

Zwei weitere Fälle von cerebralem Anfallsleiden

Von Michael Hadulla und Olaf Richter

18

Zusammenfassung

Berichtet wird zunächst über einen 5¹/₂-jährigen Jungen mit cerebralem Anfallsleiden (Rolando Epilepsie). Unter der Gabe von *Calcarea carbonica* und *Opium* zunächst Besserung, dann unter *Sulphur* anfallsfrei und auch Normalisierung des EEG's. Der zweite Fall beschreibt die Kasuistik eines 8-jährigen Jungen mit cerebralem Anfallsleiden bei Mehrfachbehinderung. Unter Frisium® (Clobazam) keine Anfallsfreiheit, aber verstärkte Nebenwirkungen, u.a. zunehmende Verhaltensstörungen. Nach *Tuberkulinum* und *Silicea* ist der Patient anfallsfrei.

Schlüsselwörter

Cerebrales Anfallsleiden, Rolando Focus, Anfallsleiden bei Mehrfachbehinderung, Frisium®-Therapie, homöopathische Therapie.

Summary

At first we report about a 5¹/₂ years old boy suffering from epileptic seizures (focal-partial-cerebral seizures with Rolando-focus). As a result of *Calcarea carbonica*, *Opium D 200* and *Sulphur* the seizures disappeared clinically, also no further hypersynchronous activity in EEG could be found. The second case reports about a 8 years-old boy suffering from epileptic seizures and multiple cerebral defects. As a result of an antiepileptic treatment (Frisium® – Clobazam) increasing behaviour disorders as side effects. By homoeopathic treatment with *Tuberkulinum* and *Silicea* the seizures disappeared.

Keywords

Epileptic seizures, Rolando-focus, epileptic seizures with multiple handicap, side-effects of Frisium®, homoeopathic treatment.

Fallbeispiel 1

Es handelt sich um den 5¹/₂ jährigen Max L. Mit Beginn des dritten Lebensjahres traten fokale Krampfanfälle auf mit tonisch klonischen Zuckungen im Bereich der linken Schulter und des linken Armes bei reduziertem Bewusstsein, einer Gesamtdauer von insgesamt 10 Minuten und mit Rolando Fokus im EEG. Es erfolgte eine neuropädiatrische Abklärung in der Ambulanz eines Kreiskrankenhauses.

Befund

Unter anderem brachte ein craniales Computertomogramm (CT) und eine Magnetresonanztomographie (MRT) keine organische Verursachung zu Tage. Im EEG ergab sich jedoch folgender Befund (Originalzitat):

„Zusammenfassung: Bei Ableitung nach Schlafentzug am bereits sehr müden Jungen findet sich eine unregelmäßige Thetaaktivität um 5–6/sec. sowie ausgeprägte Betawellenüberlagerung, ferner angedeutete Schlafrythmen. Sehr rasch polymorphe Frequenzverlangsamung, recht lebhafter Sharp-wave bzw. Sharp-slow-wave Fokus mit Betonung über den parasagittalen Ableitpunkten rechts und deutlicher Begleitdysrhythmie. Im Verlauf sowohl Zunahme der hypersynchronen als auch der Betawellenüberlagerung mit Ausbreitung des Sharp-wave respektive

Sharp-slow-wave Fokus teilweise über die ganze rechte Hemisphäre. Im Verlauf Eintritt in ein Schlafstadium B bis C mit gut ausgeprägten Schlafspindeln, teilweise auch in Verbindung mit Vertexwellen. Für den Rest der Ableitung Verharren in einem Schlafstadium C. Regelrechte Weckreaktion.

Beurteilung: Müdigkeits- und Schlafableitung nach Schlafentzug eines 4 8/12 Jahre alten Jungen mit im Schlaf deutlich aktiviertem Sharp-wave respektive Sharp-slow-wave Fokus mit punctum maximum über den centro-temporalen Ableitpunkten im Sinne eines Rolando-Fokus, jedoch teilweise Ausbreitung über die gesamte rechte Hemisphäre.“

Aus den damaligen Arztberichten sei weiter folgende Passage wörtlich zitiert:

„Diagnose: Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische (G 40.1 nach Katalog ICD 20) fokale Krampfanfälle.“

Beurteilung: Klinischer Zustand nach 3.–4. fokalem Krampfanfall aus dem Schlaf heraus, diesmal tonisch klonische Zuckungen im Bereich der linken Schulter und des linken Armes bei reduziertem Bewusstsein von einer Gesamtdauer von insgesamt 10 Minuten. Angesichts der niedrigen Anfallsfrequenz empfehlen wir weiterhin ein zunächst abwartendes Verhalten, bei Anfallszunahme ist jedoch eine antikonvulsive Medikation mit Ospolot® empfohlen.“

In den nachfolgenden Monaten kam es noch zweimal zu Anfällen von ca. 5 Minuten Dauer während des Schlafes in den Morgenstunden, so dass von Seiten der Klinik eine antiepileptische Einstellung mit Ospolot® (= Sultiam) erwogen wurde.

Zur Einteilung cerebraler Anfallsleiden

Die Klassifikation von cerebralen Anfallsleiden war immer zeitbezogen und begründete sich auf den Wissensstand der jeweiligen Schulen [2]:

Als äußere Ursachen der symptomatischen Epilepsie kommen Verletzungen mit nachfolgender Narbenbildung (cerebrale Traumata), Entzündung des Gehirns und der Hirnhäute (Meningitis oder Meningoencephalitis), Vergiftungen (endogene oder exogene Toxikosen) und Tumoren des Schädelinneren (intracraniale Raumforderung) in Betracht.

Hingegen lässt sich bei der familiär gehäuft auftretenden genuine Epilepsie keine Grundkrankheit bzw. keine eigentliche äußere Ursache nachweisen. Heute ist diese Klassifikation überholt.

Neben der Einteilung nach der Ätiologie (Verursachung) gibt es verschiedene andere Einteilungen/Klassifikationen, die sich z.T. von dem klinischen Erscheinungsbild bzw. von den phänomenologischen Leitsymptomen herleiten oder von Klassifikationen, bei denen die Befunde der Elektroencephalographie (EEG) mitberücksichtigt werden.

Bei anderen Klassifikationen wird eine Trennung in altersgebundene kleine Anfälle und solche ohne Bindung an ein bestimmtes Lebensalter vorgenommen.

Die neueste Epilepsie-Klassifikation beruht auf einer Art Synopse dieser beiden Einteilungen. In diesem Zusammenhang bleibt jedoch festzustellen, dass jeder Systematik lebendiger, biologischer Phänomene etwas Gewalttames, ja sogar Zeitgebundenes anhaftet. Ergebnisse der neueren Neurotransmitterforschung sowie neueste gentechnische Untersuchungen lassen Änderungen in der Klassifikation erwarten, zumal es den Anschein hat, dass die Neurologie zur Zeit, bedingt durch die eben genannten Verfahren, gänzlich umgeschrieben wird. 1/3 aller cerebralen Anfälle sind auch heute nicht klassifizierbar.

Benigne Epilepsie mit zentrotemporalem Fokus (Rolando-Epilepsie) [2]: Diese Epilepsieform verdankt ihren Namen dem italienischen Anatom und Physiologen Luigi Rolando (1773–1831), nach dem der Sulcus cerebri centralis benannt ist, in dessen Umgebung der Ausgangspunkt für das epileptische Geschehen vermutet wird. Obwohl diese Epilepsieform im Kindesalter sehr häufig auftritt, bei etwa 10 bis 20% aller Epilepsien des Kleinkindes- und Schulalters, ist sie als besondere Verlaufsform einer Epilepsie erst vor etwa 25 Jahren entdeckt worden. Die Gründe hierfür liegen in der vorherrschenden Anfallbindung an den Schlaf, den relativ milde verlaufenden Anfällen und der großen Selbstheilungstendenz.

Das Manifestationsalter dieser Epilepsie erstreckt sich vom 3. bis zum 12. Lebensjahr. Bei den Anfällen handelt es sich meist um hemifaziale Klone oder Myoklonien, denen nicht selten somatosensorische Erscheinungen vorausgehen.

Bei Einbeziehung des Pharyngealbereichs in das Anfallsgeschehen kommt es zu kehlig-gurgelnden Lauten. Hypersalivation ist die Regel.

Das Bewusstsein ist bei diesen Anfällen meist erhalten (elementar-fokale Anfälle!) – die oft vorhandene Unfähigkeit zu sprechen täuscht evtl. eine Bewusstseinsstörung vor. Die Sprachstörung überdauert meist das übrige Anfallsgeschehen. Durch sekundäre Generalisierung kann es zu Halbseitenkrämpfen oder Grand mal (dann natürlich mit Bewusstseinsbeschränkung bzw. Bewusstlosigkeit) kommen.

Die Anfälle dieser Epilepsieform sind in 75% ausschließlich an den Schlaf gebunden. Sie werden deshalb mitunter nur zufällig entdeckt, wenn die Kinder z.B. im Urlaub mit den Eltern in einem Zimmer schlafen. Knaben sind von dieser Epilepsie rund doppelt so häufig betroffen wie Mädchen.

Diagnose

Überträgt man das eben Gesagte auf die o.g. Diagnose unseres Patienten, so liegt ein fokales = lokalisationsbezogenes, partielles = also zur Zeit noch nicht generalisiertes, symptomatisches = also wohl durch einen genetischen Defekt (Rolando-Focus) verursachtes Anfallsleiden zugrunde.

Homöopathische Anamnese

Da die Eltern sich weigern, das Kind wegen der zu erwartenden Nebenwirkungen antiepileptisch einzustellen, erfolgte die Vorstellung in unserer Praxis mit der Bitte um eine homöopathische Therapie.

Im Spontanbericht zeichnen die Eltern von ihrem Sohn Max folgendes Bild (Originalzitat):

„Eher schwerfällig, ruhiges Baby, nur geschrien wenn er Hunger hatte, gemütlich, faul bis 2 1/2 Jahre, sehr anhänglich, kann aber auch wütend und jähzornig werden und sogar versuchen, die Mutter zu schlagen, aber sonst sehr ruhig, eher mollig, weich, schwitzt am Kopf und Nacken. Morgens langsam, läuft nicht gerne, will beim Spaziergehen getragen werden, leicht erschöpft bei geringer Anstrengung.“

Im Gelenkten Bericht ergänzen die Eltern noch, dass ihr Sohn eher bequeme weite Kleidung trägt und zu Hause, also „in der heimischen

Situation“ (Originalzitat) selbstbewusst und dickköpfig, in der Fremde dagegen eher ängstlich und zurückhaltend ist. Max hat eine Vorliebe für jede Art von Nudeln und Pasta, sowie Cremiges und Süßes zum Nachtisch.

Repertorisation mit Synthesis [8]

- Gemüt, Faulheit
u.a. Calc. carb. (2-wertig),
Opium (1-wertig), Sulphur (3-wertig)
- Gemüt, stur
u.a. Calc. carb. (3), Sulphur (2)
- Kopf, Schweiß der Kopfhaut
u.a. Calc. carb. (3), Opium (1),
Sulphur (1)
- Allg., Konvulsionen, Kinder
u.a. Calc. carb. (2), Opium (3),
Sulphur (2)
- Allg., Konvulsionen nachts
u.a. Calc. carb. (2), Opium (3),
Sulphur (1)
- Allg., Schwäche, Anstrengung,
leichte durch
u.a. Calc. carb. (3)

Therapie und Verlauf

Aufgrund des Ergebnisses der Repertorisation, der Ähnlichkeit des Allgemeinzustandes, ergänzend auch seiner Vorlieben beim Essen und seiner äußeren Erscheinung (siehe Abb.1 + 2) erfolgte die Gabe von *Calcarea carbonica XM*.

Hierunter ist der kleine Patient zunächst anfallsfrei, wird hingegen rebellisch, „folgt nicht, rennt davon und sagt grundsätzlich „nein“ (Originalton der Eltern).

Ca. 6 Wochen später kommt es in der Nacht erneut zu zwei kleinen Anfällen, die die Mutter wie folgt protokolliert:

„Krampfanfall am 27.10.01 um 5.00 Uhr. Max hatte Lähmungserscheinungen am Mund und hat gelallt. Es war nicht verständlich, was er sagte, er war aber bei vollem Bewusstsein. Er konnte auf Geheiß den Arm heben und senken. Er verstand, was ich von ihm wollte.“

Krampfanfall am 28.10.01 um 4.00 Uhr. Max schüttelte seinen linken Arm, weil er, wie er sagte, eingeschlafen war. Ich dachte, er ist



Abb. 1



Abb. 2

vielleicht auf dem Arm gelegen und er ist deswegen eingeschlafen. Nach einiger Zeit wachte ich wieder auf, weil Max wieder den Arm schüttelte, weil er taub war. Ich bin dann mit ihm im Bett aufgesessen. Er fing an, mit den Augen zu blinzeln. Es ging mehrere Sekunden. Dann schlief er nochmal weiter.“

Es erfolgte jetzt die erneute Gabe von *Calcium carbonicum*, jedoch in der Potenz Q6, tägliche Gabe von 5 Globuli (Staufen-Pharma). Bereits kurze Zeit später – wegen der Anfälle aus dem Schlaf heraus und da der Junge gerne kalt schläft (was bisher noch nicht aufgefallen war) und weil die Eltern drängten, als Zwischengabe *Opium D200*, 1 × 5 Globuli (Staufen Pharma).

Nach zwei Monaten erneuter Anfall aus dem Schlaf heraus in der Morgenstunde, wobei sich der Junge im Badezimmer erbricht und meint, die Spucke sei „süß“. Auf weitere Befragung gibt die Mutter noch an, dass Max gerne barfuß läuft, immer warme Füße hat, sehr neugierig und im Vergleich zu seiner jüngeren Schwester sehr viel unordentlicher und dickköpfiger ist. Darüber hinaus trinke er mehr als sonst.

Repertorisation [8]

- Gemüt, stur
u.a. Calc. carb. (3-wertig), Sulphur (2-wertig)
- Gemüt, Neugier
u.a. Calc. carb. (2), Sulphur (3)
- Allg., Konvulsionen, Kinder
u.a. Calc. carb. (2), Opium (3), Sulphur (2)
- Allg., Konvulsionen, nachts
u.a. Calc. carb. (2), Opium (3), Sulphur (1)
- Mund, Hypersalivation, Schlaf während
u.a. Sulphur (2)
- Mund, Geschmack, süß
u.a. Opium (1), Sulphur (3)

Es erfolgte jetzt die Gabe von *Sulphur Q12* (Staufen) 5 Globuli einmalig, mit einer homöopathischen Erhaltungstherapie von *Sulphur Q6* (2 × 5 Kügelchen wöchentlich).

Hierunter ist der kleine Patient bisher anfallsfrei bei einem Nachbeobachtungszeitraum von ca. 3 Jahren. Der Vater meint stolz: „Max strotzt vor Kraft“ und faxt uns ein Protokoll, das wir wörtlich zitieren:

„Er ist liebenswürdig, relativ folgsam, anhänglich. Er bastelt viel, hat an meinem Geburtstag für jeden Gast, der gegangen ist, eine Tulpe gebastelt (eigene Idee). Er verbringt viel Zeit im Werkraum im Kindergarten. Er ist sehr ausgeglichen. Er kümmert sich sehr gut um seine Schwester Jule im Kindergarten und hat ein Helferkind, dem er alles zeigt und weiterhilft. Er strotzt vor Kraft und Tatendrang, fährt Inliner, Fahrrad. Es ist auch wissbegierig.“

EEG

Bei einem zwischenzeitlich neueren EEG wird folgender Befund erhoben: Beurteilung: Ableitung eines eher unregelmäßigen dysrhythmischen EEG's mit nur streckenweise ausgeprägten Alphaaktivitäten bis 9/sec.

Wie im Vor-EEG weiterhin nachweisbarer mäßig aktiver Krampffokus in Form von mäßig häufig eingestreuten Sharp-waves. Keine Aktivierung unter HV, keine Photosensibilität. Weiterhin pathologischer Befund, welcher nur im Zusam-

menhang mit der gesamten Klinik bewertet werden sollte. Zunächst ist weiterhin ein abwartendes Verhalten gerechtfertigt. Wird ein komplikationsloser Verlauf vorausgesetzt, erfolgt die nächste EEG-Verlaufskontrolle in etwa einem Jahr.

Diskussion

Im Gegensatz zu unserer sonstigen Vorgehensweise bei der homöopathischen Therapie von cerebralen Anfallsleiden, die wir z.B. beim Internationalen Homöopathiekongress in Stuttgart (4/2000) und im Rahmen des ÖGH in Wien (2/2001) vorgestellt und anschließend publiziert haben [2,3], gaben wir in diesem Fall drei homöopathische Mittel in zeitlicher Abfolge. In der überwiegenden Zahl der Fälle hilft meist eine passende Nosode mit der anschließenden Verabreichung des chronischen Mittels, wie auch bei der zweiten Falldarstellung zu sehen sein wird.

Unser kleiner Patient hier benötigte aufgrund der Gesamtheit der Symptome (ORG-§§ 7 und 18) und seiner Konstitution *Calcarea carbonica*. Hierunter war Max zwar nicht anfallsfrei, es ging ihm aber besser, deshalb führten wir die Therapie mit dieser Arznei in Q-Potenzen weiter. Dann verabreichten wir aufgrund eines neuen Symptoms *Opium*. Dass wir die Wirkung von *Calcarea carbonica* nicht abgewartet haben, mag problematisch sein, jedenfalls gaben uns die Eltern – wegen ihrer großen Angst vor weiteren Anfällen und drohender antiepileptischer Therapie mit Ospolot® – keine Zeit zum Warten. Dann kam es erneut zu einem Anfall und da sich die Gesamtsymptomatik von Max verändert hatte (weil eine neue Schicht, vielleicht durch das Zwischenmittel *Opium* bedingt zu Tage trat?) wurde – wiederum nach der Gesamtheit der Symptome – *Sulphur* verordnet.

In der Nachbetrachtung stellt sich natürlich auch die Frage, ob *Sulphur* von Anfang an die passendere Arznei gewesen wäre und vielleicht zu einer früheren Heilung geführt hätte. Vielleicht hat aber gerade die Gabe von *Calcarea carbonica* – als das große trimiasmatische Polychrest – das Terrain vorbereitet, damit nun *Sulphur* wirken konnte, was auch insofern beachtenswert ist, als die umgekehrte Reihenfolge

meist bevorzugt wird, manche die Reihenfolge *Calcium carbonicum* – *Sulphur* sogar als feindliche Beziehung ansehen. In jedem Fall hat *Calcium carbonicum* in dieser Behandlung die ersten positiven Akzente gesetzt.

Die abgebildeten Zeichnungen des Jungen (siehe Abb.3 und 4: Haus – Baum – Mensch) könnte man auch als eine „Art von Spontanbericht“ lesen. Zeigt sich doch unter der Gabe von *Sulphur* eine deutliche Verbesserung der Form und Struktur, selbst wenn man einen allgemeinen – natürlichen Reifungsschritt in der psychomotorischen Entwicklung von 3 Monaten unterstellt.

A. Rohrer weist in seinem Artikel „Die Gewissheit in der homöopathischen Arzneifindung“ [7] ausdrücklich auf das Vorgehen von Samuel Hahnemann und seinen Schülern hin, auch zwei, ja drei oder sogar vier Mittel bei einer Krankengeschichte – zeitlich hintereinander versetzt



Abb. 3: Haus – Baum – Mensch, relativ unstrukturiert.



Abb. 4: Haus – Baum – Mensch, 3 Monate später unter Sulphur.

und natürlich wohlbegründet – einzusetzen. Es ging ihnen (S. Hahnemann und seinen Schülern) bei der Heilung immer um die Frage: „Welchen charakteristischen Patientensymptomen ist welche Arznei am ähnlichsten? Und wenn die geänderte Symptomatik den Wirkungskreis der gegebenen Arznei verlassen hatte, wurde die Arznei gewechselt“. Rohrer exemplifiziert das durch die folgenden Beispiele:

„... heilt Ernst Stapf eine 41-jährige Frau, die seit fünf Monaten an einer Dauerblutung leidet und bereits die schwersten Symptome der Anämie aufweist: Abmagerung, Blässe, oftmalige Ohnmachten, Beinödeme, ungeheure Erschöpfung. Es gelingt Stapf, die Blutung innerhalb von Tagen zu stillen und die Gesundheit dieser Frau ist nach dreiwöchiger Therapie völlig wiederhergestellt. Freilich gibt Stapf während dieser drei Wochen vier verschiedene Mittel. Er beginnt die Behandlung mit *Crocus sativus* C3 aufgrund des auffallenden Bewegungsgefühles, als ob etwas Lebendiges im Abdomen sich bewegen würde und mit diesem Mittel bessert sich die Blutung schlagartig. Ganz entgegen der homöopathischen Regel, bei Eintritt der Besserung abzuwarten, hatte Stapf ein untrügliches Gespür dafür, wann die Symptomatologie sich verändert und er vor der Frage stand, liegt die jetzige Symptomatik innerhalb des Wirkungskreises der gegebenen Arznei oder nicht? Vier Tage nach Gabe von *Crocus* findet Stapf eine konstante Übelkeit im Vordergrund, von der er wusste, dass *Crocus* hier nicht weiter heilend sein konnte und gibt *Ipecacuanha* C3. Fünf Tage später stehen die enorme Verstopfung und Kopfschmerzen im Vordergrund, die nach *Nux vomica* C15 vergehen. Der Rest der Beschwerden inklusive der Beinödeme wird mit einer Gabe *Ferrum chloratum* C2 geheilt. Ich schildere diese Krankengeschichte deshalb, weil in unseren heutigen Publikationen oft der Zwang zu einem Mittel besteht bzw. meist nur Krankengeschichten veröffentlicht werden, die mit einem Mittel geheilt wurden. Heute erleben wir es fast als oberstes Kriterium einer guten Homöopathie, wenn dasselbe Mittel über Jahre gegeben wird und auch akute Krankheiten mit dem gegebenen chronischen Mittel geheilt werden können. Ich bitte mich hier nicht misszuverstehen, wenn ich so eine Krankengeschichte in der Praxis habe, publiziere ich sie auch gerne und diese

Idealfälle sind uns allen willkommen. Worauf ich hinweisen möchte, ist diese andere Denkweise Hahnemanns und seiner Schüler: Es ging ihnen bei der Heilung von Krankheiten (auch chronischen) immer um die Frage, welchen charakteristischen Patientensymptomen ist welche Arznei am ähnlichsten? Und wenn die geänderte Symptomatik den Wirkungskreis der gegebenen Arznei verlassen hatte, wurde die Arznei gewechselt.

Ein anderes Beispiel ist die berühmte Ileusheilung Bönninghausens aus dem Jahr 1833. Bedenken wir, dass Bönninghausen hier die Homöopathie erst fünf Jahre kannte! Bönninghausen konnte sich selbst aus der akuten Situation mittels *Thuja* retten. Zur Nachbehandlung wurden ihm von Hahnemann *Lycopodium* und *Conium* empfohlen und aufgrund einer Bronchialerkrankung Hahnemanns verzögerte sich seine briefliche Antwort und genau diese beiden Arzneien hatte Bönninghausen in der Zwischenzeit selbst eingenommen.

Das heißt, das Ähnlichkeitsgesetz dient der praktischen Verwirklichung dieser Heilungsgewissheit.

Wenn wir das Ähnlichkeitsgesetz vom Prinzip der Heilungsgewissheit trennen, dann kann sich die Ähnlichkeit auf alles beziehen, nicht nur auf die Ebene der Symptome.“

Fallbeispiel 2

In unserem nächsten Fall handelt es sich um den 8-jährigen Karl N., ein Kind mit Mehrfachbehinderung und sich entwickelndem cerebralem Anfallsleiden. Diese Mehrfachbehinderung besteht im einzelnen aus: Mikrozephalie, Polymicrogyrie, V.a.: periventriculäre Leukomalazie, Schallleitungsschwerhörigkeit, allgemeine geistige und sprachliche Retardierung, Tetraspastik mit Subluxation beider Hüften, cerebrales Anfallsleiden (Mischform).

Anamnese und Befunde

Aus den zahlreichen Arztberichten verschiedenster deutscher Universitätskinderkliniken und Kinderzentren – u.a. Universitätskinderklinik Frankfurt, Kinderzentrum München sowie der DKD Wiesbaden – ergibt sich insgesamt folgende Anamnese:

Kinderzentrum München: Zweites Kind der damals 23-jährigen Mutter; Familienanamnese unauffällig. In der 15. SSW Nierenbeckenentzündung der Mutter, Geburt in der 41. SSW, Geburtsgewicht 4100 g, Länge 55 cm, Kopfumfang 35 cm, APGAR 9/10/10, Nabelschnur-pH 7,31. Nach der Geburt nach Angaben der Eltern und auf Bildern deutlich blau bis zum nächsten Tag, was am ehesten als Stauungszeichen angesehen werden kann. Die frühkindliche Entwicklung verlief massiv verzögert (Greifen 12. Monat, Drehen vom Rücken auf den Bauch 19. Monat, im Alter von 23 Monaten lediglich Lautieren). Ab dem 4. Lebensmonat fiel den Eltern auf, dass die rechte Hand ständig gefaustet wird. Im Alter von 21 Monaten kam es zu einem anfallsverdächtigen Zustand, Dauer ca. 2 Minuten, Blinzeln, Beine steif gestreckt, nicht ansprechbar.

DKD Wiesbaden: Karl ist das zweite Kind gesunder Eltern, eine 4-jährige Schwester sei ebenfalls gesund, die Familienanamnese sei unauffällig. Die Schwangerschaft mit Karl war kompliziert durch eine Nierenbeckenentzündung in der 15. SSW. Die Mutter gibt an, Nierenschmerzen und Eiweiß sowie Blut im Urin gehabt zu haben, es sei eine Behandlung mit Co-trimoxazol durchgeführt worden. Der weitere Verlauf sei unproblematisch gewesen. Die Geburt erfolgte laut Vorsorgeheft in der 41. SSW spontan, Apgar 9/10/10, pH 7,31. GG 4100 g, Länge 55 cm, Kopfumfang 35 cm.

Das Kind ist nach Angaben der Eltern nach der Geburt blau gewesen, jedoch auch noch bis zum nächsten Tag, so dass es sich wohl eher um Stauungszeichen als um einen echten Sauerstoffmangel gehandelt hat. Die Vorsorgen U2 und U3 sind unauffällig. Bei der U4 ist eine leichte Opisthotonushaltung ebenso wie bei der U5 vermerkt, bei der U4 darüber hinaus kontrollbedürftiger Hüftbefund, der in der Folge unauffällig war. Auch die U5 ist am 12.08.93 ansonsten noch als unauffällig eingetragen. Aus den Diagrammen fällt auf, dass der Kopfumfang etwa ab dem 4. Monat bei P3 liegt.

Die Eltern berichten, etwa im Alter von 3–4 Monaten sei ihnen im Vergleich mit anderen Kindern aufgefallen, dass Karl eine sehr schlaffe Haltung habe und zur Überstreckung nach hinten neige. Er habe auch nicht so sehr auf Geräusche reagiert. Seit etwa drei Monaten bekommt Karl

jetzt Krankengymnastik nach Vojta, die die Mutter auch regelmäßig zu Hause durchführt. Dennoch drehe er sich bislang noch nicht alleine, er fange aber jetzt an, sich aufzustützen, wobei die Hände nach wie vor gefaustet seien. Er führt diese seit kurzem auch zur Mitte und greift etwas.

Im MRT des Schädels ergibt sich folgender Befund:

Beurteilung: Der Befund spricht für das Vorliegen einer Polymikrogyrie als Ausdruck einer Fehlentwicklung der sekundären Gyrierung mit Ausbildung periventrikulärer und subkortikaler Gliosen ohne Zeichen einer Migrationsstörung. Die Erweiterung der Seitenventrikel ist als unspezifisches Zeichen einer Volumenminderung zu werten. Eine Fehlbildung oder Agenesie einzelner Hirnabschnitte liegt nicht vor. Altersentsprechende Markscheidenreifung. Kein Nachweis eines tumorösen oder entzündlichen Prozesses. In einem weiteren Bericht der DKD Wiesbaden wird dieser Befund von Prof. Jacobi, Kinderklinik Frankfurt noch interpretiert.

Zitat wörtlich: „... war auch der Meinung, dass keine eindeutige Störung im Bereich der Gyrierung vorliegt, dass es sich wahrscheinlich um einen Zustand nach einer periventrikulären Leukomalazie handelt. Die auch seiner Meinung nach linksbetonte Ventrikelvergrößerung sowie die insgesamt etwas kleinere linke Hemisphäre lassen nach seinem Eindruck auch an eine gefäßbedingte Schädigung (Arteria cerebri media) denken. Letztlich wird diese Diskussion für die weitere Entwicklung des Kindes ohne Belang sein.“

Parallel zu diesen umfangreichen Abklärungen bekam das Kind wegen der statomotorischen Retardierung und der muskulären Hypertonie Krankengymnastik nach Vojta und anschließend weitere Frühförderungen wie Ergotherapie etc.

Im Alter von 8 Monaten wurde der Krankheitsverlauf von der DKD Wiesbaden wie folgt beurteilt:

„Bei dem Jungen besteht eine deutliche Verzögerung der stato-motorischen Entwicklung mit den oben beschriebenen Auffälligkeiten der Bewegung und einer leichten Hemisymptomatik rechts im Bereich der Arme. Die Kopfumfangsentwicklung ist grenzwertig mikrozephal. Die Kern-

spintomographia zur Klärung der Genese dieses Bildes konnte am 22.10.1993 komplikationslos in üblicher Sedierung mit Dominal® Tropfen, Chloralhydrat-Rektiolen und i.v.-Gabe von Diazepam durchgeführt werden. Auch die anschließende tagesklinische Überwachung war unproblematisch, so dass der Junge am Nachmittag in gutem Zustand nach Hause entlassen werden konnte.

Ich habe den kernspintomographischen Befund im Anschluss an die Untersuchung den Eltern erläutert. Eine eigentliche Hirnfehlbildung liegt sicher nicht vor, der Balken stellt sich unauffällig dar. Es findet sich die oben auch beschriebene Erweiterung der Seitenventrikel, die jedoch nach meiner Meinung im Bereich der Cella media eindeutig linksbetont ist. Auch erscheint die gesamte linke Hemisphäre vom Volumen her gegenüber der rechten etwas reduziert. Es finden sich bds. die im Befund beschriebenen periventrikulären Gliosen. Leider ist die Bildqualität aufgrund eines technischen Problems mit dem Kernspintomographen nicht überzeugend. Ich bin mir deshalb in der Interpretation des kernspintomographischen Befundes bezüglich der Polymicrogyrie nicht sicher. Letztlich handelt es sich aber hierbei ja auch nicht um eine Gyrierungsstörung infolge einer Migrationsstörung, wie z.B. bei der Pachygyrie, sondern um eine später erworbene Störung, die durchaus im Zusammenhang mit den periventrikulären Veränderungen und der Ventrikelveränderung gesehen werden kann. Wahrscheinlich ist das gesamte Bild Ausdruck einer in der Schwangerschaft im 2. Drittel oder zu Beginn des 3. Drittels erworbenen Schädigung. Ein Zusammenhang mit der Medikamenteneinnahme in der 15. Schwangerschaftswoche besteht sicher nicht. Wegen der unklaren Interpretation habe ich Bilder am 29.10.1993 bei einem Besuch in der Universitätskinderklinik in Frankfurt auch noch Herrn Prof. Jacobi gezeigt [siehe hierzu o.g. Zitat von Professor Jacobi].

Zur Polymicrogyrie habe ich Ihnen zwei Seiten aus dem Lehrbuch von Aicardi beigelegt. Hieraus geht hervor, dass die Diagnose kernspintomographisch nur sehr schwer zu stellen ist. Eventuell wäre es in Abhängigkeit vom weiteren Verlauf sinnvoll, die Untersuchung, dann auch in technisch besserer Qualität, in ein oder zwei Jah-

ren noch einmal durchzuführen. In jedem Fall sollte man bei dem Jungen bald ein EEG ableiten, da sowohl bei der Polymicrogyrie als auch im Zusammenhang mit der periventrikulären Leukomalazie natürlich paroxysmale Aktivität entstehen kann und möglicherweise bei dem Kind ja auch schon anfallsverdächtige Zustände aufgetreten sind. Wegen der stark frequenzbeschleunigenden Wirkung des Diazepam sollte man sicher etwa zwei Wochen Abstand zur Kernspintomographie einhalten, falls nicht der zwischenzeitliche Verlauf eine frühere Untersuchung erforderlich gemacht hat.“

Im Verlauf traten dann seit 12.93 ein pathologisches EEG mit hypersynchroner Aktivität (HsA) links temporal auf, wobei aber klinisch noch keine Anfälle manifest wurden. Seit 1995 dann jedoch einzelne Anfälle zunächst bei Infekten unter dem folgenden Bild: klonisches Zucken mit Armen und Beinen, Schmatzbewegungen, Schluckautomatismen, Bewusstlosigkeit, Blässe und livide Verfärbung der Haut. Es erfolgte insgesamt eine Zunahme dieser Anfälle bis 1998, wobei dann auch nächtliche Anfälle hinzukamen, jetzt auch ohne Verbindung zu vorangehenden oder parallel verlaufenden Infekten.

Aus diesem Grund wurde das Kind dann ab 4.98 antiepileptisch auf Frisium® (Clobazam) eingestellt – bis zu einer Dosierung von 10 mg abends bei einem Gewicht von 14 kg.

Karl wurde hierunter zunehmend schläfriger, müder, zeigte ein unausgeglichenes Verhalten z.T. überdreht, z.T. unkonzentriert, sehr sprunghaft, weitere Verhaltensstörungen wie Stimmungsschwankungen und eine auffallende Hypersalivation.

Homöopathische Anamnese

Im November 99 suchten uns dann die Eltern zur Durchführung einer homöopathischen Therapie erstmalig auf. In diesem Zusammenhang erwähnten die Eltern, dass das Kind nicht anfallsfrei sei, es aber unter Frisium® zu einer Reduktion auf 1–2 Anfälle pro Woche gekommen sei.

Im Spontanbericht geben die Eltern neben den o.g. Diagnosen (Mikrozephalie, Polymicrogyrie, Hörminderung, Retardierung, Tetraspastik und den cerebralen Anfällen) und den beschriebenen Verhaltensauffälligkeiten¹ folgende Besonderheiten an:

Kälte- und Luftempfindlichkeit, eigensinniges – beharrliches Verhalten. Darüber hinaus berichten sie von allgemeiner Reizbarkeit, Ruhelosigkeit, Aufschreien im Schlaf, Kopffrollen beim Einschlafen, Zähneknirschen, offener Mund und Speichelfluss, wechselnden Symptomen, eine auffallende Infektanfälligkeit und Verschlechterung durch Kälte und Feuchtigkeit.

Im Gelenkten Bericht war noch zu erfahren, dass das Kind ein ausgesprochenes Verlangen nach Gesellschaft und Angst vor Dunkelheit habe, Licht zum Schlafen brauche, die Schlaflage seitlich sei, Erwachen zwischen 2–4 Uhr nachts auftrete, er ausgesprochen fröstelig sei und dass Karl demzufolge ein Wärmeverlangen zeigt. Außerdem bestehe eine ausgesprochen auffallende Verstopfung bis hin zu Kotsteinen.

Repertorisation (mit Synthesis [8])

- Gemüt, Gesellschaft, Verlangen nach u.a. *Silicea* (1-wertig)
- Gemüt, Schreien, Schlaf im u.a. *Silicea* (1), *Tuberkulinum* (3)
- Schlaf, Erwachen, nachts, Mitternacht, nach 2 h u.a. *Silicea* (1)
- Allg., Konvulsionen, Kindern bei, klonisch u.a. *Silicea* (2)
- Allg. Konvulsionen, nachts u.a. *Silicea* (3)
- Kopf, Bewegungen, Rollen des Kopfes u.a. *Silicea* (2), *Tuberkulinum* (3)
- Mund, offen u.a. *Silicea* (1)
- Rektum, Obstipation, Kindern, bei u.a. *Silicea* (2)
- Allg., Hitze, Lebenswärme, Mangel an u.a. *Silicea* (3), *Tuberkulinum* (2)

Therapie und Verlauf

Nach der Repertorisation ergab sich für uns zunächst hochwertig *Silicea*. Unsere Erfahrungen bei der Behandlung von cerebralen Anfallsleiden [2,3,4] zeigen, dass bei einer solch schweren Erkrankung – zumal bei einer Mehrfachbehinderung – primär meist eine Nosode angezeigt ist.

Tatsächlich ergab sich bei der Familienanamnese in der näheren Aszendenz zweimal eine Schwerhörigkeit (Onkel und Großonkel) und zweimal ein cerebrales Anfallsleiden. Da sich die berichteten Symptome (Reizbarkeit, Kopffrollen, Zähneknirschen, Kälteempfindlichkeit, Infektanfälligkeit, wechselnde Symptome etc.) bei der Nosode *Tuberkulinum* wiederfinden, entschlossen wir uns zunächst zu einer Gabe *Tuberkulinum M* (Staufen).

Hierunter kein weiterer Infekt des Kindes. Nach fünf Wochen wurde *Silicea* in einer M-Potenz (Staufen) eingesetzt mit einer anschließenden Verabreichung von *Silicea Q1* (DHU), täglich 5 Globuli.

Danach erschien die Mutter (ohne Termin) spontan in unserer Praxis und meinte freudig wörtlich Folgendes: „... will Sie nicht stören, ... aber die Verstopfung ist völlig weg“.

Dieses an sich für uns unwesentliche Symptom „Verstopfung bis zum Kotstein“ wurde von der Mutter als eminent wichtig empfunden. Neben den so schwer wiegenden Symptomen wie u.a. „cerebrales Anfallsleiden, Tetraspastik etc.“ erschien ihr die Behebung dieses Symptoms so eindrucksvoll, dass sie es spontan mitteilen musste.

Parallel zu der Gabe von *Silicea* erfolgte die vorsichtige Reduktion von Frisium®. Anfang 2000 konnte dann die antiepileptische Therapie mit Frisium® gänzlich abgesetzt werden; das Kind war ruhiger, aufmerksamer, konzentrierter und lachte sogar. Originalton der Mutter: „... lacht – spielt – wach – ein ganz anderes Kind“.

3/2000 kam es im Schlaf erneut zu zwei kurzen Anfällen bis 20 Sekunden Dauer mit Zuckungen der Arme und Beine, Bewusstlosigkeit. Unter *Silicea M* (Firma Staufen) war das Kind dann wieder anfallsfrei. Anschließend Fortführung der Therapie mit *Silicea Q1* (DHU) täglich.

8/2000 traten erneut drei gleichartige kurze Anfälle bis 15 Sekunden Dauer auf: erneute Gabe von *Silicea M* (Staufen) und Weiterführung der Erhaltungstherapie mit *Silicea*, jetzt Q3 (DHU) täglich.

10/2000 nochmals ein kurzes Zucken: *Silicea M* (Staufen), wobei das Kind dann unter *Silicea Q6* (Staufen), täglich, anfallsfrei geblieben ist.

Karl besucht heute die integrative Schulförderung, er sitzt im Rollstuhl, ist wach, konzentriert, spielt und lacht viel, ist mit Hörgeräten versorgt und ohne Antiepileptika. Die allgemeine und psychointellektuelle Entwicklung zeigt erfreuliche Fortschritte. Die Eltern sind darüber sehr glücklich.

Diskussion

Der 8-jährige Junge mit Mehrfachbehinderung und cerebralem Anfallsleiden entwickelte unter Frisium® eine Hypersalivation, ausgeprägte Schläfrigkeit sowie zunehmende Verhaltensstörungen.

Unter der homöopathischen Therapie mit *Tuberkulinum M* sowie *Silicea M* und *Silicea* in ansteigenden Q-Potenzen wurde das Kind anfallsfrei, die antiepileptische Therapie wurde ausgeschlichen, die Nebenwirkungen waren beseitigt. Der Patient zeigt im Rahmen seiner Mehrfachbehinderung eine erfreuliche psychointellektuelle Entwicklung.

Drei Anmerkungen sind darüber hinaus erwähnenswert:

- 1 Als Nebenbefund ist nicht unerheblich, dass die quälende Obstipation (für *Silicea* nicht ungewöhnlich) völlig sistierte, so suchte uns die Mutter spontan in der Praxis auf, nicht um von der Besserung der o.g. Symptome zu berichten, sondern sie brachte Pralinen mit, wegen der Behebung der so „quälenden Obstipation“.
- 2 Der Begriff ICP = Infantile Cerebral Parese (im englischen cerebral palsy) wurde bereits von Little 1843 beschrieben, deshalb auch im englischen „Little disease“ genannt, wobei Little schon damals auf die Beziehung Cerebral Parese und neonataler Hyp-Anoxie (Sauerstoffmangel) hingewiesen hat. Auch in der neuen medizinischen englischsprachigen Literatur wird auf diesen häufigen Zusammenhang zwischen Sauerstoffmangel und cerebraler Schädigung und nachfolgender Infantiler Cerebral Parese hingewiesen [6]. Hieraus lässt sich eine sehr einfache, aber übersichtliche Klassifikation der ICP herleiten.
- 3 Vielleicht lässt sich im Lichte der Diskussion der o.g. Kliniken der ganze Krank-

heitsverlauf noch anders auffassen bzw. zumindest diskutieren. Trotz normaler APGAR und PH im Vorsorgeheft (!) – vielleicht bedingt durch eine Fehleintragung – postnatale Hypoxie (blue baby). Hierfür spricht das langandauernde „Blauwerden“ (blue baby) in der Anamnese. Daraus lassen sich alle o.g. Diagnosen zwanglos ableiten. Es ist doch überraschend, dass keine der o.g. Spezialkliniken diese Diskussion auch nur aufnehmen wollte.

Anmerkungen

- 1 Die hier genannten Symptome sind eher pathognomonisch, d.h. Ausdruck der primären Grunderkrankung bzw. sekundär – als Nebenwirkung der antiepileptischen Therapie zu sehen und dürfen als Wesens- und Gemütsymptome für die Mittelwahl nur am Rande gewertet werden.

Literatur

- [1] Barthel H: Synthetisches Repertorium Band 1 und 2. 3. verb. Aufl. Heidelberg: Haug; 1987.
- [2] Hadulla M, Richter O: Absencen – *Silicea*. ZKH 2001; 45: 50.
- [3] Hadulla M, Richter O: Cerebrales Anfallsleiden – Absencen: *Psorinum* – *Sulphur*. ZKH 2001; 45: 248.
- [4] Hadulla M, Richter O: Cerebrales Anfallsleiden (BNS und Grand mal) nach Hirnblutung: *Arnika* und *Phosphorus*. ZKH 2003; 47: 153 – 162.
- [5] Matthes A, Schneble H: Epilepsien – Diagnostik und Therapie für Klinik und Praxis. t. Aufl. Stuttgart: Thieme; 1999.
- [6] Nelson E: Textbook of Pediatrics. Philadelphia: WB Saunders Company; 1979.
- [7] Rohrer A: Alles fließt? Die Gewissheit in der Homöopathischen Arzneifindung. Documenta Homoeopathica 2002: 22.
- [8] Schroyens F: Synthesis Repertorium homoeopathicum syntheticum. Greifenberg: Hahne-mann Institut; 1995.
- [9] Shields D: The Pediatric clinics of North America. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1989.

Anschrift der Verfasser:

Dr. med. M.M. Hadulla

Heiliggeiststr. 9, 69117 Heidelberg

Dr. med. Olaf Richter

Wetzlarer Str. 25, 35510 Butzbach