

Warum nicht «Zollikofer-Syndrom»?

Leserbrief zu: Zollikofer H. Bekanntes Syndrom ohne Namen? [1]

Zollikofer unter vier Punkten zusammengefasste «Postinfektiöse benigne Immunpleuroperikarditis» [1] verdient alle Aufmerksamkeit, dürfte es sich hierbei doch um eine Reaktion des Immunsystems auf Erkrankungen mit grösserem Gewebeschaden handeln, wie sie bereits vor 50 Jahren nach Herzinfarkten beobachtet worden ist. Letztere ist heute als «Dressler-Syndrom» in den Lehrbüchern zu finden, meist ohne Angabe der Übersichtsarbeit [2].

Wäre für Pleuroperikarditis nach Meningokokkensepsis vielleicht «Zollikofer-Syndrom» angemessen? Hiermit würde jedenfalls sowohl der Geschichte als auch einem

unserer grossen klinischen Lehrer Gerechtigkeit widerfahren. Ein Kommentar von immunologischer Seite dürfte klärend wirken.

E. A. Loeliger

Korrespondenz:

Prof. Dr. med. E. A. Loeliger
Hofdijk 48
2341 ND Oegstgeest
Niederlande

Replik

Ich bin Prof. Loeliger sehr dankbar für seine Reaktion auf meinen Leserbrief. Meine Interpretation des eindrücklichen Falles unserer Churer Kollegen [3] weicht von der seinigen insofern ab, als ich in diesem Fall lediglich eine besonders schwere Verlaufsform eines allgemeiner gefassten Syndroms sehe, wie ich es in meinem Leserbrief als «Postinfektiöse benigne Immunpleuroperikarditis» geschildert habe. Auch setzt das Zustandekommen des Syndroms nach meiner Erfahrung in der Mehrheit der Fälle keinen grösseren Gewebeschaden voraus. Dies ganz im Gegensatz zum Dressler-Syndrom und zum Postkardiotomie-Syndrom. Als Auslöser genügen schon «banale» Infekte, besonders der oberen Luftwege.

Was mich in diesem Zusammenhang überhaupt aus der «Altersecke» der Inneren Medizin hervorzulocken vermochte, ist neben dem – abgesehen von der Schwere – eigentlich klassisch verlaufenen Churer Fall die durch ihn evozierte Erinnerung an folgende Begebenheit:

Vor einigen Jahren stellte in unserem Ärztekranzli ein fachlich immer sehr gut informierter Kollege recht besorgt eine Patientin vor, bei der es weder ihm, noch der Universitätsklinik, der er die Frau zur eingehenden Abklärung überwiesen hatte, gelungen sei, eine eindeutige Diagnose zu stellen. Als ich den Kollegen zu beruhigen versuchte, dass bei seinem Fall höchstwahrscheinlich eine postinfektiöse Immunpleuroperikarditis mit günstiger Prognose vorliege, gestand er mir sichtlich erleichtert, es handle sich bei der vorgestellten Patientin um seine Ehefrau.

Aus dieser Episode glaubte ich schliessen zu müssen, dass das in Frage stehende Syndrom gleichsam am Rande der Inneren Medizin ein noch immer wenig be-

achtetes und offenbar namenloses Dasein fristet und uns Internisten, die heute in vielerlei Spezialitäten zersplittert sind, von Zeit zu Zeit zu necken und sich in Erinnerung zu rufen beliebt.

Es bleibt aber die Irritation, dass das Syndrom – wahrscheinlich wegen des fehlenden Namens – das Sieb der Differentialdiagnose immer wieder unerkannt passiert. Um das zu verhindern, braucht es wohl oder übel eine Bezeichnung. Deshalb der unverbindliche Vorschlag: Postinfektiöse Immunpleuroperikarditis.

Wenn das Syndrom bisher ohne Namen geblieben ist, liegt das vielleicht daran, dass sein Erscheinungsbild vordergründig als Organerkrankung von Perikard und Pleura gesehen wurde und weniger als Folgekrankheit eines vorausgegangenen, anderswo im Körper abgelaufenen viralen oder bakteriellen Infektes. Daher stammen frühere Bezeichnungen wie «virale», «idiopathische» oder «rezidivierende» Perikarditis, unter denen das Krankheitsbild figurierte und auch schon als mögliches Immungeschehen diskutiert, aber noch kaum als eigenständiges Syndrom *sui generis* erkannt wurde.

Die Beachtung der nachfolgend aufgeführten Punkte erleichtert, zusammen mit der bereits geschilderten Symptomatologie, differentialdiagnostisch die Wahrnehmung des Syndroms als klinische Entität:

1. Die Bezeichnung «postinfektiöse Immunpleuroperikarditis».
2. Das triphasische Krankheitsgeschehen mit primärem Infekt, intermediärer Latenzzeit (zwei bis drei Wochen) und sekundärer Pleura-Perikard- und gelegentlicher Gelenkbeteiligung. Eine Beteiligung des Peritoneums habe ich nie gesehen (oder übersehen?).
3. Die Unabhängigkeit der Pleuroperikarditis von Lokalisation (Luftwege, Magendarmtrakt, Blutbahn,

Harnwege [?]) und Erregerart (bakteriell, viral) des auslösenden Infekts.

4. Die Möglichkeit von Rezidivschüben über längere Zeiträume, aber mit abnehmender klinischer Intensität.
5. Die letzten Endes günstige Prognose, auch in zunächst schwer verlaufenden Fällen.
6. Die Suche nach dem vorausgehenden Infekt, der u.U. wegen seiner Geringfügigkeit anamnestisch verloren gehen kann.
7. Es handelt sich um ein eher seltenes Syndrom.

Literatur

- 1 Schweiz Med Forum 2009;9(34):559.
- 2 AMA Arch Intern Med 1959;103(4):28–42.

Die Diagnose ist bei Kenntnis des Namens im Grunde genommen einfach. Sie erfordert in unkomplizierten Fällen – mindestens fürs Erste – keine Labor- und apparativen Untersuchungen, sondern lediglich eine sorgfältige Anamnese und eine ebensolche klinische Untersuchung mit Auskultation und Perkussion.

Damit erspart man dem Patienten seine begreifliche Angst (Schmerzen in der Herzgegend!) und dem Staate auch noch etwas Geld.

Hans Zollikofer

- 3 Zehnder L. et al. Meningokokken-Bakteriämie mit Perikardtamponade. Schweiz Med Forum 2009;9(25):456–7.

Was Martin Luther bei der Pestepidemie empfahl

Leserbrief zu: Gurtner B. Pestflucht¹

«Ist jemand keck und stark im Glauben, der bleibe im Namen Gottes. Ist aber jemand schwach und furchtig, der fliehe im Namen Gottes.»

Die Frau Luthers, Katharina von Bora (1499–1552), pflegte in Wittenberg in den Jahren 1525, 1527, 1535 und 1539 Pestkranke. Nach Luthers Tod 1546 floh sie bei der Pest 1552 mit den beiden jüngsten Kindern aus Wittenberg nach Torgau. Das Pferd, das den Wagen zog, ging durch. Sie hängt sich an dessen Kopfgeschirr und wurde schwer verletzt. Am 20. Dezember 1552 er-

lag sie diesen Verletzungen in Torgau. Die Kinder überlebten gesund. Fazit: Geflohen vor der Pest, starb Luthers Frau an einem Unfall. Was schliessen wir daraus für die Schweinegrippe?!

Josef Bättig

Korrespondenz:

Dr. med. Jos. Bättig
Spezialarzt FMH für Innere Medizin,
spez. Nephrologie
St. Jakobs-Strasse 14
CH-4132 Muttenz

¹ Schweiz Med Forum. 2009;9(34):593.