

Syringomyelia (jamistość rdzenia kręgowego) leczona za pomocą homeopatii klasycznej: opis przypadku

Elena Rudakova¹, Seema Mahesh² and George Vithoulkas^{3,4}

Abstract

Syringomyelia (SM) z malformacją Chiariego jest rzadką chorobą o nieprzewidywalnym przebiegu. Operacja i inne interwencje pomagają zmniejszyć nasilenie objawów, jednak ponad 50% pacjentów wymaga ponownej operacji. Auto-rezolucja jest rzadkością w tego typu obrazach SM, a w większości przypadków prowadzi do powikłań, które mogą stanowić duże obciążenie. Pacjentka z SM z towarzyszącą wadą rozwojową typu 1 Arnold-Chiari, 54-letnia Rosjanka leczona zindywidualizowaną homeopatią klasyczną przez ponad osiem lat, ze znaczną poprawą objawów klinicznych choroby i chorób współistniejących. W obrazie rezonansu magnetycznego, syrinx (jama rdzenia) całkowicie ustąpił, co dodatkowo potwierdziło korzyści płynące z tej terapii. Przypadek SM z Arnoldem-Chiari pokazuje, że w sytuacji wady rozwojowej typu 1 zastosowanie zindywidualizowanej homeopatii klasycznej jest korzystne. Konieczne są dalsze badania pozwalające określić znaczenie zindywidualizowanej terapii homeopatią klasyczną w leczeniu SM tego typu.

Słowa kluczowe (Keywords)

Syringomyelia, malformacja Arnolda-Chiari, homeopatia

Otrzymano 29 stycznia 2021 r.; zaakceptowano 4 sierpnia 2021 r.

Wstęp

Syringomyelia (SM) jest rzadką, postępującą chorobą rdzenia kręgowego i prezentuje od łagodnych po ciężkie dolegliwości neurologiczne, z charakterystyczną torbielą śródszpikową¹, występującą głównie z przyczyn podstawowych, takich jak malformacje Chiariego (CMs).¹ Częstość występowania CM wynosi około 3–8/100 000, z czego 62–80% wykazuje SM,² i wykazuje upodobanie do występowania w niektórych lokalizacjach geograficznych, takich jak Rosja.^{3,4} Ponad 50% przypadków wynika z wady rozwojowej Arnolda-Chiari typu 1, charakteryzującej się przepukliną migdałków mózdzku przez otwór wielki, w następstwie zdarzenia związanego z traumą/urazem (25% przypadków), pozostałe typy są rzadsze.^{1,5} Zaproponowano wiele teorii wyjaśniających dynamikę rozwoju SM, w tym trzy popularne

Zrozumienie patofizjologii SM pozostaje niepełne, co sprawia, że jego diagnostyka i leczenie stanowią wyzwanie.⁷ Rozpoznanie SM stawia się na podstawie oceny wypełnionej płynem jamy w rdzeniu kręgowym, związanej z zaburzeniami krążenia płynu mózgowo-rdzeniowego, uwięzieniem rdzenia lub guzem śródrdzeniowym.⁷ Objawy wynikają z przepukliny migdałków mózdzku lub ucisku nerwów. Najczęstszymi objawami SM z CM są bóle głowy, zawroty głowy, bezsenność, osłabienie kończyn górnych, ból szyi, drętwienie i mrowienie kończyn oraz inne objawy neurologiczne.⁸ Nasilenie zależy od wielkości i czasu trwania jamy rdzenia. Przypadki szybko postępujące wykazują poważniejsze objawy niż przypadki, które postępują powoli przez wiele lat.⁴ Postępowanie jest zachowawcze, gdy

teorii Gardnera, Williama i Oldfielda.¹ Ideą wspólną występującą w tych teoriach jest zaburzenie krążenia płynu mózgowo-rdzeniowego (CSF), wynikające z nieprawidłowej resorpcji lub mechanicznej blokady krążenia lub zaburzenia ruchomości rdzenia kręgowego.¹ SM dzieli się na typy komunikujące, niekomunikujące, zanikowe i nowotworowe. Klasyfikacja ta pomaga w podjęciu decyzji, czy najlepszym rozwiązaniem będzie zastosowanie przetoki, zabiegu chirurgicznego czy leczenia zachowawczego.⁶

objawy neurologiczne nie występują lub są łagodne.

¹Clinic of Nadezhda Kubasheva, Moscow, Russia

² School of Medicine, Taylor's University, Subang Jaya, Selangor, Malaysia

³ Department of Homeopathy, University of the Aegean, Mytilene, Greece

⁴International Academy of Classical Homeopathy, Alonissos, Greece

Autor korespondencyjny:

Seema Mahesh, School of Medicine, Taylor's University, No 1 Jalan Taylors, Subang Jaya, Selangor 47500, Malaysia. E-mail: bhatseema@hotmail.com

Creative Commons Non Commercial CC BY-NC: Ten artykuł jest rozpowszechniany na warunkach licencji Creative Commons Uznanie autorstwa za niekomercyjne 4.0 (<http://www.creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), która zezwala na wykorzystanie niekomercyjne wykorzystywanie, powielanie i rozpowszechnianie pracy bez dalszego zezwolenia pod warunkiem, że oryginalne dzieło zostanie przypisane zgodnie z opisem na stronach SAGE i Open Access (<https://us.sagepub.com/en-us/nam/open-access-at-sage>)

Jednakże u większości pacjentów po leczeniu zachowawczym obserwuje się progresję choroby.¹ Gdy objawy są ciężkie, można zaproponować pacjentowi zabieg chirurgiczny /przetokowanie/kordektomię/neurokonstrukcję komórkową, w zależności od przyczyny.¹ Stabilizacja objawów neurologicznych i poprawa stanu ogólnego są celem leczenia.² Operacja jest skuteczna w większości przypadków, ale ponad 50% pacjentów wymaga w pewnym momencie ponownej operacji.¹ Rzadko obserwuje się auto-rezolucję SM, a czasami samoustąpienia nie jest powiązane z jakkolwiek różnicą w objawach klinicznych.⁹

Prezentujemy rzadki przypadek SM z wadą rozwojową Arnolda Chiariego typu 1, w którym do czasu zastosowania klasycznego leczenia homeopatycznego nastąpiła znaczna progresja, a wraz z upływem lat nastąpiła regresja w wyniku tej terapii. Korzyści zaobserwowano także w przypadku chorób współistniejących. W literaturze nie opisano żadnego innego podobnego przypadku, w którym SM odniosła korzyść z homeopatii.

Prezentacja przypadku

Pacjentka, Rosjanka, lekarz (ultrasonolog), miała 54 lata, gdy zgłosiła się na konsultację homeopatyczną w czerwcu 2012 roku. Diagnozę postawiono w 2006 roku na podstawie rezonansu magnetycznego, ale nie podano jej żadnych leków ani terapii.

Widoczne dolegliwości

W czasie konsultacji homeopatycznej pacjentka miała poważne dolegliwości neurologiczne, w tym ból, pieczenie i mrowienie grzbietu dłoni; ostre bóle w pierwszych stawach śródrečno-paliczkowych; i zimno dłoni. Upuszczała nagle rzeczy i nie czuła, że wypadły jej z rąk. Ból odczuwał pod prawą łopatką, w okolicy lędźwiowej i krzyżowej oraz w stopach. Doświadczyła nietrzymania moczu podczas śmiechu lub kaszlu i zgłaszała pulsujący hałas w głowie.

Inne dolegliwości

Inne dolegliwości obejmowały głęboko krwawiące pęknięcia opuszków palców każdej zimy; uderzenia gorąca zakłócające jej sen; suchość w pochwie; ból w nadbrzuszu i okolicy pępkowej z uczuciem wzdęcia; i głęboki trądzik na twarzy.

Historia dolegliwości

W 1995 roku u pacjenta wystąpiły zawroty głowy i ból rąk. Pojawiło się również mrowienie i pieczenie w liniowych obszarach ramion, przedramion i grzbietu dłoni. Bóle w pierwszych stawach śródrečno-paliczkowych nasiliły się do tego stopnia, że czasami nie była w stanie poruszyć sondą USG.

Zaczęła nagle upuszczać rzeczy, tracąc przytomność. MRI w 2006 roku doprowadziło do rozpoznania SM. Neurolog zalecił jej unikanie czynności takich jak podnoszenie ciężarów i brzuszki, ale nie zastosowano żadnej terapii ani leków. Przystała odwiedzać kręgarza. Sporadycznie wykonywano kontrolne badania MRI.

Historia medyczna

Pacjentka w wieku trzech lat cierpiała na zapalenie wątroby, w dzieciństwie miała nawracające zapalenie migdałków i sporadyczne bóle żołądka, a później rozwinęło się nawracające zapalenie tchawicy z wysoką gorączką, które na dzień konsultacji nadal występowały co jakiś czas. Z powodu tych infekcji leczona była głównie antybiotykami. W wieku 20 lat gastroscopia nie wykazała zapalenia błony śluzowej żołądka, ale wzmożoną motorykę żołądka. W wieku 46 lat była leczona litotrypsją z powodu kolki nerkowej lewej. W wieku 52 lat zachorowała na zapalenie płuc i otrzymała antybiotyki. Nadal od czasu do czasu cierpiała na grypę z wysoką gorączką. Od 34. roku życia cierpiała na bóle w okolicy krzyżowej i z tego powodu odwiedzała kręgarza. Od okresu dojrzewania miała trądzik.

Historia położnictwa i ginekologii

U pacjentki pierwsza miesiączka wystąpiła w wieku 13 lat. Miała dwójkę dzieci bez komplikacji. W wieku 22 lat przeszła elektrokoagulację z powodu nadżerki szyjki macicy i leczenie laserem z powodu leukoplakii szyjki macicy w wieku 45 lat. Od kwietnia 2011 roku miała objawy menopauzy, a badanie cytologiczne pochwy wykazało zanik błony śluzowej. Stosowała krem estrogenowy zgodnie z zaleceniem ginekologa, ale przestała to robić, ponieważ pojawił się obrzęk piersi.

Historia rodzinna

Ojciec pacjentki miał nadciśnienie i zmarł z powodu pęknięcia tętniaka aorty brzusznej w wieku 82 lat. Jej matka w wieku 65 lat przeszła udar mózgu, nadciśnienie tętnicze i otępienie naczyniowe. Zmarła w wieku 76 lat.

Diagnoza

U pacjenta zdiagnozowano SM z Arnoldem-Chiarim typ wady rozwojowej 1 (ICD10:G95.0).¹⁰

MRI: kręgosłup szyjny i górny odcinek piersiowy dn. 15 lutego 2006 r. (ryc. 1):

W rdzeniu kręgowym znajduje się jama hydromieliczna rozciągająca się od poziomu kręgu C3 do poziomu T1. Maksymalna średnica wnęki wynosi 5 mm. Rdzeń kręgowy poniżej tego poziomu ma normalną średnicę i strukturę. Wysokość trzonów kręgów jest prawidłowa, nie ma zmian ogniskowych. Występuje wyprostowanie lordozy szyjnej z powstaniem patologicznej kifozy. Zmniejsza się intensywność sygnału z krążków międzykręgowych odcinka szyjnego kręgosłupa (oznaka odwodnienia). Istnieje grzbietowy dysk centralny wypukłości o wielkości do 3 mm z łagodnym zwężeniem otworów międzykręgowych na poziomach C4–C5 i C5–C6. Występuje przepuklina dysku obwodowego (4 mm od strony grzbietowej) z objawami zwężenia otworów międzykręgowych po obu stronach (głównie po prawej stronie) na poziomie C6–C7.

Poniżej otworu wielkiego znajdują się migdałki mózdzku (zaleca się badanie MRI mózgu).

Hydromielia na poziomie C3–T1. Osteochondroza odcinka szyjnego i górnego odcinka piersiowego kręgosłupa. Przepuklina dysku na poziomie C6 – C7.

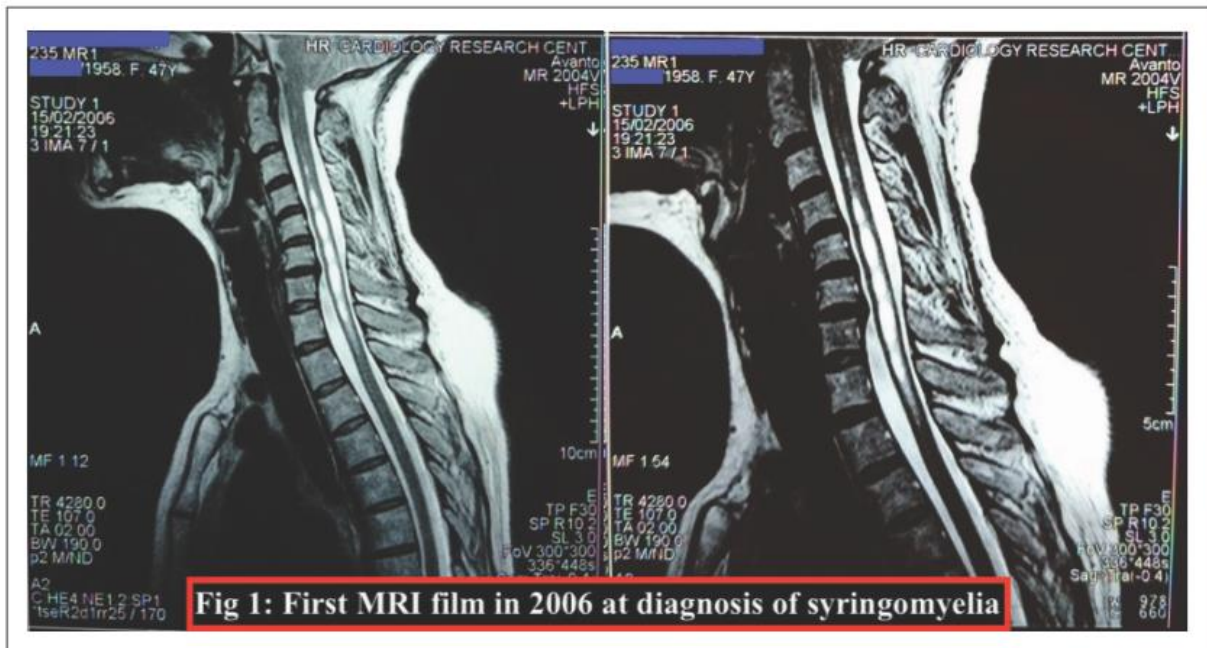


Fig 1: First MRI film in 2006 at diagnosis of syringomyelia

Ryc 1. Pierwsze MRI z 2006, diagnoza Syringomyelia.

MRI: Mózg i tętnice wewnątrzczaszkowe dn. 15 marca 2006

Struktury linii środkowej nie są przesunięte. Rozmiar komór jest normalny. Występuje łagodna asymetria komór bocznych (Sinister > Dexter). W mózgu nie występują zmiany ogniskowe. Przestrzenie podpajęczynówkowe nie są poszerzone. Rozmiar przysadki jest prawidłowy. Struktury pnia mieszczą się w normalnych granicach. Migdałki mózdzku rozciągają się 5 mm poniżej linii Chamberlaina. Zatoki przynosowe wypełnione są powietrzem. Angiografia MR tętnic wewnątrzczaszkowych nie wykazała cech okluzji ani tętniaka malformacji tętniczo-żylnych. W mózgu nie stwierdza się zmian ogniskowych. Powtórne badanie MRI w lipcu 2008 roku wykazało postęp choroby.

MRI: mózg i kręgosłup szyjny 22 lipca 2008

W rezonansie magnetycznym mózgu stwierdzono pojedynczą, małą (do 3 mm) hiperintensywną zmianę w istocie białej, lewego płata czołowego w pobliżu rogu przedniego komory bocznej. Druga mała zmiana znajduje się na granicy kory i istoty białej w lewej półkuli mózdzku. Nie zidentyfikowano żadnych innych zmian zajmujących przestrzeń ani miejsc patologicznego sygnału MR. Występuje poszerzenie okołonaczyniowych przestrzeni Virchowa- Robina. Struktury linii środkowej nie są przesunięte. Komory mają normalne położenie, kształt i rozmiar. Komory boczne są asymetryczne (Sinister > Dexter). Zbiorniki podpajęczynówkowe są prawidłowe. Zewnętrzna przestrzeń podpajęczynówkowa ma nierówną szerokość wzdłuż wypukłej powierzchni półkuli mózgowej; jest lekko rozszerzona w obszarze czołowo-ciemieniowym, w pozostałych obszarach normalna. Występuje ektopia migdałków mózdzku, nie dalej niż 6 mm od tylnych części otworu wielkiego. Zatoki przynosowe wypełnione są powietrzem.

Angiografia MR naczyń mózgowych nie wykazuje patologicznej krętości, deformacji ani poszerzeń tętnic, a światła naczyń są jednorodne.

Malformacja Arnoldda-Chiariego typu I.

Objawy encefalopatii naczyniowej

Rezonans magnetyczny kręgosłupa szyjnego pokazuje, że stwierdzona we wcześniejszych badaniach torbiel syringomieliczna rozciąga się obecnie od poziomu C3 do górnej części trzonu kręgu T3. Kształt i budowa torbieli (składającej się z kilku zlewających się cyst z przegrodami) są takie same jak w poprzednim badaniu przeprowadzonym 5 grudnia 2006 roku. Maksymalna średnica wynosi do 7 mm na poziomie kręgu C7. Zarys torbieli na granicy z prawidłową częścią rdzenia kręgowego jest „ostry” – odmiana jamy o niskim ciśnieniu. Naczyniak w tylnej części kręgu C7 ma taki sam rozmiar i kształt. Objawy osteochondrozy na poziomie kręgów C4–C7 z maksymalnymi zmianami patologicznymi (przepuklina krążka tylnego) na poziomie kręgów C6–C7.

SM na poziomie kręgów C3–T3. Osteochondroza kręgosłupa szyjnego. Naczyniak kręgu C7.

Diagnostyka różnicowa

SM można pomylić z zaburzeniami neuropatycznymi, takimi jak neuropatia cukrzycowa, i innymi, bardziej powszechnymi zaburzeniami neurologicznymi, takimi jak zespół Guillain-Barré, stwardnienie zanikowe boczne i stwardnienie rozsiane.¹¹ Rozpoznanie potwierdzono na podstawie rezonansu magnetycznego mózgu i rdzenia kręgowego.

Konsultacja homeopatyczna

Pacjentka zgłosiła się na konsultację homeopatyczną w dniu 24 czerwca 2012 r. Jej objawy neurologiczne nasiliły się do wymienionej wcześniej listy. Miała także objawy menopauzy i zapalenie skóry. Leki homeopatyczne uwzględniają całość objawów, a nie tylko objawy SM. Dotyczy to także psychicznego/emocjonalnego cierpienia pacjenta. Szczegółowa historia ujawniła, że w przeszłości doświadczyła powtarzających się wydarzeń powodujących smutek. Przeżywała ogromny strach, że jej rodzinie stanie się coś złego i umrą. Bała się telefonów w oczekiwaniu na złe wieści. Miała nagłe epizody strachu, myśląc, że coś zgubiła, na przykład kluczyki do samochodu. Sprawdzała kilkakrotnie czy zamknęła drzwi i zakręciła krany.

Ten specyficzny rodzaj lęku i utraty pamięci, wraz z historią żałoby związaną z problemami fizycznymi w układzie nerwowym, wskazywał na homeopatyczny lek *Causticum hahnemanni* (ryc. 2).¹²

Ordynacja

Causticum 30 CH, jedna dawka

Powodem przepisania *Causticum* jest to, że podstawową patologią u pacjenta wymagającego *Causticum* jest przedłużający się żal, osłabiająca układ odpornościowy. Pacjent w takim stanie wykazuje roztargnienie i nerwowość. *Causticum* ma również ten objaw skrajnej nietolerancji wobec niesprawiedliwości wynikającej ze współczucia. Ponadto pęknięcie skóry i zimno rąk są częścią jego obrazu. Charakterystyczną cechą *Causticum* jest objaw mimowolnego oddawania moczu podczas kaszlu.

Konsultacja kontrolna

Po zastosowaniu leku ból dłoni pacjentki z uczuciem mrowienia i pieczenia nasilił się na pewien czas (co w homeopatii nazywa się „pogorszeniem terapeutycznym”), ale dłonie stały się cieplejsze i czasami czuła w nich ciepło. Uderzenia gorąca nasilały się przez pewien czas. Jej poziom energii poprawił się. Poprawił się także jej nastrój i zmniejszył niepokój.

Przypadek ten toczył się długo, bo przez osiem lat, z ciągłymi wzlotami i upadkami. Od czasu do czasu, gdy objawy się pogarszały, otrzymywała *Causticum* w różnych potencjach, przez większość czasu z dobrymi efektami. Otrzymała także *Causticum* na ostre epizody, takie jak neuralgia nerwu trójdzielnego. Prócz tego podano niewiele innych remediów, podczas innych ostrych chorób zapalnych, takich jak przeziębienie, ostre zapalenie ucha środkowego, infekcja dróg oddechowych i infekcja jelitowa.

Fig 2: Repertorisation of the symptoms at presentation to homeopathy

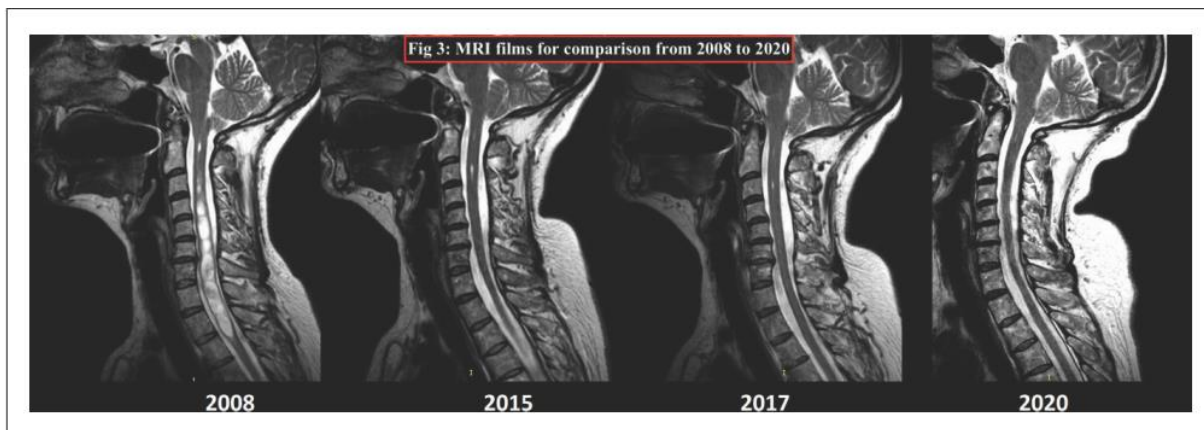
	nat-m.	calc.	arsph.	plub.	graph.	lyc.	sep.	ars.	plac.	mag-v.	bell.	rhux-t.	lach.	nit-ac.	arsph.	kali-c.	agn.	calc.	graph.	brs.	nat-c.	thy.	con.	merc.	bar-c.	ker.	hap.	plac.	eli.	med.	staph.	stic.	mag-p.	ager.	sp.				
1. PLANICA ANKUSA 1	20	19	19	18	18	18	18	17	16	16	16	15	14	14	14	14	14	14	13	13	13	13	13	12	12	12	12	12	12	12	12	12	11	11	11	11			
1. EXTREMITIES - PAIN - Hands - motion - agg.				1			1					2	2	3	2	2	3	1																					
2. EXTREMITIES - TINGLING - Hands		1	2				1	2	1	2	1	1	2	2	3	2	2	3	1																				
3. EXTREMITIES - PAIN - Hands - burning		1	2	3	2		1	2	2	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
4. EXTREMITIES - COLDNESS - Hands		3	2	3	3	2	3	3	2	2	2	2	3	2	2	3	2	1	3	2	1	3	2	3	2	3	2	3	1	1	1	1	2	1	2	2	2		
5. EXTREMITIES - AWKWARDNESS - Hands - drops things		2		2			1		1	1		2				3	1						2																
6. EXTREMITIES - CRACKED SKIN - Fingers		1	3	3		2	1	2	3	1		1	1	2		1	1	2				1			2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1		
7. FACE - TINGLING		1				1	1			1	1	1	1	2		1						1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
8. EXTREMITIES - PAIN - Feet - walking - agg.		1		1	1	1	1			1	1	1	1	1		1						1																	
9. ABDOMEN - DISTENSION		3	3	3	2	2	3	2	3	3	2	1	2	3	2	3	3	2	3	3	2	3	2	2	3	2	1	3	2	2	1	2	2	3	3	3	3		
10. ABDOMEN - PAIN - stitching pain		1	2	3	2	2	1	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
11. STOMACH - PAIN - eating - after - agg.		2	2	3	3	2	3	3	3	2	2	1	3	1	1	2	2	2	1	2	2	1	2	2	3	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	3	3		
12. FACE - ERUPTIONS - pustules		2	1	1	2	1	2	1	2	1	3	3	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
13. BLADDER - URINATION - involuntary - cough agg.; during		2	1	1	1	1	2	3	1	3	3	2	1	1	1	1	1	3			2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
14. FEMALE GENITALIA/SEX - DRYNESS - Vagina		1	1	1	1		3	3	2	2				2		1	2									2													
15. BACK - PAIN - Dorsal region - Scapulae - Below - right		1						1	1																														
16. BACK - PAIN - Lumbar region		2	3	3	3	2	1	3	1	3	3	1	3	2	2	1	2	2	2	3	3	2	1	2	1	3	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2		
17. BACK - PAIN - Sacral region		2	3	2	3	2	3	3	2	2	2	2	2	2	3	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1		
18. GENERALS - HEAT - flushes of		1	3	3	3	3	3	3	1	3	2	2	3	3	2	3	2	3	1	3	2	1	3	2	1	2	1	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1		
19. MIND - ANXIETY - family; about his			1			1	1	1	1	1	1	1					2																						
20. MIND - FEAR - happen, something will - family; to his					1		1																																
21. MIND - FEAR - ghosts, of		1	1	2	2	2	3	1	2	3		1	1			2	1		1					1															
22. MIND - FEAR - narrow place, in		1	2	1	2		2	1	1	1		1				3	1		1																				
23. MIND - CHECKING - twice or more; must check							1		1																														
24. MIND - SYMPATHETIC		2	1	1	1	2	1	1		3	2			1	2	1			1	1		2																	
25. MIND - INJUSTICE - CANNOT SUPPORT		2	1	1	2	3		1	1	1	1	1	1																										
26. MIND - WEEPING - easily		2	2		3	3						2	1																										

Ryc 2. repertoryzacja symptomów istotnych dla homeopatii.

Pacjentka przyjmowała Mercurius solubilis, Arsenicum alb, Graphite, Eupatorium perfoliatum i Gelsimium sempervirens. Zapalenie ucha nie reagowało na Graphite, więc stosowała antybiotykowe krople do uszu i sterydy. W ciągu tych ośmiu lat doświadczyła kilku urazów i złamań, pomimo braku wyraźnych zaburzeń równowagi, i w razie potrzeby podano jej Rhus toksykodendron, Ruta Graveolens i Arnica montana. Z powodu urazów otrzymywała także niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ). Kiedyś pojawił się silny ból w okolicy krzyżowej, który promieniował do biodra, uda i kolana. Następnie podano jej meloksykam (NLPZ) i zastrzyki z witamin B1, B6 i B12. Zabiegi te, przeplatane z głównymi dolegliwościami, złagodziły przypadkowe epizody. Jednakże podstawą jej leczenia był Causticum, który prawie zawsze łagodził jej podstawowe objawy. Jest to typowe dla przewlekłego przypadku leczonego klasyczną homeopatią, że może zaistnieć potrzeba zastosowania różnych remediów podczas ostrych chorób, ale potem przypadek wymaga następnie powtórzenia pierwotnego leku w przypadku stanu przewlekłego po takich epizodach, aby leczenie potoczyło się we właściwym kierunku. Z biegiem lat nawroty były coraz łagodniejsze, aż do znacznej poprawy podczas ostatniej wizyty kontrolnej 8 października 2020 r. Raport pacjenta z ostatniej wizyty kontrolnej jest bardziej szczegółowy.

Przestała upuszczać przedmioty, a ból rąk zmniejszył się. Pracowała swobodniej. Zniknęło mrowienie, pieczenie i chłód w dłoniach, a głębokie pęknięcia na palcach zniknęły. Trądzik był mniej nasilony. Lęk o rodzinę był mniej intensywny. Nie sprawdzała drzwi i kranów ponownie tak często. Parestezje w łydkach, których doświadczyła od w maju 2019 r., zmniejszyły się przez kilka dni po ostatnim lekarstwie, ale po tygodniu powróciło. Suchość oczu, która pojawiała się sporadycznie od marca 2014 r., utrzymywała się. Uderzenia gorąca nie ustały. Spała słabo, budziła się trzy do czterech razy w ciągu nocy, ale zasypiała łatwiej. Jej ostre stany zapalne z biegiem lat stały się łagodniejsze niż przed rozpoczęciem homeopatii. Poproszona o powtórzenie rezonansu magnetycznego mózgu do ostatecznej analizy, pacjentka odmówiła, ponieważ została poważnie dotknięta tą procedurą i jak sama mówi: „Jestem zdrowa, młoda i piękna i nigdy więcej nie będę musiała wykonywać rezonansu magnetycznego”.

Zmiany w rezonansie magnetycznym przedstawiono na rycinie 3 i tabeli 1. Jama syrinx powiększyła się w latach 2006–2008, a po rozpoczęciu leczenia homeopatycznego uległa stopniowej regresji, z całkowitym zatarciem jamy w najnowszym badaniu MRI z marca 2020 r.



ryc 3. MRI dla porównania, przeprowadzone na przestrzeni od 2008r do 2020r

Tabela 1. Zmiany w MRI od 2008 do 2020 roku

data	MRI mózgu	MRI kręgosłupa
23 kwietnia 2015	<p>Zlokalizowane małe pojedyncze obszary hiperintensywnego sygnału MR w podkorowych częściach istoty białej w okolicy czołowo-ciemieniowej i przykomorowej z obu stron. Maksymalna średnica zmiany wynosi 2,7 mm. W obszarze podkorowym prawej półkuli mózgu naprzeciw rozszerzonym przestrzeniom okołonaczyniowym, kilka zgrupowanych cyst różnej średnicy o zawartości jednorodnej, wielkość do 4 mm. Brak zmian około ogniskowych wokół tych zmian i nie wywierają one efektu masy na sąsiednie struktury mózgu. Nie ma ostatnich zmian niedokrwiennych na obrazach ważonych dyfuzją. Komory boczne są asymetryczne, lewa komora boczna jest nieco szersza. Zewnętrzna przestrzeń podpajęczynówkowa wzdłuż półkuli mózgu jest lekko rozszerzona w części czołowo-ciemieniowej i prawidłowa w pozostałych obszarach.</p> <p>Występuje ektopia migdałków mózdzku do tylnej części otworu wielkiego nie większa niż 5 mm.</p> <p>Przegroda nosowa jest skrzywiona.</p> <p>Obserwuje się umiarkowany wzrost liczby zmiany chorobowyc w porównaniu do badania z 22 lipca, 2008.</p> <p>Wniosek: Obraz MRI malformacji Arnolda-Chiariego typu I. Objawy encefalopatii naczyniowej.</p>	<p>Wyraźna poprawa w porównaniu z badaniem z lipca</p> <p>22.08.2008 – brak cyst jamistości rdzenia. Miejscowe poszerzenie kanału centralnego na poziomie C2 i C3 kręgi (do 1,6 mm w wymiarze przednio-tylnym, 6,7 mm i 14 mm długości).</p> <p>Wysokość trzonu kręgowego jest prawidłowa. Sygnał MR z jego struktury jest zmieniony ze względu na zmiany zwyrodnieniowo-dystroficzne z tylnymi osteofitami brzeżnymi.</p> <p>W tylnej części C7 występuje hiperintensywny sygnał MR kręgu — naczyniak tej samej wielkości i kształtu. Zmiany o tej samej charakterystyce sygnału w trzonie kręgu C6 (o wymiarach 5x3 mm) i w trzonie kręgu C4 (rozmiar 9x5 mm).</p> <p>Sygnał MR ze wszystkich krążków jest zmniejszony na obrazach T2-zależnych.</p> <p>Na poziomie C4–C7 następuje redukcja wysokości krążka kręgu.</p> <p>Występuje zwężenie prawego boczego zachylenia z uciskiem na korzeń z powodu wysunięcia krążka do 3 mm i tylnym osteofitem brzeżnym na poziomie kręgu C6– C7.</p> <p>Na poziomie C6–C7 występuje stwardnienie więzadła żółtego.</p> <p>Występuje skoliozyczne odchylenie w osi podłużnej, lordoza szyjna jest wyprostowana. Krzywa kifozy piersiowej zwiększona.</p> <p>Występuje łagodna klinowata deformacja kręgu T7.</p> <p>Sygnał MR z ich struktury ulega zmianie z powodu odwodnienie.</p> <p>Wniosek: Zaburzenie statyki odcinka szyjnego i piersiowego kręgosłupa. Osteochondroza i spondyloza kręgosłupa z</p>

		<p>największymi zmianami na poziomie odcinka kręgowego C6–C7 (z wysunięcie prawego krążka przyśrodkowego i ucisk korzenia). Hydromyelia na poziomie kręgow C2 i C3. Istnieje wyraźna poprawa w porównaniu z badaniem 22 lipca 2008 r. — wcześniej uwidocznione torbiele jamistości rdzenia na poziomie kręgow C3 – T3 są nieobecne</p>
October 31, 2017	<p>ilość i wielkość zmian w obszarze podkorowym i okołokomorowym istoty białej przednich obszarów ciemieniowych są takie same jak w badaniu 23 kwietnia 2015 r. Pozostaje poszerzenie okołonaczyniowych przestrzeni Virchowa- Robina z uwidocznieniem poszerzenia torbielowatego do 4 mm po prawej stronie. Komory boczne pozostają asymetryczne, lewa komora boczna jest nieco szersza. Zewnętrzna przestrzeń podpajęczynówkowa wzdłuż wypukłości powierzchni półkul mózgowych jest nierównej szerokość – w części czołowo-ciemieniowej jest lekko poszerzona, w innych obszarach prawidłowa. Występuje ektopia migdałków mózdzku do tylnej części otworu wielkiego, nie większa niż 5 mm, jak poprzednio.</p> <p>Wniosek: Obraz MRI malformacji Arnolda-Chiariego typu I. Objawy mikroangiopatii bez negatywnych zmian w porównaniu do badania z dnia 23 kwietnia 2015 r.</p>	<p>Utrzymujące się poszerzenie kanału centralnego na poziomie C2 i C3. Długość rozszerzonej części jest taka sama na poziomie kręgu C2 (6,7 mm) i jest mniejsza na poziomie kręgu C3 przy 6,2 mm (w porównaniu do 14 mm w poprzednim badaniu). Naczyniak w prawej części kręgu C4 ma wymiary 8x5 mm oraz naczyniak w tylnej prawej części kręgu C7 ma wymiary 10x7 mm i nie jest powiększony w porównaniu do poprzedniego badania i jest tam mała zmiana na poziomie kręgu C6. Objawy osteochondrozy na poziomie kręgow C4 – C7 największe zmiany występują na poziomie kręgow C6–C7. Nierówne uwypuklenie krążka w tylnym półkolu z maksymalnym uwypukleniem prawej przyśrodkowej do 3 mm i zwężeniem prawego otworu międzykręgowego. Wyraźna kifoza piersiowa. Występuje łagodne odchylenie skoliozy w osi podłużnej. Wysokość trzonu kręgu jest prawidłowa. Sygnał MR z trzonów kręgowych jest zmieniona z powodu zmian zwyrodnieniowych. Sygnał MR z dysków jest zmniejszony z powodu odwodnienia. Nie stwierdza się wysunięcia dysków grzbietowych. W badaniu mielograficznym stwierdzono poszerzone woreczki korzeniowych na poziomie kręgow T6–T12.</p> <p>Wniosek: Osteochondroza kręgosłupa szyjnego i piersiowego z największymi zmianami na poziomie odcinka kręgowego C6–C7 (wysunięcie krążka przyśrodkowego tylnego prawego). Hydromielia na poziomie kręgow C2 i C3. Naczyniaki w C4, C6, i trzon kręgow C7. Zaburzenie statyki kręgosłupa. Nie ma żadnych negatywnych zmian w porównaniu do badania w dniu 23 kwietnia 2015 roku.</p>
March 25, 2020	Nie przeprowadzono	<p>Na poziomie kręgu C2, widoczny kanał centralny kręgosłupa do 1 mm szerokości i na długości 6 mm. Kanał centralny we wszystkich pozostałych odcinkach szyjki macicy i klatki piersiowej okolica nie jest rozszerzony. W rdzeniu</p>

		<p>kręgowym nie ma cyst. Wysokość trzonu kręgowego jest prawidłowa. Kontury trzonów kręgowych ulegają deformacji pod wpływem osteofitów (najbardziej widoczne są osteofity brzeżne, przednie w środkowym odcinku piersiowym kręgosłupa). Intensywność sygnału z trzonów kręgowych jest niejednorodna ze względu na zmiany zwyrodnieniowe w szpiku. W trzonach kręgow C4, C7 i T6 występują obszary gromadzenia się tkanki tłuszczowej (hipointensywne w trybie STIR) W wyniku odwodnienia dochodzi do osłabienia sygnału z krążków międzykręgowych odcinka szyjnego i piersiowego kręgosłupa. Występy krążków grzbietowych na szerokiej podstawie, na poziomach C6–C7 (3,5 mm), C4–C5, C5–C6 (do 3 mm) powodują umiarkowane zwężenie otworów międzykręgowych. Występuje umiarkowany przerost więzadła żółtego na poziomie C6–C7, prowadzący do deformacji worka opony twardej w części grzbietowej.</p> <p>Wniosek: Nie ma zmian ogniskowych, cyst ani znaczących poszerzeń kanału centralnego rdzenia kręgowego. Osteochondroza lub spondyloartroza kręgosłupa szyjnego i piersiowego.</p>
--	--	---

Uwaga: pogrubiony tekst oznacza znaczącą zmianę.

Dyskusja

W tym przypadku SM z CM typu 1, klasyczna, zindywidualizowana homeopatia była korzystna – co stwierdzono w badaniu MRI – i widoczne było całkowite ustąpienie jamy rdzenia. Objawy kliniczne SM uległy poprawie wraz z paraliżującym łękiem, którego doświadczała pacjentka. Zaobserwowano także znaczną poprawę w zakresie pamięci, stanu skóry i trądziku. Częste infekcje przebiegające z wysoką gorączką również uległy złagodzeniu po leczeniu. Wynik związku przyczynowego w zmodyfikowanych kryteriach Naranjo służących do oceny przyczynowego przypisania wyniku klinicznego interwencji homeopatycznej wyniósł 12 (Tabela 2).

Teoria poziomów zdrowia¹³ wyjaśnia, że pacjent urodzony z wyższym „poziomem zdrowia” ma na ogół dobre rokowania pomimo fatalnej diagnozy. Teoria ta dostarcza wymiernych metod kategoryzacji poziomu zdrowia pacjenta. Pomimo przewlekłej choroby neurologicznej, u naszej pacjentki w ostrych epizodach występowała wysoka gorączka, co wskazywało na lepszy stan zdrowia i dobre rokowanie. W związku z tym w obserwacjach doceniono głębokie pozytywne zmiany i zgodnie z prawami homeopatycznymi pacjentka podążała we właściwym kierunku (ryc. 4). Przeszła od głębszej patologii obejmującej rdzeń kręgowy (układ nerwowy) do patologii głównie kręgow (układ mięśniowo-szkieletowy), a mianowicie od SM do spondyloartrozy. Choć może to nadal niepokoić pacjenta i wymagać leczenia, ograniczenie jest znacznie bardziej powierzchowne. Efekt ten wykazano w innych przypadkach poważnych patologii, z towarzyszącą zdolnością do wywoływania wysokiej gorączki podczas ostrych infekcji.¹⁴ Jednak nie we wszystkich przypadkach można spodziewać się takiej reakcji.

Lek homeopatyczny *Causticum hahnemanni* jest wskazany w głębokich stanach neurologicznych, stanach lękowych, depresji i problemach z pamięcią.¹² Klasyczna homeopatia

wykazywała wcześniej skutki kliniczne w głębokich patologiach,¹⁴ ale w opublikowanej literaturze działanie Causticum jest ograniczone. Ograniczeniem była niemożność wykazania jakiegokolwiek farmakologicznego działania leku, ponieważ homeopatia nie działa na materię, lecz na pola energetyczne organizmu¹⁵, co nie zostało jeszcze udowodnione eksperymentalnie. Istnieje również odległa możliwość automatycznego rozwiązania choroby, co obserwuje się w rzadkich przypadkach SM z CM,⁹ co było mało prawdopodobne, ponieważ w czasie konsultacji homeopatycznej nasz przypadek znajdował się na postępującej ścieżce patologicznej.

Tabela 2. Zmodyfikowane kryteria Naranjo do oceny przyczynowego przypisania wyniku klinicznego interwencji homeopatycznej

Kryteria	T	N	N W M	przypadek
1. Czy nastąpiła poprawa w zakresie głównego objawu lub stanu, na który przepisano remedium homeopatyczne?	2	-1	0	2
2. Czy poprawa kliniczna nastąpiła w wiarygodnym przedziale czasowym w stosunku do przyjmowania remedium?	1	-2	0	1
3. Czy nastąpiło początkowe pogorszenie objawów?	1	0	0	1
4. Czy efekt obejmował więcej niż główny objaw lub stan, to znaczy, czy inne objawy ostatecznie uległy poprawie lub zmianie?	1	0	0	1
5. Czy ogólne samopoczucie uległo poprawie?	1	0	0	1
6. (A) Kierunek wyleczenia: czy niektóre objawy ustąpiły w odwrotnej kolejności do rozwoju objawów choroby?	1	0	0	0
6. B) Kierunek wyleczenia: Czy co najmniej dwa z poniższych aspektów dotyczyły kolejności ustępowania objawów: od narządów o większym znaczeniu do narządów o mniejszym znaczeniu, od głębszych do bardziej powierzchownych aspektów jednostki i od góry do dołu	1	0	0	1
7. Czy „stare objawy” (definiowane jako objawy niesezonowe i niecykliczne, o których wcześniej sądzono, że ustąpiły) pojawiły się tymczasowo ponownie w trakcie poprawy?	1	0	0	1
8. Czy istnieją alternatywne przyczyny (inne niż lek), które z dużym prawdopodobieństwem mogły spowodować poprawę? (należy wziąć pod uwagę znany przebieg choroby, inne formy leczenia i inne klinicznie istotne interwencje)	-3	1	0	1
9. Czy poprawę stanu zdrowia potwierdzono jakimikolwiek obiektywnymi dowodami? (w tym przypadku MRI)	2	0	0	2
10. Czy wielokrotne dawkowanie, jeśli zostało przeprowadzone, spowodowało podobną poprawę kliniczną?	1	0	0	1
Total				12

Uwaga: w tym przypadku wynik związku przyczynowego jest wysoki dla leczenia, co sugeruje, że skutki rzeczywiście można było przypisać leczeniu homeopatycznemu.

Syringomyelia: wodniak na poziomie C3-T1;
średnica jamy 5mm;
spondyloartroza/osteochondroza: odcinka szyjnego i górnego odcinka piersiowego kręgosłupa, przepuklina dysku: na poziomie C6-C7



2008 postęp choroby

syringomyelia: malformacja Arnoldda-Chiariego typu I. Maksymalna średnica wynosi do 7 mm na poziomie kręgu C7: jamistość rdzenia na poziomie kręgow C3-T3. Encefalopatia naczyniowa: pojedyncza, mała (do 3 mm) hiperintensywna zmiana w istocie białej lewego płata czołowego w pobliżu rogu przedniego komory bocznej. Druga mała zmiana znajduje się na granicy kory i istoty białej w lewej półkuli mózdzku
Spondyloartroza/osteochondroza odcinka szyjnego kręgosłupa
Naczyniak kręgu C7



eskalacja stanu neurologicznego

Widzimy, że w obrazie MRI pacjenta następuje stałe przejście od patologii przeważająco neurologicznej do patologii głównie mięśniowo-szkieletowej. Jest to zgodne z kierunkiem zdrowienia, według zasad homeopatycznych.

2015: poprawa stanu neurologicznego, ale utrzymujące się problemy układu mięśniowo-szkieletowego
Syringomyelia: Wyraźna poprawa w porównaniu z badaniem przeprowadzonym 22 lipca 2008 r. – brak cyst jamistości rdzenia. Miejscowe poszerzenie kanału centralnego na poziomie kręgów C2 i C3 (do 1,6 mm w wymiarze przednio-tylnym, odpowiednio 6,7 mm i 14 mm długości)
Spondyloartroza/osteochondroza kręgosłupa z największymi zmianami na poziomie odcinka kręgowego C6-C7 (z wysunięciem krążka przyśrodkowego prawego i uciskiem korzenia)
Naczyniak kręgu C7 utrzymuje się

2020: 2020: Ustąpienie chorób neurologicznych z dalszym nasileniem problemów układu mięśniowo-szkieletowego

Syringomyelia: na poziomie kręgu C2 uwidoczniony jest kanał centralny rdzenia kręgowego o szerokości do 1 mm na długości 6 mm. W rdzeniu kręgowym nie ma cyst.

Spondyloartroza/osteochondroza wypustki krążka grzbietowego na szerokiej podstawie na poziomach C6-7 (3,5 mm), C4-5, C5-6 (do 3 mm), powodujące umiarkowane zwężenie otworów międzykręgowych

Naczyniak: nie wspomniano

2017: dalsza poprawa w zakresie dolegliwości neurologicznych z lekkim pogorszeniem problemów układu mięśniowo-szkieletowego

Syringomyelia: poszerzenie kanału centralnego na poziomie kręgów C2 i C3. Długość części rozszerzonej jest taka sama na poziomie kręgu C2 (6,7mm) i jest mniejsza na poziomie kręgu C3 – 6,2mm (w porównaniu do 14mm w poprzednim badaniu)

Spondyloartroza/osteochondroza odcinka szyjnego i piersiowego kręgosłupa z największymi zmianami na poziomie odcinka kręgowego C6-C7 (wysunięcie krążka przyśrodkowego tylnego prawego)

Naczyniak: w trzonach kręgów C4, C6 i C7

Ryc 4. Kierunek zdrowienia według dokumentacji MRI

Wniosek

W tym przypadku SM z malformacją Arnoldda-Chiariego typu I skorzystano na zastosowaniu zindywidualizowanej homeopatii klasycznej, co widać w raportach MRI i doceniono pod względem objawów klinicznych. Istnieje potrzeba naukowego zbadania zindywidualizowanego podejścia do przypadków SM.

Podziękowanie

Autorzy dziękują Aishwaryi Madhusudhan za wsparcie techniczne.

Wkład autorów

ER był głównym lekarzem, który leczył pacjenta oraz który uzyskał i przeanalizował dane do studium przypadku. SM przeanalizował dane, napisał manuskrypt i uzyskał referencje. GV był przewodnikiem, ostatecznym zatwierdzającym i gwarantem pracy. Wszyscy autorzy przeczytali i zatwierdzili ostateczną wersję manuskryptu.

Oświadczenie o etyce

Od pacjenta uzyskano pisemną, świadomą zgodę na publikację niniejszego opisu przypadku i wszelkich towarzyszących mu zdjęć.

Oświadczenie o konflikcie interesów

Autorzy nie zgłosili żadnych potencjalnych konfliktów interesów w związku z badaniami, autorstwem i/lub publikacją tego artykułu.

Identyfikator ORCID

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

Bibliografia

1. Klimov VS, Gulay YS, Evsyukov AV, et al. Syringosubarachnoid shunting in treatment of syringomyelia: A literature review and a clinical case report. *Zh Vopr Neurokhir Im N N Burdenko* 2017; 81(3): 58–65.
2. Zuev AA, Pedyash NV, Epifanov DS, et al. Results of surgical treatment of syringomyelia associated with Chiari 1 malformation. An analysis of 125 cases. *Zh Vopr Neurokhir Im N N Burdenko* 2016; 80(1): 27–34.
3. Borisova N, Valikova I, and Kutchaeva G. *Syringomyelia*. Moscow: Meditsina 1989: 5–150.
4. Bogdanov E and Mendeleovich E. Syrinx size and duration of symptoms predict the pace of progressive myelopathy: Retrospective analysis of 103 unoperated cases with craniocervical junction malformations and syringomyelia. *Clin Neurol Neurosurg* 2002; 104(2): 90–97.
5. Ślusarz K, Wierzbicki K, and Adamczyk-Sowa M. Shoulder pain as one of the symptoms of syringomyelia. *J. Educ. Health* 2019; 9(9) 748–761.
6. Milhorat TH. Classification of syringomyelia. *Neurosurg Focus* 2000 March; 8(3): 1.
7. Klekamp J. How should syringomyelia be defined and diagnosed? *World Neurosurg* 2018 March; 111: e729–e45.
8. Mueller DM and Oro' JJ. Prospective analysis of presenting symptoms among 265 patients with radiographic evidence of chiari malformation type I with or without syringomyelia. *J Am Acad Nurse Pract* 2004; 16(3): 134–138.
9. Yuan C, Yao Q, Zhang C, et al. Spontaneous resolution of syringomyelia with a 16-year serial magnetic resonance imaging follow-Up: A case report and literature review. *World Neurosurg* 2019 October; 130: 432–438.
10. World Health Organization. ICD-10: International statistical classification of diseases and related health problems: Tenth revision, 2nd ed. Geneva. World Health Organization, 2004.
11. Al-Shatoury HAH, Galhom AA, and Luzzio C. Syringomyelia differential diagnoses. In: Selim R. Benbadis and Francisco Talavera (eds.), *Syringomyelia*. New York: WebMD LLC, 2017.
12. Vithoukias G. *Materia medica viva*. Alonissos, Greece: International Academy of Classical Homeopathy, 2001.
13. Vithoukias G. *Levels of health* (3rd revised edition). Alonissos, Greece: International Academy of Classical Homeopathy, 2019.
14. Mahesh S, Mallappa M, and Vithoukias G. Embryonal carcinoma with immature teratoma: A homeopathic case report. *Complement Med Res* 2018; 25(2): 117–121.
15. Vithoukias G and Berghian-Grosan C. The spin of electrons and the proof for the action of homeopathic remedies. *J Med Life* 2020 July–September; 13(3): 278–282