

Neuraltherapie

Erweiterung des Therapiespektrums

Die Neuraltherapie ist ein Verfahren, bei dem durch Injektion von Lokalanästhetika funktionelle Störungen behoben werden sollen. Dabei ist die wichtigste Behandlungsform die Injektion in beziehungsweise um störfeldverdächtige Areale wie Narben und chronisch erkrankte Organe.

Neuraltherapie (NT) ist ein Therapieverfahren, das in Europa seit etwa 100 Jahren existiert. Ursprünglich stammt es aus der Anästhesiologie, daher war über lange Zeit die Meinung verbreitet, die erzielten Effekte beruhten ausschließlich auf einer lokalanästhetischen Wirkung. Neue Erkenntnisse der Schmerzforschung und Arbeiten über alternative Wirkungen von Lokalanästhetika (LA) widerlegen diese Auffassung.

Haupteinsatzgebiet für NT sind funktionelle Störungen. Darunter sind alle Erkrankungen zu verstehen, deren Symptomatik durch nichtphysiologische Signalbefehle gestartet und unterhalten wird. In Fällen, wo noch keine morphologische Störung vorliegt, kann die NT kausal und mit kurativem Ansatz eingesetzt werden (Ziel: stabile Remission). Bei Beschwerdebildern mit strukturellen Schäden ist der Einsatz adjuvant/palliativ (Ziel: Beschwerdelinderung, Medikamentenreduktion, bessere Lebensqualität).

Die wesentlichen diagnostischen Schritte des Neuraltherapeuten bestehen aus Anamnese, Inspektion, Palpation, Funktionsprüfung, Differenzialdiagnostik und testparameterkontrollierter Injektion. Ziel des Analysegangs ist das Auflisten segmentaler und



Dr. Kurt Gold-Szklarski

Arzt für Allgemeinmedizin, Wien
Fortbildungsreferat der ÖNR

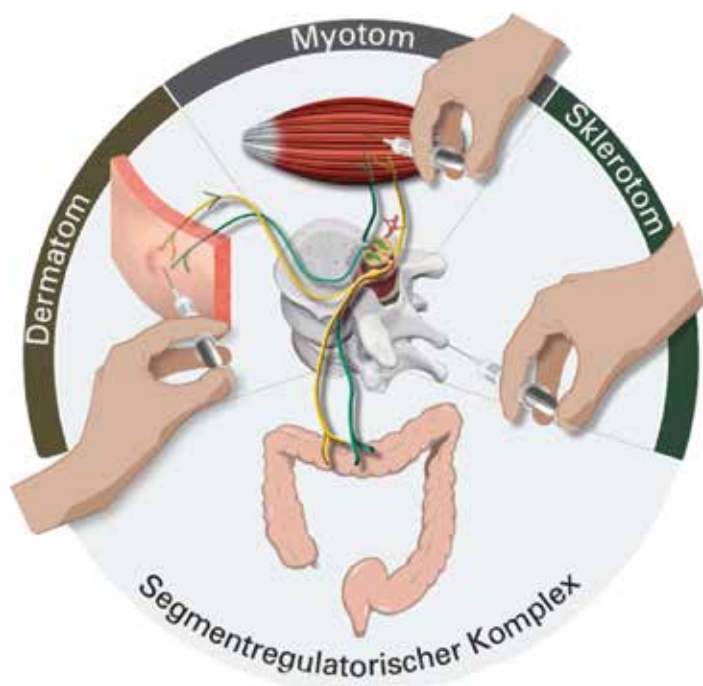
suprasegmentaler Störungen und Therapielokalisationen. Dabei gilt das Hauptinteresse dem Aufdecken sogenannter Störfelder, die mit dem Syndrom in Beziehung stehen. Störfelder nennt man Areale, in denen eine subtile chronische Entzündung besteht und die permanent schwache Signale emittieren (Synonyme: Silent Inflammation, Low Grade Inflammation, Parainflammation).

Die testparameterkontrollierte Injektion kann für verschiedene Zwecke herangezogen werden:

a. Segment- und Etagediagnostik: Injektionen an segmentalen Strukturen zeigen die Bedeutung des getesteten Segments für das aktuelle Syndrom. Ist das betreffende Segment führend, so kann schon mit einer Applikation oder wenigen Wiederholungen eine stabile Remission erzielt werden. Gelingt das, so ist die Diagnose „benignes nozizeptives Schmerzsyndrom“ zulässig, und weitere diagnostische Maßnahmen sind vorerst nicht erforderlich. Verbessert sich die Symptomatik des Patienten nur kurz oder gar nicht, dann muss mit einer anderen Art der Erkrankung gerechnet werden (yellow, red flag). Tumorbedingte Syndrome sprechen auf die Segmentdiagnostik mit LA kaum oder nur für sehr kurze Zeit an; neuropathische Störungen können verbessern, sprechen aber meist verzögert (nach einigen Sitzungen) an.

b. Testinjektionen zur Darstellung von Syndrombeziehungen:

Zu dieser Prozedur muss man sogenannte Testparameter festlegen. Dies können hypertone Muskeln, aktive Trigger Points, eingeschränkter Gelenks-ROM, komplexe Funktionsstörungen (gestörte Atemmechanik), Beckenverwringung, segmentale Blockierungen et cetera sein. Vorgangsweise: Initial wird die Funktionsstörung erhoben – sie darf nicht vorbehandelt werden! Dann appliziert man eine Testinjektion an den vermuteten Syndrompartner. Verändert sich der Zustand ▶



des Testparameters (unmittelbar nach Injektion oder verzögert) und ist dies reproduzierbar, dann besteht sicher eine Beziehung der getesteten Region zum Syndrom. Diese Testanordnung kann verwendet werden, um a) multisegmentale Syndrome zu entschlüsseln, b) Störfeld-Syndrom-Beziehungen aufzudecken.

Technisch gesehen ist die neuraltherapeutische Behandlung eine Applikation von Injektionen kleiner Mengen eines kurzwirksamen LA an speziellen Therapielokalisationen nach eingehender klinischer Analyse. Man unterscheidet **segmentale Techniken** wie intrakutane Quaddeln, subkutane Depots, intramuskuläre Infiltrationen inklusive Injektionen in myofasziale Triggerpunkte, Infiltrationen in Bänder und Insertionen, Injektionen an Knochenvorsprünge, Facetengelenke und peri-/intraartikuläre Injektionen. Auch die Injektion an den Spinalnerv gehört zu den segmentalen Techniken. **Suprasegmentale beziehungsweise systemische Techniken** sind Injektionen an vegetative Ganglien (Ggl. *stellatum*, *cervicale superius*, *sphenopalatinum* ...), die intravenöse/perivaskuläre Injektion und die Infusion. **Die wichtigste Behandlungsform** stellt die **Injektion in/um störfeldverdächtige Areale**, besonders Narben, chronisch erkrankte Organe wie Tonsillen oder Nasennebenhöhlen et cetera dar.



Indikationen sind sämtliche nozizeptive Schmerzsyndrome, besonders des Bewegungsapparates. Dazu kommen: Kopfschmerz und Migräne, funktionelle abdominale Schmerzen und Reizdarmsyndrom, Pelvic Pain, perimenstruelle Beschwerden und Schmerzen im Verlauf von Gravidität und Geburtsvorgang, Wundheilungsstörungen, chronisch rezidivierende Infekte, dysregulatorische Zustände wie Palpitationen, funktionelle Dyspnoe und psychiatrische Indikationen wie Paniksyndrom, Schlaf- oder andere Biorhythmusstörungen sowie Depression. NT eignet sich zur Primärversorgung und zur Differenzialdiag-

nostik bei chronischen Leiden. Besonders hervorzuheben ist die Differenzialdiagnostik und der kritische Umgang mit Diagnosen wie „dysfunktionaler Schmerz“, „Fibromyalgie“ et cetera. In diesen Fällen darf die Diagnose erst nach Ausschluss eines störfeldbedingten Geschehens gestellt werden!

Absolute Kontraindikationen sind: schwere Herzinsuffizienz NYHA 3 und 4, AV-Block höheren Grades, Myasthenia gravis (für Anwendung von Procain) und nachgewiesene Allergie gegen LA. Bedingt kontraindiziert ist NT bei Koagulopathien und bei antikoagulierten Patienten. Nicht indiziert ist NT bei erblichen Erkrankungen, hämatologischen und immunologischen Systemerkrankungen.

Typische Nebenwirkung ist die vasovagale Reaktion mit Blutdruckabfall und gelegentlich kurzzeitiger Bewusstlosigkeit. Hierauf muss bei der Lagerung und Aufklärung, aber auch in der Nachsorge geachtet werden. Ansonsten sind, abgesehen von Hämatomen und Injektionsschmerz, kaum bedeutsame Nebenwirkungen zu erwarten. Bei Überdosierung oder Injektion zu großer Mengen LA intravasal können kardiovaskuläre NW (Arrhythmie, Bradykardie) und zentralnervöse NW (Metallgeschmack, Somnolenz, tonisch-klonische Krämpfe) auftreten. Gefährlich sind unbeabsichtigt erfolgte Spinalanästhesien oder tiefe paravertebrale Hämatome. Diese sind jedoch eher als Therapeutenfehler zu bezeichnen und sollten bei *Lege-artis*-Applikation nicht vorkommen. In Österreich gab es in den letzten 30 Jahren keinen methodenbedingten Todesfall.

Zum Einsatz kommen im extramuralen Bereich 1 % Lidocain und 1 % Procain ohne Zusatz von Stabilisatoren, Vasokonstriktoren et cetera. In bestimmten Indikationen wird Steroid beigemischt (Frozen Shoulder, akuter Diskusprolaps ...). Die in vielen Zentren traditionell durchgeführte obligate Steroidbeimengung zu allen Injektionen ist unnötig, erhöht das Risiko und ist nicht als neuraltherapeutische Injektion zu bezeichnen. Einige Zentren sind aufgrund der überzeugenden Ergebnisse bereits zur Anwendung der reinen LA-Injektion übergegangen.

NT kann mit sämtlichen anderen Therapieverfahren kombiniert werden und eignet sich daher gut für ein multimodales Setting. Sie stellt im Rahmen der Schmerztherapie eine kausale Methode dar, das heißt,

es können in einigen Fällen Ursachenfindung und -elimination betrieben und das Syndrom kann wirksam terminiert werden! Man kann NT aber auch adjuvant und palliativ einsetzen. Aufgrund der stimmungsaufhellenden Wirkung und Verbesserung der Vigilanz verbessern sich bei der Behandlung oft auch begleitende depressive Symptome oder Stimmungs labilität.

Im letzten Jahrzehnt gewann man neue Erkenntnisse über die nichtlokanalästhetischen Wirkungen von LA, aber auch über Genese und Mechanismen von Schmerz und Schmerzentstehung. So sind Schmerz und (minimale) Entzündung nicht zu trennen, und viele therapeutische Effekte der therapeutischen Lokalanästhesie lassen sich viel besser über ihre antiinflammatorische als über ihre anästhesiologische Wirkung erklären. LA sind potente antiinflammatorische Agenzien, die eine physiologische Signalmodulation gestatten und in regulationsmedizinischer Hinsicht den Steroiden überlegen sind.

Zu den wesentlichen Schmerzübertragungsmechanismen zählen aus heutiger Sicht neben der neuronalen Schiene die inflammatorische Reizübertragung (über proinflammatorische Zytokine) sowie rein mechanische Übertragungswege (Mechanotransduktion via Faszien, Ligamenten, Muskelketten). Dabei ist in all diesen Fällen das Ergebnis natürlich nicht von der neuronalen Leistung zu trennen. Unser Körper verfügt über ein hochsensitives ultravernetztes Abtastsystem, das den gesamten Körper permanent scannt und sämtliche gewonnenen Informationen ständig „ins Netz stellt“. Daher muss man davon ausgehen, dass Irritationen durch Störfelder systemisch wirken und nicht nur ipsilateral oder in Bezug auf spezielle Regionen. Ebenso stehen sogenannte segmentale Erkrankungen immer in Beziehung zum gesamten Körper und der Persönlichkeit des Patienten. Wenn also die lokale oder segmentale Behandlung nicht den gewünschten Erfolg bringt, sollte man an multisegmentale Syndrome denken und nach Begleitstörungen fern vom *Locus dolendi* fahnden. Und wenn auch das nicht hilft, sollte immer die Frage „störfeldbedingtes Syndrom ja/nein?“ gestellt werden. In diesem Sinne kann die Neuraltherapie Manualtherapeuten, Osteopathen, physikalischen Medizinern und Orthopäden eine diagnostische Hilfestellung bieten, die geeignet ist, mit geringem Aufwand und Risiko das Behandlungsergebnis zu optimieren.