

Die Testparameterkontrollierte Injektion: Diagnostik mit Neuraltherapie

Kurt Gold-Szklarski, Johanna Osztovcics

Neuraltherapie ist Diagnostik und Therapie mit kurzwirksamen Lokalanästhetika. Im folgenden Artikel wollen wir darstellen, wie der diagnostische Aspekt der Methode rational gestaltet werden kann.

Zum Neuraltherapeuten kommen Patienten mit sehr unterschiedlichen Krankheitsbildern. Die größte Gruppe bilden Schmerzpatienten, wobei die meisten an myofaszialen Schmerzsyndromen leiden. Darüber hinaus sollen wir nicht vergessen, wie effizient die Methode bei Störungen der Infektabwehr, der Kreislaufregulation und bei psychovegetativen Beschwerden bis zum „Paniksyndrom“ sein kann. Dabei handelt es sich nur selten um first-line-Behandlungen. Die wirklichen Herausforderungen an die Methode sind Therapieversagen, chronische Leiden oder Patienten mit intermittierenden Verläufen.

In diesen Fällen heißt der Auftrag:

Neustart, Befreiung vom Korsett der bisherigen Diagnose und Neuerstellung einer Arbeitshypothese. Der erste Schritt besteht aus einer neuerlichen umfassenden klinischen Diagnostik: ausführliche, spezifische geführte Anamnese, Inspektion, Palpationsuntersuchung und Funktionsprüfung. Bei allen diesen Diagnoseschritten muss darauf geachtet werden, die Region der manifesten Beschwerden nicht zu priorisieren! Die Analyse trachtet danach, sämtliche erfassbaren Daten in einer möglichst chronologisch geordneten Reihenfolge ohne Bewertung festzuhalten. Besonderes Augenmerk liegt auf segmentalen Funktionsstörungen und auf potenziellen Störfeldern.

Hier steht jeder Therapeut vor dem Problem, die Effektivität seiner therapeutischen Maßnahme prospektiv einschätzen zu können. Diese typische Schwachstelle führte vor allem in der Frühphase der Neuraltherapie dazu, dass Kritiker von „Herumprobieren ohne Konzept“ sprachen und die Methode anzweifelten. Die gängige Praxis, die Effektivität

am Schmerzverlauf zu bewerten, ist nicht zur Therapieplanung geeignet. Einerseits ist Schmerz sehr heterogen, und nur bei manchen Schmerzformen ist mit schnellem Ansprechen zu rechnen. Andererseits gibt es therapierbare Krankheitsbilder, bei denen Schmerzen nicht oder nur in geringem Ausmaß vorhanden sind.

Es gilt also, ein Werkzeug zu implementieren, das eine rationale Basis für die Erstellung eines Therapiekonzepts darstellt. Aus diesem Grunde führten wir als Österreichische Gesellschaft für Neuraltherapie und Regulationsforschung den Begriff der **TKI (Testparameterkontrollierte Injektion)** ein.

Was ist darunter zu verstehen?

Ein Testparameter stellt global gesprochen einen auffälligen klinischen Befund dar, der folgende Eigenschaften hat: Die betroffene Region zeigt deutliche Abweichungen vom Normverhalten (nachzuweisen durch Palpation und Funktionsprüfung), ohne jedoch strukturelle Schäden aufzuweisen. Dies wird in den meisten Fällen durch klinische Untersuchung festzustellen sein, in manchen Fällen kann eine radiologische Bestätigung helfen. Nicht nötig ist, dass die Region manifeste Beschwerden verursacht.

Es liegt also eine dysfunktionale Störung dieser Region vor, die prinzipiell vollständig reversibel ist. Wird sie als Testparameter genutzt, zeigt sie eine rasche Verhaltensänderung bei effektiv durchgeführter neuraltherapeutischer Intervention an der zu testenden Region.

Von einem „harten“ Testparameter spricht man, wenn dieser gut interindividuell erfasst werden kann. Beispiele sind: eingeschränkte Gelenks-ROM (mit dem Goniometer messbar), eingeschränkte Atemexkursion (mit dem Maßband zu bestimmen), ein „weicher“ Parameter dient eher der persönlichen Orientierung des Arztes, wird aber von mehreren Testpersonen nicht in gleicher Art wahrgenommen (aktiver myofaszialer Trigger, Bindegewebszeichen, Asymmetrien etc.).

Ein Beispiel:

Männlicher Patient, 42 Jahre alt, klagt seit Monaten über Schulterschmerzen rechts. Bei der klinischen Untersuchung finden sich Zeichen eines subakromialen Impingements mit Painful Arc und schmerzbedingter Hemmung der Abduktion bei 70 Grad. Die Rotation ist nicht eingeschränkt.

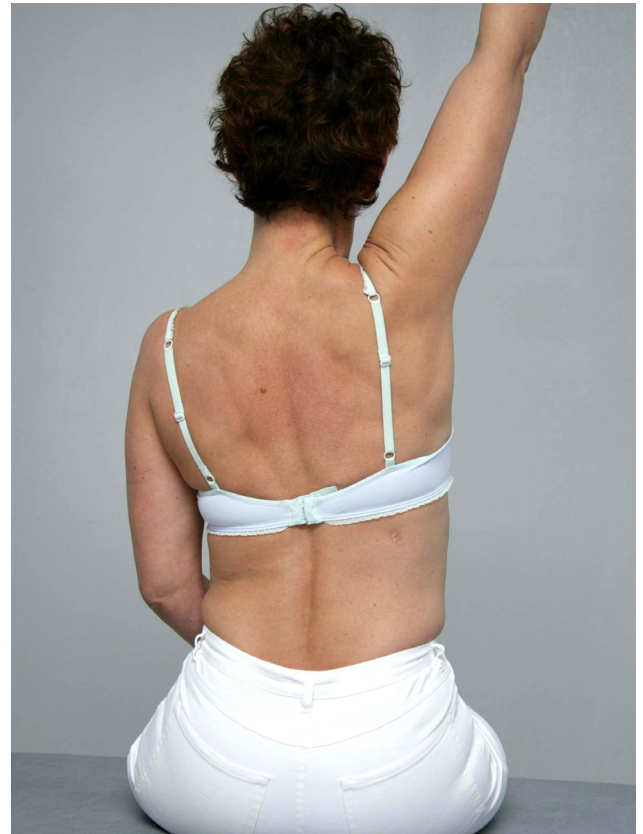
Es kann kein Auslöseereignis beschrieben werden, ein Trauma liegt nicht vor, die Schulter war bisher subjektiv unauffällig.

In diesem Fall wäre die übliche Behandlung mit Verordnung von Analgetika und subakromialer Infiltration (wenigstens vorübergehend) wahrscheinlich ausreichend. Da der Patient aber vor sechs Monaten eine laparoskopische Cholezystektomie hatte, besteht die Möglichkeit eines kausalen Therapieansatzes.

Vorgangsweise:

1. Vermessung des Abduktionswinkels.
2. Infiltration an die Narben nach Lap-CHE.
3. Abwarten, nach fünf Minuten erneut Prüfung des Abduktionswinkels.

Bei diesem Patienten zeigt sich bei der Kontrollmessung eine Verbesserung des Abduktionswinkels auf 90 Grad. Dies ist signifikant, und es ist hervorzuheben, dass am Schulterbereich selbst keine Therapie erfolgt (diese darf auch nicht erfolgen, da sonst das Konzept des Testparameters konterkariert wird!). Die Einschränkung des Abduktionswinkels konnte zum Testen einer möglichen Syndrombeziehung zur CHE



herangezogen werden. Als gesichert gilt der Zusammenhang, wenn in einer weiteren Testsitzung das gleiche Phänomen auslösbar ist. Dies war bei dem Patienten aber nicht nötig, da er in stabiler Remission blieb.

Dieses einfache Beispiel zeigt, wie man klinische Befunde zur Testung von Syndrombeziehungen einsetzen kann, die auf den ersten Blick nicht miteinander zusammenzuhängen scheinen. In diesem Fall diente die erkrankte Region selbst als Testparameter.

Ein weiteres Beispiel:

Eine 51 jährige Patientin klagt über chronischen atypischen Gesichtsschmerz halbseitig links. Bisherige Maßnahmen inklusive zahlreicher Zahnextraktionen, medikamentöser Therapie etc. waren frustan.

Auffällige regionale Befunde:

- HNO-Bereich (Zustand nach Tonsillektomie, chronisch rezidivierende Sinusitis frontalis und ethmoidalis); ZMK-Bereich (Exkraktionsnarben, Narben nach mehreren Wurzelresektionen, kranio-mandibuläre Dysfunktion). Außerdem fand sich noch eine Narbe nach Sprunggelenksverletzung links – die Patientin ist ehemalige Zirkusartistin.
- Klinischen Untersuchung: auffälligster Befund ist

eine virtuelle Beinlängendifferenz (links + 2 cm im Liegen) und eine Seitendifferenz im Patrick-Kubis-Test (links 1/3 eingeschränkt) zu erheben.

Beide wurden als Testparameter ausgewählt, um folgende Fragen zu klären:

1. Hat die Narbe am Knöchel Störfeldcharakter und somit eine funktionelle Bedeutung?
2. Reagiert sie auf regulationsmedizinische Therapie (Injektion von LA)?

Vorgangsweise: Infiltration der Narbe mit 1 % Lidocain, fünf Minuten abwarten, danach erneute Untersuchung der Beckenregion. Dabei war die Beckenverwringung völlig aufgehoben (virtuelle Beinlängendifferenz 0), der Patrick-Kubis Test verlief annähernd seitengleich.

In diesem Fall kann folgende Aussage getroffen werden: Die Knöchelnarbe hat für die Patientin regulatorische Relevanz, da sie Signale emittiert, die zu einem Adaptationsverhalten zwingen. Schaltet man das Signal aus, so verschwinden die Kompensationszeichen für unbestimmte Zeit (gefordert ist zumindest ein halber Tag oder länger). Ob die Narbe auch zu dem Syndrom Beziehung hat, lässt sich jedoch nicht ohne weitere Analyse feststellen, da die Beschwerden nicht im Bereich der Testparameter lagen. Bei dieser Patientin konnte im Follow up festgestellt werden, dass durch die Intervention am Knöchel die Gesichtsschmerzen zu 70 % reduziert werden konnten und erstmals sogar für drei Tage völlig sistierten. So kann rückblickend eine eindeutige Syndrombeziehung festgestellt werden.

Testparameter (in der Neuraltherapie) sind medizinisch-biologische funktionelle Messgrößen, die zur Überprüfung neuraltherapeutischer Interventionen verwendet werden. Die Bedeutung der Testparameter liegt in der Objektivierung der Beeinflussbarkeit von Dysfunktionen über die jeweiligen Segmentgrenzen hinweg. Sie dienen zum Auffinden und Behandeln von nicht a priori ersichtlichen pathologischen Zusammenhängen (Störfelder).

Vorgangsweise:

A Der Therapeut hält folgende Regionen in Evidenz:

1. Region der manifesten Beschwerde
2. Region des Testparameters (kann mit 1 übereinstimmen)

3. Region der neuraltherapeutischen Infiltration – diese soll außerhalb einer segmentalen Beziehung zu 2 liegen!

B Keine Vorbehandlung in der Region 1 zu Beginn der Testsitzung.

C Initiale Vermessung des Testparameters (Reg. 2)

D Durchführung der Testbehandlung (an der Therapielokalisation; dies können sowohl fernliegende Segmentstörungen als auch Störfelder sein).

E Nachvermessung des Testparameters.

Reagiert der Testparameter innerhalb von wenigen Minuten mit einer deutlichen Änderung seines Verhaltens, so stellt das ein „funktionell zeitnahes Phänomen“¹ dar. Daraus kann gefolgert werden, dass der Patient in der Lage ist, auf regulationsmedizinische Behandlung zu reagieren. Liegt der Testparameter im Syndromgebiet, so kann direkt geschlossen werden, dass eine Syndrombeziehung zur getesteten Lokalisation besteht. Besonders deutlich wird dies, wenn das Phänomen in mehreren Sitzungen reproduzierbar ist.

Liegt der TP nicht im Syndromgebiet, dann ist seine Verhaltensänderung ein Zeichen dafür, dass ein für den Organismus relevantes Störfeld behandelt wurde. In diesem Fall kann aber nicht direkt auf die Wertigkeit für das aktuelle Syndrom geschlossen werden. Dies ist erst durch Nachevaluation des Patienten und die meist verzögert einsetzende Änderung des Beschwerdebildes zu konstatieren.

KONKLUSIO

Testparameter nützen dem Arzt, die Zweckmäßigkeit seiner neuraltherapeutischen Intervention besser einschätzen zu können. Sie stellen ein einfaches diagnostisches Werkzeug dar, mit dessen Hilfe die Planung der Therapie rationeller zu gestalten ist. Retrospektiv kann man mit dieser Vorgangsweise beweisen, kausal-therapeutisch tätig gewesen zu sein. Die TKI ermöglicht somit die Erstellung eines rational begründeten Therapiekonzepts und hilft bei der Differenzierung der seltenen somatoformen Störungen.

¹ Während das „Sekundenphänomen nach Huneke“ ein blitzartiges Sistieren der Beschwerden beschreibt und sehr selten auftritt, ist das „funktionelle zeitnahe Phänomen“ bei jeder gelungenen neuraltherapeutischen Intervention zu fordern.