

Tratamentul individualizat al edemului măduvei osoase a genunchiului cu ajutorul homeopatiei clasice: Un raport de 2 cazuri

Dionysis Tsintzas, Seema Mahesh și George Vithoulkas

Abstract

Istoric:

Leziunile edemului măduvei osoase din jurul genunchiului sunt o descoperire obișnuită a imagisticii prin rezonanță magnetică. Ele constituie o componentă centrală a unei game largi de afecțiuni inflamatorii și neinflamatorii care afectează articulația genunchiului. Aceste leziuni nu sunt doar o sursă semnificativă de durere, ci sunt legate și de multe patologii musculoscheletale.

Raport de caz:

Descriem 2 cazuri de edem de măduvă osoasă a articulației genunchiului tratate cu ajutorul homeopatiei clasice. În ambele cazuri, *Arnica montana* a fost remediul homeopat ales.

Concluzii:

Rezultatele tratamentului sunt promițătoare, încurajatoare pentru mai multe cercetări în acest domeniu.

Cuvinte cheie: *Arnica*, măduvă osoasă, homeopatie, genunchi, edem

Primit: 4 decembrie, 2019.

Acceptat: 6 decembrie, 2019.

Tip: raport de caz

Finanțare: Autorul (autorii) nu a primit sprijin financiar pentru cercetarea, calitatea de autor și/sau publicarea acestui articol.

Declarație de conflict de interese: Autorul (autorii) nu a declarat niciun potențial conflict de interese în ceea ce privește cercetarea, calitatea de autor și/sau publicarea acestui articol.

Autor corespondent: Dionysis Tsintzas, Paliauli Amfilochias, 30500 Amfilochia, Grecia.
Email: dentsin@hotmail.com

Introducere

Wilson și colab.¹ au introdus termenul de „edem de măduvă osoasă” (BME) pentru a descrie hiperintensitățile măduvei osoase prost definite pe imagini de rezonanță magnetică ponderate T2 (timp de relaxare transversală) de la pacienții care suferă de dureri de genunchi și șold. Termenul specific a fost folosit din cauza „lipsei unui termen mai bun și pentru a sublinia caracterul generic al afecțiunii”.

Cauza edemului osos primar nu este încă sigură. Posibil, un episod ischemic local, de etiologie variată inițiază un lanț de evenimente care au ca rezultat această patologie osoasă specifică.²

O cale etiologică ipotetică a afecțiunii poate implica (1) leziuni osoase (vasculare, traumatiche, inflamatorii, metabolice), (2) compromisuri osoase (circulație crescută, presiune intraosoasă crescută, microfraktură de stres), (3) BME (presiunea intraosoasă crescută – sindromul compartimental) și (4) mecanisme reparatorii (suficiente: rezoluție lentă – insuficiente: necroză osoasă).^{3,4}

Durerea este simptomul predominant al acestei patologii. Durerea este cauzată de creșterea presiunii intraosoase (presiunea normală este de 20-30 mm Hg), din cauza conținutului anormal de fluid din spațiile medulare.⁵ Durerea în timpul încărcării mecanice este caracteristică, combinată cu simptome mai mult sau mai puțin severe în timpul nopții. De asemenea, tipică este durerea din zona afectată atunci când este bătută.

Imagistica prin rezonanță magnetică (RMN) este standardul de aur pentru diagnosticul BME. Constatarea caracteristică este semnalul alterat al măduvei osoase, cu semnal mare pe secvențele T2 și STIR (recuperarea inversiunii scurte-T1), cu sau fără semnal T1 scăzut (timp de relaxare longitudinală). Aceste rezultate ale rezonanței magnetice ar putea indica un edem real din punct de vedere histologic, dar pot corespunde, de asemenea, necrozei osoase trabeculare, formării de chisturi, fibrozării și fragmentării cartilajului.⁶

Diagnosticul diferențial implică mai multe patologii: contuzii traumatiche, fracturi, chisturi osoase, infiltrarea măduvei, leziuni condrale de dezvoltare, fracturi de insuficiență subcondrală, și bineînțeles, osteonecroză adevărată.⁶

Tratamentul BME va fi determinat în funcție de cauza și dimensiunea zonei de necroză osoasă. Zonele osteonecrotice care depășesc 40% până la 50% din condil (femural sau tibial) sau leziunile mai mari de 5 cm² conduc de obicei la colaps, necesitând artroplastie de genunchi.⁷ Pe de altă parte, leziunile de dimensiuni medii (3,5-5 cm²) pot regresa sau nu, în timp ce leziunile mai mici (<3,5 cm²) vor regresa cel mai probabil cu un tratament conservator.⁸

Tratamentul conservator implică medicamente analgezice, antiinflamatoare nesteroidiene (AINS), purtarea unui susținător al greutății pentru o perioadă de 3-8 luni împreună cu fizioterapie, în funcție de simptomele și constatările radiologice ale pacienților. Terapia cu câmpuri electromagnetice pulsatile pare să aibă rezultate promițătoare în reducerea durerii și a zonei necrotice după 6 luni.⁹ Prostaciclina și bifosfonații sunt două medicamente care au fost utilizate în tratamentul BME. Acestea au acțiuni diferite și, prin urmare, pot oferi efecte benefice paralele.⁹

Tratamentul chirurgical, rezervat stadiilor tardive, presupune foraj simplu, stabilizarea fragmentului, chiuretaj combinat cu foraj și în final transplant osteocondral sau condrocitar.⁵

Homeopatia, „medicina energetică”, este o ramură a științei medicale bazată pe principiul că o boală poate fi vindecată prin întărirea mecanismului de apărare al organismului cu substanțe selectate pentru proprietățile lor dătătoare de energie. Fondată în secolul al XIX-lea de dr. Samuel Hahnemann, homeopatia este derivată din cuvintele grecești „homeo” și „pathos”, care înseamnă „suferință similară”.¹⁰ Din cunoștințele noastre, aceasta este prima serie publicată de rapoarte de caz care descrie tratamentul BME de genunchi cu ajutorul homeopatiei clasice.

Cazul nr. 1

Pacientul, un bărbat în vârstă de 55 de ani, s-a prezentat la clinică cu durere și umflarea genunchiului drept, simptome pe care le avea de 3 luni. A fost foarte activ, lucrând ca profesor de dansuri tradiționale grecești și își putea aminti de o leziune de torsiune la genunchiul drept în urmă cu ceva timp. Articulația genunchiului era umflată, dureroasă la mișcare de flexie completă și mai ales la atingerea condilului femural medial. Mergea șchiopătând ușor și putea să alerge sau să danseze doar cu dificultate.

RMN-ul a arătat o ruptură de gradul 2-3 a cornului posterior al meniscului medial, împreună cu BME extinsă a aspectului anterior al condilului femural medial, ocupând 40% din condilul femural (Figura 1). Pacientului i s-a propus să facă o artroscopie, în primul rând pentru a se ocupa de leziunea de menisc, dar a fost reticent să accepte. Tratamentul conservator propus pacientului a inclus un susținător parțial al greutateii timp de cel puțin 8 săptămâni, împreună cu fizioterapie și AINS. Pacientul suferea de HTA cronică, astfel încât medicamentele antiinflamatoare au fost excluse și nu a dorit să renunțe la predarea dansului, nici măcar pentru câteva săptămâni.

Regimul de tratament pe care am convenit să îl urmărim a fost fizioterapie și homeopatie clasică. Pacientul a avut 2 ședințe de kinetoterapie pe săptămâna, cu scopul de a păstra amplitudinea de mișcare a articulației genunchiului, împreună cu integritatea mușchiului cvadriceps. Repertorizarea cazului a fost realizată folosind software-ul Vithoukas Compass 2.3. *Arnica montana* a fost remediul ales. Pacientul era relativ sănătos, potrivit Prof. Vithoukas, acesta aparținând Grupului B de pe Nivelurile de sănătate,¹¹ așa că i s-a prescris potența de 200 CH, inițial o doză, iar următoarele doze conform simptomelor de la followup (a mai avut nevoie de 4 doze de remediu).

În următoarele 2 luni a existat o ameliorare lentă, dar constantă, a simptomatologiei pacientului, deși abia și-a odihnit genunchiul. În 3 luni a fost fără durere și s-a întors la activitățile sale anterioare fără nicio limitare. La 5 luni de la primul RMN, pacientul a fost supus unui nou RMN. Noul RMN a arătat că BME a condilului femural medial s-a redus complet, în timp ce leziunea meniscului era încă prezentă și neschimbată (Figura 2). Am fost foarte mulțumiți de rezultatul cazului, așa că am externat pacientul din îngrijirea noastră.

Cazul nr. 2

Al doilea pacient a fost o femeie, 56 ani, proprietară de supermarket, care suferea de dureri severe la genunchiul stâng de cel puțin 3 luni. Nu a existat niciun istoric de traumă și simptomele s-au agravat progresiv. La prezentarea la clinică pacienta mergea șchiopătând sever. Avea o umflare evidentă a articulației genunchiului stâng iar flexia articulației era limitată la 60°. Avea durere severă la atingerea condilului femural lateral, împreună cu dureri nocturne severe.

RMN-ul genunchiului a evidențiat BME extinsă a condilului femural lateral, ocupând aproape tot condilul, cu o zonă de osteonecroză pe aspectul său lateral. Pe condilul tibial lateral, RMN-ul a arătat, de asemenea, semne inițiale ale BME (Figura 3).

Pe baza constatărilor clinice și radiologice de mai sus, tratamentul chirurgical a fost cel adecvat^{5,7} și a fost propus pacientei. Pacienta a refuzat să continue, așa că a trebuit să-i oferim un tratament conservator, constând în fizioterapie și evitarea complet a sprijinului pe membrul

respectiv. Din cauza istoricului ei de ulcer peptic cu hemoragie, nu i s-a propus tratamentul cu AINS sau bifosfonați. Având în vedere tratamentul de succes al primului pacient, i-am propus homeopatia clasică pe care ea a dorit să o urmeze. *Arnica montana* a fost remediul ales după repertorizarea cazului. Potența inițială selectată a fost de 200 CH, urmată de doze zilnice de 30CH.

Pacienta nu a respectat evitarea completă a sprijinului pe membrul respectiv care i-a fost propusă – afirmând că nu se poate abține de la munca ei în supermarket, și a folosit o orteză ușoară pentru genunchi, care suporta toată greutatea. În următoarele 3 luni a urmat un tratament de fizioterapie împreună cu cel de homeopatie, folosind ocazional analgezice simple (paracetamol). Starea ei clinică se ameliorează lent.

La 3 luni după RMN-ul inițial, am cerut un RMN de control (Figura 4). BME a condilului femural s-a deteriorat, implicând întregul condil femural lateral și partea laterală a condilului femural medial, în timp ce zona de osteonecroză a condilului femural lateral a crescut în dimensiune. Pe de altă parte, BME-ul condilului tibial lateral a dispărut complet. Tabloul clinic general al pacientei, în ceea ce privește durerea și mobilitatea, a fost mai bun. Pe baza acestor constatări, recomandăm intens intervenția chirurgicală.

Pacienta a fost supusă artroscopiei cu foraj atât a condilului femural, cât și a celui tibial. Intraoperator, în contrast cu senzația foarte moale a condilului femural, condilul tibial a avut o senzație de duritate în timpul procedurii de foraj. Tratamentul postoperator a implicat evitarea completă a sprijinului pe membrul respectiv timp de 1 lună, urmată de un susținător parțial a greutateii încă o lună. Un nou RMN este programat la 6 luni după procedură.

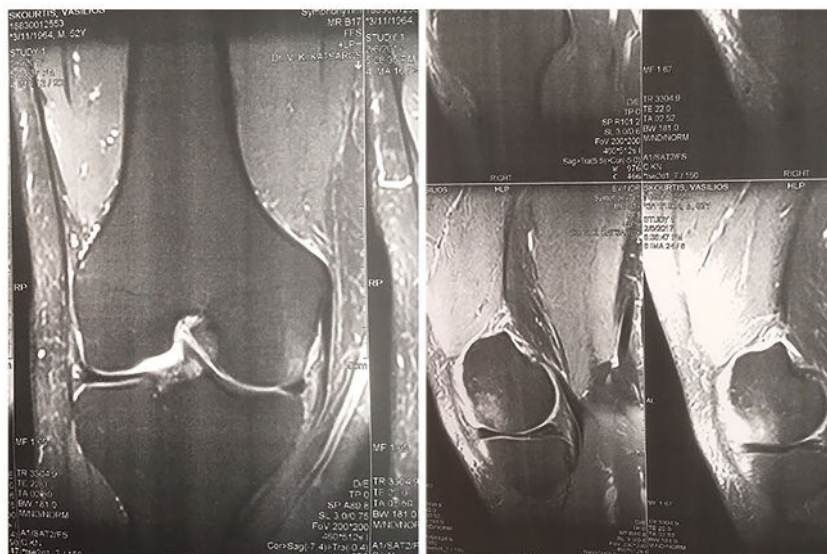


Figura 1. RMN primului pacient la prima consultație.

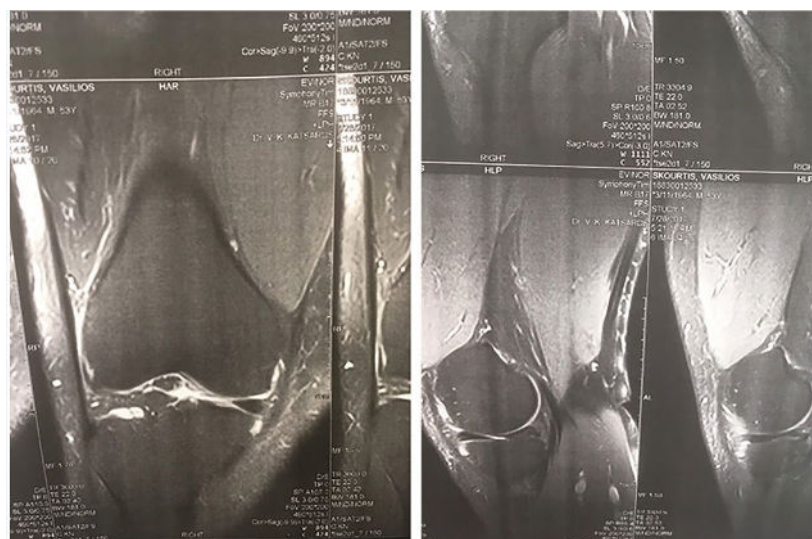


Figura 2. La 5 luni de la tratament.



Figura 3. RMN al celui de al doilea pacient la prima consultație.

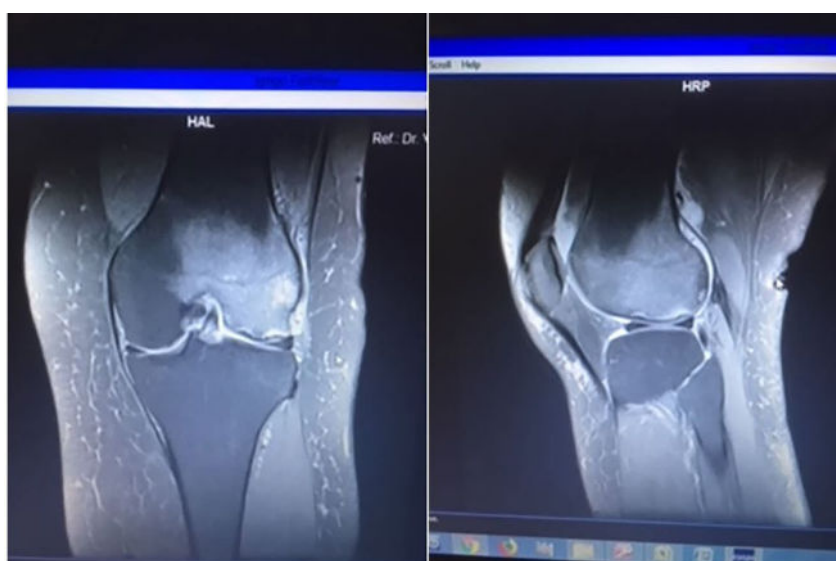


Figura 4. La 3 luni după tratament.

Discuție

După introducerea RMN în practica clinică, leziunile măduvei osoase au apărut ca o componentă centrală a multor boli inflamatorii și non-inflamatorii care afectează sistemul musculoscheletal. Eriksen¹² a propus un sistem cuprinzător pentru cauza acelor leziuni: (1) traumatisme: fractură, osteoporoză tranzitorie locală, leziuni osteocondrale; (2) leziuni degenerative: osteoartrita; (3) leziuni inflamatorii: artropatii și entezite inflamatorii; (4) leziuni ischemice: necroză avasculară, sindrom de durere regională cronică, anemie cu celule falciforme; (5) leziuni infecțioase: osteomielita; (6) leziuni metabolice/endocrine: boala de depunere de hidroxipatită, gută; (7) leziuni iatrogene: chirurgie, radioterapie, imunosupresoare (glucocorticoizi, ciclosporină), citostatice. Deși primul nostru pacient pare să aparțină categoriei de traume, nu am putut găsi o cauză certă pentru al doilea caz, mai grav.

Evitarea completă a sprijinului pe membrul respectiv sau susținător parțial al greutății pare să fie tratamentul standard de aur pentru această afecțiune.⁵ Fizioterapia, împreună cu terapia cu unde de șoc extracorporală, a fost raportată că oferă o ameliorare semnificativă a durerii și o îmbunătățire funcțională. Opțiunile farmaceutice includ utilizarea de bifosfonați, derivați de prostaglandine și inhibitori ai factorului de necroză tumorală (TNF).¹²

Ambii noștri pacienți nu s-au conformat cu recomandarea de a purta un susținător al greutății timp de cel puțin 8 săptămâni, declarând că sunt obligați să-și continue activitățile zilnice de lucru. Având în vedere rezultatele favorabile raportate ale tratamentului diferitelor patologii musculoscheletale cu ajutorul homeopatiei clasice, le-am oferit această opțiune de tratament.

Brinkhaus și colab.¹³ au raportat că la *Arnica montana*, la pacienții care au avut o intervenție chirurgicală la genunchi, a existat o tendință la un edem postoperator mai ușor, comparativ cu pacienții cărora li sa administrat placebo. Tveiten și Bruset¹⁴ au raportat că *Arnica montana* în potența 30D a avut un efect pozitiv asupra durerii musculare, dar nu și asupra leziunilor celulare măsurate de enzime. Chiar mai recent, Sarkar și colab.¹⁵ au raportat că remediul homeopat *Guaiacum officinale* are o activitate antireumatică și antioxidantă în modelul animal experimental și aceste activități pot fi mai semnificative la potențe mai înalte. Pe de altă parte, Koley și colab.¹⁶ într-un studiu dublu-orb, randomizat, placebo controlat, evaluând homeopatia individualizată în gestionarea durerii în osteoartrita genunchiului (folosind diferite remedii homeopate - *Bryonia alba*, *Rhus toxicodendron*, *Calcarea carbonica*, *Arnica montana* și *Natrum muriaticum*), nu a găsit diferențe semnificative statistice care să justifice superioritatea tratamentului homeopat comparativ cu placebo.

Arnica montana este o plantă terapeutică utilizată în mod tradițional pentru a trata diverse afecțiuni patologice. Posedă o activitate semnificativă antiinflamatoare, anti-osteoartritică, anti-osteoporotică și anti-hemoragică, prezintă un efect antioxidant și protector semnificativ, îmbunătățește circulația și are, de asemenea, proprietăți analgezice.¹⁷ Este indicat remediul homeopat *Arnica montana*, conform Prof. Vithoulkas, când o parte a corpului este cianotică, cu o senzație de durere inflamatoare... Aceasta poate fi produsă de un traumatism, dar și din alte cauze, cum ar fi suprasolicitarea unui organ, o tensionare sau o boală acută.¹⁸

Primul caz a avut un rezultat excelent, atât clinic, cât și radiologic. După ce a primit de fapt doar tratamentul homeopat, fără aproape nicio protecție prin purtarea susținătorului greutății, pacientul nu a avut durere în 4 luni, în timp ce RMN-ul la 5 luni după prima a arătat că BME-ul condilului femural aproape dispăruse. (Figura 2).

Al doilea caz a fost, desigur, unul diferit. Tratatamentul chirurgical i-a fost propus pacientei încă de la prima examinare clinică, întrucât BME-ul condilului femural era extins și deja era prezentă osteonecroza condilului. Cu toate acestea, pacienta a decis să aleagă tratamentul homeopat cu doar un susținător parțial al greutății. Al doilea RMN, la 3 luni după cel inițial, a arătat că leziunile condilului femural se deteriorau, dar, interesant, leziunile condilului tibial, evidente la prima scanare, aproape dispăruseră (Figura 4). Osteonecroza condilului femural, fiind afectarea permanentă a organelor, reprezintă un obstacol fizic foarte dificil, aproape imposibil de tratat prin homeopatia clasică.¹⁰ De fapt, nu privim cazul ca pe o insuficiență homeopată, întrucât condilul tibial a fost salvat și, de fapt, articulația propriu-zisă a fost salvată, deoarece implicarea necrozei în condilul tibial lateral ar însemna că pacienta ar avea cel mai probabil nevoie de o artroplastie totală a genunchiului.

Concluzii

Experiența noastră din cele 2 cazuri de mai sus arată că tratamentul individualizat cu ajutorul homeopatiei clasice are cu siguranță un loc în tratamentul afecțiunii comune, dar dificil de tratat, a BME a genunchiului. Este necesară o cercetare cu mai multe cazuri pentru a demonstra eficacitatea acestei metode terapeutice.

Nota autorului

Lucrarea a fost realizată la Centrul internațional de homeopatie clasică, Alonissos, Grecia.

Contribuția autorului

Dr. Dionysis Tsintzas este principalul medic care a contribuit cu informațiile despre caz. Dr. Seema Mahesh a editat articolul. Articolul a prins formă sub îndrumarea Prof. George Vithoulkas.

Consimțământul pacientului

Pacienții și-au dat acordul ca detaliile și scanările lor să fie utilizate pentru publicare.

ORCID iDs

Dionysis Tsintzas <https://orcid.org/0000-0002-0715-4438>

Seema Mahesh <https://orcid.org/0000-0002-4765-5595>

Bibliografie

1. Wilson AJ, Murphy DA, Hardy DC, Totty WG. Transient osteoporosis: transient bone marrow oedema? *Radiology*. 1989;171:135-140.
2. Patel S. Primary bone marrow oedema syndromes. *Rheumatology (Oxford)*. 2014;53:785-792.
3. Trevisan C, Orolani S, Montelconc M, Marinoni EC. Regional migratory osteoporosis: a pathogenic hypothesis based on three cases and a review of the literature. *Clin Rheumatol*. 2002;21:418-425.
4. Elder GJ. From marrow oedema to osteonecrosis: common paths in the development of post-transplant bone pain. *Nephrology (Carlton)*. 2006;11:560-567.
5. Hofmann S, Kramer J, Vakil-Adli A, Aigner N, Brcitenschcr M. Painful bone marrow

- edema of the knee: differential diagnosis and therapeutic concepts. *Ortop Clin North Am.* 2004;35:321-333, ix.
6. Kon E, Ronga M, Eilardo G, et al. Bone marrow lesions and subchondral bone pathology of the knee. *Knee Surg Sports Traumatol Arthroic.* 2016;24:1797-1814.
 7. Mont M A, Marker DR, Zywił MG, Carrino JA. Osteonecrosis of the knee and related conditions. *Am Acad Orthop Surg.* 2011;19:4S2-494.
 8. Karim AR, Chcrian JJ, Jauregui JJ, Pierce T, Mont M A. Osteonecrosis of the knee: review. *Ann TranslMed.* 2015;3:6.
 9. Marchegiani Muccioli GM, Grassi A, Setti S, et al. Conservative treatment of spontaneous osteonecrosis of the knee in the early stages: pulsed electromagnetic fields therapy. *FurJ Radiol.* 2013;82:530-537.
 10. Vithoulkas G. *The Science of Homeopathy.* 6th ed. Alonissos, Greece: International Academy of Classical Homeopathy; 2012.
 11. Vithoulkas G. *Levels of Health. The Second Volume of the Science of Homeopathy.* Alonissos, Greece: International Academy of Classical Homeopathy; 2017.
 12. Eriksen EF. Treatment of bone marrow lesions (bone marrow edema). *Bonekey Rep.* 2015;4:755.
 13. Brinkhaus B, Wilkens JM, Ludtke R, et al. Homeopathic arnica therapy in patients receiving knee surgery: results of three randomized double-blind trials. *Complement Ther Med.* 2006;14:237-246.
 14. Tveiten D, Bruset S. Effect of Arnica D30 in marathon runners. Pooled results from two double-blind placebo-controlled studies. *Homeopathy.* 2003;92:187-189.
 15. Sarkar A, Datta P, Das AK, Gomes A. Anti-rheumatoid and anti-oxidant activity of homeopathic Guaiacum officinale in an animal model. *Homeopathy.* 2014;103:133-138.
 16. Kolcy M, Saha S, Ghosh S. A double-blind randomized placebo-controlled feasibility study evaluating individualized homeopathy in managing pain of knee osteoarthritis. *J Evid Based Complement Altern Med.* 2015;20:186-191.
 17. Kriplani P, Guarve K, Baghacl U. *Arnica Montana* L.—a plant of healing: review. *J Pharm Pharmacol.* 2017;69:925-945.
 18. Vithoulkas G. *Materia Medica Viva*, vol. 3. Alonissos, Greece: International Academy of Classical Homeopathy; 2006.