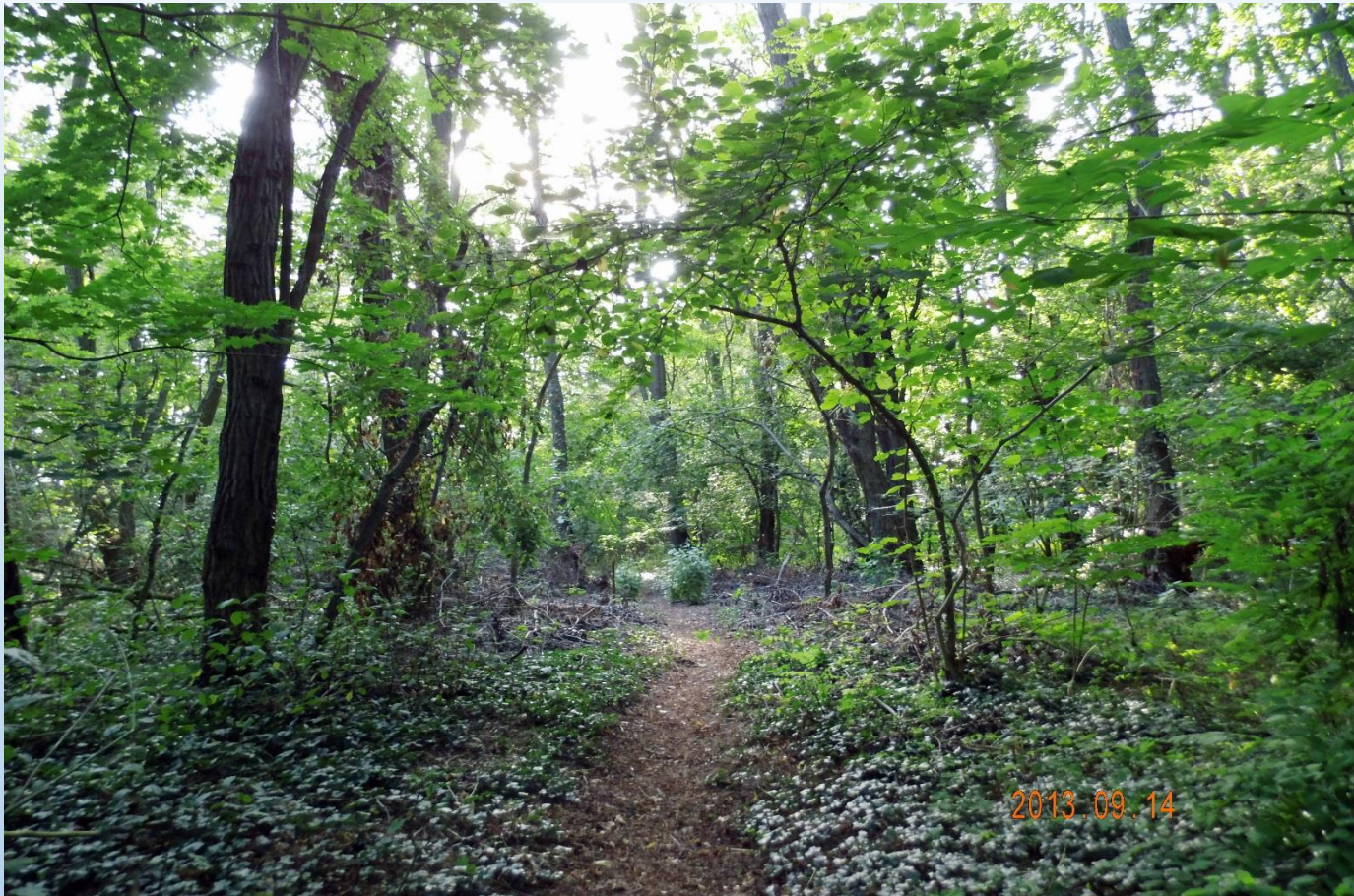


**Infektologische
Fortbildungsveranstaltung
Kleinmachnow 7.12.2016**

**Dr. med. Barbara Weitkus
Praxis für Borreliosepatienten
Berliner Chaussee 4
15749 Mittenwalde**



Unser Grundstück auf einer Insel im teupitzer See



Der Inselweg



Natur pur, ideales Ausbreitungsgebiet für Zecken



Auch der erste Sohn erhielt ein halbes Jahr lang Infusionen
mit verschiedenen Antibiotika



Erst nach zahlreichen von mir durchgeführten Infusionen verschwanden die Gelenkschwellungen und Schmerzen.
Mein Sohn ist sichtlich froh.

Behandelte Patienten 2003–2013 350

Akute Fälle 100

Chronisch persistierende Borreliose 250

Kinder 200

Erwachsene 50

Co – und Mischinfektionen

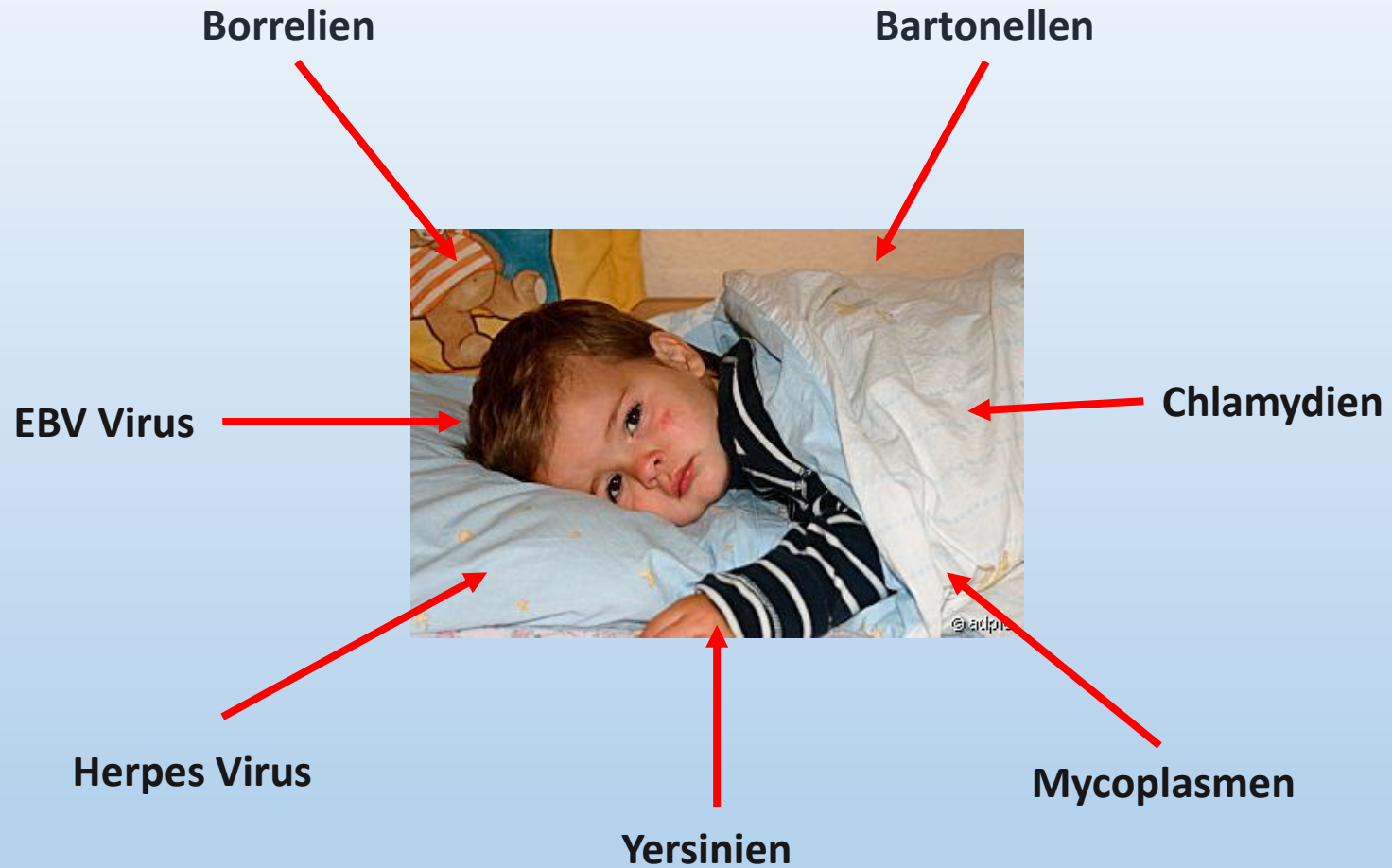
Kinder 110

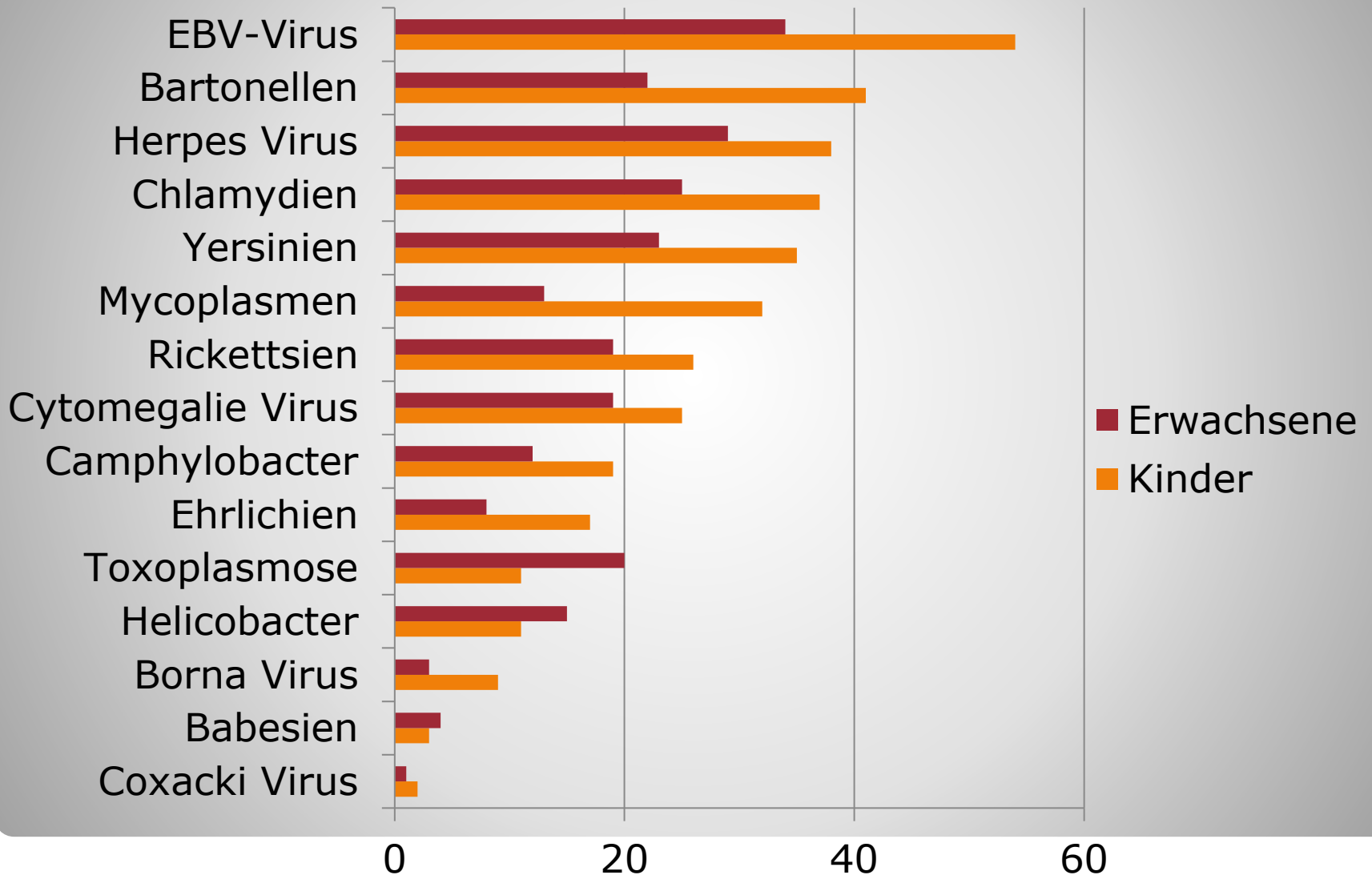
Erwachsene 50

Erfasste Erreger

Antikörpernachweis

**Bartonellen, Rickettsien, Ehrlichien,
Babesien, Mycoplasmen, Chlamydien,
Toxoplasmose, Helicobacter,
Campylobacter, Yersinien, EBV-,
Herpes-, Cytomegalie-, Borna-,
Coxsackie-Virus**





5 und mehr Erreger	Anzahl Kinder
5 Erreger	10
6 Erreger	7
7 Erreger	3
8 Erreger	3
9 Erreger	3
10 Erreger	2
11 Erreger	1

Insgesamt 29 von 110 Kindern, etwa 25 % bei denen neben den Borrelien mehr als 5 weitere Erreger an der Mischinfektion beteiligt waren

5 und mehr Erreger	Anzahl Erwachsene
5 Erreger	5
6 Erreger	4
7 Erreger	7
8 Erreger	2
9 Erreger	6
10 Erreger	2
11 Erreger	0
12 Erreger	1

Insgesamt 27 von 50 Erwachsenen, etwa 50% bei denen neben den Borrelien mehr als 5 weitere Erreger an der Mischinfektion beteiligt waren.

Patienten mit CO- und Mischinfektionen

T-Zellmangel,
eingeschränkte T- Zellfunktion,
CD 57 erniedrigt, oft extrem niedrig
CD4/CD8 ratio erhöht,
Interleukine erhöht,
TNF alpha erhöht,
IFN gamma erhöht,
ANA erhöht

Symptomatologie

Meine Praxiserfahrungen bezüglich der Symptomatologie im chronischen Stadium beruhen auf der Auswertung der Checkliste von Burascano, Arztberichten und Schilderungen der Patienten.

Insgesamt 400 Kinder und Jugendliche wurden bis 2016 behandelt

davon:

1/3 Kleinkind bis Schulalter

2/3 Schulkinder und Jugendliche

Bei Schulkindern und Jugendlichen vergingen durchschnittlich 5 Jahre bis endlich die Diagnose gestellt wurde. Die Vorstellung bei mir erfolgte ausschließlich auf Initiative der Eltern.

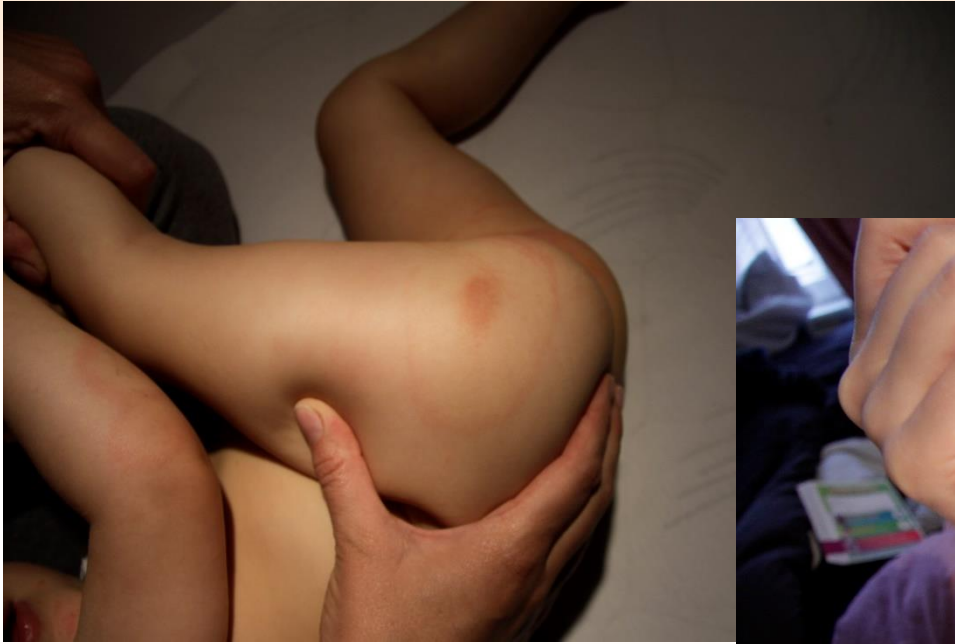
Die Anamnese und Symptomatik dieser Kinder war ärztlicherseits kein Anlass die Diagnose in Betracht zu ziehen.

Allgemeinsymptome des Kleinkindalters

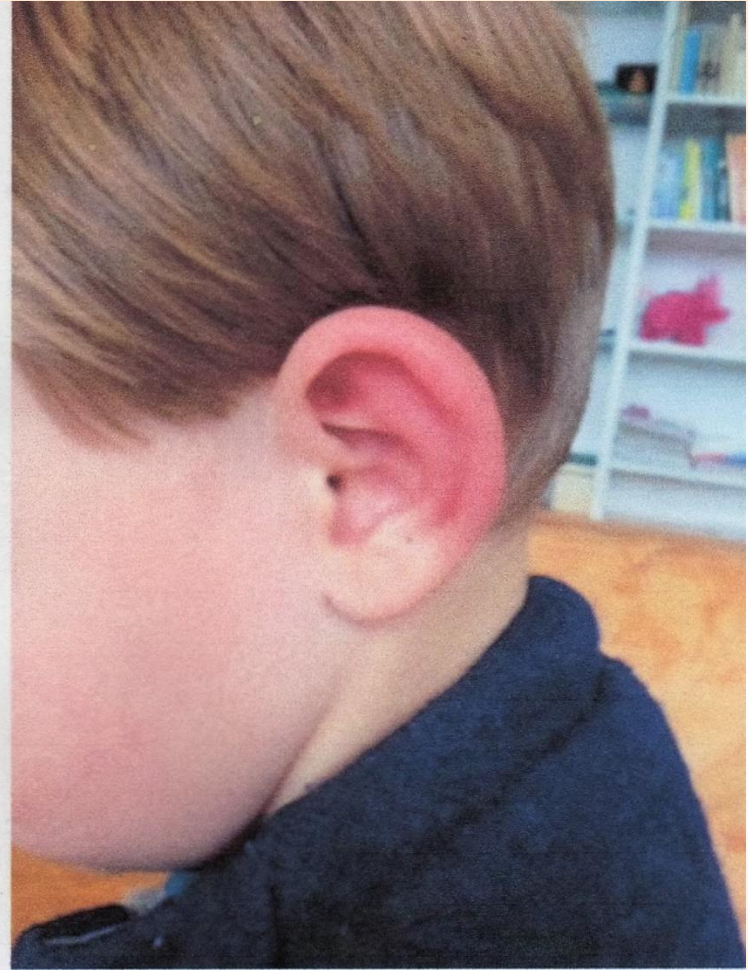
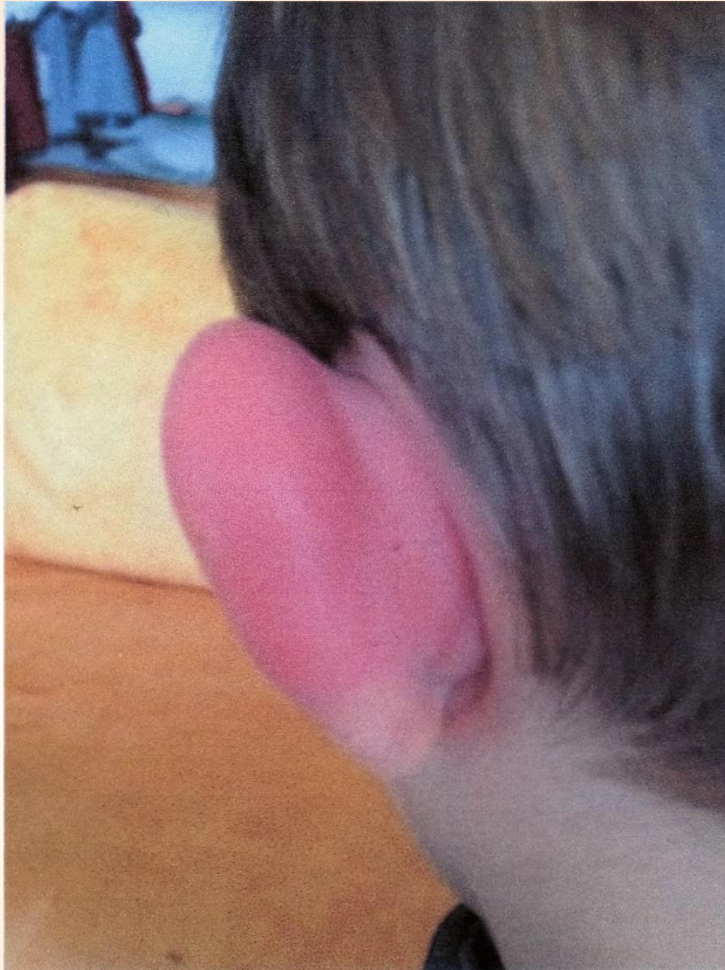
- Fieber, oft bis 40°, schubweise alle 4 – 6 Wochen, Reaktion des Immunsystems
- Besondere Anfälligkeit gegenüber Infektionen, verbunden mit hohem Fieber, häufige Krankenhausaufenthalte
- Rezidivierende anfallsartig auftretende Kopfschmerzen
- Lymphadenitis unterschiedlicher Lokalisation
- Springende Gelenkschmerzen
- Schnelle Ermüdbarkeit allgemeine Schwäche
- Im Anfangsstadium Erythema migrans (nur zu 25%) im chronischen Stadium multiple Erytheme
- Lymphozytom



multiple Erythema



multiple Erytheme



Borrelien- Lymphozytom, kleiner Tumor mit Rötung und derber Infiltration





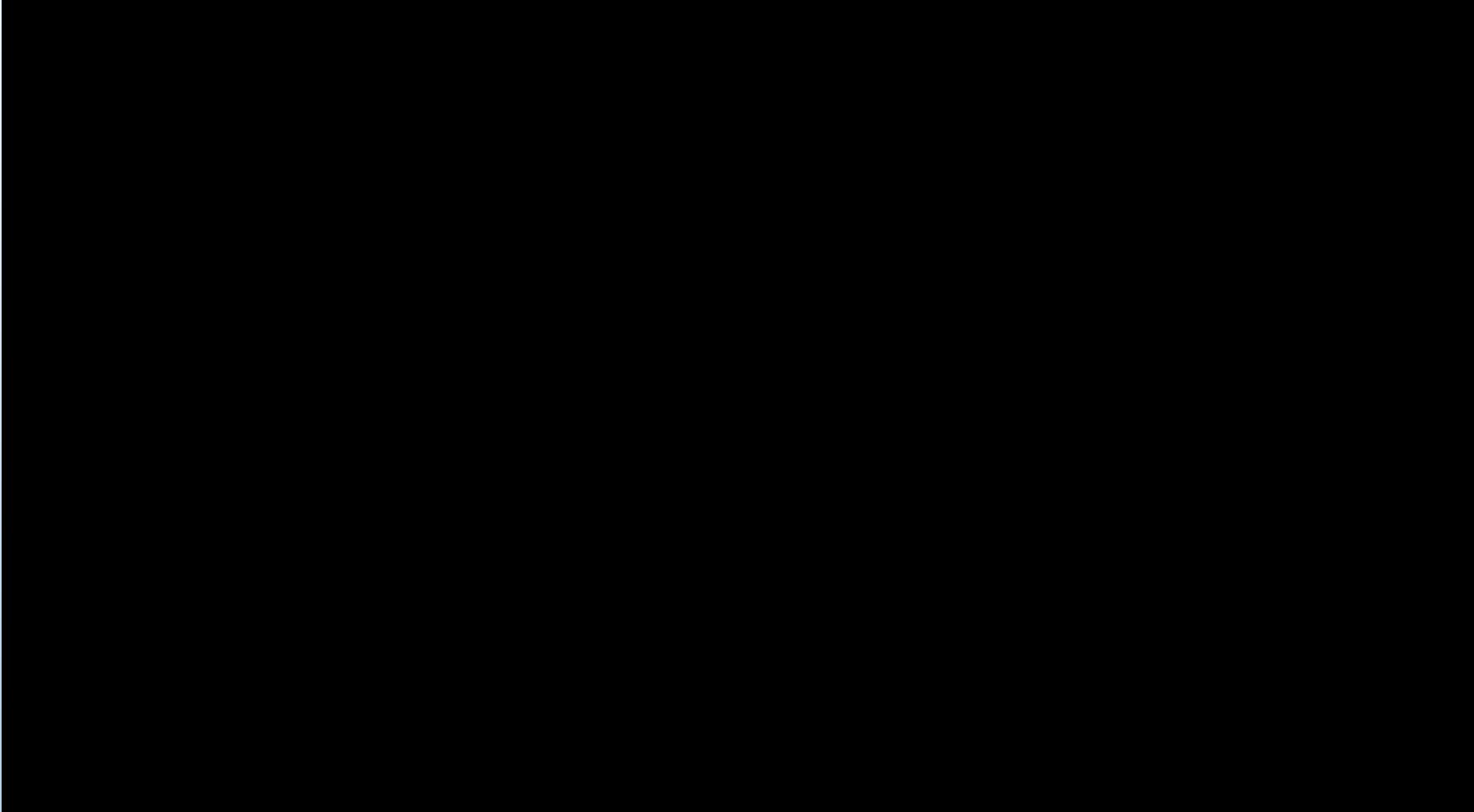
Lymphozytom im
Genitalbereich



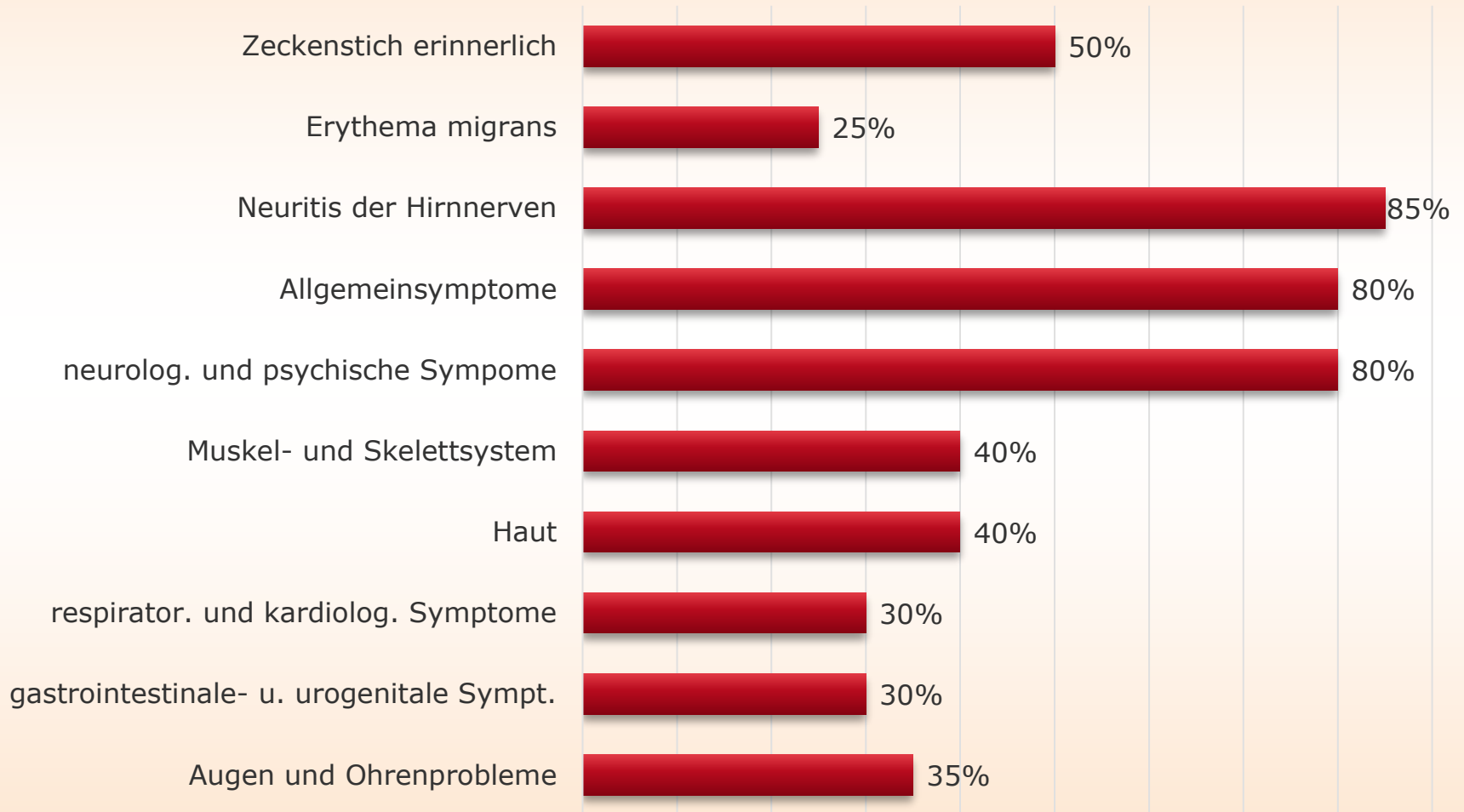
Erythemartigen,
Hauteffloreszenzen

Neuropsychiatrische Symptome im Kleinkindalter

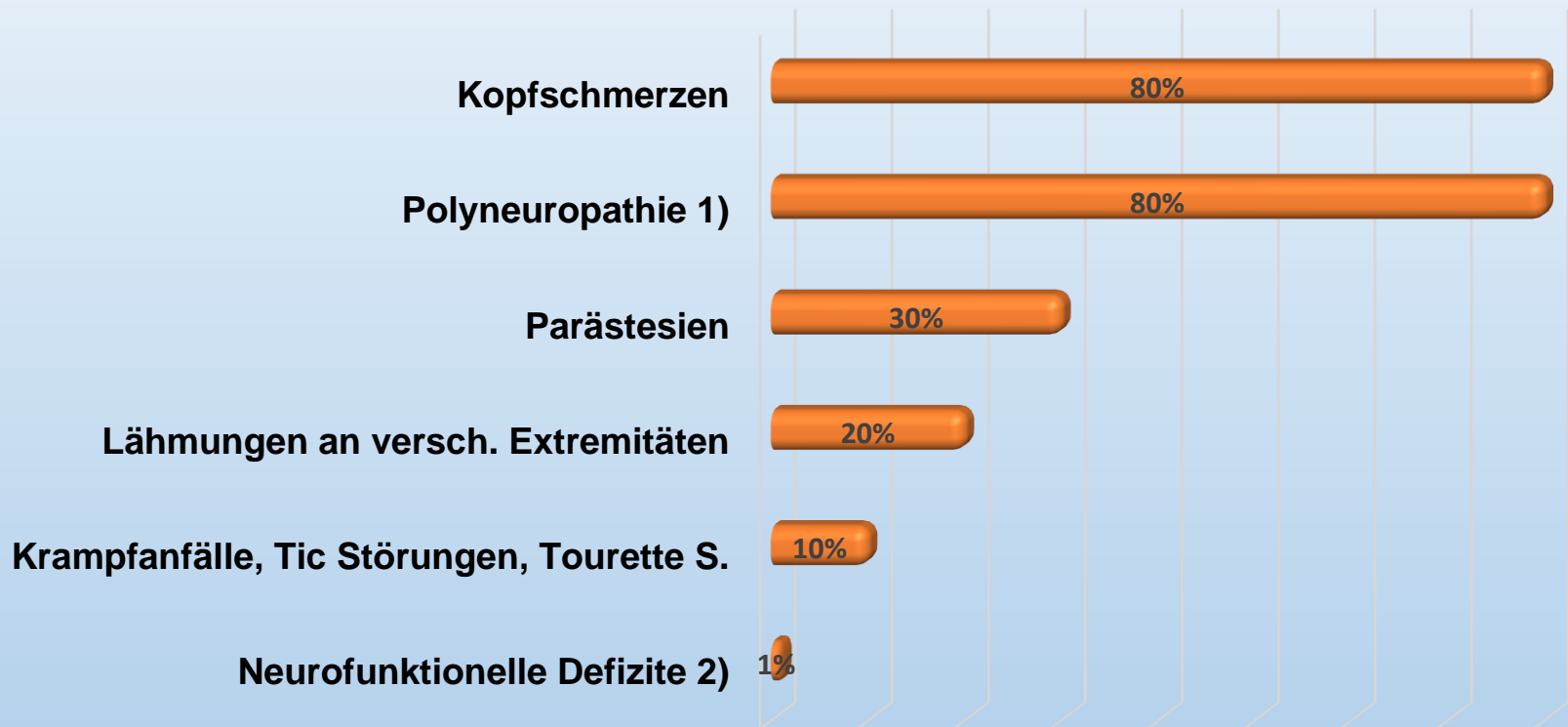
- Stillstand der Entwicklung motorischer und geistiger Fähigkeiten und schließlich Verlust der erworbenen Fähigkeiten
- Verlust der sprachlichen Artikulation
- Verlust handlungspraktischer Fähigkeiten
- Zunehmende Introversio, Teilnahmslosigkeit, stilles passives Verhalten
- Autistische Züge mit vermindertem manchmal sogar verlorengangenen sozialem Kontakt
- Weinerlich, ängstliches Verhalten
- Häufig auch Enuresis und Enkopresis
- Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom mit und ohne Hyperaktivität
- Bannwarth Syndrom



Symptomverteilung Schulkinder und Jugendliche



Weitere neurologische Symptome Schulkinder und Jugendliche



1) mit Schmerzen, Sensibilitätsstörungen und z.T. motorischen Ausfällen

2) 3 Patienten, die das Ausmaß einer Demenz erreichen,
Jugendliche im Alter von 16, 18 und 19 Jahren

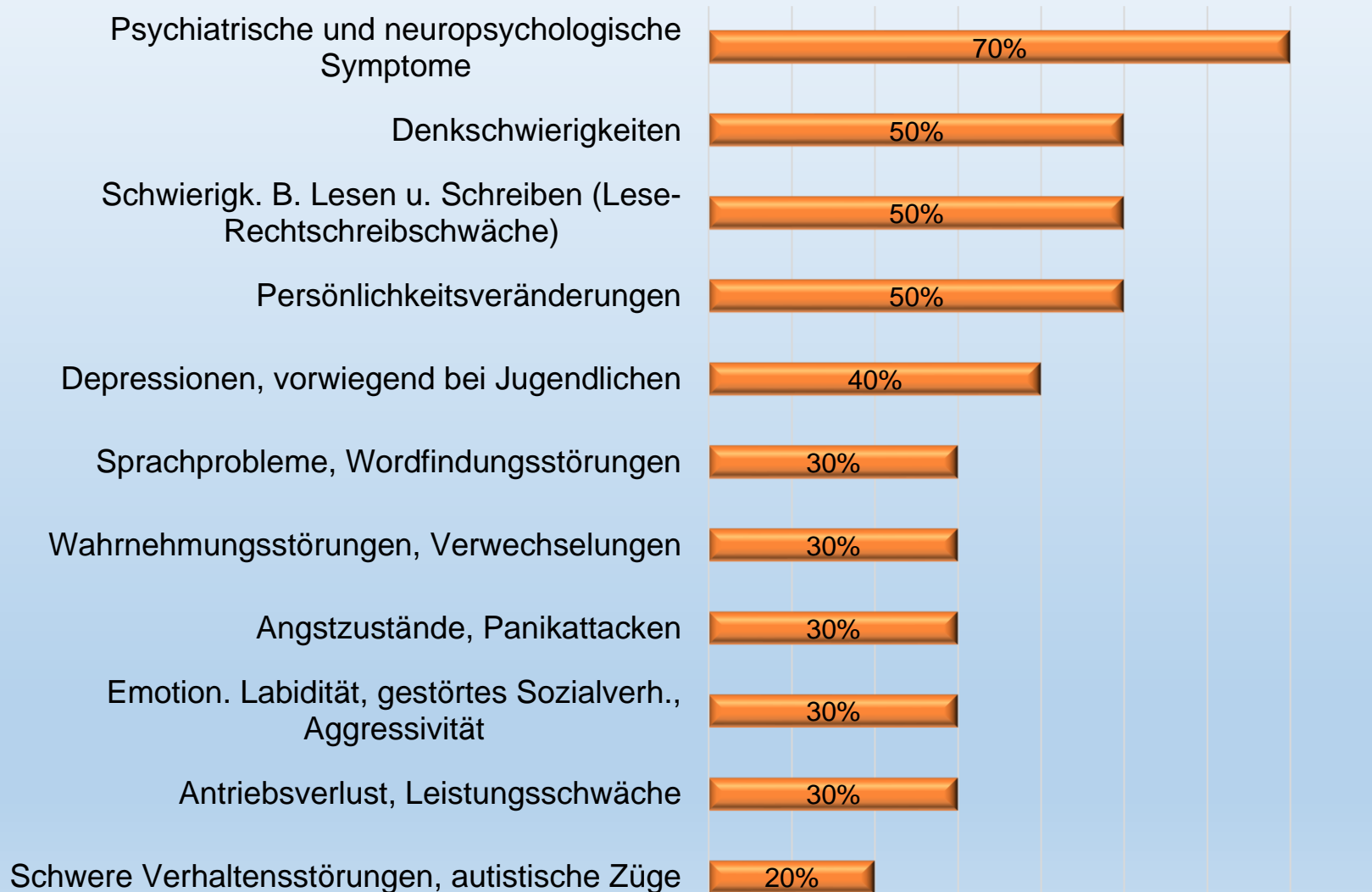


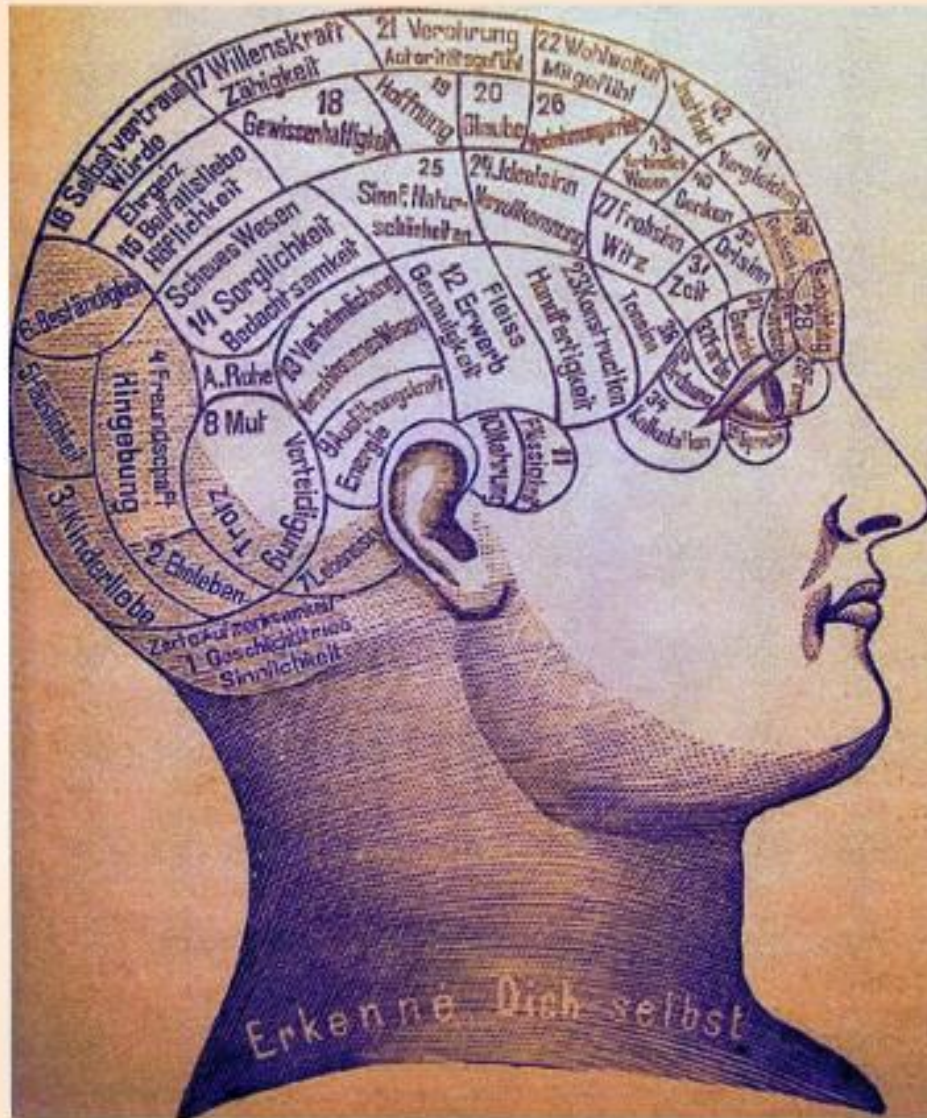






Psychiatrische und neuropsychologische Symptome Schulkinder und Jugendliche





12.03.2016 19



Erregerspezifische Symptome

Bartonellen (Übertragung auch durch Läuse und Flöhe)

- Striae streifenartiger, linearer, roter Ausschlag
- Subcutane Knötchen an den Extremitäten
- Hauteinblutungen Petechien und Hämatome
- Zysten im Kieferbereich
- Encephalopathie, degenerative Hirnveränderungen, Verlust des Nervengewebes und letztendlich Hirnatrophie

Vortrag zur ILADS Tagung 2015

Dr. Robert Mozayeni

Arzt und Wissenschaftler in der translationalen Medizin
in Raleigh, North Carolina USA



Striae streifenartiger,
linearer, roter Ausschlag



Subcutane Knötchen an den
Extremitäten



Hauteinblutungen Petechien und
Hämatome



Vaskulitis/Purpura

Babesien

- Akuter Krankheitsbeginn
- Schweißausbrüche, besonders nachts
- Schwindel, schwankend
- Engegefühl in der Brust trockener unproduktiver Husten Luftnot
- Kopfschmerzen (Kopf steckt in einem Schraubstock)
- Erschöpfung und mentale Trägheit
- Kirschhämangiome
- Schwere Verläufe der Lyme- Borreliose und Rezidivneigung deuten auf eine Babesieninfektion hin





Kirschhämangiom

Ehrlichien, Anaplasmen

- Relativ uncharakteristische Symptome, Kopfschmerzen, Erschöpfung, Fieber, Muskel- Gelenkschmerzen. Lymphadenitis
- selten neurologische Defizite

Rickettsien

(Übertragung auch durch Flöhe und Läuse)

- Allgemeinsymptome wie Fieber, Myalgien, Lymphadenitis, Kopfschmerzen
- Schmerzlose Hautläsion an der Eintrittsstelle der Bakterien
- Stammbetonte maculopapulöses oder papulovesikuläres Exanthem mit Petechien als Ausdruck einer Vaskulitis
- Mögliche Komplikationen, Meningoencephalitis, Pneumonie, Splenomegalie, Thrombosen, Endokarditis, gastrointestinale Blutung, Nephritis



Hautläsion, die im Verlauf eine zentrale Nekrose bildet



papulovesikuläres Exanthem mit
Petechien als Ausdruck einer
Vaskulitis



Maculopapulöses Exanthem

Therapieziel

Eine vollständige Eliminierung aller Erreger gelingt nicht.

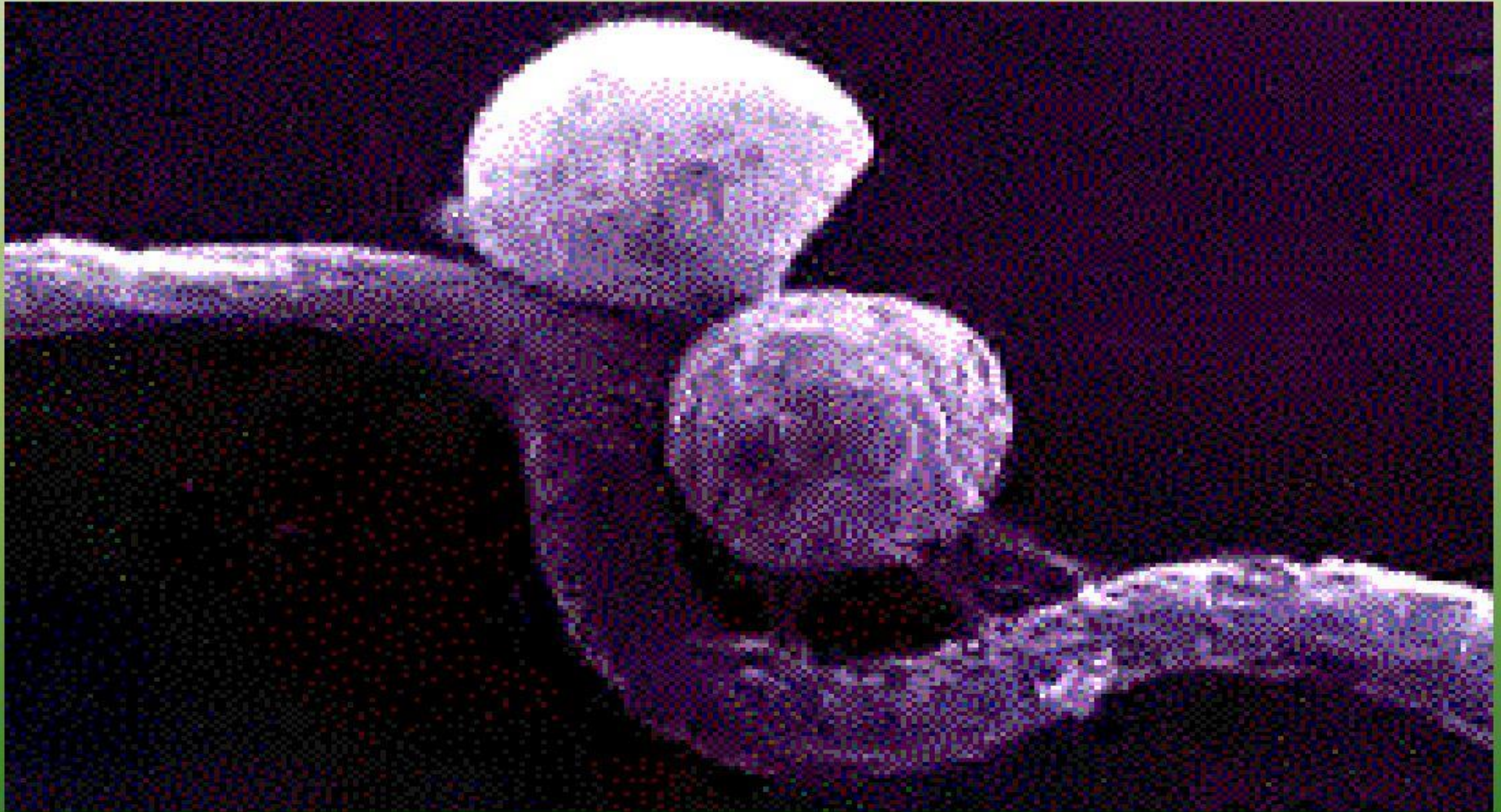
Das Ziel der Therapie ist es, durch eine erhebliche Reduzierung der Erregerlast das Immunsystem zu befähigen, die Infektion zu beherrschen.

Kriterien für die Auswahl der Antibiotika

- Persisterformen und Überlebensstrategien der Bakterien erfordern spezifische Antibiotika
- Erregerspezifischer Einsatz der Antibiotika mit Wechsel alle 4-6 Wochen.
- Mischinfektionen erfordern den Einsatz von Antibiotikakombinationen
- Die virusinduzierte höhere Pathogenität der Infektionen erfordert den Einsatz von Virostatica
- Antihelminthika sollen das Überleben der Bakterien und Viren in Würmern verhindern
- Protozoen und Babesien erfordern den Einsatz von Antiprotozoika, auch Malariamedikamente.

Vortrag: Prof. Auer, Parasitologie, Universität Wien, *Toxocara canis, cati, Ascaris suum*

Cystenbildung von *Borrelia burgdorferi*



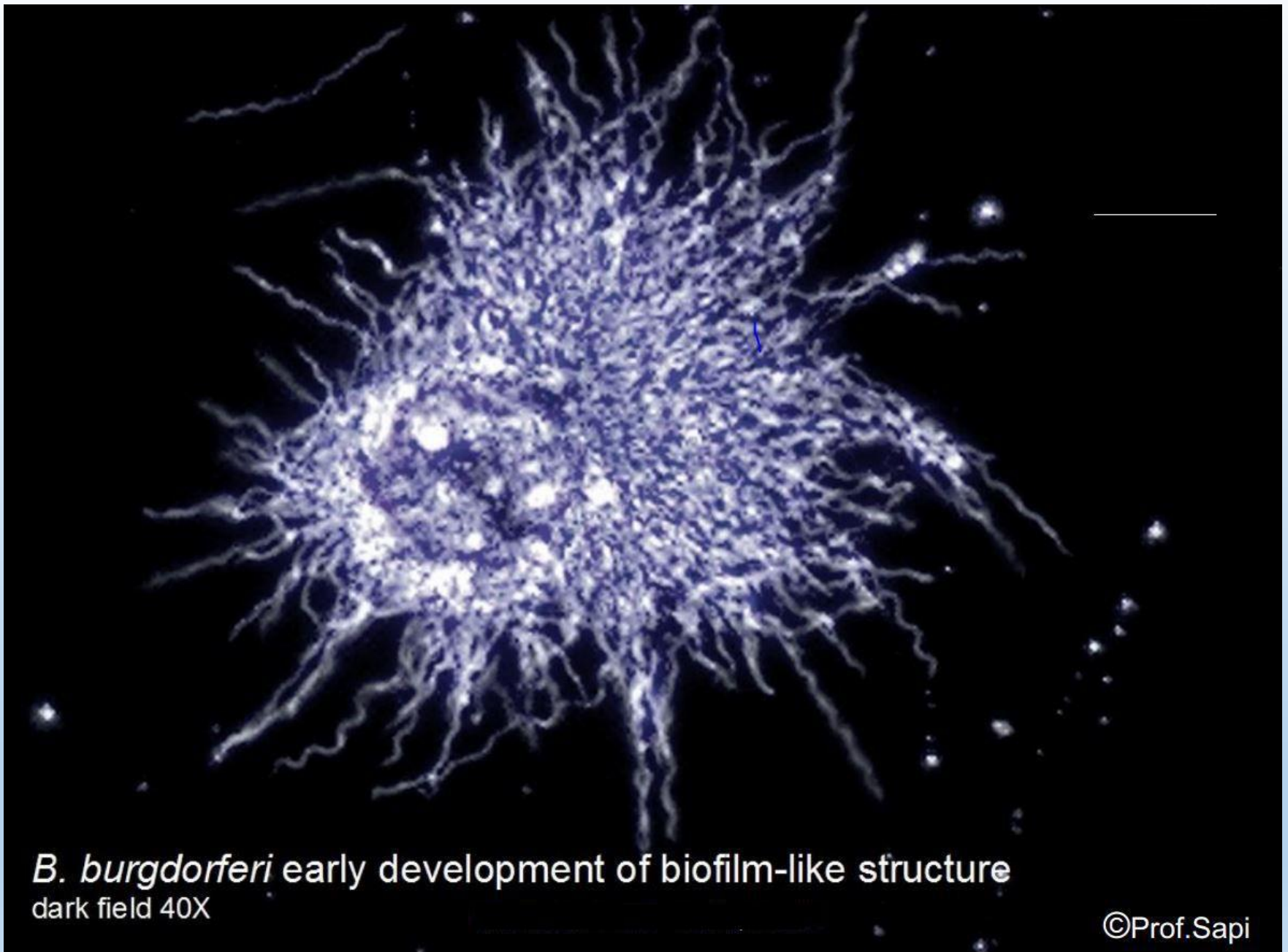
Mursic et al . 1996



L-form of Borrelia

*With Permission from
Dr. Alan MacDonald*





B. burgdorferi early development of biofilm-like structure
dark field 40X

©Prof.Sapi

Doxycyclin, Amoxicillin und Ceftriaxon

reduzieren zwar die Zahl der Spirochäten im Blut um 80 – 90 %, führen aber auch zu 80 – 90 % zur Zystenbildung.

Doxycyclin verdoppelt die Anzahl der Zysten.

Art und Weise der Anwendung

- Intravenöse Therapie
- Gepulste Therapie
- Kombination von Antibiotika, die sich in ihrer Wirkungsweise ergänzen.
- Wechsel alle zwei bis fünf Wochen
- Individuelle Therapiepläne
- Symptomtagebuch
- Hohe Dosierung und Langzeittherapie möglichst bis zur Symptombefreiheit

Unterstützende Therapie und Nachbehandlung

- Toxinausschwemmung, Säuresenkung (basisches Milieu), Unterstützung des Immunsystems, Durchblutungsförderung, Darmsanierung Einsatz pflanzlicher antibiotisch wirkender Substanzen
- Im Bedarfsfall Schmerzmittel, Antidepressiva

Hinweise zur gesunden Lebensweise

- Ernährung, fett- und kohlehydratarm, kein Zucker
- Vermeidung von Elektrosmog
- Basisches Milieu
- Keine Eisensubstitution
- Keine Immunsuppressiva
- Heiß Baden und Sauna
- U.a.m.

Schlussbemerkung

Die Überlebensstrategien der Bakterien, die Persisterformen der Borrelien, unsere ungesunde Lebensweise, Schwermetallbelastung, Elektrosmog, Umweltgifte, Bewegungsarmut, falsche Ernährung u. a. m. haben dazu geführt, dass Diagnosen nicht mehr monokausal anzusehen sind und dass eine leitliniengerechte Therapie bei dieser Komplexität nicht greift.

Wir müssen umdenken und uns diesen Problemen stellen, wenn wir den Betroffenen helfen wollen.

Wenn ich dazu beitragen konnte, Ihnen diese Überzeugung nahezubringen, war mein Vortrag nicht umsonst.

Kinder

sind Engel ohne Flügel



*„Einem Kind würde
nie einfallen,
dass es auch für
Menschen regnet,
die nichts
Schlimmes getan
haben.“*