

Information für Ärzte

Post-Polio-Syndrom als Tertiärfolge der Polioencephalomyelitis

Dr. med. Peter Brauer

Jede Polioinfektion verursacht bleibende Schäden in Gehirn und Rückenmark. Die Bereiche von Emotionalität, Intellekt und Sensorium sind keiner direkten Schädigung durch Poliovirusaffektion ausgesetzt. Die paralytische Erkrankung macht nur 1 % aller Infektionen aus. 92 % verlaufen subklinisch bzw. asymptomatisch, 6 % abortiv und 1 % aparalytisch. Alle Verlaufsformen bergen das Risiko, als Spätfolge das Post-Polio-Syndrom (PPS) zu entwickeln. Es wird für den asymptomatischen wie abortiven Verlauf mit etwa 20 %, für den aparalytischen Verlauf mit etwa 40 % und für den paralytischen Verlauf mit etwa 75 % angegeben. Das bedeutet gegenwärtig für Deutschland mit Bezug auf die paralytischen Fälle noch eine Zahl von bis zu 100.000 offensichtlich an Poliospätfolgen Leidender. Die unerkannten und in der Regel fehldiagnostizierten (z.B. CFS, Fibromyalgie) Fälle belaufen sich auf ein Vielfaches davon. Das PPS kann auch die Folge einer Impfpoliomyelitis nach oraler Vakzination sein. Zwischen der Poliomyelitis (PM) und dem Auftreten des PPS liegt eine klinisch stabil erscheinende Phase mit ausschließlich Primär- und Sekundärfolgen.

Die Symptome des PPS gleichen oder ähneln denen der PM oder anderer neuromuskulärer wie auch nicht neuromuskulärer Erkrankungen. Es gibt kein sicheres bzw. eindeutiges Befundspektrum für diese Poliospätfolge. Das PPS ist eine Ausschlussdiagnose. Diagnostische Ratlosigkeit sowie Unsicherheit und Fehldiagnosen sind damit vorprogrammiert. Eine sorgfältige Anamneseerhebung ist der Grundpfeiler der PPS-Diagnostik. Ein PPS ist differenzialdiagnostisch in Betracht zu ziehen, wenn eine frühere PM mit oder ohne direkte Folgen aus der Anamnese bekannt oder durch Befunde gezielter Diagnostik wahrscheinlich ist, zwischen dem Zeitpunkt der sicheren oder wahrscheinlichen Infektion und dem Auftreten neuerlicher, postpolioverdächtiger Beschwerden eine klinisch stabil erscheinende Phase liegt und es für die nunmehr auftretenden Krankheitserscheinungen keine erkennbar andere Ursache gibt.

Die Funktion destrukturierter Neurone wird von den restierenden geschädigten und gesunden übernommen. Bis zu 50 % Neuronenverlust können auf diese Weise akut und postakut funktionell subklinisch gehalten werden. Im Rückenmark handelt es sich dabei um einen instabilen begrenzten Remodellierungsprozess durch Axonsprossung, im Gehirn um eine bisher unbekannt Art des Funktionsausgleichs, möglicherweise axonale Sprossung und/oder Neubahnung.

Die strukturelle und funktionelle Überlastung der restierenden Neurone führt in Abhängigkeit von der Schwere der Vorschäden, der Größe und Dauer der Überlastung zu deren Dekompensation in Form des PPS. Das betrifft nicht nur den neuromuskulären Bereich, sondern auch wichtige cerebrale Regulationsfunktionen wie z.B. die der Respiration, der kortikalen Aktivierung, des kardiovaskulären Systems usw.

Da es sich kausal um einen Strukturdefekt handelt, ist das PPS inkurabel. Symptomatische und sekundär kausale Therapie können seine Progredienz hemmen. Die Konsequenz ist eine Gratwanderung der Aktivität des Patienten und der Physiotherapie zwischen Unterforderung und Überlastung. Eine gezielt effektive Pharmakotherapie existiert nicht. Die symptomatische Arzneimittelanwendung ist streng indiziert unter Beachtung von Risiken neuromuskulär und cerebral wirksamer wie nebenwirksamer Medikamente zu handhaben. Beta-Blocker, einige Cholesterinsenker, Muskelrelaxantien, Narkotika, Anaesthetika, Opiate und Psychopharmaka (Antidepressiva, Neuroleptika, Sedativa, Tranquilizer/Benzodiazepine) sollten vermieden oder mit besonderer Vorsicht angewendet werden. Narkosen und Operationen sind bezüglich Atem- und Kreislaufstörungen besonders risikobehaftet.

Das PPS ist eine eigenständige schwerwiegende chronische neurologische Erkrankung, die den davon Betroffenen in einen Circulus vitiosus zwingt.

Der Bundesverband Poliomyelitis e.V. (Telefon 03733 – 504 11 87, Internet www.polioselbsthilfe.de) vermittelt auf Anfrage fachmedizinischen Rat und Literaturhinweise.

Dr. med. Peter Brauer