

Long COVID mit vermeintlichen Allergiebeschwerden



Patientenfall

Es handelt sich um eine 54-jährige Patientin, die im jungen Erwachsenenalter eine persistierende EBV-Infektion mit Infektneigung und rezidivierenden Bronchitiden durchgemacht hatte. Im Jahre 2016 wurde die persistierende EBV-Infektion erfolgreich mit der Mikroimmuntherapie behandelt.

Im März 2022 macht sie eine Infektion mit dem SARS-CoV-2 durch, die am 7. Tag zu starkem Husten führt. Der Husten erinnert sie stark an die Zeit, als sie unter den rezidivierenden Bronchitiden und der EBV-Infektion litt. Zudem berichtet sie über einen permanenten Tabakgeschmack im Mund. Die Patientin wurde im Jahre 2021 zweimal mit dem COVID-Impfstoff Comirnaty geimpft.

Therapie (17. März 2022)

Ich verschreibe ihr die Mikroimmuntherapie-Formel EBV (1 Kapselinhalt/Tag für 1 Monat). Sie ist selbst Ärztin, sodass sie sich zusätzlich mit diversen homöopathischen Mitteln (Gelsemium, Bryonia, Pulsatilla, Psorinum) behandelt.

Verlauf

Am 12. Tag weist sie plötzlich Niesanfälle wie bei einer Allergie auf und ihr Husten tritt schlimmer in Erscheinung. Des Weiteren bekommt sie einen Herpes labialis, der seit Jahren nicht mehr aufgetreten ist. Allerdings hat sich ihr Geschmack normalisiert.

Therapie (22. März 2022)

Ich verschreibe ihr die Mikroimmuntherapie-Formel ALERG (1 Kapselinhalt/Tag) in Kombination mit Loratadin (10mg/Tag). Die Behandlung mit der Mikroimmuntherapie-Formel EBV wird unverändert fortgesetzt.

Verlauf

Die Formel ALERG und Loratadin helfen nur bedingt. Wenn sie allerdings die Präparate weglässt, werden die Beschwerden auffällig schlimmer.

Am 15. Tag leidet die Patientin phasenweise unter brennenden Schleimhäuten wie Fieberatmen und probiert die Formel A-Komplex (homöopathische Magistralrezeptur) in erhöhter Dosierung (bis zu 4 Kapselinhalte/Tag). Nachdem dieser Ansatz jedoch keinen Effekt erzielt, nimmt sie erneut die Formel ALERG (2 Kapselinhalte/Tag) in Kombination mit Loratadin ein.

Nach weiteren 2 Monaten ist ihr Zustand unverändert. Sie fasst zusammen: „Gemütseregungen wie Ärger oder das Gefühl von Zurückweisung lösen das Brennen auf den Schleimhäuten und gehäufte Niesanfälle aus. Histaminreiche Ernährung verstärkt die Beschwerden.“

Therapie (28. Mai 2022)

Es wird das homöopathische Mittel Natrium muriaticum C200 (5 Globuli) in einer einmaligen Gabe verabreicht.

Verlauf

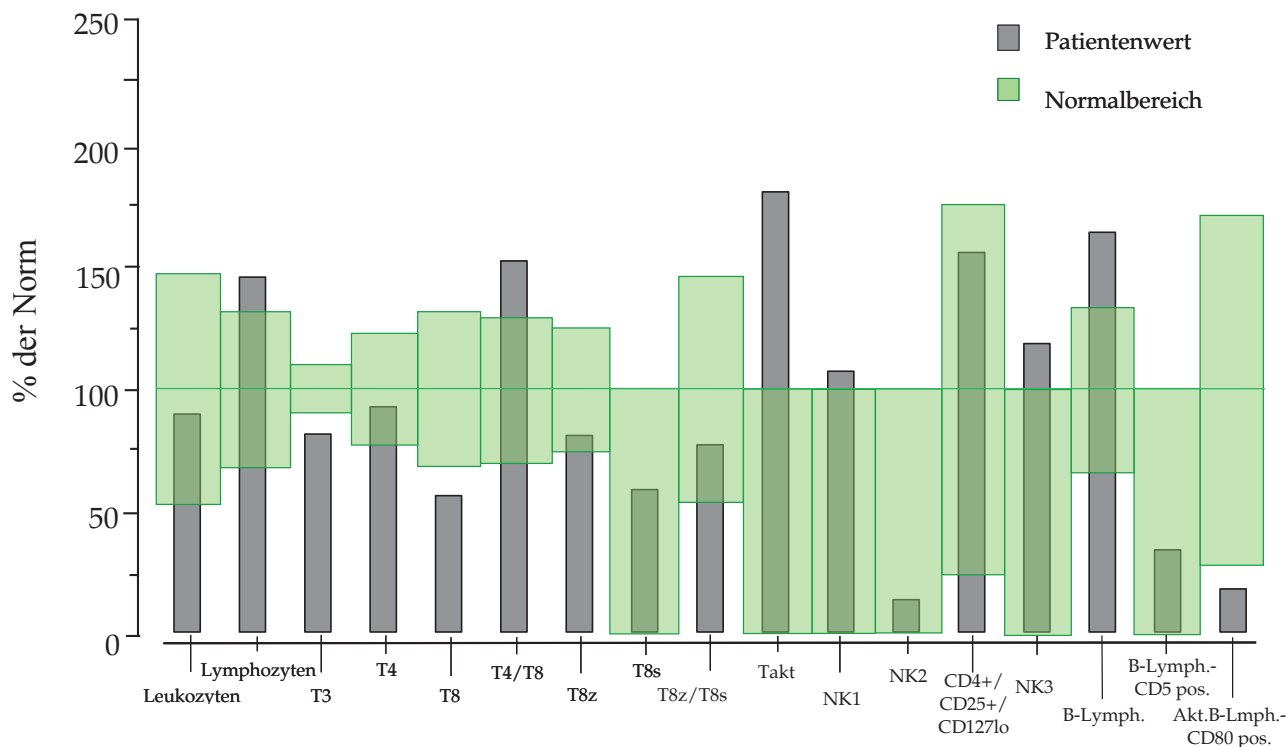
Dies führt zu einer sofortigen und deutlichen Besserung für zwei Wochen. Allerdings treten daraufhin die Beschwerden erneut auf. Die Atembeschwerden schränken den Alltag ein. Es wird zunehmend deutlich, dass die Beschwerden insbesondere nach familiären Konflikten verstärkt auftreten. Sie sucht in diesem Zusammenhang eine Therapeutin für eine Systemische Therapieberatung auf. Auffällig ist, dass die Patientin seit einigen Monaten beständig an Gewicht zunimmt und nun schon 6 kg mehr wiegt als zum Anfang des Jahres 2022.

Diagnostische Vorgehensweise (Mai 2022)

Es werden folgende Untersuchungen veranlasst:

- ▶ Lymphozytentypisierung
- ▶ EBV-Serologie
- ▶ TH1-TH2-Balance

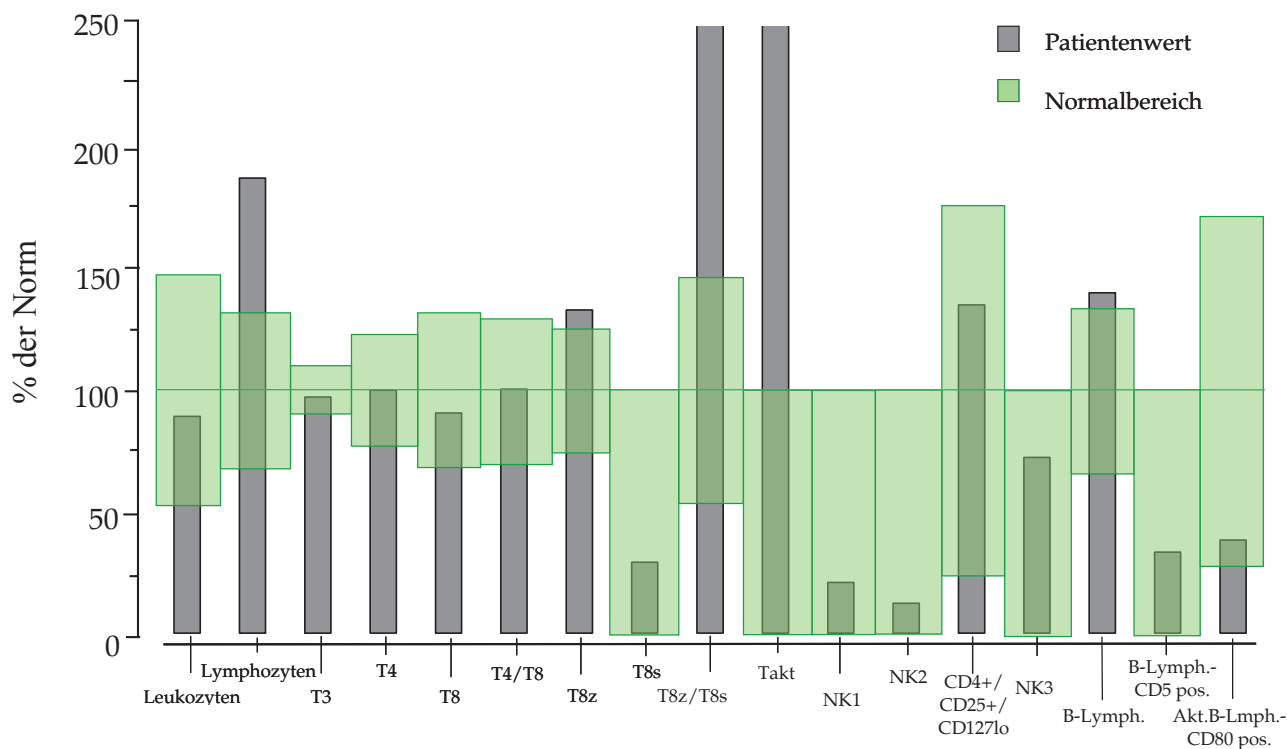
► Mai 2022



.ADR GmbH Medizinisches Versorgungszentrum Baden-Baden,
irztl. Leitung Dr. U. Grunwald, Dr. D. Löbel 19.05.2022

Immunograph, Copyright by U. Weller 1999, by A. Schüssler 2002

► Juli 2016



.ADR GmbH Medizinisches Versorgungszentrum Baden-Baden,
irztl. Leitung Dr. U. Grunwald, Dr. D. Löbel 01.07.2016

Immunograph, Copyright by U. Weller 1999, by A. Schüssler 2002

Abb. 1: Lymphozytentypisierung (Mai 2022 und Juli 2016 im Vergleich)

► Mai 2022

Epstein-Barr-Virus-Serologie

EBV-VCA-IgG (IFT)	1:2560	negativ: < 1:80
EBV-VCA-IgM (IFT)	negativ	negativ: < 1:10
EBV-EA-IgG (IFT)	negativ	negativ: < 1:10
EBV-EBNA-IgG (IFT)	1:160	negativ: < 1:10

Serologisch ist eine länger zurückliegende EBV-Primärinfektion anzunehmen.

► Juli 2016

Epstein-Barr-Virus-Serologie

EBV-VCA-IgG (IFT)	1:1280	negativ: < 1:80
EBV-VCA-IgM (IFT)	negativ	negativ: < 1:10
EBV-EA-IgG (IFT)	negativ	negativ: < 1:20
EBV-EBNA-IgG (IFT)	1:80	negativ: < 1:20

Serologisch ist eine länger zurückliegende EBV-Primärinfektion anzunehmen.

Abb. 2: EBV-Serologie (Mai 2022 und Juli 2016 im Vergleich)

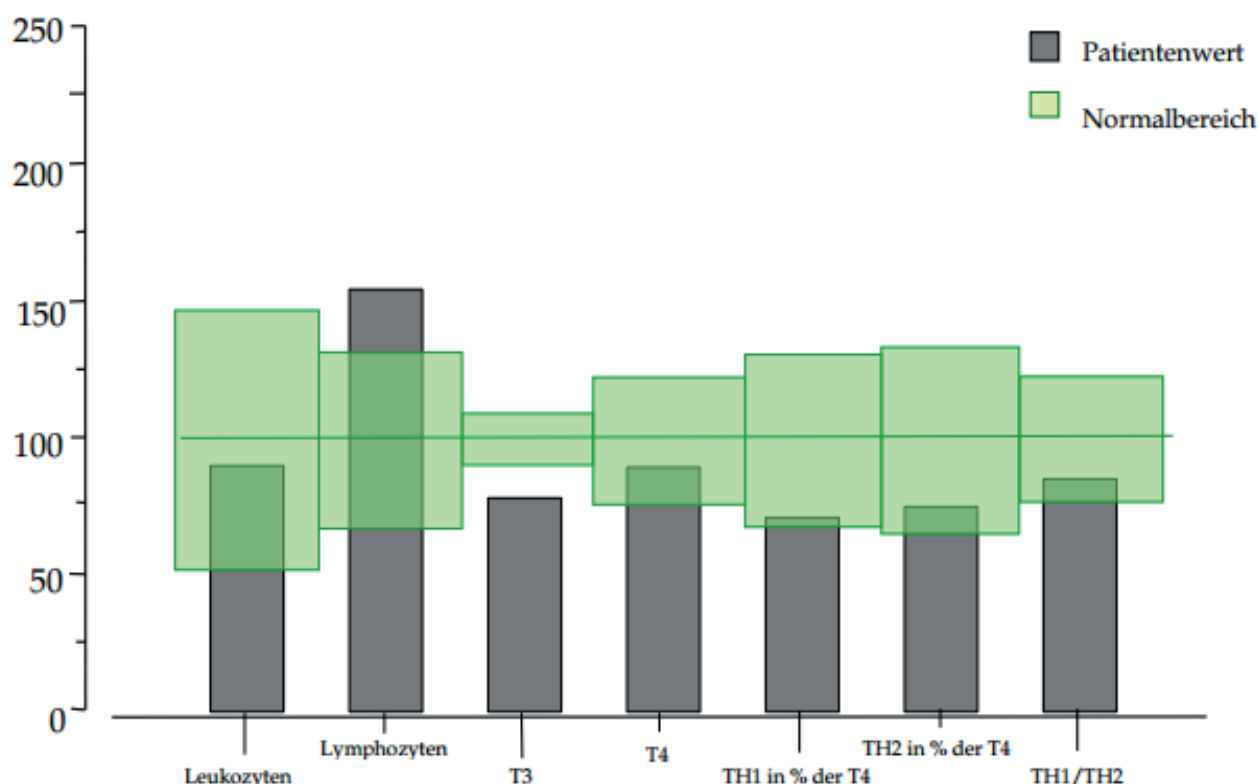


Abb. 3: TH1-TH2-Balance (Mai 2022)

Laborergebnisse (Mai 2022)

Lymphozytentypisierung

In der im Mai 2022 durchgeführten Lymphozytentypisierung ist eine Lymphozytose zu beobachten, die im Vergleich zu Juli 2016 weniger ausgeprägt ist. Die Gesamtzahl der T-Lymphozyten ist erniedrigt und auch die T8-Zellen befinden sich jetzt unter dem Normbereich. Die zytotoxischen T8-Zellen (T8z), die eine wichtige Rolle bei der Bekämpfung von Viren spielen, befinden sich im unteren Normbereich und sind im Vergleich zu Juli 2016 deutlich gesunken. Die regulatorischen T-Zellen sind angestiegen. Die B-Lymphozyten sind erhöht und die CD80+-B-Lymphozyten sind relativ niedrig. Die Verteilung der beiden letztgenannten Zellpopulationen spricht gegen ein allergisches Geschehen und eher für eine Störung der Antigenerkennung.

EBV-Serologie

In der EBV-Serologie ist eine EBV-Reaktivierung zu verzeichnen (EBV-VCA-IgG 1:2560 im Mai 2022 vs. 1:1280 im Juli 2016).

TH1/TH2-Balance

In der Untersuchung der TH1/TH2-Balance ist keine TH2-Verschiebung (proallergisch) zu erkennen. Dies bestätigt die Schlussfolgerung aus der Lymphozytentypisierung, dass aufgrund der niedrigen CD80+-B-Zellen keine Hinweise auf ein allergisches Geschehen vorliegen.

Schlussfolgerung

Ohne in den Laborbefunden die typischen Hinweise für eine Allergie nachweisen zu können, zeigt die Patientin phasenweise Symptome einer erhöhten Mastzellenaktivität und Symptome eines erhöhten Histamingehalts auf.

Hinweise für ein Allergiegesehen wären gewesen:

- ▶ TH2-Dominanz
- ▶ Hohe Last an aktivierten B-Lymphozyten mit CD80-Merkmalen
- ▶ Erniedrigte Tregs

Da Mastzell-Mediatoren immunogen wirksam sind, könnte die gesteigerte Aktivität der Mastzellen eine Kompensation der niedrigen T8-Zellen und der angestiegenen Tregs sein.

Ein weiterer Aspekt hat sich im Juli 2022 bei dem Gespräch zur Befundung der Laborwerte ergeben: Die Patientin hatte wegen einer Schilddrüsenunterfunktion seit Herbst 2021 L-Thyroxin 25µg genommen. Im Februar – also 1 Monat vor der Infektion mit SARS-CoV-2 – hatte sie das Ersatzhormon weggelassen, weil sie eine regulative Schilddrüsentherapie anstrebte. Über die COVID-Infektion war dies in Vergessenheit geraten.

Eine Schilddrüsenunterfunktion kann auch eine Mastzellaktivierung unterhalten, da in den Granula der Mastzellen auch Schilddrüsenhormone und andere stimulierende Hormone enthalten sind.

Tierexperimente zeigen, dass eine gut eingestellte Schilddrüse die Mastzellenaktivität senkt^{1,2}.

Ich stelle die Hypothese auf, dass die Mastzellen die Schwäche aus dem Abfall der T8-Lymphozyten sowie der zytotoxischen T-Lymphozyten und den fehlenden Schilddrüsenhormonen mit erhöhter Ausschüttung ihrer Botenstoffe kompensieren.

Therapie (Juli 2022)

Folgende Behandlung wird eingeleitet:

- ▶ L-Thyroxin (25µg/Tag)
- ▶ Mikroimmuntherapie-Formel XFS (1 Kapselinhalt/Tag für 1 Monat) (aufgrund der vorliegenden Lymphozytose) und nachher Wechsel auf die Mikroimmuntherapie-Formel EBV (1 Kapselinhalt/Tag für 3 Monate)

Verlauf

Unter der Therapie stabilisiert sich der Zustand der Patientin sehr schnell innerhalb weniger Wochen. Sie nimmt mittlerweile außer L-Thyroxin 25µg keine weitere Medikation.

Der beschriebene Verlauf zeigt, wie eine COVID-Infektion in verschiedene Bereiche der Stoffwechselregulation hineinwirken kann. Es wird deutlich, wie wichtig es ist, multifokale Differentialdiagnostik zu betreiben, auf verschiedene diagnostische Tools zurückzugreifen und diverse Therapien in einem multimodalen Konzept zu kombinieren.

Literatur

1. Chieffi Baccari G, Falvo S, Lanni A, Di Fiore MM, Cioffi F, Santillo A. Mast Cell Population and Histamine Content in Hypothyroid Rat Tissues. *Animals (Basel)*. 2022 Jul 20;12(14):1840.
2. Sabria J, Ferrer I, Toledo A, Sentis M, Blanco I. Effects of altered thyroid function on histamine levels and mast cell number in neonatal rat brain. *J Pharmacol Exp Ther*. 1987 Feb;240(2):612-6.