

# Syringomyelie mit klassischer Homöopathie behandelt: Ein Fallbericht

Elena Rudakova, Seema Mahesh and George Vithoulkas

Sage Journal, Volume 28, Issue 3-4, 8. Oktober 2021

<https://doi.org/10.1177/0972753121104637>

## Zusammenfassung

Syringomyelie (SM) mit Chiari-Malformation ist eine seltene Erkrankung mit unvorhersehbarem Verlauf. Chirurgische Eingriffe und andere Eingriffe tragen dazu bei, die Schwere der Symptome zu verringern, aber über 50 % der Patienten benötigen eine erneute Operation. Eine automatische Auflösung ist bei dieser Art von SM selten und in den meisten Fällen kommt es zu Komplikationen, die eine große Belastung darstellen können. Die SM-Patientin mit Arnold-Chiari-Malformation Typ 1 bei einer 54-jährigen Russin, die über acht Jahre lang mit individualisierter klassischer Homöopathie behandelt wurde, mit bemerkenswerter Verbesserung der klinischen Anzeichen und Symptome der Erkrankung und der Komorbiditäten. Im MRT löste sich die Syrinx vollständig auf, was den Nutzen dieser Therapie weiter bestätigte. Dieser Fall von SM mit Arnold-Chiari-Malformation Typ 1 schien von der individualisierten klassischen Homöopathie zu profitieren. Es ist eine wissenschaftliche Untersuchung eines individualisierten klassischen homöopathischen Ansatzes bei SM erforderlich, um dessen Relevanz bei dieser Erkrankung festzustellen.

## Einführung

Syringomyelie (SM) ist eine seltene, fortschreitende Erkrankung des Rückenmarks und geht mit leichten bis schweren neurologischen Beschwerden einher, wobei die charakteristische intramedulläre Zyste<sup>1</sup> meist auf zugrunde liegende Ursachen wie Chiari-Malformationen (CMs) zurückzuführen ist.<sup>1</sup> Die CM-Inzidenz liegt bei etwa 3 –8/100.000, wobei 62 % bis 80 % SM aufweisen<sup>2</sup> und es zeigt eine Vorliebe für bestimmte geografische Standorte wie Russland.<sup>34</sup> Über 50 % der Fälle sind auf eine Arnold-Chiari-Fehlbildung Typ 1 zurückzuführen, die gekennzeichnet ist durch eine Herniation der zerebralen Tonsillen durch das Foramen magnum, gefolgt von traumabedingter Inzidenz (25 % der Fälle), wobei die anderen Typen seltener sind.<sup>15</sup> Viele Theorien wurden vorgeschlagen, um die Dynamik hinter der Entwicklung von SM zu erklären, darunter die drei populären Theorien von Gardner, Williams, und Oldfield.<sup>1</sup> Der gemeinsame Nenner, der sich durch diese Theorien zieht, ist eine Störung in der Zirkulation der Liquor cerebrospinalis (CSF), die aus einer fehlerhaften Resorption, einer mechanischen Blockierung der Zirkulation oder einer Störung der Rückenmarksbeweglichkeit resultiert.<sup>1</sup> SM wird eingeteilt in kommunizierende, nicht kommunizierende, atrophische und neoplastische Typen. Diese Klassifizierung hilft bei der Entscheidung, ob ein Shunt, eine Operation oder eine konservative Behandlung die beste Option ist.<sup>6</sup> Das Verständnis der SM-Pathophysiologie bleibt lückenhaft, was ihre Diagnose und Behandlung zu einer Herausforderung macht.<sup>7</sup>

Die Diagnose von SM wird durch die Beurteilung des mit Flüssigkeit gefüllten Hohlraums im Rückenmark im Zusammenhang mit einer Störung der Liquorzirkulation, einer Verklumpung

des Rückenmarks oder einem intramedullären Tumor gestellt.<sup>7</sup> Die Symptome resultieren aus einem Bruch der Kleinhirnanlagen oder der Kompression von Nerven. Die häufigsten Symptome bei SM mit CM sind Kopfschmerzen, Schwindel, Schlaflosigkeit, Schwäche in den oberen Extremitäten, Nackenschmerzen, Taubheitsgefühl und Kribbeln in den Extremitäten sowie andere neurologische Symptome.<sup>8</sup> Der Schweregrad hängt von der Größe und Dauer der Syrinx ab. Schnell fortschreitende Fälle zeigen schwerwiegendere Symptome als Fälle, die über viele Jahre langsam fortschreiten.<sup>4</sup> Das Management ist konservativ, wenn neurologische Symptome fehlen oder mild sind. Allerdings kommt es bei den meisten Patienten bei konservativer Behandlung zu einem Fortschreiten der Erkrankung.<sup>1</sup> Bei schwerwiegenden Symptomen kann dem Patienten je nach zugrunde liegender Ursache eine Operation/Shunting/Korrektomie/zelluläre Neurokonstruktion angeboten werden.<sup>1</sup> Stabilisierung der neurologischen Symptome und Besserung des Allgemeinzustands ist das Ziel der Behandlung.<sup>2</sup> Eine Operation ist in den meisten Fällen wirksam, aber über 50 % der Patienten müssen irgendwann erneut operiert werden.<sup>1</sup> Über eine automatische Auflösung von SM wird selten berichtet, und manchmal ist die automatische Auflösung mit keinem Unterschied in den klinischen Symptomen verbunden.<sup>9</sup>

Wir stellen einen seltenen Fall von SM mit Arnold-Chiari-Malformation Typ 1 vor, der bis zur Anwendung der klassischen homöopathischen Behandlung erheblich fortgeschritten war und sich unter dieser Therapie im Laufe der Jahre zurückbildete. Auch bei den Komorbiditäten zeigte sich ein Nutzen. In der Literatur gibt es keinen weiteren vergleichbaren Fall, bei dem SM von der Homöopathie profitierte.

## Falldarstellung

Die Patientin, eine russische Ärztin (Ultraschallärztin), war 54 Jahre alt, als sie sich im Juni 2012 zu einer homöopathischen Konsultation vorstellte. Die Diagnose wurde 2006 mittels MRT gestellt, ihr wurden jedoch keine Medikamente oder Therapie verabreicht.

### Vorliegende Beschwerden

Der Patient hatte zum Zeitpunkt der homöopathischen Konsultation schwere neurologische Beschwerden, darunter Schmerzen, Brennen und Kribbeln auf dem Handrücken; stechende Schmerzen in den ersten Grundgelenken; und Kälte der Hände. Plötzlich ließ sie Dinge fallen und konnte nicht spüren, wie sie ihr aus den Händen fielen. Es gab Schmerzen unter dem rechten Schulterblatt, im Lenden- und Kreuzbeinbereich und in den Füßen. Sie litt unter Harninkontinenz beim Lachen oder Husten und berichtete von einem pulsierenden Geräusch im Kopf.

### Weitere Beschwerden

Weitere Beschwerden sind jeden Winter tiefe blutende Risse in den Fingerkuppen des Patienten; Hitzewallungen, die ihren Schlaf stören; Trockenheit in der Vagina; Schmerzen im Oberbauch und in der Nabelgegend mit Völlegefühl; und tiefe Akne im Gesicht.

### Krankengeschichte der Beschwerden

Im Jahr 1995 entwickelte der Patient Schwindel und Schmerzen in den Händen. Außerdem entwickelte sie ein Kribbeln und Brennen in linearen Bereichen der Oberarme, Unterarme und Handrücken. Die Schmerzen in den ersten Grundgelenken nahmen so stark zu, dass sie die Ultraschallsonde manchmal nicht mehr bewegen konnte. Plötzlich begann sie aus Gefühllosigkeit, Dinge fallen zu lassen. Eine MRT im Jahr 2006 führte zur Diagnose SM. Der Neurologe empfahl ihr, Aktivitäten wie Gewichtheben und Bauchkrämpfe zu vermeiden, es wurden ihr jedoch keine Therapien/Medikamente verabreicht. Sie hörte auf, einen Chiropraktiker aufzusuchen. Gelegentlich wurden Folge-MRTs durchgeführt.

#### Frühere Krankengeschichte

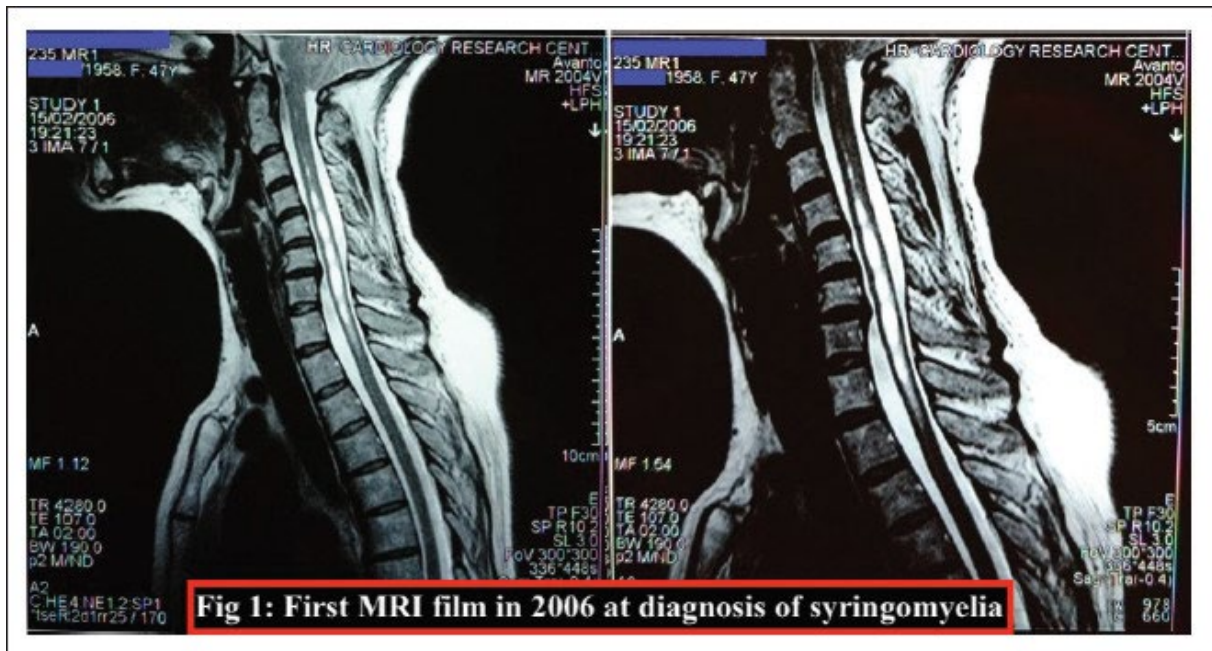
Der Patient litt im Alter von drei Jahren an Hepatitis, hatte im Kindesalter wiederkehrende Mandelentzündungen und gelegentlich Magenschmerzen und entwickelte später wiederkehrende Tracheitis mit hohem Fieber, die zum Zeitpunkt der Konsultation weiterhin in Abständen auftraten. Gegen diese Infektionen wurde sie überwiegend mit Antibiotika behandelt. Im Alter von 20 Jahren ergab eine Magenspiegelung keine Gastritis, sondern eine erhöhte Motilität des Magens. Im Alter von 46 Jahren wurde sie wegen einer linken Nierenkolik mit Lithotripsie behandelt. Mit 52 Jahren hatte sie eine Lungenentzündung und bekam Antibiotika. Sie litt immer noch gelegentlich an einer Grippe mit hohem Fieber. Sie hatte seit ihrem 34. Lebensjahr Schmerzen im Kreuzbeinbereich und suchte wegen dieses Problems einen Chiropraktiker auf. Sie hatte seit der Pubertät Akne.

#### Geburtshilfe und gynäkologische Geschichte

Die Menarche trat bei der Patientin im Alter von 13 Jahren auf. Sie bekam zwei Kinder ohne Vorkommnisse. Im Alter von 22 Jahren unterzog sie sich einer Elektrokoagulation wegen Erosion des Gebärmutterhalses und im Alter von 45 Jahren einer Laserbehandlung wegen Leukoplakie des Gebärmutterhalses. Seit April 2011 hatte sie Wechseljahrsbeschwerden und eine zytologische Untersuchung der Vagina ergab eine Atrophie der Schleimhaut. Sie trug Östrogencreme auf, wie vom Gynäkologen empfohlen, hörte jedoch damit auf, als sich bei ihr eine Schwellung in den Brüsten entwickelte.

#### Familiengeschichte

Der Vater des Patienten litt an Bluthochdruck und starb im Alter von 82 Jahren an der Ruptur eines Bauchortenaneurismas. Ihre Mutter erlitt im Alter von 65 Jahren einen Gehirnschlag, Bluthochdruck und vaskuläre Demenz. Sie starb im Alter von 76 Jahren.



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

Abbildung 1. Erster MRT-Film im Jahr 2006 bei Diagnose der Syringomyelie.

## Diagnose

Bei dem Patienten wurde SM mit Arnold-Chiari-Malformation Typ 1 (ICD10: G95.0) diagnostiziert.<sup>10</sup>

### **MRT: Hals- und obere Brustwirbelsäule am 15. Februar 2006 (Abbildung 1)**

Im Rückenmark befindet sich ein hydromyelischer Hohlraum, der sich von der Höhe des Wirbels C3 bis zum Wirbel T1 erstreckt. Der maximale Durchmesser des Hohlraums beträgt 5 mm. Das Rückenmark unterhalb dieser Ebene hat einen normalen Durchmesser und eine normale Struktur. Die Wirbelkörperhöhe ist normal und es liegen keine fokalen Läsionen vor. Es kommt zu einer Aufrichtung der Halslordose mit Bildung einer pathologischen Kyphose. Die Signalintensität der Bandscheiben der Halswirbelsäule ist vermindert (Hinweis auf Dehydrierung). Es gibt dorsale zentrale Bandscheibenvorsprünge mit einer Größe von bis zu 3 mm und einer leichten Verengung der Zwischenwirbelforamina auf den Ebenen C4–C5 und C5–C6. Es besteht ein umlaufender Bandscheibenvorfall (4 mm dorsal) mit Anzeichen einer Foraminalverengung zwischen den Wirbeln auf beiden Seiten (meist rechts) auf Höhe C6–C7. Es kommt zu einer Absenkung der Kleinhirnanfalten unterhalb des Foramen magnum (eine MRT des Gehirns wird empfohlen).

Hydromyelia auf der Ebene von C3–T1. Osteochondrose der Hals- und oberen Brustwirbelsäule. Bandscheibenvorfall bei C6–C7.

### **MRT: Gehirn und intrakranielle Arterien am 15. März 2006**

Mittellinienstrukturen werden nicht verschoben. Die Größe der Ventrikel ist normal. Es besteht eine leichte Asymmetrie der Seitenventrikel (Sinister > Dexter). Es gibt keine fokalen Läsionen im Gehirn. Subarachnoidalräume werden nicht erweitert. Die Größe der Hypophyse ist normal. Die Stammstrukturen liegen im Normbereich. Die Kleinhirnanfalten erstrecken sich 5 mm unterhalb der Chamberlain-Linie. Die Nasennebenhöhlen sind mit Luft gefüllt. Die

MR-Angiographie der intrakraniellen Arterien ergab keine Hinweise auf einen Verschluss oder ein Aneurysma arteriovenöser Malformationen.

Es gibt keine fokalen Läsionen in der Hirnsubstanz. Eine erneute MRT im Juli 2008 zeigte ein Fortschreiten der Erkrankung.

### **MRT: Gehirn und Halswirbelsäule am 22. Juli 2008**

Das MRT des Gehirns zeigt eine einzelne, kleine (bis zu 3 mm) hyperintensive Läsion in der weißen Substanz des linken Frontallappens in der Nähe des Vorderhorns des Seitenventrikels. Eine zweite kleine Läsion befindet sich an der Grenze zwischen Kortex und weißer Substanz in der linken Kleinhirnhemisphäre. Es wurden keine anderen raumgreifenden Läsionen oder Stellen mit pathologischen MR-Signalen identifiziert. Es kommt zu einer Erweiterung der perivaskulären Virchow-Robin-Räume. Mittellinienstrukturen werden nicht verschoben. Die Ventrikel haben eine normale Position, Form und Größe. Die Seitenventrikel sind asymmetrisch (Sinister > Dexter). Die Basalzisternen sind normal. Der äußere Subarachnoidalraum ist entlang der konvexen Oberfläche der Großhirnhemisphäre ungleichmäßig breit; Es ist im frontal-parietalen Bereich leicht erweitert und in anderen Bereichen normal. Es liegt eine Ektopie der Kleinhirnmandeln vor, die nicht mehr als 6 mm von den hinteren Teilen des Foramen magnum entfernt ist. Die Nasennebenhöhlen sind mit Luft gefüllt.

Die MR-Angiographie der Hirngefäße zeigt keine pathologischen Windungen, Deformationen oder Erweiterungen der Arterien und die Gefäßlumen sind homogen.

### **Arnold-Chiari-Fehlbildung Typ I.**

#### **Anzeichen einer vaskulären Enzephalopathie**

Die MRT der Halswirbelsäule zeigte, dass sich die in früheren Untersuchungen gefundene Syringomyelozyste nun von der Höhe von C3 bis zum oberen Teil des T3-Wirbelkörpers erstreckt. Die Form und Struktur der Zyste (bestehend aus mehreren konfluierenden Zysten mit Septen) entspricht einer früheren Untersuchung vom 5. Dezember 2006. Der maximale Durchmesser beträgt bis zu 7 mm auf Höhe des C7-Wirbels. Die Kontur der Zyste an der Grenze zum normalen Teil des Rückenmarks ist „scharf“ – eine Variante einer Höhle mit niedrigem Druck. Das Hämangiom im hinteren Teil des C7-Wirbels ist in Größe und Form gleich. Anzeichen einer Osteochondrose auf der Ebene der Wirbel C4–C7 mit maximalen pathologischen Veränderungen (hinterer Bandscheibenvorfall) auf der Ebene der Wirbel C6–C7.

SM auf Höhe der Wirbel C3–T3. Osteochondrose der Halswirbelsäule. Hämangiom des C7-Wirbels.

#### **Differenzialdiagnose**

SM kann mit neuropathischen Erkrankungen wie der diabetischen Neuropathie und anderen häufigeren neurologischen Erkrankungen wie dem Guillain-Barré-Syndrom, der amyotrophen Lateralsklerose und der Multiplen Sklerose verwechselt werden.<sup>11</sup> Die Diagnose wurde durch eine MRT des Gehirns und des Rückenmarks bestätigt.

#### **Homöopathische Beratung**

Die Patientin suchte am 24. Juni 2012 eine homöopathische Konsultation auf. Ihre neurologischen Symptome hatten sich auf die zuvor genannte Liste ausgeweitet. Sie hatte auch Wechseljahrsbeschwerden und Dermatitis. Homöopathische Verordnungen

berücksichtigen die Gesamtheit der Symptome und nicht nur die von SM. Dies erstreckt sich auch auf das seelische/emotionale Leiden des Patienten. Eine ausführliche Anamnese ergab, dass sie in der Vergangenheit wiederholt unter schmerzauslösenden Ereignissen gelitten hatte. Sie hatte große Angst, dass ihrer Familie etwas Schlimmes zustoßen würde und sie sterben würde. Sie fürchtete sich vor Anrufen, weil sie schlechte Nachrichten erwartete. Sie hatte plötzlich Angstanfälle und dachte, sie hätte etwas verloren, beispielsweise die Schlüssel zu ihrem Auto. Sie überprüfte immer wieder, ob sie die Türen und Wasserhähne geschlossen hatte.

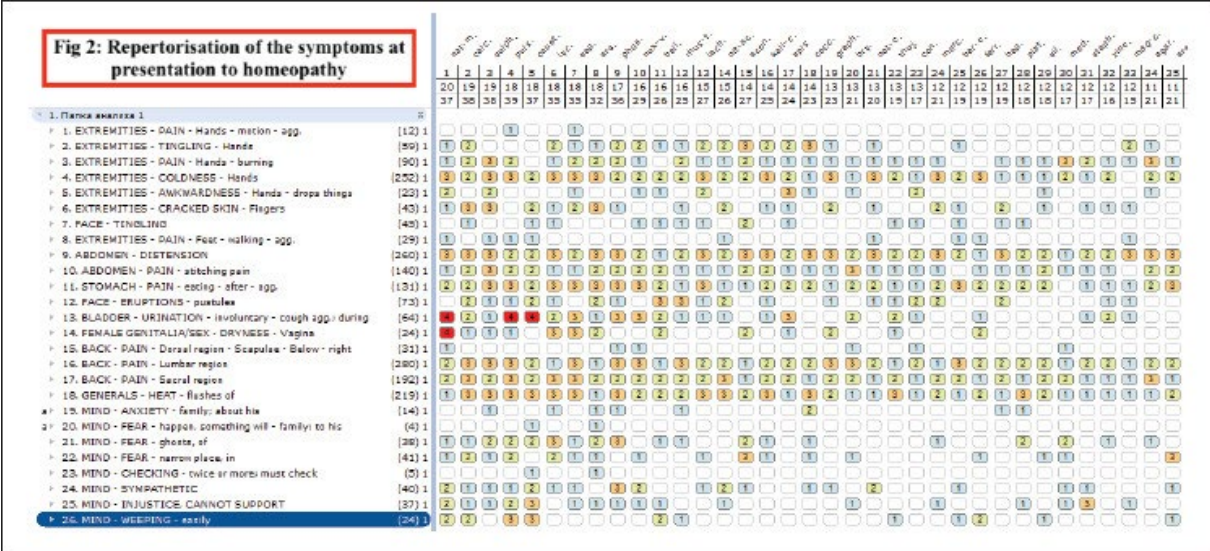


Abbildung 2. Repertorisierung der Symptome bei Vorstellung in der Homöopathie



Abbildung 3. MRT-Filme zum Vergleich von 2008 bis 2020.

Tabelle 1: MRI Veränderungen 2008-2020.

Datum	MRI Gehirn	MRI Wirbelsäule
Cr tk45."4237	<p>Kleine einzelne Bereiche mit hyperintensivem MR-Signal, die sich in den subkortikalen Teilen der weißen Substanz in frontal-parietalen Bereichen und paraventrikulär auf beiden Seiten befinden.</p> <p>Der maximale Durchmesser der Läsion beträgt 2,7 mm. Im subkortikalen Bereich der rechten Gehirnhälfte gegenüber den erweiterten perivaskulären Räumen befinden sich mehrere gruppierte Zysten unterschiedlichen Kalibers mit homogenem Inhalt und einer Größe von bis zu 4 mm. Es gibt keine perifokalen Veränderungen um diese Läsionen herum und sie üben keine raumgreifende Wirkung auf die angrenzenden Hirnstrukturen aus. Auf den diffusionsgewichteten Bildern sind keine aktuellen ischämischen Veränderungen zu erkennen. Die Seitenventrikel sind asymmetrisch, der linke Seitenventrikel ist etwas breiter.</p> <p>Der äußere Subarachnoidalraum entlang der Großhirnhemisphären ist in den frontal-parietalen Bereichen leicht erweitert und in den anderen Bereichen normal.</p> <p>Es besteht eine Ektopie der Kleinhirnmandeln bis zu den hinteren Teilen des Foramen</p>	<p>Deutliche Verbesserung im Vergleich zur Untersuchung vom 22. Juli 2008 – Fehlen von Syringomyelie-Zysten. Es kommt zu einer lokalen Erweiterung des Zentralkanals auf Höhe der Wirbel C2 und C3 (bis zu 1,6 mm in der anteroposterioren Dimension, 6,7 mm bzw. 14 mm in der Länge).</p> <p>Die Wirbelkörperhöhe ist normal. Das MR-Signal ihrer Struktur ist aufgrund der degenerativ-dystrophischen Veränderungen mit posterioren marginalen Osteophyten verändert.</p> <p>Es gibt ein hyperintensives MR-Signal im hinteren Teil des C7-Wirbels – ein Hämangiom gleicher Größe und Form. Es gibt Läsionen mit den gleichen Signaleigenschaften im Körper des C6-Wirbels (5 x 3 mm groß) und im Körper des C4-Wirbels (9 x 5 mm groß).</p> <p>Das MR-Signal aller Bandscheiben ist in T2-gewichteten Bildern reduziert. Auf der Höhe der Wirbel C4–C7 kommt es zu einer Verringerung der Bandscheibenhöhe.</p> <p>Aufgrund des Bandscheibenvorsprungs kommt es zu einer Verengung des rechten lateralen Recessus mit einer Kompression der Wurzel um bis zu 3 mm und einem posterioren</p>

	<p>magnum von nicht mehr als 5 mm. Die Nasenscheidewand ist ausgelenkt. Im Vergleich zur Untersuchung vom 22. Juli 2008 ist ein moderater Anstieg der Läsionszahlen zu verzeichnen. Schlussfolgerung: MRT-Bild der Arnold-Chiari-Malformation Typ I. Anzeichen einer vaskulären Enzephalopathie.</p>	<p>Randosteophyten auf Höhe der Wirbel C6–C7. Auf der Höhe von C6–C7 liegt eine Verhärtung des Ligamentum flavum vor. Es liegt eine skoliotische Abweichung in der Längsachse vor, die Halslordose ist aufgerichtet. Die thorakale kyphotische Kurve ist vergrößert. Es liegt eine leichte keilförmige Deformität des T7-Wirbels vor. Das MR-Signal ihrer Struktur ist durch Dehydrierung verändert. Abschluss: Eine Störung der Statik der Hals- und Brustwirbelsäule. Osteochondrose und Spondylose der Wirbelsäule mit den größten Veränderungen auf der Ebene des Wirbelsegments C6–C7 (mit rechter Bandscheibenvorwölbung und Wurzelkompression). Hydromyelia auf der Ebene der C2- und C3-Wirbel. Im Vergleich zur Untersuchung vom 22. Juli 2008 ist eine deutliche Verbesserung zu verzeichnen – die zuvor sichtbaren Syringomyelie-Zysten auf Höhe der Wirbel C3–T3 fehlen.</p>
Qevqdggt"53."4239	<p>Die Menge und Größe der Läsionen in der subkortikalen und periventrikulären weißen Substanz der frontoparietalen Bereiche sind dieselben wie bei der Untersuchung vom 23. April 2015.</p>	<p>Anhaltende Erweiterung des Zentralkanals auf Höhe der Wirbel C2 und C3. Die Länge des erweiterten Teils ist auf der Höhe des C2-Wirbels gleich (6,7 mm) und auf der Höhe des C3-Wirbels mit 6,2 mm geringer (im Vergleich zu 14 mm bei der vorherigen Untersuchung).</p>



	<p>Es verbleibt eine Erweiterung der perivaskulären Virchow-Robin-Räume mit der Visualisierung einer zystischen Dilatation von bis zu 4 mm auf der rechten Seite.</p> <p>Die Seitenventrikel bleiben asymmetrisch, der linke Seitenventrikel ist etwas breiter.</p> <p>Der äußere Subarachnoidalraum entlang der konvexen Oberfläche der Großhirnhemisphären ist ungleichmäßig breit – er ist in den frontal-parietalen Bereichen leicht erweitert und in anderen Bereichen normal. Es besteht wie zuvor eine Ektopie der Kleinhirnmandeln bis zu den hinteren Teilen des Foramen magnum von nicht mehr als 5 mm.</p> <p>Abschluss: MRT-Bild der Arnold-Chiari-Malformation Typ I.</p> <p>Anzeichen einer Mikroangiopathie ohne negative Veränderungen im Vergleich zur Untersuchung vom 23. April 2015.</p>	<p>Das Hämangiom im rechten Teil des C4-Wirbels ist 8 x 5 mm groß, und das Hämangiom im hinteren rechten Teil des C7-Wirbels ist 10 x 7 mm groß, was im Vergleich zur vorherigen Untersuchung nicht vergrößert ist, und es liegt eine kleine Läsion vor der C6-Wirbel.</p> <p>Anzeichen einer Osteochondrose auf der Ebene der Wirbel C4–C7 mit den größten Veränderungen auf der Ebene der Wirbel C6–C7.</p> <p>Ungleichmäßige Vorwölbung der Bandscheibe am hinteren Halbkreis mit einer maximalen Vorwölbung des rechten Paramedianbereichs von bis zu 3 mm und einer Verengung des rechten Foramen intervertebrale.</p> <p>Ausgeprägte kyphotische Brustkrümmung. Es besteht eine leichte skoliotische Abweichung in der Längsachse. Die Wirbelkörperhöhe ist normal. Durch die degenerativen Veränderungen ist das MR-Signal der Wirbelkörper verändert. Aufgrund der Dehydrierung wird das MR-Signal der Bandscheiben verringert. Es gibt keine dorsalen Bandscheibenvorsprünge.</p> <p>Die Untersuchung im Myelographiemodus zeigt eine Erweiterung der Wurzeltaschen auf Höhe der Wirbel T6–T12.</p> <p>Abschluss:</p>
--	--	--

		<p>Osteochondrose der Hals- und Brustwirbelsäule mit den größten Veränderungen auf der Ebene des Wirbelsegments C6–C7 (hinterer rechter Bandscheibenvorsprung). Hydromyelia auf der Ebene der C2- und C3-Wirbel. Hämangiome in den Wirbelkörpern C4, C6 und C7. Eine Störung der Statik der Wirbelsäule.</p> <p>Gegenüber der Untersuchung vom 23. April 2015 ergeben sich keine negativen Änderungen.</p>
O ctej "47."4242	Nicht durchgeführt	<p>Auf der Höhe des C2-Wirbels wird der zentrale Kanal des Rückenmarks mit einer Breite von bis zu 1 mm und einer Länge von 6 mm sichtbar. Der zentrale Kanal in allen anderen Teilen der Hals- und Brustregion ist nicht erweitert. Es gibt keine Zysten im Rückenmark. Die Wirbelkörperhöhe ist normal. Durch die Osteophyten sind die Wirbelkörperkonturen deformiert (die vorderen Randosteophyten in der mittleren Brustwirbelsäule sind am stärksten ausgeprägt). Die Signalintensität der Wirbelkörper ist aufgrund der degenerativen Veränderungen im Knochenmark heterogen. In den Wirbelkörpern C4, C7 und T6 gibt es Bereiche mit Ansammlungen von Fettgewebe (hypotensiv im STIR-Modus). Aufgrund der Dehydrierung kommt es zu einer</p>

		<p>verminderten Signalintensität der Bandscheiben der Hals- und Brustwirbelsäule.</p> <p>Auf der Höhe von C6–C7 (3,5 mm), C4–C5 und C5–C6 (bis zu 3 mm) gibt es dorsale Bandscheibenvorsprünge auf breiter Basis, die zu einer mäßigen Verengung der Foramina intervertebrale führen. Auf der Höhe von C6–C7 liegt eine mäßige Hypertrophie des Ligamentum flava vor, die zu einer Deformierung des Duralsacks im dorsalen Teil führt.</p> <p>Abschluss: Es gibt keine fokalen Läsionen, Zysten oder eine signifikante Erweiterung des zentralen Rückenmarkskanals. Osteochondrose oder Spondyloarthrose der Hals- und Brustwirbelsäule.</p>
--	--	--

Tabelle 2. Modifizierte Naranjo-Kriterien zur Beurteilung der kausalen Zuordnung des klinischen Ergebnisses zu homöopathischen Interventionen

Nach jeder Frage jeweils die Punktwerte für „Ja“, „Nein“, „Nicht sicher/K.A.“ und „Antwortwert in diesem Fall“

1.

Gab es eine Verbesserung des Hauptsymptoms oder der Haupterkrankung, für die das homöopathische Arzneimittel verschrieben wurde? 2 -1 0 2

2. Trat die klinische Verbesserung innerhalb eines plausiblen Zeitrahmens relativ zur Medikamenteneinnahme ein? 1 -2 0 1

3. Gab es eine anfängliche Verschlimmerung der Symptome? 1 0 0 1

4.

Betraf die Wirkung mehr als das Hauptsymptom oder den Hauptzustand, d. h. wurden andere Symptome letztendlich verbessert oder verändert? 1 0 0 1

5. Hat sich das allgemeine Wohlbefinden verbessert? 1 0 0 1

6.

(A) Richtung der Heilung: Haben sich einige Symptome in umgekehrter Reihenfolge zur Entwicklung der Krankheitssymptome verbessert? 1 0 0 0

6.

(B) Richtung der Heilung: Traten mindestens zwei der folgenden Aspekte auf die Reihenfolge der Verbesserung der Symptome zu: von Organen mit größerer Bedeutung zu Organen mit geringerer Bedeutung, von tieferen zu oberflächlicheren Aspekten des Individuums und von oben nach unten 1 0 0 1

7.

Sind „alte Symptome“ (definiert als nicht saisonale und nicht zyklische Symptome, von denen zuvor angenommen wurde, dass sie verschwunden sind) im Verlauf der Besserung vorübergehend wieder aufgetreten? 1 0 0 1

8.

Gibt es alternative Ursachen (außer dem Medikament), die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu der Besserung geführt haben könnten? (berücksichtigen Sie den bekannten Krankheitsverlauf, andere Behandlungsformen und andere klinisch relevante Interventionen) -3 1 0 1

9. Wurde die Gesundheitsverbesserung durch objektive Beweise bestätigt? (in diesem Fall MRT) 2 0 0 2

10. Hat eine wiederholte Gabe, sofern durchgeführt, zu einer ähnlichen klinischen Verbesserung geführt? 1 0 0 1

Insgesamt 12 Punkte in diesem Fall

Hinweis: Der Kausalitätswert für die Behandlung ist in diesem Fall hoch, was darauf hindeutet, dass die Wirkungen tatsächlich auf eine homöopathische Behandlung zurückzuführen waren

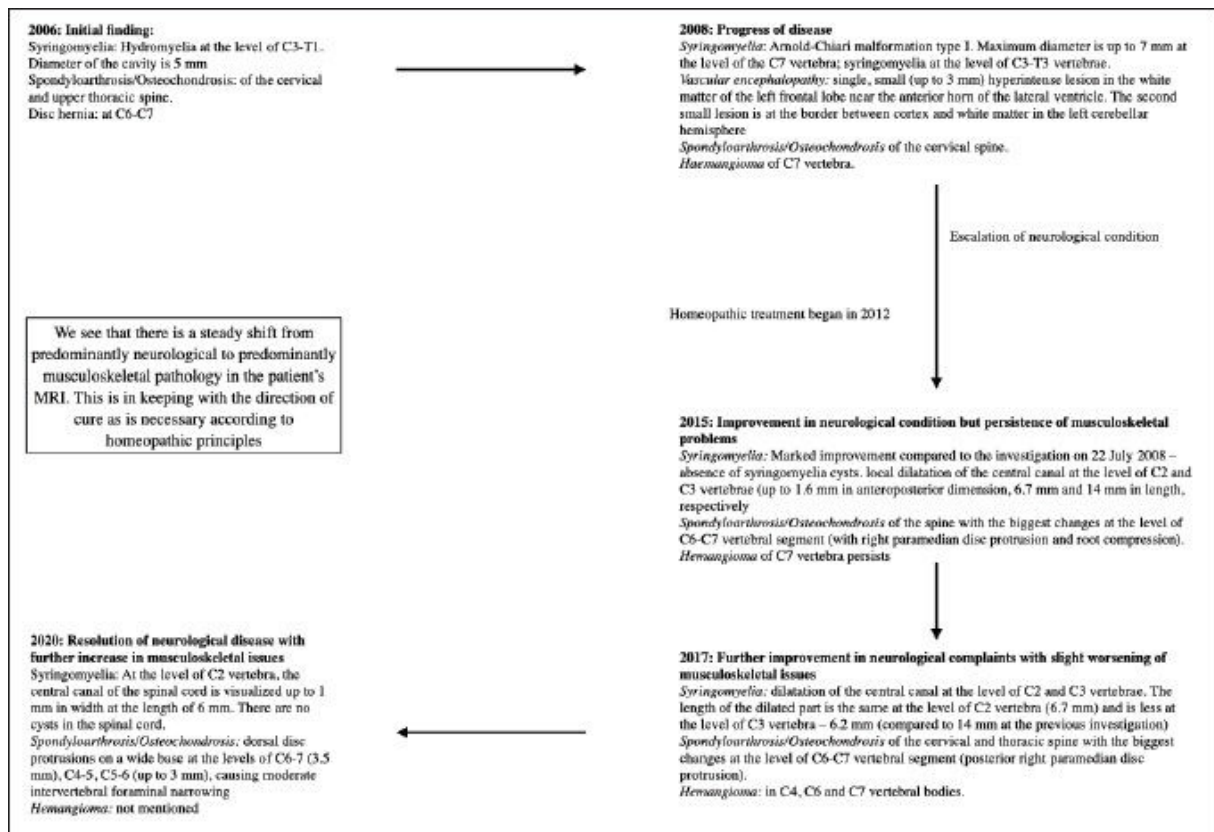


Abbildung 4: Richtung der Heilung wie aus den MRI Berichten ersichtlich

Diese spezifische Art von Angst und Gedächtnisverlust, zusammen mit der Trauergeschichte mit körperlichen Problemen im Nervensystem, deuteten auf das homöopathische Mittel *Causticum hahnemanni* hin (Abbildung 2).<sup>12</sup>

## Rezept

*Causticum* 30 CH, eine Dosis

Der Grund für die Verschreibung von *Causticum* ist, dass die primäre Pathologie bei einem Patienten, der *Causticum* benötigt, anhaltende Trauer ist, die das Immunsystem schwächt. Ein Patient in einem solchen Zustand zeigt Geistesabwesenheit und Nervosität. *Causticum* hat auch das Symptom einer extremen Intoleranz gegenüber Ungerechtigkeit aus Mitgefühl. Darüber hinaus sind rissige Haut und kalte Hände Teil der Prüfung. Das Symptom des unwillkürlichen Wasserlassens beim Husten ist ein Kennzeichen der *Causticum*-Monographie.

## Folgebehandlungen

Nach der Behandlung nahmen die Schmerzen in den Händen der Patientin mit Kribbeln und Brennen für eine gewisse Zeit zu (was in der Homöopathie als „therapeutische Verschlimmerung“ bzw. „Erstverschlimmerung“ bezeichnet wird), aber die Hände wurden wärmer und sie spürte manchmal Hitze in ihren Händen. Die Hitzewallungen nahmen zeitweise zu. Ihr Energieniveau wurde besser. Ihre Stimmung besserte sich und ihre Ängste ließen nach.

Dieser Fall hatte eine lange Nachbeobachtungszeit von acht Jahren mit ständigen Höhen und Tiefen. Sie erhielt von Zeit zu Zeit *Causticum* in verschiedenen Potenzen, wenn sich die Symptome verschlimmerten, mit meist guter Wirkung. Außerdem erhielt sie *Causticum* bei akuten Episoden, etwa bei Trigeminusneuralgie. Als sie an akuten entzündlichen

Erkrankungen wie Erkältung, akuter Mittelohrentzündung, Atemwegsinfektionen und Darminfektionen litt, wurden ihr nur wenige andere Heilmittel verabreicht. Dafür erhielt sie Mercurius solubilis, Arsenicum album, Graphites, Eupatorium perfoliatum und Gelsemium sempervirens. Die Mittelohrentzündung reagierte nicht auf Graphites und sie verwendete antibiotische Ohrentropfen und Steroide.

Sie erlebte in diesen acht Jahren mehrere Traumata und Frakturen, obwohl es keine offensichtlichen Defizite in ihrem Gleichgewicht gab, und erhielt je nach Bedarf Rhus toxicodendron, Ruta Graveolens und Arnica montana. Gegen die Traumata erhielt sie außerdem nichtsteroidale entzündungshemmende Medikamente (NSAIDs). Es gab einmal starke Schmerzen im Kreuzbeinbereich, die bis in die Hüfte, den Oberschenkel und das Knie reichten. Anschließend erhielt sie Meloxicam (NSAID) und Injektionen der Vitamine B1, B6 und B12. Diese Behandlungen, die ihr im Wechsel mit ihren Hauptbeschwerden verabreicht wurden, linderten die Zwischenfälle.

Der Hauptbestandteil ihrer Behandlung war jedoch Causticum, das fast immer ihre Kernsymptome linderte. Dies ist typisch für einen chronisch verlaufenden Fall mit klassischer homöopathischer Behandlung, da bei akuten Erkrankungen möglicherweise ein Bedarf an unterschiedlichen Arzneimitteln besteht, bei chronischen Erkrankungen jedoch nach solchen Episoden möglicherweise die Wiederholung desselben Arzneimittels erforderlich ist, damit der Fall in die richtige Richtung verläuft. Die Rückfälle wurden im Laufe der Jahre immer milder, bis sie sich bei der letzten Nachuntersuchung am 8. Oktober 2020 deutlich besserten.

Der Bericht des Patienten bei der letzten Nachuntersuchung wird ausführlicher beschrieben. Sie hörte auf, Dinge fallen zu lassen, und die Schmerzen in ihren Händen ließen nach. Sie arbeitete freier. Das Kribbeln, Brennen und die Kälte in den Händen waren verschwunden und die tiefen Risse an den Fingern waren verschwunden. Die Akne war weniger schwerwiegend. Die Angst um die Familie war weniger stark. Sie überprüfte nicht so oft. Die Missempfindungen in den Waden, unter denen sie seit Mai 2019 litt, waren nach dem letzten Mittel mehrere Tage lang zurückgegangen, traten aber nach einer Woche wieder auf. Die seit März 2014 gelegentlich auftretende Trockenheit der Augen hielt an. Die Hitzewallungen hielten an. Der Schlaf blieb schlecht und wachte nachts drei bis vier Mal auf, aber sie schlief leichter ein.

Ihre akuten Entzündungszustände wurden im Laufe der Jahre milder als vor Beginn ihrer Homöopathie.

Als die Patientin gebeten wurde, die MRT-Untersuchung des Gehirns zur abschließenden Analyse zu wiederholen, weigerte sie sich, weil sie durch den Eingriff stark beeinträchtigt war und, wie sie selbst sagte: „Ich bin gesund, jung und schön und werde nie wieder eine MRT-Untersuchung durchführen müssen.“

Die Veränderungen im MRT sind in Abbildung 3 und Tabelle 1 dargestellt. Bemerkenswert ist, dass die Syrinxhöhle von 2006 bis 2008 an Größe zunahm und sich nach Beginn der homöopathischen Behandlung zunehmend zurückbildete, wobei die Höhle im letzten MRT vom März 2020 vollständig verödet war .

## **Diskussion**

In diesem Fall von SM mit CM Typ 1 war die klassische individualisierte Homöopathie von Vorteil – wie im MRT zu erkennen war – und eine vollständige Auflösung der Syrinx war

offensichtlich. Die klinischen Anzeichen und Symptome von SM besserten sich zusammen mit der lähmenden Angst, unter der sie litt. Es gab auch eine bemerkenswerte Verbesserung ihres Gedächtnisses, ihrer Dermatitis und ihrer Akne. Auch die häufigen Infekte mit hohem Fieber wurden nach der Behandlung milder. Der Kausalitätswert nach modifizierten Naranjo-Kriterien zur Beurteilung der kausalen Zuordnung des klinischen Ergebnisses zu einer homöopathischen Intervention betrug 12 (Tabelle 2).

Die Theorie der Ebenen der Gesundheit<sup>13</sup> erklärt, dass ein Patient, der mit einem höheren „Gesundheitsniveau“ geboren wurde, trotz schlimmer Diagnosen im Allgemeinen eine gute Prognose hat. Diese Theorie bietet konkrete Methoden zur Kategorisierung des Gesundheitszustands eines Patienten. Trotz einer chronischen neurologischen Erkrankung entwickelte unsere Patientin in akuten Episoden hohes Fieber, ein Hinweis darauf, dass sie sich in einem besseren Gesundheitszustand und einer guten Prognose befand. Dementsprechend wurden in den Folgeuntersuchungen tiefgreifende positive Veränderungen gewürdigt, und sie ging gemäß den homöopathischen Gesetzen in die richtige Richtung (Abbildung 4). Sie ging von einer tieferen Pathologie des Rückenmarks (Nervensystems) zu einer überwiegend vertebrealen Pathologie (Muskel-Skelett-System) über, nämlich von SM zur Spondyloarthrose. Während dies den Patienten weiterhin stören kann und eine Behandlung erfordert, ist die Einschränkung viel oberflächlicher. Dieser Effekt wurde in anderen Fällen mit schwerwiegender Pathologie nachgewiesen, mit der gleichzeitigen Fähigkeit, bei akuten Infektionen hohes Fieber auszulösen.<sup>14</sup> Eine solche Reaktion ist jedoch möglicherweise nicht in allen Fällen zu erwarten.

Das homöopathische Mittel *Causticum hahnemanni* ist bei tiefgreifenden neurologischen Erkrankungen, Angstzuständen, Depressionen und Gedächtnisproblemen angezeigt.<sup>12</sup> Die klassische Homöopathie zeigte zuvor klinische Wirkungen bei tiefgreifenden Pathologien,<sup>14</sup> aber die Wirkungen von *Causticum* sind in der veröffentlichten Literatur begrenzt. Die Einschränkung bestand hier darin, dass keine pharmakologische Wirkung des Mittels nachgewiesen werden konnte, da die Homöopathie nicht auf die Materie, sondern auf die Energiefelder des Organismus einwirkt,<sup>15</sup> eine Perspektive, die noch nicht experimentell nachgewiesen wurde. Es besteht auch eine entfernte Möglichkeit einer automatischen Auflösung, wie sie in seltenen Fällen von SM mit CM beobachtet wird,<sup>9</sup> was unwahrscheinlich war, da sich unser Fall zum Zeitpunkt der homöopathischen Konsultation auf einem fortschreitenden pathologischen Verlauf befand.

### **Fazit**

Dieser Fall von SM mit Arnold-Chiari-Malformation Typ I profitierte von der individualisierten klassischen Homöopathie, wie aus MRT-Berichten ersichtlich und anhand klinischer Anzeichen und Symptome erkennbar. Es besteht Bedarf, die individualisierte Herangehensweise an SM-Fälle wissenschaftlich zu untersuchen.

## Danksagungen

Die Autoren danken Aishwarya Madhusudhan für die technische Unterstützung.

## Erklärung zur Ethik

Für die Veröffentlichung dieses Fallberichts und aller begleitenden Bilder wurde vom Patienten eine schriftliche Einverständniserklärung eingeholt.

## Erklärung widersprüchlicher Interessen

Die Autoren erklärten keine potenziellen Interessenkonflikte in Bezug auf die Recherche, Urheberschaft und/oder Veröffentlichung dieses Artikels.

## Finanzierung

Die Autoren erhielten keine finanzielle Unterstützung für die Recherche, Autorenschaft und/oder Veröffentlichung dieses Artikels.

## ORCID iD

Seema Mahesh

## Literaturverzeichnis:

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.

[Crossref](#)

[PubMed](#)

[Google Scholar](#)

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.

[Crossref](#)

[PubMed](#)

[Google Scholar](#)

3. Borisova N, Valikova I, and Kutchaeva G. *Syringomyelia*. Moscow: Meditsina 1989: 5–150.

[Google Scholar](#)

4. Bogdanov E, and Mendelevich 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.

[Crossref](#)

[PubMed](#)

[Google Scholar](#)

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.

[GO TO REFERENCE](#)

[Google Scholar](#)

6. Milhorat TH. Classification of syringomyelia. *Neurosurg Focus* 2000 March; 8(3): 1.

[GO TO REFERENCE](#)



[Crossref](#)

[Google Scholar](#)

7. Klekamp J. How should syringomyelia be defined and diagnosed? *World Neurosurg* 2018 March; 111: e729–e45.

[Crossref](#)

[PubMed](#)

[Google Scholar](#)

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.

**[GO TO REFERENCE](#)**

[Crossref](#)

[PubMed](#)

[Google Scholar](#)

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.

[Crossref](#)

[PubMed](#)

[Google Scholar](#)

10. ICD-10: World Health Organization. *International statistical classification of diseases and related health problems: Tenth revision*, 2nd ed. Geneva. World Health Organization, 2004.

**[GO TO REFERENCE](#)**

[Google Scholar](#)

11. Al-Shatoury HAH, Galhom AA, Luzzio C. Syringomyelia differential diagnoses. In: Selim R. Benbadis and Francisco Talavera (eds.), *Syringomyelia*. NewYork: WebMD LLC, 2017.

**[GO TO REFERENCE](#)**

[Google Scholar](#)

12. Vithoulkas G. *Materia medica viva Alonissos*. Greece: International Academy of Classical Homeopathy, 2001.

**[GO TO REFERENCE](#)**

[Google Scholar](#)

13. Vithoulkas G. *Levels of health (3rd revised edition) Alonissos*. Greece: International Academy of Classical Homeopathy, 2019.

**[GO TO REFERENCE](#)**

[Google Scholar](#)

14. Mahesh S, Mallappa M, Vithoulkas G. Embryonal carcinoma with immature teratoma: A homeopathic case report. *Complement Med Res* 2018; 25(2): 117–121.

[Crossref](#)

[PubMed](#)

[Google Scholar](#)

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.

**[GO TO REFERENCE](#)**

[PubMed](#)

[Google Scholar](#)