

Inapparente Polio-Encephalo-Myelitis und Post-Polio-Syndrom

Dr. med. Peter Brauer

Das Problem

Ein nicht wahrnehmbarer Infektionsverlauf wird als inapparent (unauffällig), asymptomatisch (ohne Krankheitszeichen) oder subklinisch (unterschwellig) bezeichnet. Dieses Phänomen wird bereits seit Anfang des vorigen Jahrhunderts in der medizinisch-wissenschaftlichen Literatur diskutiert. Im Vordergrund der Diskussion steht bis auf Ausnahmen auch heute noch der epidemiologische Gesichtspunkt und der klinische wird zum Nachteil der betroffenen Patienten vernachlässigt. Therapeutisch relevante Spätfolgen von inapparenten Infektionen fallen so verbreitet der Ignoranz anheim. Es gibt an derartigen Spätfolgen leidende Patienten in großer Zahl. Sie werden nur nicht als solche wahrgenommen und behandelt. Nach ROSÉE treten klinisch inapparente Infektionen häufiger als allgemein bekannt auf. Er sieht ihre besondere Problematik in der Schwierigkeit von Symptomzuordnung und Differenzialdiagnostik.

Die inapparente Infektion

Die Infektion mit einem Krankheitserreger führt nicht zwangsläufig zu einer sichtbaren Erkrankung mit entsprechenden Krankheitszeichen. Das trifft auch für die Mehrzahl der Infektionen mit dem Polio-Virus zu. Die Infektionsrate ist also größer als die Erkrankungsrate. Trotzdem gibt es einige Gemeinsamkeiten mit einem klinisch sichtbaren Infektionsverlauf, der eigentlichen Polio-Erkrankung. Die Viren befallen den Körper, vermehren sich in ihm, werden von ihm ausgeschieden und können so zu weiteren Infektionen mit oder ohne sichtbare Erkrankung führen. Dabei lösen sie im Körper eine Antikörperbildung aus, die vor einer erneuten Erkrankung, auch einer ohne Krankheitszeichen, mit dem gleichen Virus-Typ schützt, eine sogenannte „*stille Feiung*“.

Der klinisch symptomfreie Verlauf ist jedoch nicht gleichbedeutend damit, dass durch die Polio-Viren keine Schäden im Zentral-Nerven-System (ZNS = Gehirn und Rückenmark) gesetzt werden. Diese Schäden werden zunächst nur nicht nach außen hin sichtbar. Die Einschränkung „*zunächst*“ bedeutet, später sichtbare Folgen alias Post-Polio-Syndrom sind damit nicht ausgeschlossen. Gedacht ist hier an „... degenerative zentralnervöse Prozesse ... auf dem Boden inapparenter Infektionsgeschehen ...“ (GÄDEKE S.110). Während der akuten Infektion kommt es in individuell unterschiedlicher Größenordnung zu Zellveränderungen in Form von virusbedingten Funktionsstörungen sowie Strukturschäden bis zur Zellzerstörung. Die nachgewiesenen strukturellen Defekte sind erheblich größer als die dabei zu erwartenden sichtbaren funktionellen Ausfälle. Das Gehirn ist davon immer betroffen, das Rückenmark meistens. (BODIAN) Zusätzliche virale Organbeteiligungen außerhalb des Zentral-Nerven-Systems sind nach bisherigem Erkenntnisstand eher weniger folgenschwer und finden deswegen gegenüber den neurologischen so gut wie keine Beachtung.

Das Post-Polio-Syndrom

Bei der Polio-Encephalo-Myelitis werden folgende Infektionsverläufe unterschieden:

1. inapparent/asymptomatisch/subklinisch, d.h. ohne in Erscheinung zu treten
2. abortiv, d.h. mit leichten unspezifischen Krankheitszeichen
3. aparytisch, d.h. mit relativ charakteristischen Krankheitszeichen ohne Lähmungen
4. paralytisch, d.h. mit charakteristischen Krankheitszeichen einschließlich Lähmungen

In der Literatur wird oft fälschlicherweise nicht zwischen inapparent und abortiv unterschieden und beide Manifestationen einem der Begriffe zugeordnet. Diagnostisch werden die aparytischen Fälle entweder als solche erkannt und geführt oder wahrscheinlich überwiegend als abortive verkannt.

Die Streubreite der in der Literatur zu findenden prozentualen Häufigkeitsangaben für die einzelnen Verlaufsformen ist relativ groß. Als verlässlich durchschnittliche Werte können für

- die inapparente Form 92 %,

- die abortive Form 6 %,
- die aparytische Form 1 % und
- die paralytische Form bis zu 1 % angesehen werden.

Danach würden 99 % der Infektionsfälle nicht spezifisch als solche erkannt. Somit liegt die Infektionsrate um mindestens das Einhundertfache höher als die Zahl der registrierten mit Lähmungen verbundenen Erkrankungsfälle.

Alle Verlaufsformen der Polio-Infektion sind mit neurologischen Schäden verbunden, die nach einem mehr oder weniger langen Zeitraum zu degenerativen Veränderungen führen können. Das betrifft nachgewiesenermaßen stets das Gehirn und fast immer das Rückenmark (BODIAN in BRUNO) sowie die Spinalganglien. Ursächlich werden dafür funktionelle wie strukturelle Überlastungen vorgeschädigter und zahlenmäßig verminderter verbliebener gesunder Nervenzellen verantwortlich gemacht. Es handelt sich demnach um einen Verschleißvorgang. Das Risiko der Entwicklung eines Post-Polio-Syndroms als Spätfolge der Polio-Encephalo-Myelitis liegt für

- die inapparente Form bei etwa 20 %,
- die abortive Form bei etwa 20 %,
- die aparytische Form bei etwa 40 % und
- die paralytische Form bei etwa 80 %.

Danach beläuft sich entsprechend einer Hochrechnung aus gemeldeten paralytischen Fällen gegenwärtig die Zahl der am Post-Polio-Syndrom erkrankten Patienten in Deutschland auf über eine Million. (BRAUER) Nur ein verschwindend kleiner Bruchteil ist als davon betroffen mit der entsprechenden Diagnose versehen. Alle übrigen sind fehldiagnostiziert und größtenteils fehlbehandelt, wobei keine Diagnose auch eine Fehldiagnose ist. Die Ignoranz gegenüber diesen auf Fakten und nicht nur auf Indizien gestützten Aussagen ist beispiellos.

Die Frage ist, wie bei den Spätfolgen einer inapparenten Polio-Infektion eine Näherung an die wahrscheinliche Diagnose Post-Polio-Syndrom erreicht werden kann. Nach GÄDEKE kommt aus der Sicht der Jahre bis Jahrzehnte zurückliegenden Infektion hierfür nur der Rückschluss von charakteristischen neurologischen wie neuromuskulären Gewebsveränderungen und von funktionellen Störungen in Frage. Letztere müssen nicht für die vermutete Infektion typisch, aber durch sie bedingt sein. Die Entwicklung der Spätfolgen erfolgt in der Regel schleichend aus subklinischen Vorschäden. In der Natur der inapparenten Infektion und ihrer Folgen liegt die in höchstem Maße eingeschränkte naturwissenschaftliche Beweismöglichkeit. Die Zusammenschau aus anamnestischen Angaben, hinweisenden Symptomen, klinischen wie paraklinischen Zufallsbefunden und bekannten Infektionsfaktoren einschließlich der epidemiologischen kann so zu einer realitätsnahen Diagnose führen. Insofern sind auch die geläufigen diagnostischen Kriterien für das Post-Polio-Syndrom in Hinsicht auf die inapparenten Infektionsverläufe zu modifizieren. (HALSTEAD and al.) (BRAUER) Der größte Hemmschuh in diesem Prozess ist der erschreckende Kenntnismangel bei Diagnostikern und Therapeuten.

Eine Betrachtung der inapparenten Infektion aus epidemiologischer Sicht ist für die medizinische Betreuung von Polio-Überlebenden nicht hilfreich. Entscheidend sind mit Blick auf die Spätfolgen die einem solchen Verlauf innewohnenden funktionell und strukturell klinischen Auswirkungen. Patienten mit einem Post-Polio-Syndrom sind teilweise schwerwiegend krank, auch wenn sich mit unseren derzeitigen Untersuchungsmethoden dafür keine spezifisch klinischen oder paraklinischen Hinweise finden. Sie bedürfen einer streng angepassten und prophylaktisch orientierten symptomatischen Behandlung. Ihre Zahl ist groß. Es gilt, sie aus dem Dunstkreis der Psychosomatik und weiterer Verlegenheitsdiagnosen herauszuholen.

Zusammenfassung

Der inapparente Verlauf einer Polio-Infektion ist dem apparenten vom Wesen her gleichzusetzen. Es handelt sich hierbei um einen sich neurologisch manifestierenden Virusbefall. Die inapparente Infektion hat nach NICOLLE von ihrer Charakteristik her als „akute Krankheit“ zu gelten. (GÄDEKE

S.104) Sie ist wie bei den paralytischen Infektionsverläufen gleichermaßen mit Gewebsschäden verbunden, die zu Spätfolgen führen können und mit dieser Auswirkung Krankheitswert von ausgeprägter therapeutischer Bedeutung erlangen. Bei hinreichenden anamnestischen einschließlich epidemiologischen, klinischen und paraklinischen Verdachtsmomenten ist eine Diagnose Post-Polio-Syndrom (ICD-10 G 14) als neurologisch manifestiertes Post-Viral-Syndrom in jedem Falle gerechtfertigt. Andernfalls kann dem Krankheitsbild auch mit der Diagnose des vergleichbaren Postviralen Müdigkeitssyndroms beziehungsweise Chronischen Erschöpfungs-Syndroms (CFS = ICD-10 G 93,3) entsprochen werden. Die therapeutischen Konsequenzen sind gleich.

Weiterführende Literatur

Bodian, D.:
Pathogenesis of Poliomyelitis.
Am. J. Public. Health Nations Health. 1952; 42 (11): 1388-1402.

Bodian, D.:
Histopathological basis of clinical findings in poliomyelitis.
Am. J. Med. 1949; 6: 563-578.

Brauer, P.:
Aspekte des Post-Polio-Syndroms.
Polio Selbsthilfe e.V. Bielefeld 2. Auflage 2011.

Bruno, R.L.:
The Polio Paradox.
Warner Books New York/Boston 2003.

Gädeke, R.:
Die inapparente Virusinfektion und ihre Bedeutung für die Klinik.
Springer-Verlag Berlin/Göttingen/Heidelberg 1957.

Halstead, L.S. and J. Silver:
Nonparalytic Polio and Postpolio Syndrome.
American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation 2000, Vol.79, Issue 1, P. 13-18.

Rosée, R. de la:
Plädoyers für eine andere Sichtweise der Entstehungsgenese von "CFS"/"CFIDS". Indizien für eine Tardivpandemie.
Internet: immunselbsthilfe