

Stanisława Tylewska-Wierzbanowska

## SPOTKANIE EKSPERTÓW DS. DIAGNOSTYKI LABORATORYJNEJ BORELIOZY Z LYME, ZORGANIZOWANE PRZEZ ECDC 23 – 24 PAŹDZIERNIKA 2013 R. W AMSTERDAMIE

Samodzielna Pracownia Riketsji, Chlamydii i Krętków Odzwierzęcych  
Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego- Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie

W spotkaniu uczestniczyli eksperci ds. diagnostyki laboratoryjnej boreliozy z Lyme z krajów UE oraz przedstawiciele ECDC.

Dotychczasowe zasady postępowania diagnostycznego w przypadkach podejrzenia **boreliozy z Lyme**<sup>1</sup> opierają się na rekomendacjach opracowanych przez Ośrodek Referencyjny WHO ds. boreliozy z Lyme w Monachium w 2000 roku ([www.dghm.org/red/index.html?cname=MIQ](http://www.dghm.org/red/index.html?cname=MIQ)) z późniejszymi uzupełnieniami [1] oraz definicję przypadku ustaloną przez European Union Concerted Action on Lyme Borreliosis (EU-CALB) rozszerzoną w 2011 roku [2]. W Polsce zalecane są rekomendacje Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych [3].

Na spotkaniu w Amsterdamie stwierdzono, że zalecenia Ośrodka w Monachium, wprowadzające dwuetapową diagnostykę boreliozy z Lyme są w pełni uzasadnione i nadal należy stosować tę procedurę. Ponadto, wszyscy uczestnicy spotkania zgodzili się z zalecaną interpretacją testu Western blot (badanie jakościowe), potwierdzającego wynik dodatni lub graniczny oznaczenia poziomu przeciwciał metodą ELISA (badanie ilościowe). Podkreślano, że stosowanie przez niektóre laboratoria badań serologicznych, wyłącznie metodą Western blot jest niewłaściwe i nie ma wartości diagnostycznej.

Zwrócono uwagę na stosowane w różnych krajach nowe metody diagnostyczne, jak np. test transformacji blastycznej (LTT), czy oznaczenie poziomu przeciwciał w krążących kompleksach immunologicznych. Metody te nie mogą być stosowane w rutynowej diagnostyce boreliozy z Lyme, zanim nie zostaną dokładnie wy-

standaryzowane i zwalidowane, a uzyskane wyniki opublikowane w międzynarodowych czasopismach (zasugerowano, aby ECDC udostępniło do tego celu swój biuletyn). Stosowane w niektórych laboratoriach badania kleszcza usuniętego ze skóry pacjenta (poszukiwanie w nim DNA *B. burgdorferi*) nie można uznać za metodę diagnostyczną, ponieważ zakażony kleszczyk nie zawsze zdąży zakazić człowieka przed usunięciem go ze skóry, jak również nie zawsze jest możliwe wykrycie obecności DNA krętków *B. burgdorferi* (czułość tego badania nie jest określona). Oznacza to, że wynik badania kleszcza - dodatni nie świadczy o zakażeniu, a ujemny nie wyklucza zakażenia.

Uznano, że w celu opracowania nowych wytycznych konieczne jest:

1. Stworzenie bio-banku próbek surowic pochodzących od chorych z boreliozą z Lyme z różnych rejonów Europy, dokładnie opisanych, zawierających takie dane jak objawy choroby, czas ich trwania, czas, jaki upłynął od kontaktu z kleszczem, rejon, w którym doszło do zakażenia.
2. Zebranie możliwie wszystkich publikacji nt. zakażeń *Borrelia burgdorferi* s.l. występujących w Europie.
3. Walidacja w niezależnych ośrodkach diagnostyki laboratoryjnej, wszystkich stosowanych metod diagnostycznych i publikacja wyników badań wraz z opisem metody w czasopiśmie o międzynarodowym zasięgu.
4. Opracowanie zaleceń dotyczących postępowania diagnostycznego w przypadku podejrzenia boreliozy z Lyme

Prof. dr hab. S. Tylewska-Wierzbanowska  
Członek grupy ekspertów ECDC ds. diagnostyki laboratoryjnej boreliozy z Lyme

1 **Borelioza z Lyme** jest zalecaną przez europejskich ekspertów, nazwą jednostki chorobowej wywołanej zakażeniem krętkami *Borrelia burgdorferi* s.l. Nie powinno używać się nazwy choroby z Lyme, którą wprowadzono w Stanach Zjednoczonych w 1976 roku, w czasie, kiedy nieznanym jeszcze był jej czynnik etiologiczny; nie należy skracać tej nazwy do określenia „borelioza” ponieważ istnieją inne chorobotwórcze gatunki krętków rodzaju *Borrelia* również skracanie nazwy do „Lyme” jest niewłaściwe. Podobnie, nazwa krętkowica odkleszczowa nie jest rekomendowana.

1. Wilske B, Fingerle V, Schulte-Spechtel U. Microbiological and serological diagnosis of Lyme borreliosis. FEMS Immunol Med Microbiol. 2007;49(1):13-21.

2. Stanek G, Fingerle V, Hunfeld KP, Jaulhac B, Kaiser R, Krause A, Kristoferitsch W, O'Connell S, Ornstein K, Strle F, Gray J. Lyme borreliosis: clinical case definitions for diagnosis and management in Europe. *Clin Microbiol Infect.* 2011;17(1):69-79. doi: 10.1111/j.1469-0691.2010.03175.x.
3. Flisiak R, Pancewicz S; Polish Society of Epidemiology and Infectious Diseases. Diagnostics and treatment of Lyme borreliosis. Recommendations of Polish Society of Epidemiology and Infectious Diseases. *Przegl Epidemiol.* 2008;62(1):193-9.

Otrzymano: 18.11.2013 r.

Zaakceptowano do druku: 18.11.2013 r.

**Adres do korespondencji:**

Prof.dr hab. Stanisława Tylewska-Wierzbanowska  
Samodzielna Pracownia Riketsji, Chlamydii i Krętków  
Odzwierzęcych  
Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego-PZH  
Ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa  
e-mail:stylewska@pzh.gov.pl