

Zindywidualizowane leczenie obrzęku szpiku kostnego kolana z pomocą homeopatii klasycznej. Raport dwóch przypadków.

Clinical Medicine Insights: Case Reports
Volume 13: 1–5
© The Author(s) 2020
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/1179547620904896



Dionysis Tsintzas¹, Seema Mahesh² and George Vithoulkas^{3,4}

¹Amfilochia Rehabilitation Center, General Hospital of Aitolokarnania, Agrinion, Grecja. ²Centrum Homeopatii Klasycznej, Bangalore, Indie ³Uniwersytet Egejski, Lesbos, Grecja. ⁴International Academy of Classical Homeopathy Alonissos, pIn Sporady, Grecja.

ABSTRAKT

TŁO: Uszkodzenia szpiku kostnego w obrębie stawu kolanowego to częste znaleziska w obrazie rezonansu magnetycznego. Stanowią centralny składnik wielu różnych stanów zapalnych i niezapalnych dotyczących staw kolanowy. Uszkodzenia te są nie tylko znaczącym źródłem bólu, ale są również powiązane z wieloma patologiami układu mięśniowo-szkieletowego.

Opis przypadku: Opisujemy 2 przypadki obrzęku szpiku kostnego stawu kolanowego leczonego za pomocą homeopatii klasycznej. W obu przypadkach wybranym lekiem homeopatycznym była *Arnica montana*.

Wnioski: Wyniki leczenia są obiecujące i zachęcają do dalszych badań w tym obszarze.

Słowa kluczowe: *Arnika*, szpik kostny, homeopatia, kolano, obrzęk

OTRZYMANO: 4 grudnia 2019 r. PRZYJĘTO: 6 grudnia 2019r.

Typ: Opis przypadku

Finansowanie: Autor(zy) nie otrzymał żadnego wsparcia finansowego na badania, autorstwo i/lub publikację tego artykułu.

Deklaracja konfliktu interesów: Autor(zy) nie zadeklarował żadnego potencjalnego konfliktu interesów, w odniesieniu do badań, autorstwa i/lub publikacji tego artykułu.

AUTOR KORESPONDENCYJNY: Dionysis Tsintzas, Paliauli Amfilochias, 30500 Amfilochia, Grecja. E-mail: dentsin@hotmail.com

Wprowadzenie

Wilson i wsp.¹ wprowadzili termin „obrzęk szpiku kostnego” (BME), aby opisać zdefiniowane chorobowe hiperintensywności szpiku kostnego na obrazach rezonansu magnetycznego ważonego T2 (czas relaksacji poprzecznej) u pacjentów cierpiących na ból kolan i bioder. Określenia tego użyto ze względu na „brak lepszego określenia i celem podkreślenia ogólnego charakteru schorzenia”.

Przyczyna pierwotnego obrzęku kości nadal nie jest jasna. Prawdopodobnie lokalny epizod niedokrwienności o różnej etiologii inicjuje łańcuch zdarzeń skutkujący tą specyficzną patologią kości.²

Hipotetyczna ścieżka etiologiczna stanu może obejmować (1) uszkodzenie kości (naczyniowe, urazowe, zapalne, metaboliczne), (2) ubytek kości (zwiększony obrót, podwyższone ciśnienie śródkostne, mikroślamanie naprężeniowe), (3) BME (zwiększone zespół ciśnienia śródkostnego) oraz (4) mechanizmy naprawcze (wystarczające: powolna rezolucja– niewystarczające: martwica kości).^{3,4}

Dominującym objawem tej patologii jest ból. Ból jest spowodowany zwiększonym ciśnieniem śródkostnym (normalne ciśnienie wynosi 20-30 mmHg), ze względu na nieprawidłową, wysoką zawartość płynu w przestrzeniach szpikowych.⁵ Charakterystyczny jest ból podczas obciążenia mechanicznego, któremu towarzyszą mniej lub bardziej nasilone dolegliwości występujące w nocy. Typowy jest również ból w zaatakowanym obszarze przy dotyku. Rezonans magnetyczny (MRI) to złoty standard w diagnostyce BME. Charakterystycznym znaleziskiem jest zmieniony sygnał szpiku kostnego, z wysokim sygnałem na T2 i STIR (odzyskiwanie krótkiej inwersji T1), z lub bez niskiej wartości sygnału T1 (czas relaksacji podłużnej). Te wyniki rezonansu magnetycznego mogą wskazywać na histologicznie prawdziwy obrzęk, ale mogą również odpowiadać martwicy kości beleczkowej, tworzeniu cyst, zwłóknieniu i fragmentacji chrząstki.⁶

W diagnostyce różnicowej uwzględnia się kilka patologii: kontuzje, złamania, torbiele kości, nacieki szpiku, rozwojowe zmiany chrzęstne, podchrzęstne złamania niewydolnościowe i oczywiście prawdziwa martwica kości.⁶ Leczenie BME zostanie ustalone na podstawie przyczyny i wielkości obszaru martwicy kości. Obszary osteonekrotyczne przekraczające 40–50% kłykcia (kości udowej lub piszczelowej) lub zmiany o powierzchni większej niż 5 cm² zwykle prowadzą do zapadnięcia się i wymagają endoprotezoplastyki stawu kolanowego.⁷ Z drugiej strony zmiany średniej wielkości (3,5–5 cm²) mogą ustąpić lub nie, natomiast mniejsze zmiany (<3,5 cm²) najprawdopodobniej ustąpią po leczeniu zachowawczym.⁸

Leczenie zachowawcze polega na podaniu leków przeciwbólowych, niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ), chronionym obciążaniu ciała przez okres od 3 do 8 miesięcy oraz fizjoterapii, w zależności od objawów i wyników badań radiologicznych. Wydaje się, że terapia pulsacyjnymi polami elektromagnetycznymi daje obiecujące wyniki w zakresie zmniejszenia bólu i obszaru martwiczego po 6 miesiącach.⁹ Prostacyklina i bisfosfoniany to dwa leki stosowane w leczeniu BME. Mają różną ścieżkę działania i dlatego mogą dawać równoległe korzystne skutki.⁹ Leczenie chirurgiczne, zarezerwowane dla późnych stadiów, obejmuje proste nawiercanie, stabilizację fragmentu, łyżeczkowanie połączone z nawiercaniem, a na koniec przeszczep chrzęstno-kostny lub przeszczep chondrocytów.⁵



Ryc 1. skan MRI pierwszego pacjenta na pierwszej konsultacji

Homeopatia, „medycyna energetyczna”, jest gałęzią medycyny nauka oparta na zasadzie, że chorobę można wyleczyć poprzez wzmocnienie mechanizmów obronnych organizmu, substancjami wyselekcjonowanymi ze względu na właściwości energetyczne. Wynaleziona w XIX wieku, autorstwa dr Samuela Hahnemanna Homeopatia wywodzi się od greckich słów „homeo” i „pathos”, oznaczających „podobne cierpienie”.¹⁰ Z naszej wiedzy wynika, że jest to pierwszy opublikowany raport z serii, opisujący leczenie BME stawu kolanowego za pomocą homeopatii klasycznej.

Przypadek nr 1

Pacjentem był 55-letni mężczyzna, który zgłosił się do kliniki, uskarżający się na trwający od 3 miesięcy ból i obrzęk prawego kolana. Pacjent bardzo aktywny, pracujący jako nauczyciel tradycyjnych tańców greckich i pamiętał, że jakiś czas temu doznał urazu prawego kolana. Staw kolanowy był opuchnięty, bolesny w pełnym zgięciu, a zwłaszcza przy naciśnięciu kłykcia przyśrodkowego kości udowej. Chodził lekko utykając i ledwo był w stanie biegać lub tańczyć.

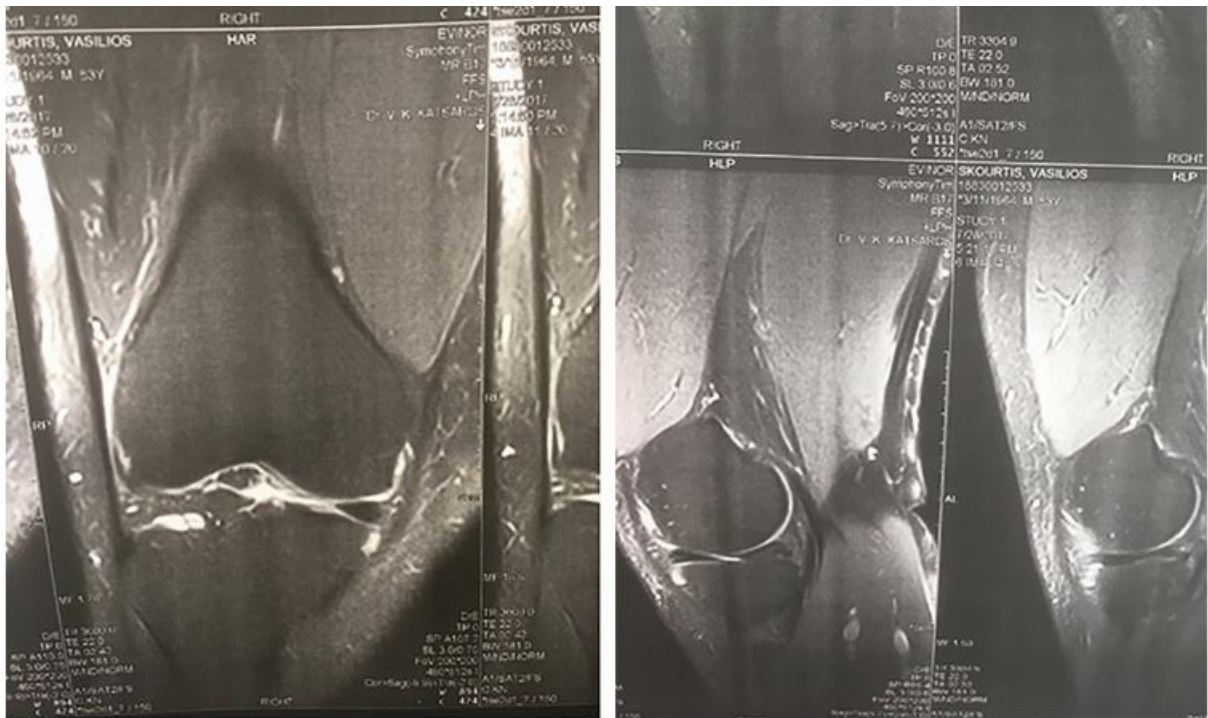
Badanie MRI wykazało pęknięcie rogu tylnego łąkotki przyśrodkowej stopnia 2–3 wraz z rozległym BME przedniej części kłykcia przyśrodkowego kości udowej, zajmujący 40% kłykcia kości udowej (ryc. 1). Choremu zaproponowano wykonanie artroskopii, głównie w celu zajęcia kontuzją łąkotki, ale nie chciał się zgodzić. Leczenie zachowawcze zaproponowane pacjentowi obejmowało unikanie obciążania przez co najmniej 8 tygodni wraz z fizjoterapią i NLPZ. Pacjent cierpiał na przewlekłe nadciśnienie, dlatego wykluczono leki przeciwwzapalne i nie chciał rezygnować z nauczania tańca, nawet na kilka tygodni.

Reżim terapii na jaki zgodziliśmy się była fizjoterapia i klasyczna homeopatia. Pacjent miał 2 sesje fizjoterapii w tygodniu, mające na celu zachowanie zakresu ruchu stawu kolanowego wraz z integralnością mięśnia czworogłowego uda.

Repertoryzacja przypadku została wykonana przy użyciu oprogramowania Vithoukcas Compass 2.3. Wybrany remedium była *Arnica Montana*. Pacjent był w miarę zdrowy, zaliczał się według Vithoukasa do grupy B pod względem poziomu zdrowia¹¹, więc przepisano mu potencję 200CH, początkowo podano 1 kapsułkę, a kolejne dawki w zależności od objawów prezentowanych podczas kontroli (potrzebował kolejnych 4 dawek remedium). W ciągu następnych 2 miesięcy następowała powolna, ale stała poprawa symptomatologii pacjenta, chociaż kolano praktycznie nie odpoczywało. Po 3 miesiącach nie odczuwał już bólu i bez żadnych ograniczeń wrócił do swoich poprzednich zajęć. Pięć miesięcy po pierwszym badaniu MRI pacjent przeszedł drugie badanie. Nowe badanie wykazało, że BME kłykcia przyśrodkowego kości udowej uległo całkowitej redukcji, podczas gdy uszkodzenie łąkotki było nadal obecne i niezmienione (ryc. 2). Byliśmy bardzo zadowoleni z wynikiem, dlatego wypisaliśmy pacjenta spod naszej opieki.

Przypadek nr 2

Drugą pacjentką była 56-letnia kobieta, właścicielka supermarketu, która cierpiała na silny ból lewego kolana od co najmniej 3 miesięcy. Nie było w historii urazu, a objawy nasilały się stopniowo. Po zgłoszeniu się do kliniki pacjentka chodziła ciężko utykając. Wyraźny był obrzęk lewego stawu kolanowego i zgięcie stawu ograniczone do 60°. Stwierdzono silny ból przy opukiwaniu kłykcia bocznego kości udowej oraz silne bóle w nocny. W badaniu MRI kolana stwierdzono rozległy BME kłykcia bocznego kości udowej, zajmujący prawie cały kłykciec, z obszarem martwicy kości po stronie bocznej. Na kłykciu bocznym kości piszczelowej badanie MRI również wykazało początkowe objawy BME (ryc. 3).



Ryc 2. pięć miesięcy po rozpoczęciu leczenia



Ryc 3. skan MRI drugiego pacjenta podczas pierwszej konsultacji.

Na podstawie powyższych ustaleń klinicznych i radiologicznych za właściwe uznano leczenie chirurgiczne^{5,7} i takie rozwiązanie zaproponowano pacjentce. Pacjentka odmówiła kontynuowania leczenia, więc musieliśmy zaproponować jej leczenie zachowawcze, polegające na nie obciążaniu stawu, i fizjoterapii. Ze względu na historię wrzodu żołądka z krwotokiem nie kwalifikowała się do leczenia NLPZ ani bisfosfonianami. Mając na uwadze pomyślnie wyleczenie pierwszego pacjenta, zaproponowaliśmy jej homeopatię klasyczną, którą zechciała przyjąć. Arnica montana była wybranym remedium po repertoryzacji. Następnie otrzymała potencję 200CH, a następnie dawki dzienne 30CH. Pacjentka nie zastosowała się do zaproponowanego jej sposobu nie obciążania się, twierdząc, że nie może powstrzymać się od pracy w supermarkecie, lecz zamiast tego zastosowała lekką ortezę stawu kolanowego, i w pełni obciążała kolano. Przez kolejne 3 miesiące stosowała fizjoterapię połączoną z homeopatią okazjonalnie stosując proste leki przeciwbólowe (paracetamol). Jej stan kliniczny powoli się poprawiał. Trzy miesiące po wstępnym badaniu MRI przeprowadziliśmy badanie kontrolne (ryc. 4). BME kłykcia kości udowej uległo pogorszeniu, obejmując cały kłykieć boczny kości udowej i boczną część kłykcia przyśrodkowego kości udowej. Obszar martwicy kłykcia bocznego kości udowej powiększył się. Z drugiej strony całkowicie zanikło BME kłykcia bocznego kości piszczelowej. Ogólny obraz kliniczny pacjenta pod kątem dolegliwości bólowych i ruchowych znacznie się poprawił. Na podstawie tych ustaleń zdecydowanie zaleciliśmy leczenie operacyjne. Chorego wykonano artroskopię z nawierceniem obu kłykci kości udowej i piszczelowej. Śródoperacyjnie, podczas zabiegu nawiercania kłykieć kości udowej zdawał się być miękki, a w przeciwieństwie do niego, kłykieć kości piszczelowej zdawał się być zdecydowanie twardy. Leczenie pooperacyjne obejmowało nienoszenie ciężarów przez 1 miesiąc, a następnie częściowe obciążanie przez okres 1

miesiąca. Nowe badanie MRI zaplanowano na 6 miesięcy po zabiegu.

Dyskusja

Po wprowadzeniu MRI do praktyki klinicznej zmiany w szpiku kostnym stały się głównym składnikiem wielu różnych chorób zapalnych i niezapalnych dotyczących m.in. układu mięśniowo-szkieletowego. Eriksen¹² zaproponował kompleksowy system przyczyn tych zmian: (1) uraz: złamanie, miejscowa przejściowa osteoporoza, urazy chrzęstno-kostne; (2) zmiany zwyrodnieniowe: choroba zwyrodnieniowa stawów; (3) zmiany zapalne: zapalne artropatie i zapalenie przyczepów ścięgnistych; (4) niedokrwienne zmiany chorobowe: martwica jałowa, zespół przewlekłego bólu lokalnego, anemia sierpowata; (5) zmiany zakaźne: zapalenie kości i szpiku; (6) zmiany metaboliczne/endokrynologiczne: choroba odkładania się hydroksyapatytu, dna moczanowa; (7) zmiany jatrogenne: chirurgia, radioterapia, leki immunosupresyjne (glikokortykoidy, cyklosporyny), cytostatyki. Chociaż wydaje się, że nasz pierwszy pacjent należy do kategorii urazów, nie znaleźliśmy jednoznacznej przyczyny drugiego, poważniejszego z przypadków. Nienoszenie ciężarów lub częściowe obciążanie wydaje się złotym standardem w leczeniu tego schorzenia.⁵ Donoszono, że fizjoterapia w połączeniu z terapią pozaustrojową falą uderzeniową zapewnia znaczną ulgę w bólu i poprawę funkcjonalną. Opcje farmaceutyczne obejmują zastosowanie bisfosfonianów, pochodnych prostaglandyn i inhibitorów czynnika martwicy nowotworu (TNF).¹²



Ryc 4. Trzy miesiące po rozpoczęciu leczenia.

Żadne z pacjentów nie przestrzegało zalecanego, odciążenia stawu przez co najmniej 8 tygodni, stwierdzając, że są zobowiązane do kontynuowania i codzienne czynności zawodowe. Mając na uwadze korzystne doniesienia o wynikach leczenia różnych schorzeń układu mięśniowo-szkieletowego za pomocą klasycznej homeopatii, zaproponowaliśmy im tę opcję leczenia.

Brinkhaus i wsp.¹³ podali, że *Arnica montana* u pacjentów poddawanych operacji kolana wykazywała tendencję do zmniejszania obrzęku pooperacyjnego w porównaniu z pacjentami otrzymującymi placebo. Tveiten i Brusset¹⁴ podali, że *montana* w potencji D30 miała pozytywny wpływ na bolesność mięśni, ale nie na uszkodzenie komórek mierzonego enzymami. Jeszcze niedawno Sarkar i wsp.¹⁵ podali, że lek homeopatyczny *Guaiacum officinale* ma działanie przeciwreumatyczne i antyoksydacyjne w badaniach eksperymentalnych na modelu zwierzęcym i działania te mogą mieć większe znaczenie w wyższych potencjach. Z drugiej strony Koley i wsp.¹⁶ w podwójniej ślepej próbie, randomizowanym badaniu kontrolowanym placebo, oceniającym zindywidualizowaną homeopatię w leczeniu bólu w chorobie zwyrodnieniowej stawu kolanowego (stosując różne leki homeopatyczne — *Bryonia alba*, *Rhus toxodendron*, *Calcarea carbonica*, *Arnica montana* i *Natrum muriaticum*) nie stwierdził statystycznie istotnych różnic uzasadniających wyższość leczenia homeopatycznego w porównaniu z placebo.

Arnica montana jest szeroko stosowaną rośliną leczniczą, tradycyjnie stosowaną w leczeniu różnych stanów patologicznych. Wykazuje silne działanie przeciwzapalne, przeciwosteoporozyjne, przeciwosteoporozyjne i przeciwkrwotoczne, wykazuje silne działanie antyoksydacyjne i ochronne, poprawia krążenie, a także ma działanie przeciwzapalne i właściwości przeciwbólowe.¹⁷ Lek homeopatyczny *A montana*, według Vithoulkasa jest wskazane, kiedy

część ciała jest posiniaczona i odczuwa się ból. . . To może być spowodowane urazem, ale także innymi przyczynami, takimi jak nadmierne obciążenie narządu, nadwyrężenie lub choroba ostra.¹⁸

W pierwszym przypadku wynik był doskonały, zarówno kliniczny, jak i radiologiczny. Po zastosowaniu właściwie jedynie leczenia homeopatycznego, prawie bez zabezpieczenia odciążającego, pacjent po 4 miesiącach nie odczuwał bólu, natomiast badanie rezonansem magnetycznym 5 miesięcy po pierwszym badaniu wykazało, że BME kłykcia kości udowej prawie zanikł (Rysunek 2).

Drugi przypadek był oczywiście inny. Chorej od pierwszego badania w klinice zaproponowano leczenie chirurgiczne, gdyż BME kłykcia kości udowej był rozległy i występowała już martwica kości kłykcia. Niemniej jednak pacjentka zdecydowała się na leczenie homeopatyczne z jedynie minimalnym zabezpieczeniem odciążającym. Drugie badanie MRI, 3 miesiące po pierwszym, wykazało, że uszkodzenia kłykcia kości udowej uległy pogorszeniu, ale co ciekawe, widoczne na pierwszym badaniu zmiany kłykcia kości piszczelowej prawie zniknęły (ryc. 4). Martwica kości kłykcia kości udowej jest trwałym uszkodzeniem narządu, stanowi bardzo trudną przeszkodę fizyczną, prawie niemożliwą do leczenia klasyczną homeopatią.¹⁰ Zatem w rzeczywistości nie uważamy tego przypadku za porażkę homeopatyczną, ponieważ kłykiec piszczelowy był uratowany, a właściwie także sam staw został uratowany, ponieważ zajęcie martwicą kłykcia bocznego kości piszczelowej oznaczałoby, że najprawdopodobniej pacjent będzie potrzebował całkowitej endoprotezoplastyki stawu kolanowego.

Wnioski

Nasze doświadczenia z powyższych 2 przypadków pokazują, że zindywidualizowane leczenie za pomocą klasycznej homeopatii z pewnością ma miejsce w tej dość powszechnej, ale trudnej w leczeniu choroby BME stawu kolanowego. Potrzebne są dalsze badania na

większej liczbie przypadków, aby udowodnić skuteczność tej metody terapeutycznej.

Notka autora

Prace prowadzono w Międzynarodowym Centrum Homeopatii Klasycznej, w Alonissos, Grecja.

Autorskie Wkłady

Głównym lekarzem, który się do tego przyczynił, jest dr Dionysis Tsintzas informacje o sprawie. Doktor Seema Mahesh zredagowała artykuł. Artykuł powstał pod kierunkiem prof. George'a Vithoulkasa.

Zgoda pacjenta

Pacjenci wyrazili zgodę na publikację szczegółów ich przypadku i skanów.

ORCID iDs

Dionysis Tsintzas <https://orcid.org/0000-0002-0715-4438> Seema Mahesh <https://orcid.org/0000-0002-4765-5595>

Bibliografia

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, Monteleone 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, Breitenseher M. Painful bone marrow edema of the knee: differential diagnosis and therapeutic concepts. *Orthop Clin North Am*. 2004;35:321-333, ix.
6. Kon E, Ronga M, Filardo G, et al. Bone marrow lesions and subchondral bone pathology of the knee. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2016;24:1797-1814.
7. Mont MA, Marker DR, Zywił MG, Carrino JA. Osteonecrosis of the knee and related conditions. *J Am Acad Orthop Surg*. 2011;19:482-494.
8. Karim AR, Cherian JJ, Jauregui JJ, Pierce T, Mont MA. Osteonecrosis of the knee: review. *Ann Transl Med*. 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. *Eur J 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, Brusset 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. Koley 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 Complementry Altern Med*. 2015;20:186-191.
17. Kriplani P, Guarve K, Baghael 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

Creative Commons Non Commercial CC BY-NC: Ten artykuł jest rozpowszechniany na warunkach Creative Commons Uznanie autorstwa-Użycie niekomercyjne 4.0 Licencja (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), która pozwala na niekomercyjne wykorzystanie, reprodukcję i dystrybucję pracy bez dalszego pozwolenia 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>).