

# Phytotherapie in der Neurologie

**Bisher standen phytotherapeutische Optionen in der Neurologie nicht zur Diskussion. Dies könnte sich in Zukunft ändern. An der 26. Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für Phytotherapie wurden interessante Möglichkeiten der Phytotherapie bei ausgewählten neurologischen Themen aufgezeigt.**

## Annegret Czernotta

Lange Zeit galt die Neurologie als diagnostisch interessant, ohne aber echte therapeutische Optionen anbieten zu können. Das hat sich in den letzten Jahrzehnten aufgrund der medizinisch-technischen Entwicklungen in der Neurophysiologie und Radiologie grundlegend geändert. Spezifische und wirksame Therapien im Bereich Kopfschmerz, Parkinson-Erkrankung oder auch der Multiplen Sklerose wurden entwickelt. «Trotzdem ist bei vielen Krankheitsbildern die letzte Ursache noch immer unbekannt», sagte der Neurologe Dr. med. Robert Käufeler, Stv. Chefarzt der Rheinburg Klinik in Walzenhausen, einleitend an der 26. Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für Phytotherapie in Baden.

Für Phytotherapeutika sind in der Neurologie weder die Bedürfnisse definiert, noch sind Erfahrungen damit vorhanden. «Dies ist umso erstaunlicher, weil zunehmend mehr Patienten komplementäre und alternative Therapien neben der schulmedizinischen Therapie beanspruchen», so Käufeler. Das betrifft beispielsweise zwischen 27 bis 100 Prozent der Patienten mit Multipler Sklerose. Häufige Gründe sind, dass die konventionelle Therapie nicht die erhoffte Wirkung zeigt, vor allem nach längerer Krankheitsdauer.

Der Neurologe hat eigene Erfahrungen in der phytotherapeutischen Behandlung von neurologischen Patienten sammeln können. Richtig eingesetzt, haben sich laut Käufeler bei Insomnie Baldrian, Hopfen oder ätherische Lavendelöle, bei Angststörungen Baldrian, Melisse, Passionsblume und Pestwurz, bei Depressionen Johanniskraut und bei beginnender demenzieller Entwicklung Ginkgo biloba bewährt.

## Cannabis-THC bei Querschnittgelähmten

Das REHAB Basel, ein Zentrum für Querschnittgelähmte und Hirnverletzte, kann fun-

dierte Kenntnisse in der Behandlung von Schmerz und Spastik bei Querschnittgelähmten mit THC (Tetrahydrocannabinol) vorweisen. War die Heilpflanze Cannabis bis 1850 das meistgebrauchte Schmerzmittel, wurde es in der Folge rasch von Aspirin verdrängt. Denn die Dosierung war aufgrund des unterschiedlichen Wirkstoffgehalts der Pflanzen unberechenbar.

Pro Jahr verordnen Ärzte des REHAB Basel bei zirka 5 bis 10 Patienten ein THC-Präparat. Die Toleranz gegenüber schulmedizinischen Präparaten ist bei diesen Patienten aufgrund der Nebenwirkungen reduziert, oder es kommt zum Wirkungsverlust beziehungsweise zur Interaktion mit neuen, zusätzlichen Präparaten. «Der Hinweis auf Cannabis als möglicherweise sehr hilfreiches Medikament kam über Rückmeldungen von Patienten, die über ein gutes Ansprechen ihrer Spastik auf Cannabis berichteten», sagt Dr. Holger Lochmann, Oberarzt am REHAB Basel. Vor wenigen Jahren wurde daher hausintern eine eigene Studie mit THC durchgeführt, die eine gute und zuverlässige Wirksamkeit auf die Spastik nachwies.

Verwendet wird zurzeit die ölige Lösung Dronabinol 2,5 Prozent, welche in der Regel in Dosen von 5 bis 20 mg pro Tag angewandt wird. THC ist im REHAB Basel eine Add-on- beziehungsweise Last-line-Therapie. Denn die Bewilligungen über das BAG sind aufwendig und zeitlich limitiert. Zudem ist die Behandlung kostenintensiv (die Tagesdosis von 20 mg kostet Fr. 32.-) und keine Kassenpflichtleistung, die Finanzierung muss in jedem Einzelfall geklärt werden. In der Schweiz erlaubt ist die Anwendung von Dronabinol-Lösung oder Sativex®-Mundspray (aus dem Ausland importiert, mit zusätzl. Swissmedic-Erlaubnis). Eine schweizerische Cannabis-Taskforce versucht derzeit, die Kosten zu reduzieren und die Abläufe zu vereinfachen.

Gemäss Patientenfeedback und der eigenen Beobachtung liegt die Ansprechrate bei rund

50 Prozent. Im Optimalfall sprechen sowohl die Spastik als auch die eventuell begleitenden Schmerzen positiv auf die Therapie an, und zentrale unerwünschte Nebenwirkungen fehlen. Unerwünscht ist zum Beispiel der gesteigerte Appetit bei übergewichtigen Rollstuhlfahrern, und es können unangenehme psychotrope Effekte auftreten. «Wir verschreiben Dronabinol in ausgewählten Fällen», so Holger Lochmann, «die hohen Kosten und der hohe Aufwand wirken limitierend.»

## Mild Cognitive Impairment: nur eine Trenddiagnose?

Emotional und auch provokativ begann der Vortrag von Dr. Irene Bopp-Kistler, leitende Ärztin an der Memory-Klinik im Stadtspital Waid in Zürich: «Eine Wissenschaftsjournalistin bezeichnete Alzheimer als ein Konstrukt, «mit dem sich wirkungsvoll Forschungsmittel mobilisieren, Karrieren beschleunigen, Gesunde zu Kranken erklären und riesige Märkte für Medikamente und diagnostische Verfahren schaffen lassen», so Bopp-Kistler. «Soll man die Betroffenen denn mit ihrem privaten Drama jetzt einfach alleine lassen?»

Das Problem: Die Abgrenzung einer altersassoziierten Vergesslichkeit beziehungsweise einer subjektiven Gedächtnisstörung von einem beginnend krankhaften Prozess kann sehr schwierig sein. Oft beginnt eine Demenzerkrankung unmerklich, etwa mit einer subjektiven Gedächtnisstörung, welche in eine milde Hirnleistungsstörung, Mild Cognitive Impairment (MCI) genannt, übergeht. Nicht bei allen Patienten geht diese automatisch in eine Demenz über. «Nur 7 bis 15 Prozent der Betroffenen konvertieren in eine Alzheimer-Krankheit», so Bopp-Kistler. «Sie können auch wieder gesund werden.»

Wichtige Risikofaktoren bezüglich Konversion sind neben dem frühen Auftreten von Gedächtnisstörungen vaskuläre Risikofaktoren und Apathie. Auch internistische Erkrankungen wie metabolische Störungen oder Mangelzustände oder psychische Erkrankungen können die Ursache sein. Speziell die Depression geht oft mit leichten kognitiven Defiziten einher, und die Konversionsrate bei einem MCI und Angst liegt bei 80 Prozent in drei Jahren. In der Literatur werden auch die Atrophie des mesialen Temporallappens und das Vorhandensein des Apo-E4-Allels genannt.

Ein eher aktiver und sozialer Lebensstil sowie das Fehlen von depressiven Symptomen und

deutlichem psychischem Stress werden als Schutzfaktoren beschrieben.

Die Demenz beginnt schleichend. «Deshalb sind das Frühstadium und auch das Stadium des MCI mit vielen offenen Fragen verbunden», so Bopp-Kistler. «Ein Drittel der Betroffenen der Memory-Klinik im Waidspital sind unter 65 Jahren alt, und sie fragen sich, warum sie im Beruf versagen oder privat und beruflich mehr Konflikte haben.»

Antidementive Medikamente sind für die Behandlung des MCI nicht zugelassen. «Kaum mit Nebenwirkungen behaftet ist hingegen die Behandlung mit Ginkgo biloba», so Bopp-Kistler.

Ginkgo ist eine in China heimische, heute weltweit angepflanzte Baumart. Der Baum kann bis zu 1000 Jahre alt werden. In der Medizin werden die Blätter pharmazeutisch genutzt. Ginkgoextrakte haben Radikalfängereigenschaften und hemmen den plättchenaktivierenden Faktor im Blut, der eine Rolle etwa bei Entzündungen spielt. Mit diesen zwei Mechanismen können jedoch viele der beobachteten Wirkungen nicht erklärt werden.

Die Guide Age Study zeigt beispielsweise, dass bei Patienten mit einer subjektiven Gedächtnisstörung nach 4 Jahren einer Behandlung mit Ginkgo signifikante Unterschiede bezüglich Alzheimer-Manifestation bestehen. Das Antidementivum Donepezil in Kombination mit Ginkgo hat laut Literatur positive Effekte auf neuropsychiatrische Symptome. «Ginkgo ist ein günstiges Medikament in der Behandlung des MCI und der subjektiven Gedächtnisstörungen, weil es kaum Nebenwirkungen hat und gut toleriert wird», fasste Bopp-Kistler die Wirkung zusammen. «Allerdings ist eine erhöhte Blutungsneigung zu beobachten, deshalb ist Vorsicht geboten in Kombination mit Antikoagulantien.»

**Pflanzliche Sedative bei Depression und Angststörungen**

Bei Betroffenen mit affektiven Störungen ist die Akzeptanz komplementärer und alternativer Therapien sehr gross. Etwa 57 Prozent der Patienten mit Angststörungen und Panikattacken und 54 Prozent der Patienten mit einer Depression gaben an, auf pflanzliche und alternative Behandlungsmethoden zu vertrauen.

Die umfangreichste Datenlage ist für Johanniskraut vorhanden. Publiziert sind 18 randomisierte und kontrollierte Studien; 2 Metaanalysen zeigen auf, dass Johanniskrautextrakte bei leichten bis mittelgradigen depressiven Episoden eine statistisch signifikante Überlegenheit gegenüber Placebo aufweisen und eine mit klassischen Antidepressiva vergleichbare therapeutische Wirksamkeit haben. Zu den unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) zählen anticholinerge Symptome und Hypotension (Kasten).

**Kasten:**

**Evidenz der Wirkung nach Evidenzniveaus (nach Sarris et al. 2011)**

Pflanze	Depression	Angst	Schlaf
Johanniskraut	A	C (soziale Phobie)	
Safran	A		
Kawa-Kawa		A	
Borage	B		
Kamille		B	
Ginkgo		B	
Lavendel	B-		
Passionsblume		B	C
Rosenwurz	B		
Helmkraut		C	
Baldrian			C

**Niveau A:** Eine Metaanalyse oder mehrere randomisierte klinische Studien (RCT) mit einem positiven Resultat liegen vor.

**Niveau B:** Eine RCT liegt vor oder verschiedene Studien mit hauptsächlich positivem Resultat.

**Niveau C:** Eine oder mehrere klinische Studien mit schlechter Methodologie liegen vor, oder die Studien haben widersprüchliche oder negative Resultate.

**Phytotherapie bei Kopfschmerzen**

Unter der Behandlung mit Triptanen, den am besten wirksamen Substanzen zur Migränetherapie, tritt nur bei rund 60 Prozent der Patienten eine Schmerzreduktion zwei Stunden nach Einnahme ein. Schmerzfreiheit in zwei Stunden erreichen durch Ibuprofen 400 mg 26 Prozent, mit Placebo 14 Prozent und mit Triptanen 40 Prozent der Patienten. Und mit den etablierten pharmakologischen Prophylaxen wie Betablockern oder Topiramat lässt sich eine Reduktion der Kopfschmerzattacken um die Hälfte nur bei 45 Prozent der Patienten erreichen. «Deshalb ist es nicht verwunderlich, dass komplementärmedizinische Verfahren versucht werden», so Dr. Charly Gaul vom Universitätsklinikum Essen.

Am häufigsten werden von Kopfschmerzpatienten Akupunktur (58,3%), physikalische Therapien (57,4%), die Homöopathie (23,1%), Entspannungsverfahren (42,2%) und die Phytotherapie (5,6 %) eingesetzt.

Durch das Auftragen von Pfefferminzöl werden immerhin 38 Prozent der Patienten mit einem Kopfschmerz vom Spannungstyp schmerzfrei.

Minzen (*Mentha* spp) gehören zur Familie der Lippenblütengewächse. Sie zeichnet sich durch einen hohen Gehalt an Menthol aus. 2 randomisierte Studien sind zum Einsatz von Pfefferminzöl bei Kopfschmerz publiziert. Im Crossover-Design untersuchten Goebel et al. doppelblind und plazebokontrolliert die Wirksamkeit von Pfefferminzöl beim Kopfschmerz vom Spannungstyp. 10-prozentiges Pfefferminzöl wurde zweimal auf Stirn und Schläfen

aufgetragen. Die Wirkung trat bereits nach 15 Minuten ein, steigerte sich über 60 Minuten und war Placebo überlegen. Die lokale Applikation von Pfefferminzöl scheint demnach eine sinnvolle und kostengünstige Ergänzung für Patienten mit Kopfschmerz vom Spannungstyp zu sein, wie Gaul zusammenfasste. Weniger erfolgreich ist Weidenrinde als Akuttherapie von Kopfschmerzattacken. Es wurde weitgehend von Aspirin abgelöst. Auch die unkritische Anwendung von Cannabis kann laut Charly Gaul nicht empfohlen werden, obwohl Patienten mit Clusterattacken über seine Wirksamkeit berichten.

Zur Prophylaxe der Migräne wiederum hat sich Pestwurz bewährt, das an Wirksamkeit Mutterkraut als weiteres Phytotherapeutikum übertrifft. Pestwurz zeigt eine antiinflammatorische Wirkung. Im Apothekenhandel ist es zurzeit nicht erhältlich. «Einzelfälle einer möglichen Lebertoxizität waren in der Vergangenheit aufgefallen, das Präparat wird jedoch auch weiter mit gutem Erfolg eingesetzt», so Gaul.

Zusammenfassend hielt Dr. Charles Gaul fest, dass bei Kopfschmerzen eine phytotherapeutische Anwendung versucht werden kann. Pfefferminzöl empfiehlt sich bei Kopfschmerz vom Spannungstyp. Die Wirkung von Pestwurzelextrakt zur Prophylaxe der Migräne ist ebenfalls gut belegt.

● *Annegret Czernotta*

Quelle: Phytotherapie in der Neurologie, 26. Schweizerische Jahrestagung für Phytotherapie, 17.11.2011, Kongresszentrum Trafo, Baden.