

Raport de caz

Siringomieliie gestionată cu homeopatie clasică

Un raport de caz

**Elena Rudakova¹, Seema Mahesh <https://orcid.org/0000-0002-4765-5595>²,
și George Vithoukias^{3,4}**

Abstract

Siringomielia (SM) cu malformație Chiari (MC) este o boală rară cu evoluție imprevizibilă. Chirurgia și alte intervenții ajută la reducerea severității simptomelor, dar peste 50% dintre pacienți necesită reintervenție. Autorezolvarea este rară în acest tip de SM, iar cele mai multe cazuri evoluează spre complicații, care pot constitui o povară mare. Pacienta, o rusoaică de 54 de ani cu SM cu malformație Arnold-Chiari tip I, a fost tratată cu homeopatie clasică individualizată timp de peste 8 ani cu ameliorare remarcabilă a semnelor și simptomelor clinice ale afecțiunii și comorbidităților. La RMN, sirinxul s-a rezolvat complet, ceea ce a confirmat și mai mult beneficiul acestei terapii. Acest caz de SM cu malformație Arnold-Chiari tip I pare să beneficieze de homeopatie clasică individualizată. Investigarea științifică a unei abordări homeopate clasice individualizate a SM este necesară pentru a stabili relevanța acesteia în această afecțiune.

Cuvine cheie

Syringomyelia, Arnold-Chiari malformation, Homeopathy

¹ Clinic 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

⁴ International Academy of Classical Homeopathy, Alonissos, Greece

Autorii corespondenți:

Seema Mahesh, Școala de medicină, Universitatea Taylor, No 1 Jalan Taylors, Subang Jaya, Selangor 47500, Malaiezia. E-mail: bhatseema@hotmail.com

Introducere

Siringomielia (SM) este o boală rară, progresivă a măduvei spinării, reprezentată prin afecțiuni neurologice ușoare până la severe, cu chist intramedular caracteristic¹, care apar mai ales din cauzele subiacente precum malformațiile Chiari (MC).¹ Incidența MC este de aproximativ 3–8/100.000, cu 62% până la 80% prezentând SM,² și prezintă o predilecție pentru anumite locații geografice, cum ar fi Rusia.^{3,4} Peste 50% din cazuri se datorează

malformației Arnold-Chiari tip I, caracterizată prin hernie amigdalelor cerebeloase prin *foramen magnum*, urmată de incidența legată de traume (25% din cazuri), celelalte tipuri fiind mai rare.¹⁵ Au fost propuse multe teorii pentru a explica dinamica din spatele dezvoltării SM, inclusiv cele 3 teorii populare ale lui Gardner, Williams, și Oldfield.¹ Trunchiul comun al acestei teorii este o tulburare în circulația lichidului cefalorahidian (LCR), care rezultă dintr-o resorbție aberantă sau un blocaj mecanic al circulației sau o tulburare a circulației sau o perturbare a mobilității măduvei spinării.¹ SM este clasificată în tipuri comunicante, necomunicante, atrofile și neoplazice. Această clasificare ajută în deciderea celei mai bune opțiuni: manevră, intervenție sau tratament conservator.⁶ Înțelegerea fiziopatologiei SM rămâne neclară, ceea ce face ca diagnosticul și procedura chirurgicală să fie o provocare.⁷ Diagnosticul SM se face prin aprecierea cavității pline cu lichid din măduva spinării legat de tulburarea circulației LCR, legarea cordonului sau a tumorilor intramedulare.⁷ Simptomele rezultă din hernierea amigdalelor cerebeloase sau comprimarea nervilor. Cele mai frecvente simptome în SM cu MC sunt: cefalee, amețeli, insomnie, slăbiciune a extremităților superioare, durere la nivelul gâtului, amorțeala și furnicăturile în extremități și alte simptome neurologice.⁸ Severitatea depinde de mărimea și durata siringului. Cazurile care progresează rapid prezintă simptome mai severe decât cele care progresează lent de-a lungul multor ani.⁴ Gestionarea este conservatoare atunci când simptomele neurologice sunt absente sau ușoare. Cu toate acestea, majoritatea pacienților prezintă progresie la pacientul cu tratament conservator.¹ Când simptomele sunt severe, se poate oferi pacientului intervenția chirurgicală/șuntarea/corpectomia/neuro-construcția celulară, în funcție de cauza subiacentă. scopul tratamentului.² Chirurgia este eficientă în majoritatea cazurilor, dar peste 50% dintre pacienți necesită reintervenție la un moment dat.¹ Autorezolvarea SM este rareori raportată, iar uneori autorezoluția nu este asociată cu orice diferență de simptome clinice.⁹

Prezentăm un caz rar de SM cu malformație Arnold Chiari tip I care a progresat considerabil până la aplicarea tratamentului homeopat clasic și a regresat sub această terapie de-a lungul anilor. Un beneficiu a fost observat și în comorbidități. Literatura de specialitate nu a evidențiat niciun alt caz similar în care SM a beneficiat de homeopatie.

Prezentare de caz

Pacienta, o rusoaica, medic (ecografist), avea 54 de ani când s-a prezentat la un consult homeopat în iunie 2012. Diagnosticul fusese pus în 2006 prin RMN, dar nu i s-a administrat niciun medicament sau terapie.

Prezentarea simptomelor

Pacienta a avut acuze neurologice severe la momentul consultului homeopat, inclusiv durere, arsură și furnicături pe fața dorsală a mâinilor; dureri ascuțite în primele articulații metacarpofalangiene; și răceală a mâinilor. Scăpa brusc lucrurile și nu putea simți cum îi cădeau din mâini. Avea dureri subscapulare pe partea dreaptă, în regiunea lombară și sacrală și în picioare. Avea incontinență de urină la râs sau la tușit și un zgomot pulsatil în cap.

Alte simptome

Alte simptome includ fisuri adânci la nivelul vârful degetelor care sângerează în fiecare iarnă; bufeuri de căldură, care îi tulbură somnul; uscăciune în vagin; durere în regiunea epigastrică și ombilicală cu senzație de balonare; și acnee profundă pe față.

Istoricul simptomelor prezente

În 1995, pacienta a dezvoltat vertij și durere în mâini. De asemenea furnicături și arsuri pe arii liniare pe brațe, antebrațe și fața dorsală a mâinilor. Durerea din primele articulații metacarpofalangiene a crescut atât de mult încât uneori nu putea să miște sonda ecografului. Brusca a început să scape lucruri fără să își dea seama. Un RMN în 2006 a condus la diagnosticul de SM. Neurologul i-a spus să evite activități precum ridicarea de greutăți și exercițiile pentru abdomen, dar nu i s-a administrat nicio terapie/medicament. Ea nu a mai mers la chiropractician. RMN-urile de control au fost efectuate ocazional.

Istoric medical

Pacienta a suferit de hepatită la vârsta de 3 ani, a avut amigdalite recurente și dureri gastrice ocazionale în copilărie, iar ulterior a dezvoltat o traheită recurentă cu febră mare, care, la momentul consultației, a continuat să apară din când în când. Pentru aceste infecții a fost tratată în special cu antibiotice. La 20 de ani, o gastroscopie nu a evidențiat gastrită, ci o motilitate crescută a stomacului. La vârsta de 46 de ani, i s-a făcut o litotritie pentru o colică renală stângă. La 52 de ani, a făcut pneumonie și i s-au administrat antibiotice. Încă suferea ocazional de gripă cu febră mare. Avea dureri în regiunea sacră de la 34 de ani și mergea la un chiropractician pentru această problemă. A avut acnee încă de la pubertate.

Istoricul obstetrico-ginecologic

Pacienta a avut menarha la vârsta de 13 ani. A avut doi copii fără niciun eveniment deosebit la naștere. A făcut electrocoagulare pentru eroziunea colului uterin la vârsta de 22 de ani și tratament cu laser pentru leucoplazia colului uterin la 45 de ani. Din aprilie 2011 a avut simptome de menopauză, iar examenul citologic al vaginului a evidențiat atrofia mucoasei. A aplicat cremă cu estrogen conform recomandării ginecologului, dar a încetat să o mai facă deoarece sânii începuseră să se umfle.

AHC

Tatăl pacientei avea HTA și a murit din cauza rupturii anevrismului de aortă abdominală la vârsta de 82 de ani. Mama a făcut un accident vascular cerebral la vârsta de 65 de ani, HTA și demență vasculară. A murit la vârsta de 76 de ani.

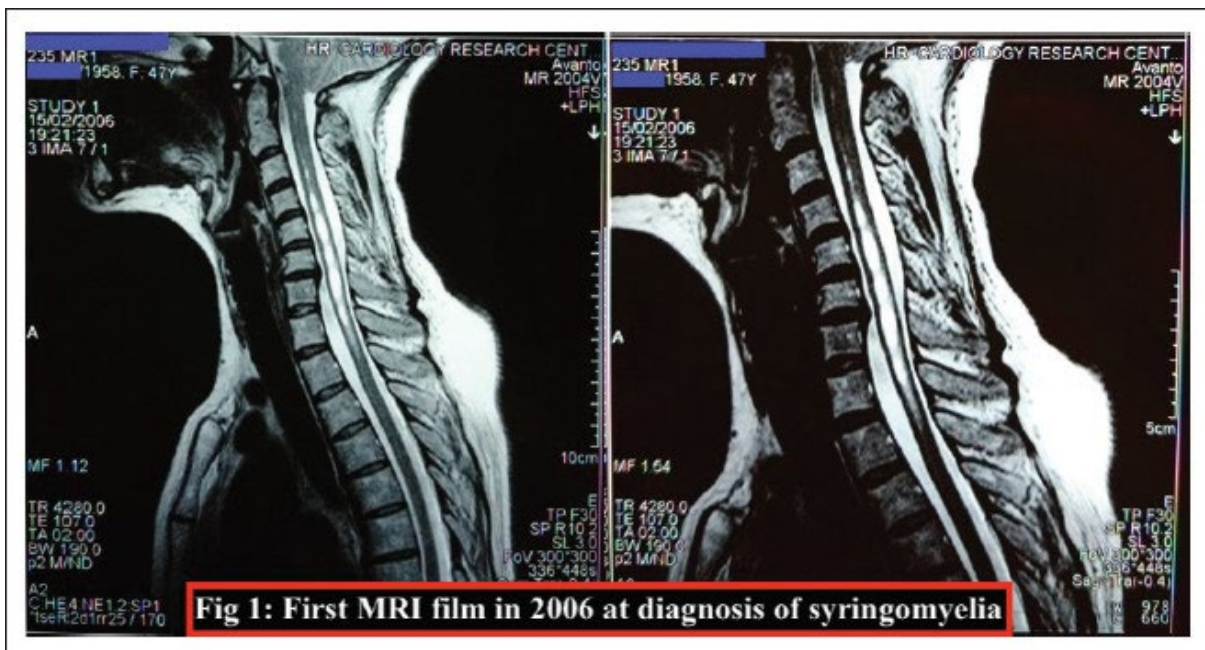


Figura 1. Filmul primului RMN din 2006 la diagnosticarea siringomieliei.

Diagnostic

Pacienta a fost diagnosticată ca având SM cu malformație Arnold-Chiari tip I (ICD10: G95.0).¹⁰

RMN: Coloana vertebrală cervicală și toracică superioară pe 15 februarie 2006 (Figura 1)

Există o cavitate hidromielică în măduva spinării care se extinde de la nivelul vertebrei C3 până la T1. Diametrul maxim al cavității este de 5 mm. Măduva spinării sub acest nivel are un diametru și o structură normale. Înălțimea corpului vertebral este normal și nu există leziuni focale.

Îndreptarea lordozei cervicale cu formare de cifoza patologică. Intensitate scăzută a semnalului la nivelul discurilor intervertebrale ale coloanei cervicale (dovadă de deshidratare). Protruzia discului central dorsal, de până la 3 mm, cu o ușoară îngustare a foramenului intervertebral la nivelurile C4–C5 și C5–C6. Hernie de disc circumferențiară (4 mm dorsal) cu semne de îngustare a foramenului intervertebral pe ambele părți (mai ales drept) la nivelul C6-C7.

Coborârea amigdalelor cerebeloase sub *foramen magnum* (se recomandă un RMN al creierului).

Hidromielie la nivelul C3-T1. Osteocondroza coloanei vertebrale cervicale și toracice superioare. Hernie de disc la C6-C7.

RMN: artere cerebrale și intracraniene pe 15 martie 2006

Structurile liniei mediane nu sunt deplasate. Dimensiunea ventriculilor este normală. Ușoară asimetrie a ventriculilor laterali (Stânga > Dreapta). Nu există leziuni focale în creier.

Spațiile subarahnoidiene nu sunt lărgite. Dimensiunea hipofizei este normală. Structurile stem sunt în limite normale. Amigdalele cerebeloase se extind cu 5 mm sub linia Chamberlain. Sinusurile paranazale sunt umplute cu aer. Angiografia RM a arterelor intracraniene nu a evidențiat nicio dovadă de ocluzie sau anevrism al malformațiilor arteriovenoase.

Nu există leziuni focale în materia creierului. Un RMN repetat în iulie 2008 a arătat evoluția bolii.

RMN: creier și coloană vertebrală cervicală pe 22 iulie 2008

RMN-ul creierului arată o leziune hiperintensă unică, mică (până la 3 mm) în substanța albă a lobului frontal stâng în apropierea cornului anterior al ventriculului lateral. O a doua leziune mică se află la granița dintre cortex și substanța albă în emisfera cerebeloasă stângă. Nu sunt identificate alte leziuni ocupatoare de spațiu sau locuri de semnal de RM patologic. Există lărgirea spațiilor perivasculare Virchow-Robin. Structurile liniei mediane nu sunt deplasate. Ventriculii sunt de poziție, cu formă și dimensiune normale. Ventriculii laterali sunt asimetrici (stânga > dreapta). Cisternele bazale sunt normale. Spațiul subarahnoidian extern este neuniform în lățime de-a lungul suprafeței convexe a emisferei cerebrale; este ușor dilatat în zonele frontal-parietale și normal în alte zone. Există ectopie a amigdalelor cerebeloase, nu mai mult de 6 mm de părțile posterioare ale *foramen magnum*. Sinusurile paranazale sunt umplute cu aer.

Angiografia RM a vaselor cerebrale nu evidențiază tortuozitate patologică, deformări sau dilatații ale arterelor, iar lumenii vaselor sunt omogeni.

Malformația Arnold-Chiari tip I.

Semne de encefalopatie vasculară

RMN-ul coloanei cervicale a arătat că chistul siringomielial găsit în investigațiile anterioare se extinde acum de la nivelul C3 până la partea superioară a corpului vertebral T3. Forma și structura chistului (format din mai multe chisturi confluențe cu septuri) sunt aceleași ca cele din investigația anterioară din data de 5 decembrie 2006. Diametrul maxim este de până la 7 mm la nivelul vertebrei C7. Conturul chistului la granița cu partea normală a măduvei spinării este „ascuțit” – o variantă a unei cavități cu presiune scăzută. Hemangiomul din partea posterioară a vertebrei C7 are aceeași dimensiune și formă. Semne de osteocondroză la nivelul vertebrelor C4–C7 cu modificări patologice maxime (hernie de disc posterior) la nivelul vertebrelor C6–C7.

SM la nivelul vertebrelor C3–T3. Osteocondroza coloanei cervicale. Hemangiom al vertebrei C7.

Diagnostic diferențial

SM poate fi confundată cu tulburări de neuropatie, cum ar fi neuropatia diabetică, și alte tulburări neurologice mai frecvente, cum ar fi sindromul Guillain-Barré, scleroza laterală amiotrofică și scleroza multiplă.¹¹ Diagnosticul a fost confirmat pe un RMN al creierului și măduvei spinării.

Consultație homeopată

Pacienta a solicitat un consult homeopat în data de 24 iunie 2012. Simptomele ei neurologice escaladaseră la lista menționată mai devreme. De asemenea, avea simptome de menopauză și dermatită. Prescripțiile homeopate iau în considerare totalitatea simptomelor și nu doar cele ale SM. Acestea se extind și la suferința mentală/emoțională a pacientei. Un istoric detaliat a dezvăluit că în trecut a avut necazuri în mod repetat și a suferit din cauza acestora. A avut o teamă extraordinară că ceva rău i se va întâmpla familiei ei și că vor muri. Se temea de apelurile telefonice care anticipau vești proaste. A avut episoade bruște de frică, crezând că a pierdut ceva, cum ar fi cheile mașinii. A verificat și a verificat din nou dacă a închis ușile și robinetele.

Fig 2: Repertorisation of the symptoms at presentation to homeopathy

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
1. EXTREMITIES - PAIN - Hands - mion - egg. (12) 1				1		1																						
2. EXTREMITIES - TINGLING - Hands (59) 1	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
3. EXTREMITIES - PAIN - Hands - burning (90) 1	1	1	1	1	1	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 (252) 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5. EXTREMITIES - AWKWARDNESS - Hands - drops things (43) 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6. EXTREMITIES - CRACKED SKIN - Fingers (42) 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7. FACE - TINGLING (29) 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8. EXTREMITIES - PAIN - Fear - walking - egg. (260) 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9. ABDOMEN - DISTENSION (140) 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10. ABDOMEN - PAIN - stitching pain (131) 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11. STOMACH - PAIN - easing - after - egg. (72) 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12. FACE - RUPTIONS - pustules (64) 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
13. BLADDER - URINATION - involuntary - cough egg) during (24) 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
14. FEMALE GENITALIA/SEX - DRYNESS - Vagina (31) 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15. BACK - PAIN - Dorsal region - Scapulae - Below - right (280) 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
16. BACK - PAIN - Lumbar region (192) 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
17. BACK - PAIN - Sacral region (219) 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
18. GENERALS - HEAT - flashes of (14) 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
19. MIND - ANXIETY - family; about his (4) 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
20. MIND - FEAR - happens, something will - family; to his (28) 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
21. MIND - FEAR - ghosts, sf (42) 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
22. MIND - FEAR - narrow place in (2) 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
23. MIND - CHECKING - twice or more; must check (40) 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
24. MIND - SYMPATHETIC (37) 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
25. MIND - INJUSTICE - CANNOT SUPPORT (24) 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
26. MIND - WEeping - early (24) 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Figura 2. Repertorizarea simptomelor la prezentarea la homeopat.

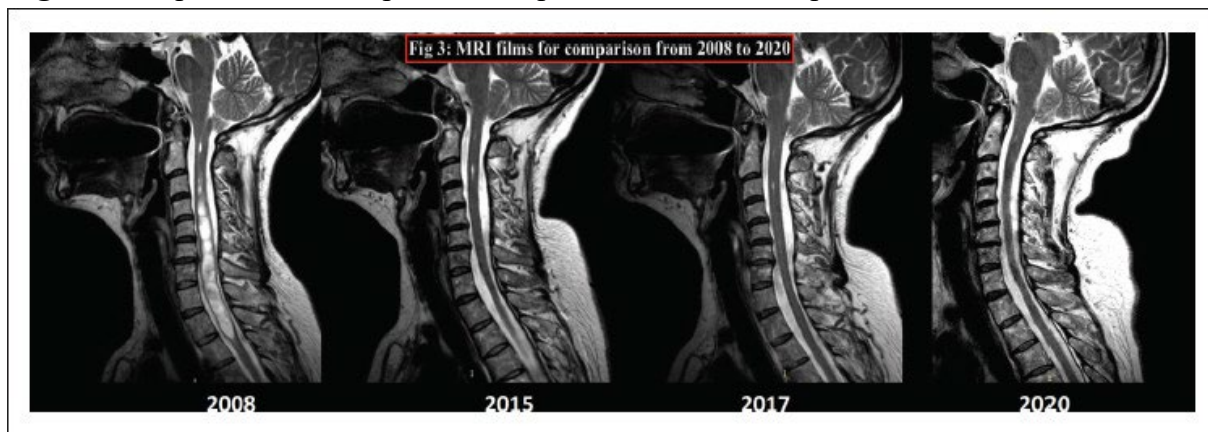


Figura 3. Filmul RMN comparativ 2008 - 2020.

Tabel 1. Schimbări în RMN din 2008 - 2020

Data	RMN cerebral	RMN coloană vertebrală
23 aprilie 2015	Mici zone unice hiperintense de semnal- RM sunt localizate în regiunile subcorticale ale substanței albe, în zonele frontal-parietale și paraventriculare bilateral. Diametrul maxim al leziunii este de 2.7 mm.	Îmbunătățire marcată în comparație cu investigația din 22 iulie 2008 – absență a chisturilor de siringomieli . Dilatare locală a canalului central la nivelul vertebrelor C2 și C3 (până la 1.6 mm în dimensiune anteroposterior, 6.7 mm și respectiv 14 mm lungime).

	<p>În zona subcorticală a emisferei cerebrale drepte față de spațiile perivasculare dilatate se găsesc grupate mai multe chisturi de calibru diferit cu conținut omogen, de până la 4 mm. Nu există modificări perifocale în jurul acestor leziuni și nu exercită un efect de masă asupra structurilor cerebrale adiacente. Nu există modificări ischemice recente ale imaginilor maselor prin difuzie. Ventriculii laterali sunt asimetrici, ventriculul lateral stâng este puțin mai mare.</p> <p>Spațiul subarahnoidian extern de-a lungul emisferelor cerebrale este ușor dilatat în zonele frontal-parietale și normal în celelalte zone.</p> <p>Ectopie a amigdalelor cerebeloase în părțile posterioare ale <i>foramen magnum</i> de cel mult 5 mm.</p> <p>Deviație de sept nazal.</p> <p>Se constată o creștere moderată a numărului de leziuni față de investigația din 22 iulie 2008.</p> <p>Concluzie: Imagine RMN a malformației Arnold-Chiari tip I.</p> <p>Semne de encefalopatie vasculară.</p>	<p>Înălțimea corpului vertebral este normală.</p> <p>Semnalul-RM din structura lor este alterat din cauza modificărilor degenerativ-distrofice cu osteofite marginale posterioare.</p> <p>Există un semnal-RM hiperintens în partea posterioară a vertebrei C7 – un hemangiom de aceeași dimensiune și formă. Există leziuni cu aceleași caracteristici de semnal în corpul vertebrei C6 (dimensiunea 5 x 3 mm) și în corpul vertebrei C4 (dimensiunea 9 x 5 mm).</p> <p>Semnalul RM de la toate discurile este redus în imagistica temporată T2. Există o reducere a înălțimii discului la nivelul vertebrelor C4-C7.</p> <p>Există o îngustare a recesiunii laterale drepte cu compresie a rădăcinii din cauza proeminenței discului de până la 3 mm și a unui osteofit marginal posterior la nivelul vertebrelor C6-C7.</p> <p>Indurație a <i>ligamentum flavum</i> la nivelul C6-C7.</p> <p>Deviație scoliotică în axul longitudinal, lordoza cervicală este îndreptată.</p> <p>Curba cifotică toracică este crescută.</p> <p>Există o deformare ușoară în formă de pană a vertebrei T7. Semnalul-RM din structura lor este alterat din cauza deshidratării.</p> <p>Concluzie:</p> <p>O tulburare a staticii coloanei vertebrale cervicale și toracice. Osteocondroza și spondiloza coloanei vertebrale cu cele mai mari modificări la nivelul segmentului vertebral C6–C7 (cu proeminență a discului paramedian drept și compresie radiculară).</p> <p>Hidromielie la nivelul vertebrelor C2 și C3.</p> <p>Îmbunătățire marcată față de investigația din 22 iulie 2008 — chisturile de siringomielie vizualizate anterior la nivelul vertebrelor C3-T3 sunt absente.</p>
31 oct. 2017	Cantitatea și mărimea leziunilor din substanța albă subcorticală și periventriculară a zonelor frontal-	Dilatarea persistentă a canalului central la nivelul vertebrelor C2 și C3. Lungimea părții dilatate este aceeași la nivelul vertebrei C2

	<p>parietale sunt aceleași ca cele din investigația din 23 aprilie 2015. Rămâne o lărgire a spațiilor perivasculare Virchow-Robin cu vizualizarea unei dilatații chistice de până la 4 mm în partea dreaptă. Ventriculii laterali rămân asimetrici, ventriculul lateral stâng este puțin mai lat.</p> <p>Spațiul subarahnoidian extern de-a lungul suprafeței convexe a emisferelor cerebrale este neuniform în lățime — este ușor dilatat în zonele frontal-parietale și normal în alte zone. Există o ectopie a amigdalelor cerebeloase în părțile posterioare ale <i>foramen magnum</i> nu mai mult de 5 mm ca înainte.</p> <p>Concluzie:</p> <p>Imagine RMN a malformației Arnold-Chiari tip I. Semne de microangiopatie fără modificări negative comparativ cu investigația din 23 aprilie 2015.</p>	<p>(6.7 mm) și este mai mică la nivelul vertebrei C3 la 6,2 mm (comparativ cu 14 mm la investigația anterioară).</p> <p>Hemangiomul din partea dreaptă a vertebrei C4 are dimensiunea de 8x5 mm, iar hemangiomul din partea posterioară-dreaptă a vertebrei C7 are dimensiunea de 10x7 mm, care nu este mărit în comparație cu investigația anterioară dar există o leziune mică în vertebra C6.</p> <p>Semne de osteocondroză la nivelul vertebrelor C4-C7 cu cele mai mari modificări la nivelul vertebrelor C6-C7.</p> <p>Bombare neuniformă a discului la semicercul posterior cu o bombare paramediană dreaptă maximă de până la 3 mm și o îngustare a foramenului intervertebral drept.</p> <p>Curba cifotică toracică pronunțată. Există o deviație scoliotică ușoară pe axa longitudinală. Înălțimea corpului vertebral este normală. Semnalul-RM de la corpurile vertebrale este alterat din cauza modificărilor degenerative. Semnalul-RM la discuri este redus din cauza deshidratării. Nu există proeminente ale discului dorsal.</p> <p>Investigarea în modul mielografie a arătat o dilatare a pungilor radiculare la nivelul vertebrelor T6-T12.</p> <p>Concluzie:</p> <p>Osteocondroza coloanei cervicale și toracice cu cele mai mari modificări la nivelul segmentului vertebral C6-C7 (protruzie discală paramediană dreapta posterioară).</p> <p>Hidromielie la nivelul vertebrelor C2 și C3.</p> <p>Hemangioame în corpurile vertebrale C4, C6 și C7. Tulburare a staticii coloanei vertebrale.</p> <p>Nu există modificări negative față de investigația din 23 aprilie 2015.</p>
25 martie 2020	Neefectuată	La nivelul vertebrei C2, canalul central al măduvei spinării este vizualizat până la 1 mm lățime și o lungime de 6 mm. Canalul central din toate celelalte părți ale regiunii

	<p>cervicale și toracice nu este dilatat. Nu există chisturi în măduva spinării.</p> <p>Înălțimea corpului vertebral este normală. Contururile corpului vertebral sunt deformate din cauza osteofitelor (osteofitele marginale anterioare în coloana toracică mijlocie sunt cele mai proeminente). Intensitatea semnalului la corpurile vertebrale este eterogenă din cauza modificărilor degenerative ale măduvei. Există zone de acumulare de țesut gras (hipointense în modul STIR) în corpurile vertebrale C4, C7 și T6.</p> <p>Intensitate scăzută a semnalului la discurile intervertebrale ale coloanei cervicale și toracice din cauza deshidratării.</p> <p>Proeminențe ale discului dorsal pe o bază largă la nivelurile C6–C7 (3.5 mm), C4–C5, C5–C6 (până la 3 mm), determinând îngustarea foraminală intervertebrală moderată. Hipertrofie moderată a ligamentului flava la nivelul C6-C7, ducând la deformarea sacului dural în partea dorsală.</p> <p>Concluzie:</p> <p>Nu există leziuni focale, chisturi sau orice lărgire semnificativă a canalului central al măduvei spinării. Osteocondroză sau spondiloartroză a coloanei cervicale și toracice.</p>
--	--

Notă: Textul îngroșat indică o schimbare semnificativă.

Tabelul 2. Criterii Naranjo modificate pentru evaluarea atribuirii cauzale a rezultatului clinic la intervenția homeopatică

Criteria	Da	Nu	Nesigur/ NA	Caz
1. A existat o ameliorare a principalului simptom sau a condiție pentru care a fost prescris remediul homeopat?	2	-1	0	2
2. A apărut ameliorarea clinică într-un interval de timp plauzibil în raport cu consumul de medicamente?	1	-2	0	1
3. A existat o agravare inițială a simptomelor?	1	0	0	1
4. Efectul a cuprins mai mult decât simptomul sau condiția principală, în timp alte simptome s-au ameliorat sau schimbat în cele din urmă?	1	0	0	1
5. Starea generală de bine s-a ameliorat?	1	0	0	1

6 (A) Direcția de vindecare: s-au ameliorat unele simptome în ordinea inversă apariției simptomelor bolii?	1	0	0	0
6 (B) Direcția de vindecare: S-au aplicat cel puțin 2 dintre următoarele aspecte în ordinea ameliorării simptomelor: de la organele mai importante la cele mai puțin importante, de la aspectele mai profunde la cele mai superficiale ale individului și de sus în jos.	1	0	0	1
7. Au reapărut “simptome vechi” (definite ca simptome non-senzoriale și nonciclice despre care se credea că s-au rezolvat) temporar pe parcursul ameliorării?	1	0	0	1
8. Există cauze alternante (altele decât remediul) care, cu mare probabilitate, ar fi putut aduce ameliorarea? (luați în considerare evoluția cunoscută a bolii, alte forme de tratament și alte intervenții clinice relevante)	-3	1	0	1
9. Îmbunătățirea stării de sănătate a fost confirmată de vreo dovadă obiectivă? (în acest caz RMN)	2	0	0	2
10. Repetarea dozei, dacă a fost făcută, a creat o ameliorare clinică similară?	1	0	0	1
Total				12

Notă: Scorul de cauzalitate este mare pentru tratament în acest caz, ceea ce sugerează că efectele au fost într-adevăr atribuite tratamentului homeopat.

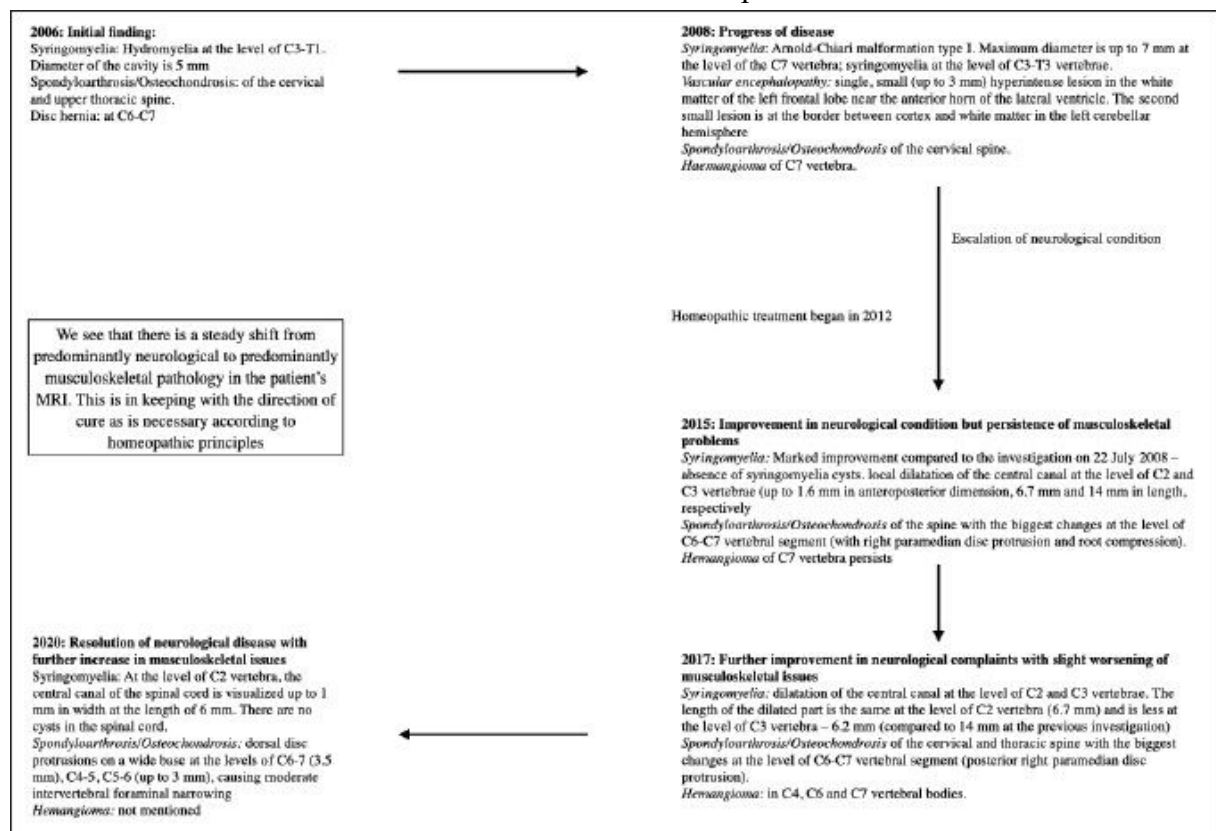


Figura 4. Direcția de vindecare așa cum o vedem în rapoartele RMN.

Acest tip specific de anxietate și pierderi de memorie, împreună cu istoricul de necaz cu probleme fizice la nivelul sistemului nervos, au indicat remediul homeopat *Causticum hahnemanni* (Figura 2).¹²

Prescripție

Causticum 30 CH, o doză

Motivul din spatele prescrierii *Causticum* este că patologia primară la un pacient care necesită *Causticum* este necazul prelungit, care prăbușește sistemul imun. Un pacient într-o astfel de stare manifestă uitare și nervozitate. *Causticum* are, de asemenea, acest simptom de a avea intoleranță extremă la nedreptate deoarece este simpatetic. În plus, crăparea pielii și răceala mâinilor sunt o parte din pruingul acestui remediu. Simptomul urinării involuntare la tuse este un semn distinctiv al monografiei *Causticum*.

Follow Up (F.U.)

După remediu, durerea din mâini cu senzația de furnicătură și arsură a crescut pentru o perioadă de timp (ceea ce, în homeopatie, se numește „agravare terapeutică”), mâinile au devenit mai calde și uneori a simțit căldură în mâini. Bufeurile de căldură s-au intensificat pentru o perioadă de timp. Nivelul de energie a devenit mai bun. Dispoziția s-a îmbunătățit, iar anxietatea s-a diminuat.

Acest caz a avut un F.U. lung de 8 ani, cu suișuri și coborâșuri constante. A primit *Causticum* în diferite potenze din când în când sau de câte ori simptomele se agravau, de cele mai multe ori cu efecte bune. De asemenea, a primit *Causticum* pentru episoade acute, cum ar fi nevralgia de trigemen. Puține alte remedii au fost date atunci când a avut boli inflamatorii acute, precum răceală, otită medie acută, infecție respiratorie și infecție intestinală. Pentru acestea s-a administrat *Mercurius solubilis*, *Arsenicum album*, *Graphites*, *Eupatorium perfoliatum* și *Gelsemium sempervirens*. Otita nu a răspuns la *Graphites* și a folosit picături pentru urechi cu antibiotice și steroizi. A avut mai multe traumatisme și fracturi în acești 8 ani, în ciuda faptului că nu existau deficite evidente în echilibrul ei, și a primit *Rhus toxicodendron*, *Ruta graveolens* și *Arnica montana* după cum a fost necesar. De asemenea a luat și medicamente antiinflamatoare nesteroidiene (AINS) pentru traumatisme. A avut o dată o durere severă în regiunea sacrală care se extindea până la șold, coapsă și genunchi. Atunci a primit meloxicam (AINS) și injecții cu vitaminele B1, B6 și B12. Aceste tratamente intercalate cu simptomele ei principalele au ameliorat episoadele incidentale. Cu toate acestea, pilonul tratamentului ei a fost *Causticum* și aproape întotdeauna i-a ameliorat simptomele principale. Acest lucru este tipic evoluției unui caz cronic tratat cu homeopatie clasică, unde pot fi necesare remedii diferite în timpul bolilor acute, dar pot avea nevoie și de repetarea aceluiași remediu pentru afecțiunea cronică după astfel de episoade acute pentru ca evoluția cazului să fie în direcția corectă. Recăderile au fost progresiv mai ușoare de-a lungul anilor, până când s-au ameliorat semnificativ la ultimul F.U. din 8 octombrie 2020. Raportul pacientului la ultimul F.U. este detaliat în continuare.

Nu a mai scăpat lucruri și durerea din mâini s-a redus. Ea a lucrat mai ușor. Furnicăturile, senzația de arsură și răceala din mâini au dispărut, iar crăpăturile adânci de pe degete au dispărut. Acnea a fost mai puțin severă. Anxietatea legată de familie a fost mai puțin intensă. Nu a mai verificat la fel de des. Parestezia din gambe, pe care o avea din mai 2019, a scăzut pentru câteva zile după ultimul remediu, dar a reapărut după o săptămână. Uscăciunea ochilor

care apărea ocazional din martie 2014 a persistat. Bufeurile de căldură au persistat. Somnul a rămas perturbat, trezindu-se de 3-4 ori în timpul nopții, dar readormea mai ușor.

Condițiile inflamatorii acute de-a lungul anilor au devenit mai blânde decât înainte de a începe homeopatia.

Când i s-a cerut să repete RMN-ul cerebral pentru analiza finală, pacienta a refuzat deoarece a fost grav afectată de procedură și, folosind cuvintele ei: „Sunt sănătoasă, tânără și frumoasă și nu voi mai fi nevoită să mai fac niciodată RMN”.

Modificările în RMN sunt prezentate în figura 3 și tabelul 1. În mod remarcabil, cavitatea sirinxului a crescut în dimensiune din 2006 până în 2008, a regresat progresiv după începerea tratamentului homeopat, cu o obliterare completă a cavității la ultimul RMN din martie 2020.

Discuții

În acest caz de SM cu MC de tip I, homeopatia clasică individualizată a fost benefică – după cum s-a apreciat pe RMN – și rezoluția completă a sirinxului a fost evidentă. Semnele și simptomele clinice ale SM s-au îmbunătățit împreună cu anxietatea paralizantă de care suferea. De asemenea, a existat o îmbunătățire remarcabilă a memoriei, dermatitei și acneei. Infecțiile frecvente cu febră mare au devenit, de asemenea, mai ușoare după tratament. Scorul de cauzalitate pe criteriile Naranjo modificate pentru evaluarea atribuirii cauzale a rezultatului clinic la intervenția homeopată a fost 12 (Tabelul 2).

Teoria nivelurilor de sănătate¹³ explică: un pacient născut cu un „nivel de sănătate” mai ridicat are, în general, un prognostic bun, în ciuda diagnosticelor grave. Această teorie oferă metode tangibile pentru a clasifica nivelul de sănătate al pacientului. În ciuda unei afecțiuni neurologice cronice, pacienta noastră a generat febră mare în timpul episoadelor acute, ceea ce este un indiciu că era pe un nivel de sănătate mai înalt și cu prognostic bun. În consecință, schimbările pozitive profunde au fost apreciate în F.U., iar ea a evoluat în direcția corectă conform legilor homeopatiei (figura 4). A trecut de la o patologie mai profundă care implica măduva spinării (sistemul nervos) la o patologie predominant vertebrală (sistemul musculo-scheletal), și anume, de la SM la spondiloartroză. Deși acest lucru poate continua să deranjeze pacienta și să necesite tratament, limitarea este mult mai superficială. Acest efect a fost demonstrat și în alte cazuri cu patologie gravă, cu capacitatea concomitentă de a induce febră mare în timpul infecțiilor acute.¹⁴ Totuși, nu ne putem aștepta la un astfel de răspuns în toate cazurile.

Remediul homeopatic *Causticum hahnemanni* este indicat în patologiiile neurologice profunde, anxietate, depresie și probleme de memorie.¹² Anterior, homeopatia clasică a prezentat efecte clinice în patologiiile profunde,¹⁴ dar efectele remediului *Causticum* sunt limitate în literatura publicată.

Limitarea aici a fost incapacitatea de a demonstra vreun efect farmacologic al remediului deoarece homeopatia nu acționează asupra materiei, ci asupra câmpurilor energetice ale organismului¹⁵, perspectivă nedemonstrată încă experimental. Există, de asemenea, o posibilitate îndepărtată de autorezolvare, așa cum s-a observat în cazurile rare de SM cu MC, ceea ce era puțin probabil, deoarece cazul nostru se afla pe o cale patologică progresivă în momentul consultării homeopate.

Concluzie

Acest caz de SM cu malformație Arnold-Chiari tip I a beneficiat de homeopatie clasică individualizată, așa cum se vede pe rapoartele RMN și se apreciază în semnele și simptomele clinice. Este necesar să se investigheze științific abordarea individualizată a cazurilor de SM.

Mulțumiri

Autorii îi mulțumesc lui Aishwarya Madhusudhan pentru suportul tehnic.

Contribuția autorilor

ER a fost medicul primar care a tratat pacienta și care a obținut și analizat datele pentru studiu. SM a analizat datele, a scris manuscrisul și a obținut referințele. GV a fost ghidul, a dat aprobarea finală și garantul lucrării. Toți autorii au citit și au aprobat versiunea finală a manuscrisului.

Declarație de etică

A fost obținut consimțământul informat scris de la pacient pentru publicarea acestui raport de caz și a oricăror imagini însoțitoare.

Declarație de interese conflictuale

Autorii nu au declarat niciun potențial conflict de interese în ceea ce privește cercetarea, calitatea de autor și/sau publicarea acestui articol.

Finanțarea

Autorii nu au primit sprijin financiar pentru cercetarea, calitatea de autor și/sau publicarea acestui articol.

ORCID ID

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

Referințe

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, 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, 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. ICD-10: World Health Organization. *International statistical classification of diseases and related health problems: Tenth revision*, 2nd ed. Geneva. World Health Organization, 2004.
11. Al-Shatoury HAH, Galhom AA, Luzzio C. Syringomyelia differential diagnoses. In: Selim R. Benbadis and Francisco Talavera (eds.), *Syringomyelia*. NewYork: WebMD LLC, 2017.
12. Vithoulkas G. *Materia medica viva Alonissos*. Greece: International Academy of Classical Homeopathy, 2001.
13. Vithoulkas G. *Levels of health (3rd revised edition) Alonissos*. Greece: International Academy of Classical Homeopathy, 2019.
14. Mahesh S, Mallappa M, Vithoulkas G. Embryonal carcinoma with immature teratoma: A homeopathic case report. *Complement Med Res* 2018; 25(2): 117–121.
15. Vithoulkas 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.