

## Borréliose chez les enfants et adolescents

### du Dr. med. Barbara Weitkus

Spécialisée en pédiatrie à Berlin et membre du groupe de travail de la Deutsche Borreliose-Gesellschaft e.V.

**Parution initiale** dans le bulletin semestriel « BORRELIOSE WISSEN Nr.20»  
Borreliose und FSME Bund Deutschland e.V. [www.borreliose-bund.de](http://www.borreliose-bund.de)

*Dans une époque où les jeux d'ordinateurs et la télévision menacent de dominer nos enfants, il est impérativement souhaitable que les enfants vivent aussi l'expérience de la nature en toute bonne conscience. Jardins d'enfants en forêt, vacances pleines d'expériences de la nature, sport et jeux en plein air, éducation en faveur de l'amour des bêtes, tout cela est capital dans le développement des enfants. Malheureusement, ces activités ne sont point sans danger. Dans les herbes et buissons guettent les tiques et occasionnent fréquemment par leurs piqûres la transmission de dangereux agents infectieux. Incognito, la sournoise maladie poursuit son œuvre.*

L'information sur les suites d'une piqûre de tique a, dans la dernière décennie, bien évolué. De nombreuses parutions, activités de la Deutsche Borreliose-Gesellschaft, relations publiques par le Borreliose und FSME Bund Deutschland et le Bundesverband Zeckenkrankheiten tout comme tous les groupes d'entraide de tous les Länder y ont largement contribué.

La borréliose chronique est cependant à s'y méprendre tant semblable à d'autres pathologies que les médecins de toutes spécificités médicales, ne la reconnaissent point. Pour les personnes concernées, cela représente de fatales conséquences. L'agent causal, peut en toute impunité, se disséminer dans le corps et le système immunitaire se retrouve affaibli durablement.

La requête primordiale de cet article est de sensibiliser parents et pédiatres afin de ne pas sous estimer le danger que représente une infection borrélienne.

### Epidémiologie, fréquence des infections

En Europe Centrale, c'est la tique commune (*Ixode ricinus*) qui est le vecteur des borrélioses.

Le développement de la tique se poursuit durant une, jusqu'à deux années sous forme de larve, puis de nymphe, jusqu'à l'âge adulte de la tique. Dans tous les trois stades, lors de piqûre, l'agent causal peut être transmis. Les tiques affectionnent un grand degré d'hygrométrie.

Elles se trouvent dans les herbes, les buissons et les sous-bois. Lors d'un passage ou d'une pénétration de sous-bois, elles seront collectionnées par frottement et se retrouvent ainsi sur le corps. Le risque d'infection grandit avec la durée de succion de la tique. Lors d'un délai supérieur à 12 heures, la probabilité de l'infection est accrue. De par ce fait, il est impératif de s'inspecter le soir au retour de sortie en plein air. D'après des données officielles, l'incidence (ou fréquence) des infections concernant des enfants entre un et treize ans, devrait se situer à 5,8/100.000 cas.

Je soigne depuis 2003 des enfants atteints de borréliose. Le plus jeune de ces enfants avait 4 mois, ses parents étaient assis avec lui sur un banc dans un parc. Il a été retrouvé l'ADN de la borrélie lors de la PCR (Polymerase Chain Reaction) de la tique.

Un nourrisson de 8 mois avait une tique sur le ventre. Les parents ont suspecté que la transmission a été faite par leur chien.

Un nourrisson de 11 mois, avait une tique plantée à l'arrière de sa tête et présentait un érythème migrant.

Les parents d'un nourrisson de 10 mois, avaient laissé leur enfant ramper sur un pré. La tique passa inaperçue, mais avait transmis plusieurs agents différents. L'enfant fut très atteint. Dans la clinique où il fut hospitalisé, les médecins voulaient procéder à une ponction de la moelle épinière du fait du dysfonctionnement de son système immunitaire. J'ai décidé de la leur déconseiller. Ma thérapie consécutive de 5 mois fut un succès. L'enfant a maintenant 3 ans.

Ces exemples démontrent que le début d'une probabilité d'infection ne reconnaît aucune restriction d'âge, même des nouveaux-nés peuvent en être atteints.

En ce qui concerne l'incidence citée plus haut, je mets ici en évidence les résultats de mon cabinet médical. En moyenne, je soigne 800 à 1000 enfants par année, parmi lesquels 20 à 30 cas en stade précoce de la borréliose

### **Symptômes du stade précoce ou primaire**

Un érythème migrant (rougeur circulaire, le plus souvent au point d'impact de la piqûre) est dans tous les cas la preuve de l'infection et nécessite impérativement un traitement.

Le traitement devra être poursuivi aussi longtemps que les manifestations cutanées seront présentes. Un contrôle régulier de ce diagnostic cutané est de rigueur. Lorsqu'après un séjour dans la nature ou après le constat avéré d'une piqûre de tique se manifestent des symptômes grippaux (fièvre, douleurs articulaires ou musculaires, céphalées, fatigue et encore bien d'autres) sans signe d'infection des voies hautes (ORL), le diagnostic d'une borréliose doit être pris en compte.

Une recherche sérologique (présence d'anticorps dans le sang) est au stade primaire un non-sens, car les anticorps spécifiques ne se forment qu'après 3 à 6 semaines après le début de l'infection. Il est conseillé de faire analyser par PCR la tique enlevée par un laboratoire compétent. Lors d'un résultat positif de l'analyse de la tique (présence de l'ADN de la borrelie), il est indiqué de traiter le patient.

### **Symptômes du stade avancé**

Une piqûre de tique occultée, par laquelle ont été transmis des agents infectieux, conduit après plusieurs semaines voire des mois ou années, à des manifestations chroniques et récidivantes d'une borréliose de Lyme. Les agents pathogènes se disséminent dans différentes cellules, tissus et organes et engendrent une symptomatologie très étendue et sans limites. Nous parlons, lors d'une borréliose chronique et persistante, de maladie multi organiques ou encore d'une infection à heaume (qui rend invisible), parce que l'ensemble du spectre engendre tous les symptômes possibles au niveau de tous les organes.

Même les enfants sont fréquemment tant atteints, qu'ils sont obligés de subir bien des traitements en milieu hospitalier, inutiles et sans résultat. Pour ces enfants, il existe une quantité des comptes-rendus d'hospitalisation et de diagnostics tout azimut émanant de toutes les spécialités. Dans aucun de ces comptes-rendus, je n'ai trouvé une seule fois que la cause puisse être d'origine infectieuse bien que la symptomatologie la signale. Il subsiste encore beaucoup de travail d'information à effectuer afin que les infections chroniques soient reconnues comme causalité de nombreuses pathologies.

### **J'aimerais énumérer ci-après quelques unes des nombreuses erreurs de diagnostics des comptes-rendus d'hospitalisations :**

1\* L'estimation après de nombreux traitements en soins hospitaliers stipule :

« L'immunosuppression est à considérer comme perturbation des fonctions régulatrices dû à l'état post infectieux. Il subsiste la suspicion d'existence d'une origine psychique au

vu de la symptomatologie décrite. Nous recommandons de ce fait une psychothérapie ambulatoire »

J'ai vérifié chez cette petite fille, le panel infectieux suivant : borrelia burgdorferi, borrelia garinii, bartonella henselae, bartonella quintana, rickettsia mooseri, babésia microti, yersinia enterocolitica, virus Epstein Barr, virus varicella zoster, Bornavirus. Ma thérapie a été pour une part orale, une autre par intraveineuse durant 2 années. Asymptomatique de 2007 à 2009.

Nouvelle thérapie en mars 2009 : minocycline 2x100mg/jour oral et 20 perfusions 2x100mg/jour doxycycline.

2\* Fièvre d'origine non définie, infection non claire, anémie, suspicion d'infection digestive bactérienne. Résultats non concluants pour confirmer une infection bactérienne. Aucune indication préconisant une antibiothérapie.

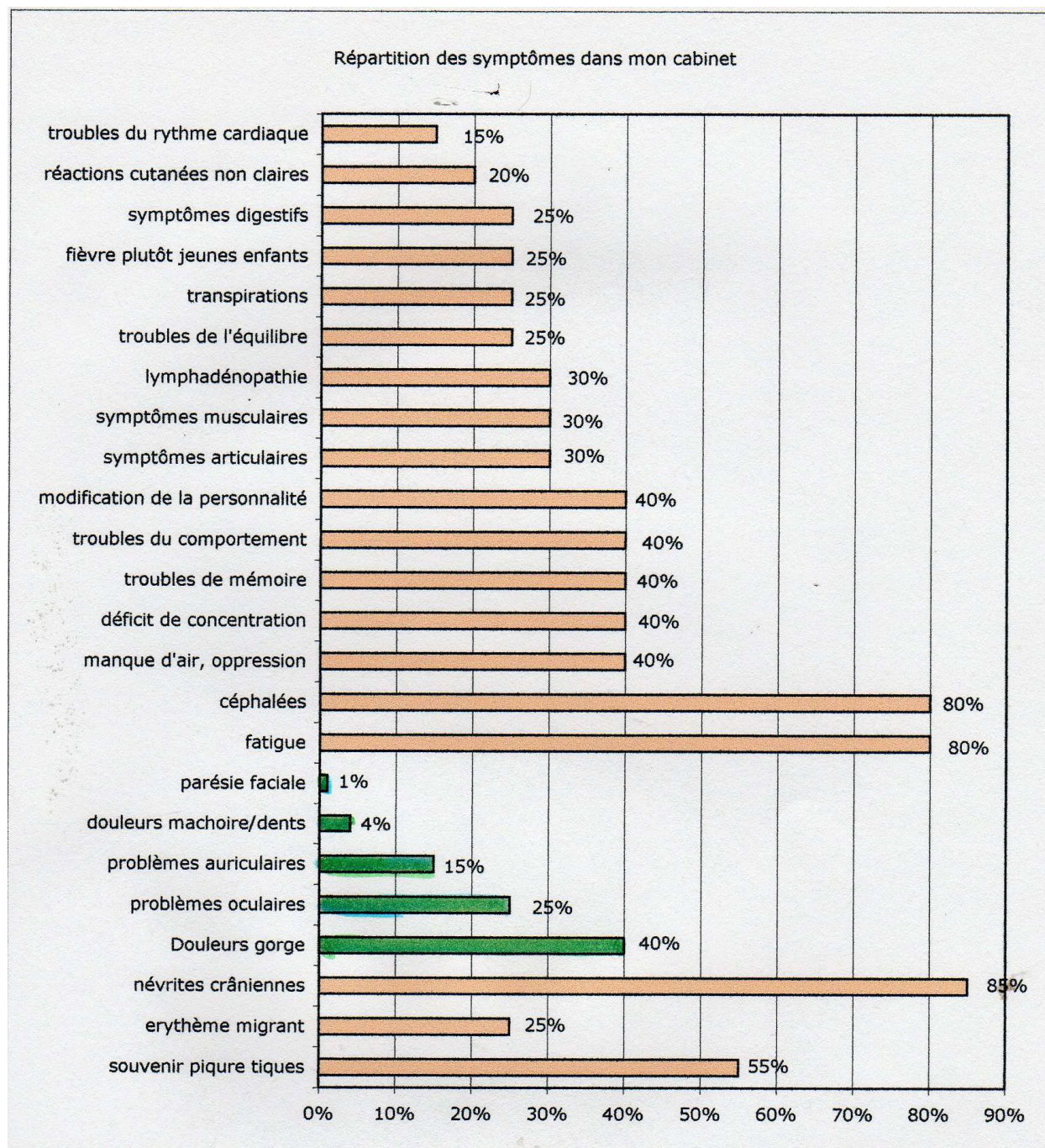
3\* Infection avec fortes températures, lymphadénopathie, symptomatologie de la douleur non claire.

4\* Suspicion de dérangements somatiques chez un sujet névrotique et angoissé (jeune fille de 12 ans). Comme but de réhabilitation, il fut préconisé d'enlever sa peur de la borreliose à cette fillette et de réduire cette peur par des soins psychothérapeutiques.

5\* Une neuroborreliose comme causalité d'un syndrome de Tourette est exclue. Une prise en charge ultérieure est possible dans notre centre pédiatrique.

Mon expérience dans mon cabinet concernant la symptomatologie du stade chronique de l'infection s'appuie sur l'interprétation d'une liste comprenant environ 200 symptômes, établie par Burrascano.

Comme plusieurs symptômes apparaissent en même temps, certains sont répertoriés dans un plus grand pourcentage. Potentiellement, tous les groupes d'âges jusqu'à 18 ans sont représentés dans cette base de données. Les névrites crâniennes causent des douleurs dans le cou, problèmes oculaires (inclus les strabismes), auditifs (jusqu'à perte de l'ouïe), douleurs dentaires et maxillaires tout comme une parésie faciale. Ces symptômes sont souvent considérés comme inflammation organique simple et non en tant que névrites crâniennes correspondantes. Dans le tableau (1) ces symptômes relevant de névrites crâniennes sont indiqués en vert.



D'après mes observations, durant la prime enfance, entre 2 et 6 ans, les symptômes les plus gravissimes d'un stade tardif sont :

- paliers de température avec fièvre extrême et donc son état correspondant, avec des intervalles réguliers de 4 semaines comme nous les connaissons dans le cycle des borrélioses
- Céphalées subites et récidivantes
- Fatigabilité rapide, faiblesse en général
- Lymphadénopathie avec localisation indifférenciée
- Douleurs dans les jambes et impossibilité de marcher sont à verser au crédit d'un syndrome de Bannwarth

Chez les enfants en âge scolaire et les adolescents, dans le cadre du stade tardif, j'ai fait le constat des symptômes suivants :

- Plus rarement de la fièvre, probablement du fait que le système immunitaire est épuisé et n'est plus en mesure de réagir adéquatement.
- Le syndrome de Bannwarth se traduit par des douleurs fulgurantes qui vont de l'articulation de la hanche jusqu'aux jambes.
- Symptômes psychiques et neurologiques : baisse de la concentration, difficultés à étudier, difficultés de réflexion, baisse du régime scolaire, déficit de l'attention, fatigues intenses, vertiges.
- Changement progressif de la personnalité, angoisses, dépressions, pleurs sans raison, bouderies, crises de colère, agressivité, confusion, distraction, désorientation, difficultés d'élocution, céphalées, paresthésies (troubles sensoriels), attaques épileptiques (d'origine focale), tics.
- Paralysies passagères aux bras et aux jambes.
- Dans le cadre des névrites crâniennes :  
Symptômes oculaires :  
    Photophobie, conjonctivite, voile oculaire, diplopie (image double), strabisme.  
Oreilles : acouphènes, perte d'audition.  
Douleurs gorge et mâchoires.  
La parésie faciale (paralysie du visage) est considérée comme symptôme spécifique, je ne l'ai rencontrée qu'une seule fois.

#### **Autres symptômes dans le stade tardif chez les enfants en âge scolaire :**

- douleurs abdominales, souvent sous forme de coliques,
- désordre du rythme cardiaque
- Lymphadénopathie, lymphocytome
- Manifestations cutanées sans étiologie, multiples érythèmes
- Incontinence, infections urinaires
- Douleurs musculaires et gonflements articulaires
- Transpiration souvent nocturne, sentiment de compression thoracique, toux

### **Diagnostic de la borréliose de Lyme**

#### **\* Détection des anticorps**

Le problème pour la détection précoce d'une borréliose, n'a pas uniquement dans sa cause le fait que parents et enfants n'aient pas pu constater le plus souvent la piqûre de tique. Le diagnostic, en dernier lieu, est lui-même incertain. En Allemagne, il est d'usage de procéder à une recherche d'anticorps par paliers. Seulement si l'ELISA démontre une augmentation avérée des anticorps, le WB (Western Blot) sera effectué. La plupart des médecins se reposent sur les résultats des sérologies de première instance (l'ELISA) et ne reconnaissent aucunement des symptômes graves comme spécifiques. En tant que confirmation, le WB ou encore immunoblot est utile. Chaque protéine de la bactérie est isolée et la réponse immunitaire à chacune de ces protéines est mesurée. Chaque bande colorée représente la réponse des anticorps à chaque protéine. Même pour ce test, le résultat dépend de la qualité des antigènes utilisés ainsi que de la procédure et varie d'un laboratoire à un autre.

L'interprétation du résultat par le laboratoire, à mon sens, pose tout autant de soucis, car la présence d'anticorps en IgG est souvent qualifiée de « cicatrice sérologique ». Cicatrice sérologique signifie : le contact avec les borrelies a eu lieu, mais représente un état après infection qui n'a plus besoin d'être traité. Je tiens cette interprétation comme trompeuse, car elle incite les médecins traitants à refuser une thérapie nécessaire sur la base de cet énoncé.

Pour la mise en évidence des anticorps, je fais appel au test par immunofluorescence. Pour ce test, l'on utilise des agents infectieux dans leur intégrité ; la réaction des anticorps dans le sérum des patients, amène la fluorescence de ces agents. La méthode demande du temps et engendre la vision

directe en fluorescence à l'observateur au microscope. Pour le laboratoire : non rentable ; pour moi : plus judicieux que l'ELISA.

\* **PCR**

Détection de l'ADN spécifique à la borrelia

**Avantage :**

Détection dans le liquide synovial, dans les tissus, l'urine, le sang ; assure le diagnostic.

**Inconvénient :**

Un résultat négatif n'exclut pas le diagnostic, prestation non remboursée.

\* **LTT**

Les lymphocytes T et leur transformation sont mesurés avec un antigène borrelia.

**Avantage :**

Une infection active est mesurable. Lors du succès de la thérapie, le test redevient négatif.

**Inconvénient :**

Le test peut se révéler négatif dès lors que la bactérie ne se trouve plus dans le circuit sanguin, mais dans les tissus. Pas de remboursement pour ce test.

\* **Elispot**

La production de cytokines des lymphocytes T après stimulation avec un antigène borrelia est mesurée. L'Elispot détecte la réaction immunitaire des cellules.

\* **Cellules CD57**

Les cellules CD57 sont des cellules tueuses naturelles. Des résultats d'études démontrent que, dans le cas de borreliose chronique, le nombre de ces cellules chute et se réactive de nouveau lors du succès de la thérapie. Mon expérience avec les enfants confirme cette théorie.

\* **Analyse du LCR (liquide céphalo-rachidien)**

Elle est réclamée d'office lors de neuroborreliose par le consensus d'infectiologie en pédiatrie par la DGPI (Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektologie) avec pléiocytose lymphocytaire, élévation du taux d'albumine et présence d'anticorps. D'après les recommandations de la DGPI, un résultat négatif exclut une neuroborreliose. Ne subsiste alors aucune indication de traitement.

Mon expérience : En premier lieu, le diagnostic se doit d'être porté sur la clinique. Les résultats des analyses du LCR sont le plus souvent négatifs et n'amènent aucune connaissance complémentaire. Une thérapie indispensable ne devrait pas être refusée au regard de ces résultats.

\* **Diagnostic d'une borreliose chronique et persistante avec évolution complexe**

Analyses qui donnent des indications sur la situation immunologique : immunoglobulines- formule sanguine, - protéine C réactive, - Anticorps anti-nucléaires (AAN)- IgG et leurs classes subordinées – standardisation des lymphocytes – dosage des cytokines, - métabolites de la vitamine D.

Lors de suspicion d'un foyer cérébral (courant lors de crampes récurrentes) en parallèle avec l'EEG sera réalisée une scintigraphie cérébrale pour une détection de troubles de la circulation sanguine.

Recherche de co-infections : bartonella, ehrlichia, babésia, chlamydia, mycoplasmes, yersinia, hélicobacter, toxoplasmose, rickettsiose, virus herpétique, virus EBV, cytomégalovirus, virus de l'encéphalite à tiques, pour vérifier si différents agents pathogènes ont été transmis ou si des infections dormantes ne seraient pas réactivées.

**Une seule et unique méthode de dépistage réalisée n'est pas suffisante pour poser un diagnostic. Suivant la symptomatologie et le déroulement de l'infection, il devrait être envisagé un choix d'examens à effectuer pour chaque patient individuellement.**

## **Thérapie**

Rarement émergent comme de nos jours, concernant la thérapie de la borréliose, autant de controverses.

### **\* Traitement du stade primaire**

La DGPI (Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektologie) préconise pour le stade primaire généralement un traitement de 14 jours d'amoxicilline. Mes expériences, en revanche, démontrent que cette thérapie doit être poursuivie plus longtemps. En tout cas, aussi longtemps que les symptômes n'ont pas disparus. Les antibiotiques doivent être dosés suffisamment, comme lors d'infections graves.

La DBG (Deutsche Borreliose Gesellschaft) préconise 6 semaines de traitement dans le stade primaire. Cette thérapie de 6 semaines est indispensable afin d'éviter le stade avancé. Lorsque les symptômes n'ont pas disparus, je traite même plus longtemps.

### **\* Traitement du stade tardif**

La directive DGPI préconise pour le stade tardif un traitement intraveineux de 14 jours. Concernant les réactions Herxheimer, la DGPI ne cite que peu de cas, qui dans les 3 premiers jours de traitement présentent de telles réactions. La DGPI reconnaît cependant que des études sur les traitements pédiatriques ne sont pas disponibles. Les degrés d'évidence et les expériences se basent sur des résultats d'études sur les adultes.

### **\* Directives pour le stade tardif dans mon cabinet médical**

Le traitement a pour but de remettre le système immunitaire « sur les rails » afin de le rendre capable de tenir l'agent pathogène en échec.

\*Le traitement ne réussit pas à éliminer entièrement l'agent pathogène.

\*Les récurrences surviennent lors d'une baisse du système immunitaire, par exemple lors d'une vaccination (principalement contre l'encéphalite à tiques), lors d'une réinfection, autres infections ou maladies, interventions chirurgicales, situations de stress ou autres.

\*Les enfants en principe disposent d'un système immunitaire intact, le traitement en devient donc plus prometteur.

\*Même chez les enfants, apparaissent les réactions Herxheimer avec intensification des symptômes et apparition de nouveaux symptômes. Ces réactions sont récurrentes et ne surviennent pas uniquement durant les 3 premiers jours de traitement.

\*Le choix de l'antibiotique et la durée du traitement dépendent du stade de l'infection. Dans le stade primaire (la bactérie se trouve encore dans le circuit sanguin) se prête la pénicilline et ses dérivés. Dans le stade chronique (la bactérie se trouvant déjà dans les cellules et les tissus) les antibiotiques se doivent d'y pénétrer aussi, tels que : minocycline, tétracycline, doxycycline, pour les enfants de préférence clindamycine, macrolides, céphalosporines de 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup>

génération, rifampicine, métronidazole, fluconazole (efficace aussi sur les formes kystiques)

\*Plus l'infection remonte dans le temps, plus long sera le traitement.

\*Le choix des antibiotiques exige la connaissance du panel infectieux. Différents agents infectieux répondent à différentes molécules.

\*En outre, le choix des antibiotiques, exige de prendre en compte les nombreux artifices de stratégie de survie des bactéries. De telles stratégies sont par exemple : repli dans les tissus peu irrigués par le sang, repli intracellulaire (particulièrement dans les cellules endothéliales des vaisseaux), interaction avec les co-infections. De par ce fait, des infections dormantes, passées, peuvent être réactivées.

Formation de formes kystiques et de formes sans paroi cellulaires  
Ces granulats survivent à des températures supérieures à 100°C, rayons UV et ionisants. Du contenu d'une forme kystique (granulat) peuvent provenir 50 nouvelles bactéries.

Les agents pathogènes sont d'autant plus dangereux qu'ils développent tant de stratégies de survie différentes, investissent pratiquement tous les tissus et cellules et qu'après l'arrêt des antibiotiques, sont capables de ressurgir. Dans la littérature spécialisée relative au sujet, ces facéties ne trouvent nul écho. Les suites sont ignorées. Les mœurs des bactéries (stratégie de survie, enveloppes acides, élimination des toxines, cycles de reproductions et bien d'autres) ainsi que leur impact sur l'organisme, sont des conditions à connaître pour une thérapie efficace.

Ces facteurs suivants sont à prendre en compte lors de l'emploi d'antibiotiques :

\*Antibiotiques suffisamment dosés (pour les enfants en mg/kg) comme lors d'infections sévères, même dans le stade primaire.

\*Traiter suffisamment longtemps, le critère minimal est de 4 semaines jusqu'à disparition des symptômes. Directives de la DGPI : la durée de thérapie n'a pas besoin d'être poursuivie jusqu'à normalisation des résultats.

\*Emploi de différents antibiotiques présentant différents modes d'action sous formes cycliques et en alternance

\*Emploi de différents antibiotiques en même temps, qui se complètent dans leur mode d'action.

\*Emploi d'inhibiteurs de pompe à protons ou hydroxychloroquine, afin de faire baisser le taux d'acidité et de perturber l'enveloppe acide des bactéries.

\*Thérapie pulsée (en tenant compte du cycle de reproduction des bactéries) 3 à 4 jours/semaine de prise d'antibiotique, 3 à 4 jours de pause.

Dans le schéma thérapeutique développé par un médecin belge (Dr Jadin) l'on administre l'antibiotique ou la combinaison d'antibiotiques, durant 7 à 12 jours avec une complémentarisation (inhibiteurs de pompe à protons, complexe vitamines B et lactobacillus) ; la pause totalise 21 jours. A chaque cycle, les antibiotiques sont changés. Personnellement, j'utilise ce schéma avec succès.

Il n'existe pas de standard thérapeutique général, le concept thérapeutique se doit d'être défini pour chaque patient en prenant en compte des paramètres parmi lesquels le stade de l'infection, l'état du système immunitaire ainsi que le panel des infections transmises. En principe, j'établis un plan thérapeutique pour chacun de mes patients. Durant le traitement, il est important que les parents, voire les enfants, consignent leurs symptômes dans un cahier. Cela permet au médecin une meilleure surveillance du déroulement de la thérapie. La clinique (diminution des symptômes et finalement leur arrêt), est décisive pour la durée du traitement.



Recommandations complémentaires au traitement ainsi qu'en cas de besoin, utilisation d'autres médicaments et mesures :

- \*Conserver le plus possible les habitudes de vie.
- \*Lors de réactions Herxheimer réduction temporaire du dosage des antibiotiques ou introduire une pause.
- \*Congés de maladie, dispense de sport, psychothérapie en cas de besoin, anti douleurs, psychotropes en cas de nécessité.
- \*Sauna et bains chauds pour l'élimination des toxines, éventuellement prendre de la cholestyramine
- \*Peu de produits laitiers, pas de nourriture trop grasse, les bactéries vivent dans les cellules graisseuses.
- \*Perenterol ou Mutaflor contre les diarrhées.
- \*Complexe vitamines B ou Gingium (Ginkgo Biloba) afin d'améliorer la circulation sanguine.
- \*Nystatin afin d'éviter les mycoses.
- \*Durant le traitement, cure vermifuge, les bactéries peuvent dans certaines circonstances, survivre dans les vers.
- \*Médicaments réduisant l'acidité, les bactéries affectionnent le milieu acide
- \*Pas de substitutifs de fer (le fer est une prédilection des bactéries)
- \*Pas de vitamines A, D, E, K, elles enrichissent les tissus gras et sont de la nourriture pour les bactéries.
- \*Malgré son action anti-inflammatoire et anti-histaminique, la prednisone (corticoïde) est contre-indiquée.

Bien que la DGPI prétende que la borréliose chez les enfants est une maladie le plus souvent aigue avec bon pronostic, mon expérience praticienne prouve le contraire.

**A mon avis, la borréliose chronique et persistante est une maladie compliquée, difficile à soigner. Les méthodes sérologiques non fiables, la diversité des symptômes, la manifestation des nombreuses co-infections et la réactivation d'infections rendent le diagnostic difficile. Le traitement impose, pour chaque patient, un plan thérapeutique individualisé. Le traitement est de longue haleine et quémante du temps et nécessite de la part du médecin comme du patient beaucoup de patience et de persévérance.**

Tous les ans, 80 000 à 100 000 personnes, dont enfants de tout âge, sont atteints de borréliose. Il est à parier, que leur nombre occulte est encore plus important. Fréquemment, la piqûre de tique passe inaperçue. Plus tard, apparaissent les symptômes qui seront mal classifiés. En Allemagne, il n'existe, pour le moment, qu'un seul centre pour la borréliose à Augsburg exclusivement pour patients privés. Avec la meilleure volonté, je ne puis comprendre pourquoi toutes les requêtes que j'ai fait parvenir à l'Ordre des médecins et à la caisse des médecins conventionnés (KV Kassenärztliche Vereinigung), leur quémendant de me dispenser de mes consultations afin de me permettre de me consacrer exclusivement aux enfants atteints de borréliose dans un centre conçu à cet effet, aient été rejetées. Mes propositions ont été retravaillées bureaucratiquement, récusées sans motif valable ou tout simplement laissés sans réponses, bien que je ne sois même plus en mesure d'accepter de nouveaux patients atteints de borréliose.

La KV dispose d'un contrat de garantie, elle devrait de ce fait installer une centrale de soins pour ces enfants. Concernant d'autres pathologies (SIDA, hépatites, asthme, diabète et autres) ce genre de centre est évident. Les enfants atteints de borréliose restent condamnés de continuer à errer d'un médecin à l'autre et espérer un traitement adéquat.

*Traduit par H. Schibler avec l'aimable autorisation du Dr. med. Barbara Weitkus mars 2010*