

6, 2021, IP: 14.139.55.162]

Fallbericht

## **Behandlung einer subglottischen Stenose nach Intubation mit individualisierter homöopathischer Therapie: Ein Fallbericht**

Shelly Satish Sharma<sup>1</sup>, Seema Mahesh<sup>2\*</sup>, George Vithoukas<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Abteilung für Homöopathie, Janardan Rai Nagar, Rajasthan Vidyapeeth, Udaipur, Rajasthan, Indien; <sup>2</sup>Medizinische Fakultät, Fakultät für Gesundheits- und Medizinwissenschaften,

Taylor's University, Subang Jaya, Malaysia; <sup>3</sup>Institut für postgraduale Ärzteausbildung, Gesundheitsministerium der Tschuwaschischen Republik, Tscheboksary, Russische Föderation

\*Korrespondenzadresse: Dr. Seema Mahesh,

Medizinische Fakultät, Fakultät für Gesundheits- und Medizinwissenschaften,

Taylor's University, Subang Jaya, Malaysia.

E-Mail: [research@vithoukas.com](mailto:research@vithoukas.com)

Empfangen: 19.11.2019; Angenommen: 14.08.2020; Veröffentlicht: 28.09.202

### **Zusammenfassung**

**Einleitung:** Eine subglottische Stenose ist eine Verengung der Atemwege direkt unterhalb der Stimmbänder. Diese Verengung kann zu schweren Atembeschwerden führen.

Eine subglottische Stenose kann angeboren oder erworben sein. Häufige oder langfristige Intubation ist die häufigste Ursache für eine erworbene subglottische Stenose.

**Fallzusammenfassung:** In diesem Fallbericht konnte durch eine adjuvante homöopathische Behandlung eine ansonsten in diesem Zustand notwendige Trachealstent-Implantation vermieden und der Allgemeinzustand verbessert werden. Dieser Fallbericht gibt Anlass, die Anwendung individualisierter Homöopathie bei postintubierter subglottischer Stenose weiter zu untersuchen.

**Schlüsselwörter:** Antimonium tartaricum, Koronararterien-Bypass, Homöopathie, paralytischer Ileus, Postintubationsstenose, postoperative Lungenfunktionsstörung, Trachealstent

## **EINLEITUNG**

Die postoperative pulmonale Dysfunktion (PPD) ist eine häufige und schwerwiegende[1] Komplikation nach einer Koronararterien-Bypass-Operation (CABG). Über 40 % der Patienten werden in diesem Zustand mit respiratorischer Insuffizienz wieder auf die Intensivstation eingeliefert.[2] Die Behandlung einer akuten respiratorischen Insuffizienz erfordert häufig die Intubation der Trachea mit einem Endotrachealtubus oder einem Tracheostomietubus. Da der subglottische Raum auf Höhe des Krikoids der engste Teil der Atemwege ist, kann eine translaryngeale Intubation zu Schäden sowohl der Glottis als auch der Subglottis führen. Die subglottische Stenose wird nach dem Cotton-Myer-Klassifikationssystem[3] in Grad 1 bis 4 eingeteilt, basierend auf dem Schweregrad der Blockade: Grad I bis zu 50 % Obstruktion, Grad II von 51 % bis 70 % Obstruktion, Grad III von 71 % bis 99 % Obstruktion und Grad IV kein nachweisbares Lumen.

Eine subglottische Stenose ist in diesen Fällen eine häufige Komplikation aufgrund einer Verletzung während der endotrachealen Intubation. Dies folgt in der Regel auf längere Intubationsphasen auf Intensivstationen aufgrund der Notwendigkeit mechanischer Beatmungsunterstützung.[4] Das häufigste Symptom ist eine sich allmählich verschlimmernde Atemnot, die in schweren Fällen als Stridor identifiziert werden kann.

Die Stabilisierung der Atemwege des Patienten, die Untersuchung mittels Bronchoskopie und der Einsatz eines temporären Atemwegsgeräts sind wichtige Bestandteile der Behandlung von Atemwegskomplikationen.[4] Eine subglottische Stenose ist ein potenziell lebensbedrohlicher Zustand. Wird sie nicht rechtzeitig korrigiert, kann sie eine verkürzte Lebenserwartung bedeuten und erhebliches Leid aufgrund schwerwiegender Komplikationen verursachen.[5]

Die allgemeine Behandlungsmethode ist, abhängig von der Diagnose, die Trachealdilatation mittels starrem Bronchoskop, Laserchirurgie und endoluminales Stenting, Trachealresektion und laryngotracheale Rekonstruktion.[6] Ein Trachealstent ist die gängige Behandlungsmethode, führt jedoch zu Komplikationen wie Granulationsgewebebildung (27 %), Restenose (19 %), Migration (10 %), Fraktur (8 %), Erosion (4 %) und Blutung (1 %). Die Granulationsgewebebildung kann leicht genug sein, um asymptomatisch zu bleiben, mittelschwer genug, um Stridor zu verursachen, oder schwer genug, um lebensbedrohliche Atemnot zu verursachen.[7]

Klassische Homöopathie wurde bereits bei der Behandlung von Krankenhausaufenthalten bei kritischen Erkrankungen[8][9,10] beschrieben. Es gibt publizierte Fälle, wie postoperatives Koma[11], schwere Sepsis[12] und typischerweise chirurgische Fälle[13], die bemerkenswerte Wirkungen der Homöopathie dokumentieren. Nach Kenntnis der Autoren liegen jedoch keine weiteren Berichte über eine homöopathisch behandelte PPD oder subglottische Stenose vor.

## FALLBERICHT

Ein Angehöriger eines 47-jährigen indischen Patienten brachte den Patientenbericht am 20. November 2014 in die Cura Homöopathische Klinik in Vasai, Maharashtra. Der Patient wurde wegen schwerer Atemnot, Tachypnoe, Tachykardie und schwerem Stridor mit plötzlichem Lungenkollaps auf die Intensivstation eingeliefert.

Bevor der Patient mit der homöopathischen Behandlung begonnen wurde, stellte der Pneumologe bei der Untersuchung eine 50%ige subglottische Stenose mit Verengung des Tracheallumens fest. Ihm wurde ein Trachealstent empfohlen. Aufgrund des in der Krankenakte der Station erwähnten Lungenkollapses war der Patient jedoch nicht in der Lage, sich dem Eingriff zu unterziehen. Er hatte zudem einen paralytischen Ileus und eine Antibiotikaresistenz entwickelt. Es wurde über Resistenzen gegen Penicilline, Beta-Lactamase-Hemmer, Cephalosporine, Aminoglykoside, Fluorchinolone, Carbapeneme und Cotrimoxazol berichtet. Der Patient reagierte empfindlich auf Colistin und intermediär auf Tigecyclin. Die linksventrikuläre Ejakulation des Patienten wurde mit 25 % angegeben.

**Klinische Vorgeschichte:** Der Patient hatte sich zwei Monate zuvor einer CABG unterzogen. Während dieser Zeit litt der Patient an Dyspnoe mit wiederkehrendem Husten und wurde zweimal intubiert, um eine Beatmung zu gewährleisten. Der Patient war derzeit nicht in der Lage, die Symptome in seinem kollabierten Zustand zu beschreiben. Zum Zeitpunkt der ersten Konsultation stützte sich die homöopathische Verordnung auf die Informationen seiner Pfleger, die Beobachtungen des verschreibenden Arztes am Krankenbett und die klinische Diagnose. Am 20. November 2014 wurde Antimonium tartaricum C200 als Einzeldosis verschrieben. Beobachtungen am Krankenbett

- Der Patient konnte keinen Auswurf hervorbringen, war aber erleichtert, als er ihn hervorbrachte.
- Husten zwang ihn zum aufrechten Sitzen.
- Gequälter Blick.
- Nächtliche Geistervorstellungen.

- Verlangen, nachts die Hand des Pflegers zu halten.
- Angst vor dem Alleinsein.
- Wut bei Widerspruch.
- Eingefallener Gesichts- und Augenausdruck.
- Starker, unangenehmer Körpergeruch.
- Flatternde Nasenflügel.
- Der Patient scheint starke Schmerzen zu haben.
- Kalter Atem.
- Wütend, wenn seine Frau ihn etwas fragte.

Körperliche Merkmale:

- Temperatur: 37,5 °C.
- Blutdruck: 160/94 mmHg.
- Puls: 82/min.
- Sauerstoffsättigung mit Sauerstoffinsufflation: 88 %.

Akute dispositionelle und charakteristische Symptome des Patienten wurden zur Erstellung der Totalität und zur Repertorisation ausgewählt.

Die Einzelheiten zur Verschreibung und Nachsorge sind in Tabelle 1 aufgeführt. Die Nachsorge dauerte über 18 Monate. In dieser Zeit zeigte der Patient eine deutliche Besserung seiner Atemwegsbeschwerden, ohne dass es zu schweren Rückfällen kam. Seine Lebensqualität verbesserte sich. Die modifizierte Dyspnoeskala des Medical Research Council wurde verwendet, um die Prognose des Patienten bei jeder Nachuntersuchung zu beurteilen. Diese ist in Abbildung 1 grafisch dargestellt. (Die X-Achse entspricht der Nachuntersuchung, die Y-Achse dem Score. Die Bewertung wurde von einem homöopathischen Arzt vorgenommen.)

## **DISKUSSION**

Trachealverletzungen können, unabhängig von ihrer Ursache, lebensbedrohlich sein. Die chirurgische Reparatur gilt als Behandlung der Wahl, wurde jedoch nicht mit anderen Ansätzen verglichen. [14] Es gibt gut dokumentierte Fallberichte, die die Möglichkeit der Homöopathie zur Behandlung schwerer Erkrankungen belegen. [15-18] Die homöopathische Verschreibung basiert auf den Anzeichen und Symptomen des

Patienten und nicht allein auf der Diagnose oder der Pathologie. [19] Auf diese Weise werden alle immunologischen Ereignisse und Reaktionen im Leben eines Menschen berücksichtigt, um zu einer integrativen Lösung zu gelangen. [20,21] Daher kann die Methode den multifaktoriellen Charakter berücksichtigen. der Autoimmunerkrankungen und anderer Erkrankungen, die den gesamten Organismus betreffen. Auch in diesem Fall sehen wir eine systemische Entzündungsreaktion vor dem Lungenkollaps, die möglicherweise die späteren Ereignisse ausgelöst hat. Wir konnten beobachten, dass am zweiten Tag nach der Verabreichung von Antimonium tartaricum die Absaughäufigkeit von 1-2 Stunden auf 3-4 Mal täglich reduziert wurde, gefolgt von einer Besserung der Atemnot und einer Verringerung des Auswurfs. Darüber hinaus konnte der Patient am zweiten Tag Stuhlgang haben, was ihm zuvor aufgrund eines paralytischen Ileus nicht möglich war. Das Mittel Antimonium tartaricum C 200[22] half dem Patienten nicht nur, sich von seiner Lungenfunktionsstörung zu erholen, sondern führte auch zu einem allgemeinen Wohlbefinden. Obwohl die Prognose bei postoperativen Lungenkomplifikationen schlecht ist,[23] verbesserte sich der Zustand dieses Patienten unter homöopathischer Behandlung, die zusätzlich zu den konventionellen Medikamenten zur Kontrolle von Bluthochdruck und erhöhten Blutfettwerten verabreicht wurden, sowie Antikoagulanzen und Antiallergika.

### **Tabelle 1: Verlaufskontrolle**

Datum,

Detaillierte Symptome/Beobachtung,

- Homöopathische Verordnung,
- Allopathische Behandlung

20. November 2014

Atemnot, periphere kapilläre Sauerstoffsättigung (SapO<sub>2</sub>) mit O<sub>2</sub>-Insufflation – 88 %  
Absaugung alle 1–2 Stunden erforderlich

Verminderte Ausstoßkraft der Lunge. Paralytischer Ileus. Schwellung der unteren Extremitäten. Trachealstent empfohlen

Homöopathische Gesamtbetrachtung des Falles

Auswurf nach Besserung

Kalter Atem

Gesichtsausdruck: leidend, hippokratisch, ängstlich, eingefallen

Rasselndes Gesicht, hippokratisch

Fächerartige Flügelbewegung der Nase

Wahnvorstellung: Gespenster, Geister, Geister

Klammern am Wärter

Wut durch Widerspruch

Vitalwerte

Temperatur: 37,5 °C

Blutdruck: 160 systolisch und 94 diastolisch

Pulsfrequenz: 82

- Antimonium Tartaricum C 200, Einzeldosis
- Allopathische Medikamente

## 22. November 2014

Nachdem der Patient die erste Dosis Antimonium tartaricum C 200 (Einzeldosis) eingenommen hatte der Patient am 20. November 2014 wie verordnet starken Husten und Auswurf.

Der Patient war die ganze Nacht unruhig. Am 21. November 2014 Stuhlgang ohne Einlauf.

Auf eine Trachealstentimplantation wurde verzichtet, da es dem Patienten besser ging.

SpaO<sub>2</sub> wurde durch O<sub>2</sub>-Insufflation bei 95 % gehalten.

Absaugung alle 3–4 Stunden.

- Keine homöopathische Verordnung
- allopathischen Medikamente

### 3. Dezember 2014

Patient wurde aus dem Krankenhaus entlassen.

SpaO2 wurde ohne O2-Insufflation zwischen 91 % und 96 % gehalten.

- Keine allopathischen Medikamente.

### 07. Dezember 2014

Stuhlgang ohne Einlauf. SpaO2 wurde ohne O2-Insufflation zwischen 91 % und 96 % gehalten.

- Keine allopathischen Medikamente.

### 21. Dezember 2014

Patient hatte Husten mit geringem Auswurf.

Husten, gefolgt von Atemnot, besser durch Auswurf.

Wie verordnet.

Wütend und reizbar.

Stuhlgang ohne Einlauf

O2-Wert zwischen 88 % und 92 % ohne O2-Insufflation gehalten

Der Patient hatte die Einnahme von Montelukast-Tabletten, Ciprofloxacin-Tabletten 500 mg, Acetylcystein-Tabletten 600 mg, Lactobacillus-Beutel, Multivitaminpräparaten und Molkepulver abgesetzt und wurde angewiesen, Alprazolam-Tabletten 0,5 mg abzusetzen.

- Antimonium tartaricum. 200 Einzeldosis.
- Allopathische Medikamente.

6. Januar 2015

Atemnot besser

Appetit verbessert

Stuhlgang ohne Einlauf

O<sub>2</sub>-Wert zwischen 91 % und 98 % ohne O<sub>2</sub>-Insufflation gehalten

Dem Patienten wurde geraten, die Dosis von Theophyllin-Tabletten 150 mg zu reduzieren und bei Keuchen, Kurzatmigkeit und Atemproblemen anzuwenden.

Formoterol-Inhalator 200 mg einmal täglich empfohlen

- allopathischen Medikamente wie verordnet

7. Februar 2015

Atemnot besser

SpO<sub>2</sub> wurde ohne O<sub>2</sub>-Insufflation zwischen 91 % und 98 % gehalten

Der Patient benötigte keine 150-mg-Theophyllintabletten. Ihm wurde empfohlen, diese bei Atemnot einzunehmen.

Dem Patienten wurde geraten, den Tiotropium-Inhalator abzusetzen.

- allopathischen Medikamente Medikamente wie verordnet

9. März 2015:

Atemnot besserte sich.

Stuhlgang ohne Einlauf

SpO<sub>2</sub> wurde ohne O<sub>2</sub>-Insufflation zwischen 90 % und 95 % gehalten

Der Patient benötigte keine 150-mg-Theophyllintabletten. Ihm wurde empfohlen, diese bei Atemnot einzunehmen. Bei Atemnot sollte ein 200-mg-Formoterol-Inhalator eingenommen werden.

- allopathischen Medikamente wie verordnet

11. April 2015:

Atemnot besserte sich.

Patient kann seine persönlichen Aufgaben wie verordnet erledigen.

Kann geringfügige Hausarbeiten erledigen.

Der Sauerstoffsättigungswert (SpaO<sub>2</sub>) blieb ohne Sauerstoffinfusion zwischen 94 % und 97 %.

Der Patient benötigte keine Theophyllintabletten.

150 mg Theophyllin wurden ihm bei Atemnot empfohlen.

Der Patient benötigte keinen Formoterol-Inhalator.

Die Einnahme wurde bei Atemnot empfohlen.

- allopathischen Medikamente.

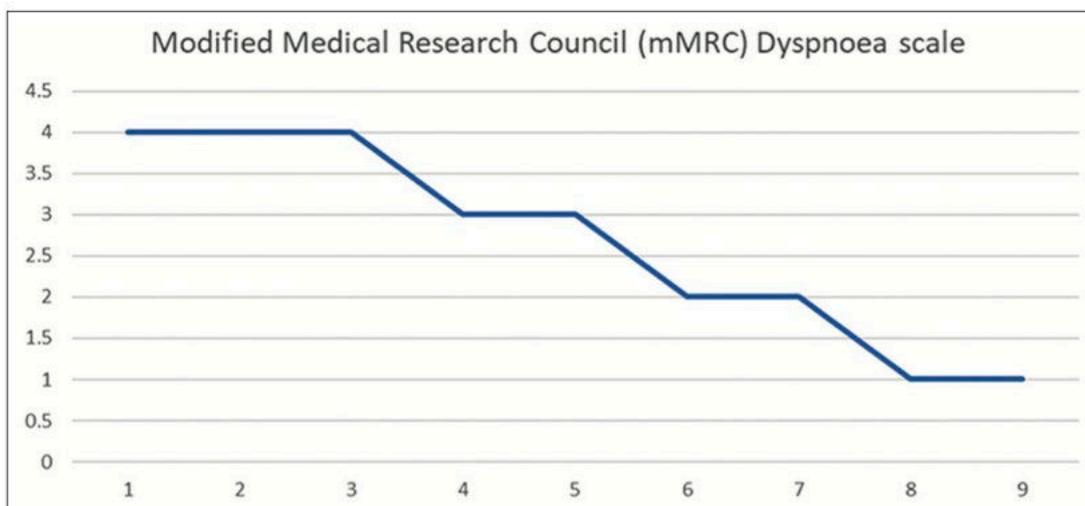


Abbildung 1: Modifizierte Dyspnoeskala des Medical Research Council

Davon konnten die Antiallergika, Bronchodilatoren, Steroide und Mukolytika weiter reduziert werden. Obwohl es bei einer so schlechten Prognose schwierig sein kann, in allen Fällen ein gutes Ansprechen zu erzielen, zeigt dieser Fall das Potenzial und die Möglichkeiten der Homöopathie. Als der Patient mit akuter Atemnot eingeliefert wurde, wurde er vom Pneumologen untersucht und ihm wurde eine Trachealstent-Implantation empfohlen.

Die linksventrikuläre Auswurfraction des Patienten betrug 25 %.

Die Angehörigen stimmten der Trachealstent-Implantation nicht zu, da der Atem-, Herz- und Allgemeinzustand des Patienten schlecht war und nicht auf die Behandlung ansprach. Daraufhin wurde das homöopathische Arzneimittel Antimonium tartaricum C200 verschrieben. Dem Patienten wurden eine Bronchoskopie und eine Computertomographie empfohlen. Da sich der Patient nicht dem Eingriff unterzogen hat, können die Untersucher den postinterventionellen Zustand der Atemwege nicht beschreiben. Dieser Fall kann zudem einen Selektionsbias aufweisen, da sich Patient und Begleitpersonen für eine homöopathische Behandlung entschieden haben. Da Fallberichte die erste Beweisführung und die wissenschaftliche Dokumentation einer einzelnen klinischen Beobachtung darstellen, sollte ein guter Fallbericht die Bedeutung der berichteten Beobachtung deutlich machen. Zeigen mehrere Fallberichte ähnliche Ergebnisse, könnte der nächste Schritt eine Fall-Kontroll-Studie sein, um festzustellen, ob ein Zusammenhang zwischen den relevanten Variablen besteht. Kontrollierte Studien könnten diesen Bias daher beseitigen.

## **SCHLUSSFOLGERUNGEN**

Dieser Fall einer PPD mit subglottischer Stenose nach CABG-Operation wurde zusätzlich zur konventionellen Medizin mit einer individualisierten homöopathischen Therapie behandelt, wodurch die ansonsten indizierte Trachealstent-Implantation vermieden werden konnte. Darüber hinaus verbesserten sich der Allgemeinzustand und die Lebensqualität des Patienten deutlich, wie eine lange Nachbeobachtung nach der Krise zeigte. Obwohl ein Fallbericht keine Schlussfolgerungen zur Rolle der Homöopathie bei Trachealverletzungen zulässt, bietet er die Möglichkeit, weitere Fälle von Trachealverletzungen mit Homöopathie zu untersuchen, die nicht auf konventionelle Medikamente ansprechen. Klinische Praxis und weitere randomisierte kontrollierte Studien sind erforderlich, um zu einem endgültigen Ergebnis zu gelangen.

### **Einverständniserklärung des Patienten**

Die Autoren bestätigen, dass sie alle erforderlichen Einverständniserklärungen des Patienten eingeholt haben. Der Patient ist sich bewusst, dass sein Name und seine Initialen nicht veröffentlicht werden und angemessene Anstrengungen unternommen werden, um seine Identität zu verbergen. Anonymität kann jedoch nicht garantiert werden.

### **Ethische Genehmigung**

Nicht eingeholt, da sich der Patient freiwillig für eine homöopathische Behandlung gemeldet hat.

## **Finanzielle Unterstützung und Sponsoring**

Keine.

## **Interessenkonflikte**

Keine angegeben.

## **Literaturverzeichnis:**

1. Piotto RF, Ferreira FB, Colósimo FC, Silva GS, Sousa AG, Braile DM.

Independent predictors of prolonged mechanical ventilation after coronary artery bypass surgery. Rev Bras Cir Cardiovasc 2012;27:520-8.

2. Kogan A, Cohen J, Raanani E, Sahar G, Orlov B, Singer P, et al.

Readmission to the intensive care unit after “fast-track” cardiac surgery: Risk factors and outcomes. Ann Thorac Surg 2003;76:503-7.

3. Myer CM, O’Connor DM, Cotton RT. Proposed grading system for subglottic stenosis based on endotracheal tube sizes; 1994. Journals. sagepub.com; 2018. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/000348949410300410>. [Last accessed on 2018 Dec 01].

4. Antonio D, Andrilli E. Subglottic Tracheal Stenosis. PubMed Central (PMC); 2018. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4775266/>. [Last accessed on 2018 Nov 21].

5. Saenghirunvattana S, Pitiguagool V, Suwanakijboriharn C, Pupipat P, Saenghirunvattana B, Gonzales M, et al. Different approaches on various cases of tracheal stenosis. Open J Respir Dis 2014;4:90-100.

6. Karapantzou I, Karapantzou C, Zarogoulidis P, Tsakiridis K, Charalampidis C. Benign tracheal stenosis a case report and up to date management. Ann Transl Med 2016;4:451.

7. Bansal S, Dhingra S, Ghai B, Gupta AK. Metallic stents for proximal tracheal stenosis: Is it worth the risk? *Case Rep Otolaryngol* 2012;2012:450304.
  8. Eyles C, Leydon GM, Lewith GT, Brien S. A grounded theory study of homeopathic practitioners' perceptions and experiences of the homeopathic consultation. *Evid Based Complement Alternat Med* 2011;2011:957506.
  9. Oberbaum M, Singer SR, Friehs H, Frass M. Homeopathy in emergency medicine. *Wien Med Wochenschr* 2005;155:491-7.
  10. Teixeira MZ, Leal SM, Ceschin VM. Homeopathic practice in Intensive Care Units: Objective semiology, symptom selection and a series of sepsis cases. *Homeopathy* 2008;97:206-13.
  11. Vithoulkas SG. Homeopathic Treatment for Prolonged Postoperative coma: A Case Report. *PubMed Central (PMC)*; 2018. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5467251/>. [Last accessed on 2020 Nov 21].
  12. Frass M, Linkesch M, Banyai S, Resch G, Dielacher C, Löbl T, et al. Adjunctive homeopathic treatment in patients with severe sepsis: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial in an intensive care unit. *Homeopathy* 2005;94:75-80.
  13. Mahesh S, Mallappa M, Vithoulkas G. Gangrene: Five case studies of gangrene, preventing amputation through homoeopathic therapy. *Indian J Res Homoeopathy* 2015;9:114.
  14. Beiderlinden M, Adamzik M, Peters J. Conservative treatment of tracheal injuries. *Anesth Analg* 2005;100:210-4.
  15. Chhabra SK, Gupta AK, Khuma MZ. Evaluation of three scales of dyspnea in chronic obstructive pulmonary disease. *Ann Thorac Med* 2009;4:128-32.
- Sharma, et al.: Post-intubation subglottic stenosis a case report

16. Tenzera L, Djindjic B, Mihajlovic-Elez O, Pulparampil BJ, Mahesh S, Vithoukcas G. Improvements in long standing cardiac pathologies by individualized homeopathic remedies: A case series. *SAGE Open Med Case Rep* 2018;6:2050313X18792813.
17. Mahesh S, Mallappa M, Vithoukcas G. Embryonal carcinoma with immature teratoma: A homeopathic case report. *Complement Med Res* 2018;25:117-21.
18. Denisova TG, Gerasimova LI, Pakhmutova NL, Mahesh S, Vithoukcas G. Individualized homeopathic therapy in a case of obesity, dysfunctional uterine bleeding, and autonomic dystonia. *Am J Case Rep* 2018;19:1474-9.
19. Hahnemann S. Hahnemann's organon of medicine. 6th ed. Apph 7. New Delhi: B Jain Pub Pvt Ltd; 1994.
20. Bellavite P, Ortolani R, Pontarollo F, Pitari G, Conforti A. Immunology and homeopathy. 5. The rationale of the 'Simile'. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2007;4:634864.
21. Bellavite P. Homeopathy and integrative medicine: Keeping an open mind. *J Med Person* 2015;13:1-6.
22. Boericke W. Pocket manual of homeopathic materia medica and repertory. New Delhi, India: B. Jain; 2002.
23. Trayner E Jr, Celli BR. Postoperative pulmonary complications. *Med Clin North Am* 2001;85:1129-39.