

Kasuistik: Therapie erst 8 Jahre nach Borrelieninfektion

1. 2004 Zeckenstich mit 32 Jahren. (im Analbereich, daher spät entdeckt)
2. Erythema migrans aufgrund der Lokalisation des Zeckenstichs nicht bemerkt
3. Grippeähnliche Symptome (hochfieberhaft) 1 Woche
4. Anschließend für ca. 6 Monate symptomfrei
5. Nach einem Arbeitstag erste Sehstörungen, die jedoch auf Bildschirmarbeit zurückgeführt wurden. 2-3 Wochen zugewartet, bei täglich ansteigender Symptomatik, Symptomatik irgendwann bds, Progredienz von nur abends auf mehrfach täglich.
6. Augenarzt konnte keine fachspezifische Diagnose stellen. **Diagnose: ophthalmische Migräne.**
7. Augenarzt hat die Vermutung, dass die Anfälle regredieren.....
8. Verdachtsdiagnose: **Diabetes mellitus** konnte nicht verifiziert werden
9. Einschlafstörungen
10. Von Bildschirmarbeitsplatz zu Callcenter gewechselt.
11. Durchschlafstörungen mit Gedankendrängen und nächtlichem Harndrang (5- 10 Mal Nacht - Urologe schlug vor, 2 Stunden vor dem Schlafen das Trinken einzustellen – diese Änderung brachte keine Verbesserung)
12. Langsam ansteigend Gewichtszunahme ohne Änderung der Essgewohnheiten bei gleicher Aktivität
13. Dann kamen zusätzlich zu den Sehstörungen und der Gewichtszunahme Wortfindungsstörungen
14. Zunehmend auch Konzentrationsstörungen
15. Realisierung der Schwere der Störung ca. 3 Jahre später, anlässlich einer Umschulung
16. Zwischenzeitlich zunehmend körperliche Beschwerden, die zunächst ignoriert wurden (Knie, Schienbein, Oberschenkel bds. später kam auch die Armregion hinzu)
17. Nackenschmerzen und –steifigkeit, weitere Verschlechterung der Sehfähigkeit
18. Ende 2007 psychosomatische Reha – Ergebnis war Zuweisung zur Umschulung
19. Nachdem von den behandelnden Ärzten eine **psychosomatische Ursache** für die Beschwerden diagnostiziert war und sich das Befinden gleichzeitig wesentlich verschlechterte, wurde eine Umschulung beantragt, um der persönlichen Situation Rechnung zu tragen.
20. 2008 Beginn der Umschulung zum IT-Systemelektroniker mit der Option die Ausbildung auf Fachinformatiker zu erweitern
21. Zu Beginn der Ausbildung verschlechterte sich der vorhandene **Tremor**, der hinzugezogene Neurologe diagnostizierte **Morbus Parkinson**. Die Parkinsonmedikation brachte keine Verbesserung aber neu auftretende Wahrnehmungs- und Orientierungsstörungen, die nach dem Absetzen der Medikation wieder verschwanden. Neue Neurologen schlossen M.Parkinson aufgrund der fehlenden klinischen Symptomatik aus.

22. Im Rahmen der Umschulung eskalierte die Gesamtheit der Symptome. Hinzu kam eine extreme Erschöpfbarkeit bei gleichzeitiger Abnahme, der für die Umschulung wichtigen, Konzentrationsfähigkeit. Das Kurzzeitgedächtnis verschlechterte sich bis hin zu regelmäßig wiederkehrenden Filmrissen. Die Umschulung war trotz größter Anstrengung nicht mehr zu bewältigen.
23. Nach Arbeitsunfähigkeit von über 6 Wochen brach die Rentenversicherung die Umschulungsmaßnahme ab.
24. Die Rentenversicherung stimmte in 2009 einer Absprache, die Fortsetzung der Umschulung betreffend, nach Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, zu.
25. Weitere Verschlechterung der Gesamtsymptomatik **ohne stimmige Diagnose**.
26. Verdachtsdiagnose auf **Myastenia Gravis** (Laborbefund 2007 (hier auch **Yersiniose** diagnostiziert)), später erneute Abklärung.
27. 2007 Diagnose **Hypothyreose**
28. Ein befreundeter Mediziner machte auf die Möglichkeit einer zeckenübertragenen Erkrankung aufmerksam.
29. Daraufhin folgte die Testung beim Hausarzt. Das ELISA-Ergebnis war negativ.
30. 2009 grenzwertiger Westernblot-Borrelien
31. Neurologen lehnten Liquordiagnostik, wegen unpassender Symptomatik zunächst ab, eine Therapie mit Betablockern brachte keine Verbesserung des subjektiven Befindens.
32. Liquordiagnostik wurde dann doch im Zuge einer neuen Verdachtsdiagnose M. Parkinson durchgeführt, Ergebnis waren diesmal **erhöhte Demenzmarker**.
33. **Positiver Borrelien-LTT** mit Nachweis **Ehrlichien**. 4 wöchige Therapie mit Minocyclin brachte deutliche Verbesserung auf allen Ebenen. Ein erneutes SPECT ergab einen rückläufigen Parkinsonbefund. Diagnose dann: **Sekundäres Parkinson-Syndrom**. Der Radiologe schloss eine Borreliose aufgrund dieses Ergebnisses nicht mehr ganz aus.
34. Es folgten unterschiedliche Antibiosen zusammen mit Quensyl über jeweils 45 Tage unter LTT-Kontrolle nach jeweils 6 Wochen. Ergebnis: Verbesserung ausschließlich auf Gelenkebene.
35. Seit Ende 2009 wird die Antibiose in den o.g Intervallen fortgesetzt.
36. Liquordiagnostik nach 6 Monaten und mehreren vergeblichen Versuchen seitens der Ärzte an anderer Stelle wiederholt. Ergebnis: **Unauffällige Befunde, auch der zunächst pathologischen Werte**.
37. Ende 2011 privatärztliche Behandlung beim Borreliosespezialisten. Klinische Diagnostik unter Einbeziehung der unterschiedlichen Vorbefunde. Ergebnis: **chronisch persistierende Spät-Borreliose**. Therapieplan an Hausarzt.
38. Hausarzt willigt zunächst in die Langzeitantibiose ein, reguliert seine Zusage auf Therapie von maximal 4 Wochen ein, weil er sich wegen befürchteter Regressforderungen seitens der KV scheut, die notwendige Langzeit-Medikation fortzusetzen. Ergebnis nach Telefonat mit dem Borreliosespezialisten.
39. Nachfrage bei der zuständigen KV ermöglicht, nach nunmehr 8 Jahren, eine borrelienspezifische Infusions-Antibiose über längere Zeiträume. Schnelle Besserung der Sehstörungen.