



Neuraltherapie bei Schmerzzuständen

Niederschwelliger Zugang zu einer Primärversorgung

Eine große heterogene Gruppe von PatientInnen riskiert heutzutage, ein chronisches Leiden zu erwerben. Hierzu zählen erstens diejenigen, die aus Angst um ihren Arbeitsplatz auf Krankenstand sowie auf eine suffiziente Behandlung verzichten und Analgetika-Abusus betreiben. Zweitens gehört dazu die Unzahl von Menschen, die entweder auf Termine bei SpezialistInnen oder auf einen solchen in einer apparativen Einrichtung warten. Drittens seien PatientInnen erwähnt, deren Leiden zwar als „abgeklärt“ gilt, denen jedoch als Therapie lediglich NSAR vorgeschlagen wurden. Nicht zuletzt werden Leidenszustände ohne Schmerzen, z. B. Infekte, durch frühzeitige suppressive Therapieformen und konsequente Antipyrese in die Chronizität getrieben. Eine suf-

fiziente Primärversorgung ubiquitärer Schmerzzustände bietet die Neuraltherapie.

Fahrlässige Chronifizierung

Auf Schmerzkongressen und Schmerztageungen sind chronische SchmerzpatientInnen ein beliebtes Thema. Solche zu heilen oder deren Schicksal zu verbessern, bringt Ruhm und Ehre, nicht zuletzt sind viele PatientInnen bereit,



Autor:
Dr. Kurt Gold-Szklarski
Arzt für Allgemeinmedizin,
Wien

für ihre Genesung einen erheblichen finanziellen Aufwand zu leisten. Wie kommt es jedoch zu diesen chronischen, oft frustranen Fällen? Anders als schicksalhafte Ereignisse wie Unfälle etc. entwickeln sich viele chronische Störungen schleichend und unbemerkt. Die Symptome werden lediglich als störend empfunden und erregen in der Regel weder die Aufmerksamkeit der PatientInnen noch jene der behandelnden ÄrztInnen. Weiters entwickeln sich chronische Störungen nicht selten parallel zu einer Haupterkrankung. Letztere erregt allgemeines Interesse, während die Begleitstörungen oft unbeachtet bleiben. Häufige Beispiele finden sich in der Traumatologie, im perioperativen Management, aber auch in den Begleitumständen u. a. internistischer oder gynäkologischer Erkrankungen.

Wartezeiten oder ein zu später Behandlungsbeginn sind in etlichen Fällen die Folge mangelnder Aufmerksamkeit der PatientInnen. Leider resultieren sie auch häufig aus der Trägheit des Systems. So warten KassenpatientInnen in Österreich meist länger als drei Wochen auf einen Ersttermin bei „SpezialistInnen“ und einen bis mehrere Monate auf eine interventionelle Therapie oder einen operativen Eingriff.

Eine beachtliche Zeitspanne verstreicht zudem im Verlauf sogenannter „Abklärungen“, welche nicht selten vorrangig der forensischen Absicherung dienen und den PatientInnen lediglich einen klingenden Syndrombegriff und einen deprimierenden Behandlungsvorschlag liefern. Sowohl die vorläufigen symptomabschwächenden Maßnahmen als auch die abschließenden Therapievor schläge bestehen aus Analgetika, NSAR plus Protonenpumpenhemmern, gelegentlich aus physikalischen Therapien (meist ohne spezifischen Vorschlag) und aus Opioiden sowie Psychopharmaka. Weder bei der Diagnostik noch bei der Therapie werden funktionelle bzw.

„Die Neuraltherapie eignet sich hervorragend als First-Line-Behandlung ubiquitärer Schmerzzustände, aber auch vieler anderer Leiden.“

regulatorische Gesichtspunkte berücksichtigt!

Dauerfeuer der Schmerzafferenzen

Was sich körperlich abspielt, sei am Beispiel einer Verletzung skizziert: Der lokale Dauerreiz bewirkt die Freisetzung von Protonen, algogenen Ionen, freien Radikalen und ATP. Durch die Ankurbelung des Arachidonzyklus werden COX1 und COX2 produziert und das aktivierte Kallikrein-Kinin-system erzeugt Kinine, Histamin und NGF. Die auf diese Weise entstandene „Entzündungssuppe“ führt über die Freisetzung von Neuropeptiden (Substanz P, GCRP) zu Hyperalgesie und einem C-faservermittelten Dauerfeuer der Schmerzafferenzen. Die im Rahmen jener peripheren Sensibilisierung produzierten extrazellulären Kinasen (ERK) zeichnen für ein allgemeines Krankheitsgefühl verantwortlich. Das Hinterhorn bleibt wegen der dominierenden C-Afferenzen geöffnet, somit ist der Weg für Genexpression und zentrale Chronifizierung frei.

Zentral werden ruhende Glutamatrezeptoren vom Typ NMDA aktiv und führen zur sogenannten „Early-Long-Time-Potentiation“ (LTP). Ebenfalls zentral freigesetzte Neuropeptide ziehen eine Volume Transmission und damit eine Vergrößerung des rezeptiven Feldes der WDR-Neuronen nach sich. Schließlich setzt nach einer gewissen Zeit eine Proteinsynthese ein – es entstehen dauerhafte neuroplastische Veränderungen (Late-LTP). Resultate dieses Circulus vitiosus umfassen sowohl morphologische Schäden als auch den Aufbau eines Schmerzgedächtnisses auf verschiedenen Ebenen.

Neuraltherapie als Primärversorgung

Viele der oben angeführten Therapie-vorschläge eignen sich nicht oder kaum zur Vermeidung eines Schmerzgedächtnisses! Zusätzlich ruft ein unkritischer Gebrauch der Substanzen erhebliche – teilweise lebensbedrohliche – Nebenerscheinungen hervor (NSAR, Steroide). Opiate und Opioide werden von

Schmerzambulanzen und stationären Einrichtungen tendenziell mit zu hohen Startdosen angewendet, während der niedergelassene Bereich sie zu zögerlich verordnet (das gilt für Österreich). Oft stellen Nausea und eine herabgesetzte Vigilanz die einzigen bemerkbaren Effekte dar.

Für die Primärversorgung ist also ein Therapieprinzip vonnöten, welches ÄrztInnen, die als Erste mit einer Störung konfrontiert werden, ein geeignetes Werkzeug bietet, um rasch zu agieren. Ein solches muss schnell und leicht verfügbar sein, darf durch den sofortigen Einsatz die laufende Analyse nicht behindern, muss lokal oder systemisch einsetzbar sein, sollte möglichst wenig Nebenwirkungen haben, kostengünstig und nicht zuletzt auch wirksam sein!

Die Neuraltherapie wird vielen der genannten Anforderungen gerecht. Während NSAR eine periphere Sensibilisierung lediglich abschwächen, vermag die neuraltherapeutische Injektion sämtliche Aspekte dieses Geschehens zu antagonisieren. Die Regeneration der Matrix als Folge einer gezielten LA-Injektion wird durch die unmittelbare Änderung des Palpationsbefundes ebenso bestätigt wie durch die häufige Äußerung der PatientInnen, eine deutliche Erleichterung zu empfinden (spontanes Nachlassen des Krankheitsgefühls, „Es fällt mir eine Last von den Schultern ...“). Die Diagnostik fußt vorwiegend auf einer funktionell orientierten Fünf-Sinne-Diagnostik mit besonderer Betonung der Anamnese und der Palpation. Auch das dient der schnellen Einsetzbarkeit, weil apparative Diagnostik primär eine geringe Rolle spielt und nach einer Startbehandlung ebenfalls vollzogen werden kann. Weitere Vorteile sind ein äußerst günstiges Risikoprofil, der kausale Therapieansatz (Störfeld-Elimination), fehlende Immunsuppressivität und vernachlässigbare Substanzbelastung.

► Infobox: Der Circulus vitiosus chronischer Schmerzstörungen

- Bagatellisierung durch PatientInnen
- Bagatellisierung durch TherapeutInnen
- Noncompliance
- Angst um den Arbeitsplatz
- Angst vor der Therapie

Schwachstellen der Versorgungssituation

Wenngleich sämtliche NeuraltherapeutInnen die Neuraltherapie als First-Line-Behandlung anwenden, so hat die derzeitige Versorgungssituation dennoch zahlreiche Schwachstellen:

1. Die First-Line-Einsetzbarkeit wird stumm akzeptiert, jedoch zu selten publiziert.
2. Die Information über ihre hervorragende Wirkung bei schnellem Einsatz ist kaum bekannt, speziell an Zentren zur Primärversorgung wie in Ambulanzen, Schmerzeinrichtungen etc.
3. Der unkritische Einsatz einer Kombination mit Steroiden macht viele Vorteile der LA-Injektion zunichte.
4. Viele der primär zu versorgenden PatientInnen sind nicht in der Lage, ihre Behandlung privat zu bezahlen. Die einfachen TLA-Techniken sollten in den Leistungskatalogen der Krankenversicherungen vertreten sein!

Lange Erfahrung

Abschließend möchte ich anmerken, dass ich als Allgemeinmediziner seit über 30 Jahren die Neuraltherapie als First-Line-Behandlung bei mittlerweile mehr als 15.000 PatientInnen kurzfristig oder intermittierend über lange Zeiträume angewendet habe. Anfangs fand in Österreich vorwiegend ein Procain-Mischpräparat Verwendung, seit geraumer Zeit steht ein reines Lidocainpräparat zur Verfügung. Bei einem Jahresverbrauch von > 30 Litern (!) verzeichnete ich – bis auf einen Fall einer definitiven LA-Allergie – lediglich vasovagale Reaktionen sowie harmlose Hämatome. Mein Bedarf an injizierbaren NSAR lässt sich durch die mir gelieferten ÄrztInnenmuster suffizient abdecken, Steroide werden nur bei wenigen Indikationen eingesetzt. Etwa 30% der auf diese Weise behandelten PatientInnen finden mit dem besagten Management nicht das Auslangen und bedürfen einer Polypragmasie sowie einer interventionellen Therapie. <

Literatur beim Verfasser.