Przewlekła borelioza nie istnieje

12 czerwca 2024

W ubiegłym roku w Polsce potwierdzono 25 244 przypadki boreliozy i 659 przypadków kleszczowego zapalenia mózgu. Mimo że – statystycznie – tylko co 20. kleszcz zakaża krętkami z rodzaju borrelia, a borelioza u ludzi jest dość łatwo wyleczalna, choroba ta budzi strach i prowokuje spory w środowisku naukowym. Przeciwko eksperymentalnym formom terapii protestują specjaliści chorób zakaźnych, samorząd lekarski, sejmowa komisja zdrowia. W kwietniu br. Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie oddalił skargę jednego z podmiotów medycznych i przychylił się do opinii Rzecznika Praw Pacjenta, który alarmował, że stosowanie wielokrotnej antybiotykoterapii w leczeniu boreliozy jest niezgodne ze stanem wiedzy medycznej i niebezpieczne dla pacjentów.

Prof. dr hab. n. med. Miłosz Parczewski jest konsultantem krajowym w dziedzinie chorób zakaźnych, lekarzem naczelnym ds. chorób zakaźnych Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Szczecinie; kieruje kliniką chorób zakaźnych, tropikalnych i nabytych niedoborów immunologicznych Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie; jest prezesem Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS i wiceprezesem Europejskiego Towarzystwa Klinicznego AIDS. Rozmawia z nim Tomasz Maciejewski.

– Coraz bardziej boimy się boreliozy? Przypadków zachorowań jest więcej?

– W ostatnim czasie było dużo doniesień na temat nowych kleszczy, chorób odkleszczowych, zmieniającej się epidemiologii. Te zmiany nie są duże, ale problem można określić jako „przyszłościowy”. Przyczyną są głównie zmiany klimatyczne – jest ciepło, sucho, mamy zimy bez mrozu. To, że

ludzie często przebywają na terenach leśnych, powoduje, że zagrożenie związane z chorobami arbo (arbowirusy są przenoszone przez stawonogi, przede wszystkim przez kleszcze) na pewno się zwiększa. Pamiętajmy jednak, że tylko ok. 5 proc. ukąszeń kleszczy kończy się zakażeniem boreliozą, nawet jeśli kleszcz jest zakażony. I że borelioza jest uleczalna. Wiemy, jak tę chorobę rozpoznawać i skutecznie leczyć!

– Skąd więc tak duża nadwykrywalność boreliozy? Podobno tylko u 10 proc. pacjentów kierowanych do specjalistów podejrzenie boreliozy zostaje potwierdzone.

– Boreliozę diagnozuje się na podstawie obrazu klinicznego, najczęstszym objawem wczesnym jest tzw. rumień wędrujący, i serologii, czyli obecności przeciwciał we krwi. Jeśli obraz kliniczny jest typowy, a testy na przeciwciała dodatnie, to diagnostyka jest prosta. Ale jeśli na przykład rumień nie jest typowy w swoim obrazie, czyli powiększający się – jak oko bawoła, rozchodzące się fale na powierzchni wody, albo znajduje się w okolicy podkolanowej czy owłosionej i nie ma charakterystycznej obwódki, to może być problem z rozpoznaniem. Czasami ugryzienie przez kleszcza jest tylko pogryzieniem, odczynem miejscowym, który nie przekracza 3-5 cm i nie jest boreliozą. Poza tym mamy jeszcze inne postaci kliniczne, takie jak neuroborelioza, zapalenie mięśnia sercowego, zapalenia stawów, które często stanowią wyzwanie kliniczne.

– Badanie serologiczne rozstrzygnie to ostatecznie?

– Serologia, czyli obecność przeciwciał we krwi, może się utrzymywać przez lata po przebytej i prawidłowo leczonej (a więc nieaktywnej) boreliozie. Nadrozpoznawalność wynika bardzo często właśnie z tego, że test w kierunku przeciwciał jest testem immunologicznym. Nie różnicuje między pamięcią immunologiczną, czyli boreliozą kiedyś przebytą, a boreliozą aktywną. Mamy sposoby, żeby rozpoznanie uprawdopodobnić, ale nie jest to test wykrywający same krętki, czyli bezpośrednio

wykrywający bakterie. Dodatni wynik testu często jest wiązany z niespecyficznymi dolegliwościami, które boreliozą po prostu nie są: bólami stawów, na przykład ze zwyrodnienia; bólami głowy, a są to klasterowe bóle; objawami neuropsychologicznymi, depresją, pogorszeniem koncentracji, uczuciem przewlekłego zmęczenia. I, niestety, są takie jednostki medyczne, które leczą te niespecyficzne objawy antybiotykami, przez wiele lat, nie rozumiejąc czy też nie chcąc zrozumieć, że antybiotyk nie leczy przeciwciał. Przeciwciała to jest funkcja naszego układu immunologicznego i antybiotyk nie spowoduje, że przeciwciała znikną. To nasz układ immunologiczny musi wygasić tę odpowiedź w kierunku krętka, co czasami trwa miesiące, a czasami lata. Wieloletnia czy wielomiesięczna antybiotykoterapia nie została potwierdzona badaniami jako antybiotykoterapia skuteczna, potrzebna, nieszkodliwa! Przecież wiemy, że antybiotyki powodują selekcję lekooporności bakterii, powodują szkodę populacyjną – podawanie szeroko antybiotyków skutkuje tym, że mamy więcej bakterii antybiotykoodpornych i nie będziemy mieli ludzi czym leczyć w przyszłości. Długotrwałe, wielokrotne podawanie antybiotyków może prowadzić do trwałych uszkodzeń wątroby, trzustki, nerek.

– Jak to się stało, że w kwestii leczenia boreliozy doszło do tak poważnego rozdźwięku w świecie nauki i część lekarzy oferuje wielomiesięczne antybiotykoterapie, a także alternatywne metody leczenia, np. ozonem czy tlenem w komorze hiperbarycznej?

– Źródłem problemu jest powstanie dwóch zestawów rekomendacji w USA. Rekomendacji IDSA, czyli Amerykańskiego Towarzystwa Chorób Zakaźnych (Infectious Diseases Society of America) i rekomendacji ILADS (The International Lyme and Associated Diseases Society, Międzynarodowe Towarzystwo ds. Boreliozy i Chorób z Nią Powiązanych), stworzonych przez lekarzy i pacjentów, którzy mieli boreliozę.

– Tylko IDSA działa zgodnie z normami międzynarodowymi,

uznawanymi przez Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych?

– Tak. Działa zgodnie z zasadami medycyny opartej na wiedzy naukowej, na faktach. Zgodnie z zasadami good clinical practice. Natomiast problemem rekomendacji ILADS jest to, że część założeń pochodzi z badań in vitro, czyli badań daleko, daleko przedklinicznych. I te badania na poziomie laboratoryjnym próbuje się przenieść na „klinikę", co nie jest prawidłowe. Cała struktura medycyny opartej na faktach – dotyczy to nie tylko chorób zakaźnych, ale np. kardiologii, neurologii, immunologii, gastrologii – jest taka, że mamy badanie kliniczne nowego leku, które opiera się na danych z badań klinicznych prowadzonych wielofazowo na ludziach, z oceną bezpieczeństwa i skuteczności. Badania laboratoryjne takiej wiedzy nie zapewniają, więc nie można ich przekładać na postępowanie terapeutyczne.

– Co powie pan pacjentowi, który kilka lat jest „leczony" na boreliozę?

– Coś takiego jak „przewlekła borelioza" nie istnieje. Boreliozę klasyfikujemy jako wczesną i późną. Pacjentom radzę konsultację z mądrym specjalistą od chorób zakaźnych, który jest na bieżąco z wytycznymi, szczególnie Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych.

– Na wizytówkach lekarzy nie ma przymiotnika „mądry", natomiast w gabinetach czy na stronach internetowych są certyfikaty, dyplomy, potwierdzenia szkoleń, itd. Widząc w gabinecie dyplom Międzynarodowego Towarzystwa ds. Boreliozy, pacjent raczej nabiera zaufania, a nie wątpliwości.

– Zgadzam się. Bardzo trudno w obecnym świecie – mediów elektronicznych, portali społecznościowych – rozróżnić wiedzę, która jest oparta na faktach od wiedzy, która jest fake newsem, w tym przypadku fake treatmentem, nieprawidłową terapią. Nie mam gotowej odpowiedzi, jak temu zaradzić. Jako

konsultant krajowy staram się, żeby szkolenie specjalistów chorób zakaźnych było na odpowiednim poziomie. I żeby wszyscy wiedzieli, jak się leczy boreliozę, jak długo i kiedy należy przestać. W leczeniu boreliozy musimy bazować na faktach, a nie fake newsach. Problem widzę nie tylko w lekarzach, ale w zaufaniu pacjentów. I zrozumieniu, że borelioza nie jest jedyną chorobą na świecie. Że bardzo często niespecyficzne dolegliwości mogą być „maską" depresji, stwardnienia rozsianego, choroby zwyrodnieniowej stawów, chorób autoimmunologicznych. Nie jest tak, że lekarze komuś odmawiają leczenia! Chcemy, żeby to leczenie nacelowane było na rzeczywistą chorobę. Po pierwsze – nie szkodzić! To jest naszym sztandarem w medycynie. Słuchajmy autorytetów medycznych. Edukujmy. Chciałbym, żeby przebiły się te wiadomości: po pierwsze, że borelioza, szczególnie wczesna, jest chorobą uleczalną nawet w 98 procentach. Po drugie – antybiotykoterapia powinna trwać między 14 a 28 dni. W tej chwili jest nawet tendencja do jej skracania. Jeśli ktoś oferuje wielomiesięczną terapię, warto zapytać, na jakich danych ten eksperyment opiera?

– Pacjent zwykle dopytuje, ale czy jest wystarczająca reakcja środowiska lekarskiego na rekomendacje ILADS, które przewidują długie terapie miksem antybiotyków?

– Reakcja jest. Rekomendacje muszą być opracowywane na podstawie badań klinicznych. Mają swoją siłę. Jeżeli badanie kliniczne nie istnieje, staramy się, żeby taka rekomendacja była opatrzona stosownym komentarzem, że powstała na podstawie bardzo niskiej siły dowodów, albo żeby w ogóle nie znalazła się w zastosowaniu.

– Rekomendacje ILADS mogą wydawać się „ratunkiem" dla tych, u których późno zdiagnozowano boreliozę, kilka lat po ukąszeniu przez kleszcza.

– I tu musimy być precyzyjni: przewlekłej boreliozy nie ma, ale jest borelioza późna, pod postacią neuroboreliozy,

zapalenia stawów czy zanikowego zapalenia skóry. Może wystąpić nawet kilka lat po ukąszeniu kleszcza. Borelioza późna jest trudniejsza do rozpoznania i nieco trudniejsza do wyleczenia. Ale jest wyleczalna. Zamiast antybiotyków doustnych podaje się dożylne i też maksymalnie przez miesiąc. Nie sięgamy do metod i teorii ILADS, bo to nie ratunek, lecz terapia, za którą pacjent może zapłacić własnym zdrowiem.

– W tych trudniejszych przypadkach terapię wg rekomendacji IDSA też, w razie potrzeby, się powtarza? Testy na obecność przeciwciał robi się wielokrotnie?

– Tak. Jeżeli mamy wątpliwości, to zawsze proponujemy leczenie. Z kontrolą efektu serologicznego. I z wyborem odpowiedniej antybiotykoterapii. Żeby jej powtórzenie, za jakiś czas, miało sens. Z odpowiednim antybiotykiem, najczęściej dożylnym, penetrującym głębiej do stawów i do centralnego układu nerwowego. Chciałbym podkreślić, że zgony na boreliozę praktyczne się nie zdarzają. Jest to kilka przypadków rocznie, tylko związane z zapaleniem mięśnia sercowego, których w Polsce praktycznie się nie obserwuje.

– Borelioza jest uleczalna, ale jednak nie w stu procentach przypadków. Czy możemy z nią żyć kilkadziesiąt lat?

– Takie przypadki są bardzo, bardzo rzadkie. Borelioza ma bardzo szeroką wrażliwość na wiele antybiotyków i te antybiotyki ludzie otrzymują „po drodze”, z powodu innych wskazań, więc nawet jeśli nie byli wcześniej świadomie leczeni na boreliozę, i tak można stwierdzić u nich boreliozę przebytą. Nie ma też czegoś takiego jak borelioza seronegatywna, czyli z ujemnym wynikiem testów na przeciwciała. A takie przypadki również kilkukrotnie weryfikowaliśmy. Natomiast boreliozą można zakazić się wielokrotnie – przebyta choroba nie skutkuje odpornością na kolejne zakażenie.

– Ilu pacjentów z podejrzeniem boreliozy trafia do SPWSZ w

Szczecinie?

– W ramach poradni chorób zakaźnych konsultujemy dziennie nawet 40-50 osób z podejrzeniem lub rozpoznaniem boreliozy, czyli ok. 200 tygodniowo. Część z tych osób przyjeżdża tylko na kontrolę, bo są np. pracownikami leśnymi, wielokrotnie eksponowanymi na kleszcze i powinni być sprawdzani raz na pół roku czy rok. Borelioz wczesnych jest kilka tygodniowo. Tacy pacjenci trafiają przede wszystkim do lekarzy POZ.

– Zatem jeśli widzimy kleszcza, to nie jedziemy na SOR?

– Nie jest to konieczne. Można spróbować samemu go wyjąć. Kleszczołapki są dostępne w aptekach. Dezynfekujemy miejsce po ukąszeniu, ale nie smarujemy np. maścią ze sterydem, żeby nie zaciemnić obrazu. Musimy obserwować miejsce ukąszenia. Rumień charakterystyczny dla boreliozy zaczyna się powiększać między trzecim a piątym dniem, do miesiąca. Jeśli nic się nie pojawia, to sprawę zamykamy. Jeżeli pojawi się zaczerwienienie, które przekracza średnicę monety pięciozłotowej, wtedy udajemy się do POZ. Pierwszy antybiotyk można otrzymać od lekarza rodzinnego. Jeśli zgłosimy się po kilku dniach od ukąszenia, nie robi się żadnych testów na boreliozę, ponieważ będą wypadały ujemnie. Odpowiedź układu immunologicznego trwa dwa-cztery tygodnie.

– Większość ukąszeń nie kończy się zakażeniem?

– Ryzyko transmisji choroby zależy od czasu żerowania kleszcza wbitego w skórę, długości opicia, a także od tego, czym kleszcz był zakażony. Co do zasady – ryzyko wynosi 5 procent. Rekomendujemy, że jeżeli ktoś ma mnogie pokąszenia przez kleszcza, to wtedy powinien zgłosić do lekarza rodzinnego.

Z prof. dr hab. n. med. Miłoszem Parczewskim rozmawiał Tomasz Maciejewski (PAP)
Źródło: NaukawPolsce.pl