



Patient mit primär fortgeschrittenem Sigma-Karzinom und frühzeitiger Lebermetastasierung

Applied Kinesiology in der Krebstherapie

Vorgestellt wird die erfolgreiche ganzheitlich komplementäre Betreuung und Therapiesteuerung bei einem Patienten mit fortgeschrittenem Sigma-Karzinom und frühzeitiger Lebermetastasierung. Zur Therapiesteuerung wurde die Applied Kinesiology angewendet. Drei Jahre nach Erstdiagnose besteht nunmehr seit 1,5 Jahren Rezidivfreiheit. Der Allgemeinzustand, die Immunlage und die Leberfunktion konnten stabilisiert werden.

G. Weiss

Sehr häufig haben Krebserkrankungen eine mehr oder weniger lange Entwicklung auf mehreren Ebenen des Lebens und können als primär ganzheitliche Erkrankung betrachtet werden, wenn man von lokalisierten Tumoren und Tumoren mit bekannten Auslösern einmal absieht. Diese Entwicklung führt letztendlich zum Einbruch der Immunabwehr. Vor diesem Hintergrund ermöglicht eine ganzheitlich-komplementäre Krebsmedizin eine erfolgreiche patientenoptimierte und individuelle Therapie mit dem bestmöglichen Nutzen für den einzelnen Patienten, weil alle wichtigen Bereiche des Lebens in die Therapie mit einbezogen werden müssen. Die Optimierung und Überprüfbarkeit eines ganzheitlichen, patientenindividuell modifizierten Therapiekonzepts mit einem

bioenergetischen Testverfahren wie der Applied Kinesiology führt dabei zu messbaren Erfolgen.

Die Applied Kinesiology (AK) ist eine funktionell neurologische Methode, die die manuelle Testung spezifischer Muskeln und deren Reaktion auf definierte diagnostische sensorische Reize verwendet, um funktionelle Störungen zu analysieren und eine spezifische Therapie zu erarbeiten. Der funktionellen Untersuchung der Applied Kinesiology wird natürlich eine sorgfältige Anamnese vorangestellt. Eine detaillierte körperliche Untersuchung, Laboruntersuchung, wenn nötig Röntgen und andere bildgebende Verfahren, mit denen Pathologien ausgeschlossen werden können, sichern, soweit dies möglich ist, die gefundenen Ergebnisse.

Applied Kinesiology ist eine Diagnose- und Therapierichtung, deren seriöse und verantwortungsvolle Anwendung solide medizinische Kenntnisse erfordert. Dabei ist gerade für das sensible Thema der Krebstherapie eine saubere und vollständige Dokumentation und ein klares, reproduzierbares Testsetting die Voraussetzung, mit weitest möglicher Minimierung der bei einem bioenergetischen Testverfahren vorhandenen Fehlerquellen. Dies hat wichtige Gründe: Die klassische Schulmedizin steht „komplementären“ Therapieverfahren größtenteils ablehnend gegenüber. Eine klare Dokumentation und weitgehende Reproduzierbarkeit stärken damit die Argumentation gegenüber der Schulmedizin und können so eine sinnvolle Zusammenarbeit zum Nutzen der Patienten von Anfang an erleichtern [1].

Vorgeschichte

Der Patient war bei Erstdiagnose 61 Jahre alt und ist beruflich selbstständig mit eigenem Betrieb. Seit mindestens 20 Jahren bestand eine erhebliche berufliche Belastung mit wiederkehrenden Existenzkrisen und viel Ärger auch von außen.

Aus der früheren Anamnese waren KHK und Zustand nach Hinterwandinfarkt 1988 bekannt. Der Patient litt seit Jahren unter Gelenkbeschwerden wegen Arthrosen der Hüftgelenke, Schultern und Ellengelenke. Im Februar 2004 wurde ein Diabetes mellitus Typ II neu festgestellt. Ein neu festgestellter Diabetes sollte erfahrungsgemäß gerade bei älteren Patienten immer auch an ein Malignom denken lassen, welches die Stoffwechselsituation so verschlechtert, dass eben der Diabetes zutage tritt.

Bei Herrn L. kam es nach Diabetesfeststellung durch die Ernährungsumstellung bis April 2004 zu einer Gewichtsabnahme von 8 kg. In der Folge entwickelte sich aber auch eine rezidivierende Obstipation und zunehmend starke Schmerzen beim Stuhlgang. Ende April 2004 wurde eine Koloskopie wegen der Schmerzen durchgeführt, dabei wurde ein Sigma-Karzinom am Übergang des Colon descendens zum Sigma festgestellt (histologisch pT4,N2(12/19),M0,G2,L1,R0, ED 5/04).

Verlauf

Im Mai 2004 wurde eine erweiterte Hemikolektomie links durchgeführt (KKH Crailsheim). Die Histologie des OP-Präparats zeigte einen lokal invasiven Befund mit Lymphknotenmetastasierung (12/19), zum Teil perinoduläre Weichteilgewebsinfiltration, im peritumorösen mesokolischen Fettgewebe auch Invasion viszeraler Nervenfasern, tumoröse Infiltration von Venen, zum Teil Ummauerung von Arterienästen und -stämmen, Weichteilgewebsinfiltration bis knapp an die arterielle Gefäßabsetzungsfront.

Postoperativ wurde eine sogenannte „adjuvante“ Chemotherapie mit 5-FU und Oxaliplatin nach dem Folfox-Schema durchgeführt, und zwar ab Juni 2004 bis Dezember 2004. Wegen der Chemotherapie erfolgte im September 2004 eine Portimplantation.

Damals erhielt Herr L. bereits eine begleitende Therapie bei einem Heilpraktiker mit vielfältigen Präparaten, unter anderem Enzyme, isopathische Therapeutika,

ein homöopathisches Thymuspräparat, Vitamin E, ein Kombinationspräparat mit Vitaminen und Spurenelementen, ein tibetisches Arzneimittel zur Durchblutungsförderung und Entzündungshemmung, ein Mykotherapeutikum und eine Teemischung (aus Klettenwurzel, Rotkleeblüten, Ulmenrinde, Benediktenkraut, Rhabarberwurzel, Braunalge, Brunnenkresse und kleinem Sauerampfer).

Unter Folfox entwickelte sich eine beinbetonte periphere Polyneuropathie, diese besserte sich später (2006) nach Behandlung mit Kräuterdekokten der chinesischen Arzneitherapie (Kushen Tang und Modifikationen) mäßig.

Im Dezember 2004 zeigte sich dann ein ansteigender CEA-Wert unter Folfox. Die durchgeführte Koloskopie war unauffällig, jedoch zeigten sich sonographisch und im Computertomogramm Lebermetastasen. Eine palliative Chemotherapie mit Irinotecan wurde vorgeschlagen, vom Patienten aber abgelehnt. Herr L. hatte sich im Internet zur Möglichkeit einer operativen Therapie bei Lebermetastasen informiert und suchte deswegen die Chirurgische Uniklinik in Tübingen zur OP auf. Dort erfolgte im Januar 2005 eine Hemihepatektomie rechts sowie eine atypische Resektion einer Metastase im Segment III.

Ganzheitliche Behandlung

In meiner Praxis stellte sich Herr L. erstmals im Februar 2005 vor. Bei mehreren Terminen erfolgte die ausführliche Erstuntersuchung, eine ausführliche Besprechung von Prognose, sinnvollen allgemeinen Maßnahmen wie Ernährungsoptimierung, Selbstregulation, Umfeldsanierung, Herdsanierung, regelmäßigem Bewegungstraining, Austestung von Zusatzmedikamenten bioenergetisch mit AK, Verordnung von hilfreich getesteten Substanzen sowie eine Anleitung zu Visualisierungsübungen nach C. Simonton.

Der weitere Verlauf bei Herrn L. dokumentiert die Wichtigkeit einer guten Selbstregulation für die Gesamtprognose [2, 3]. Herr L. erzielte im Februar 2005 bei Untersuchung mit dem Kurzfragebogen zur Selbstregulation nach Grossarth-Maticcek 5,1 Punkte (Bewertung 1–6), was einer sehr guten Selbstregulation entspricht.

Zusätzlich wurde der Patient im Februar 2005 mit den Methoden der AK ausführlich untersucht. Dabei zeigten sich unter anderem ein Herdbefund im Oberkiefer rechts, Zahn 17/18, eine positive Thera-



Abb. 1: Patient kurz vor der Entlassung aus der stationären Behandlung an der Chirurgischen Uniklinik Tübingen im Juni 2005



Abb. 2: Abdomen von seitlich, Juni 2005, massiver Aszites

pielokalisation (TL) zur Leber sowie ein positiver Candida-Challenge.

Folgende Testmuskeln wurden verwendet:

- Der M. infraspinatus als mit dem Immunsystem assoziierter Muskel testete rechts schwach.
- Der M. rectus femoris als dünn darmassoziierter Muskel testete links normoreaktiv und rechts hyperreaktiv.
- Der M. pectoralis major sternalis als leberzugeordneter Muskel war links ebenfalls hyperreaktiv.

Zur Erläuterung: Ein Muskel (Muskelkomplex) kann während des definierten Muskeltestvorgangs der Kraft widerstehen, die der Untersucher ausübt, und kann während des Tests die Testposition beibehalten. Er wird „normoreaktiv“ genannt, wenn der Hauptagonist im Test durch eine der folgenden Maßnahmen inhibiert (funktionell geschwächt) werden kann und damit eine Bewegung im Gelenk auftritt:

- Manuelles Verkürzen der Muskelspindel des Hauptagonisten im Test
- Stimulation des Drainagepunkts („Sedierungspunkts“) der Akupunkturleitbahn, die dem Hauptagonisten zugeordnet ist
- Aufbringen eines Pols (Nord- oder Südpol) eines mindestens 3000 Gauss starken Magneten auf den Muskelbauch

Falls der Hauptagonist jedoch durch keine der angegebenen Maßnahmen, die für den normoreaktiven Muskel definiert wurden, inhibiert werden kann, wird er als hyperreaktiv (hyperfazilitiert) bezeichnet. Der Muskel kann durch den geeigneten Stimulus, der der Ursache der Hyperreaktivität entspricht, in seiner Reaktion in Richtung Normreaktion oder Hyporeaktion verändert werden. Ein hyporeaktiver Muskel ist jeder Muskel (Muskelkomplex), der der vom Untersucher ausgeübten Kraft während des definierten Testvorgangs nicht

widerstehen kann. Die Testposition kann nicht eingehalten werden.

Sowohl hyperreaktive als auch hyporeaktive Muskeln können „dysreaktive Muskeln“ genannt werden, da beide Zustände Dysfunktionen anzeigen [5]. Zu beachten ist dabei für den Bereich der Krebsmedizin, dass dysreaktive Muskeln nicht mit dem Tumorgeschehen assoziiert sein müssen. Genauso wenig bedeutet ein Organbefall notwendigerweise eine Dysreaktion zugeordneter Muskeln. Nystatin oral führte zu einem normoreaktiven Challenge der hyperreaktiv getesteten Muskeln. Wie in diesem Fall auch, ist bei Tumorpatienten die Darmflora praktisch immer gestört. Das darmassozierte Immunsystem ist das größte Immunorgan unseres Körpers, weil etwa 80% aller Abwehrzellen des menschlichen Organismus im Darmbereich tätig sind. Hier liegen auch die meisten Lymphknoten. Deswegen wurde umgehend eine Candidasanierung mit Nystatin und anschließende Darmsanierung gemäß des Testergebnisses eingeleitet.

Nach dem Ergebnis der AK-Testung erfolgte eine primäre Zusatzmedikation mit orthomolekularen Präparaten (Zink, Selen, Acerola Vitamin C, Vitamin E), ein Präparat mit einer balanzierten Multivitamin- und Mineralstoffmischung, ein Enzymgemisch (Proteasengemisch) mit Papain sowie Trypsin und Chymotrypsin. Zusätzlich wurde Kalzium gegeben, da im Zusammenhang mit einer Krebstherapie präventive Effekte von Kalzium beschrieben wurden. Sie betreffend vor allem das Kolonkarzinom und beruhen auf einer Verringerung der Proliferation der Kolonmukosa. Zudem gehörten β -Carotin sowie ein Präparat mit Lactobazillen und Bifidobakterien, später außerdem ein E.-coli-Präparat zur Symbioselenkung zur Zusatzmedikation.

	Normwerte	28.06.07	11.05.07	29.03.07	20.11.06	19.06.06	30.01.06	04.10.05	01.08.05
Leukozyten (Tsd/ μ l)	4,0-9,4	3,6	3,4	3,7	3,7	4,9	3,3	4,0	3,8
Hb (g/dl)	14-18	12,1	12,2	12,7	12,4	11,9	11,6	9,8	8,8
Cholinesterase (kU/l)	5,3-12,9	7,6	6,9	7,3	6,8	6,2	5,7	3,3	1,6
γ -GT (U/l)	≤ 60	47	43	48	62	63	172	345	430
Albumin (%)	58,0-70,0	61,3	61,8	59,3	56,4	56,7	51,6	40,9	34,1
γ -Globulin (%)	10,0-19,0	15,5	15,6	17,1	21,2	21,9	28,1	38,8	45,7
CEA (ng/ml)	≤ 5	1,2	1,3	1,2	0,9	1,2	2,2	10,4	–

Tab. 1: Laborwerte im Verlauf (Normwerte siehe erste Spalte)

Wegen einer geplanten Misteltheapie wurde noch ein Misteldifferenzierungstest nach R. Wagner durchgeführt. Bei diesem Test wird die Degranulierung von Eosinophilen durch Mistelpräparate als Maß für die mögliche Stimulierung der eosinophilen Granulozyten beurteilt, um so das optimal wirksame Mistelpräparat bestimmen zu können [3]. Die beste Reaktion zeigte in diesem Fall ein Eichenmistelpräparat.

Erneute Lebermetastase

Leider zeigte sich bald darauf, noch vor Etablierung der Mistelbehandlung, bei weiteren Laborkontrollen wegen anhaltend hoher Leberwerte bei Herrn L. erneut ein CEA-Anstieg (47 U/l) im April 2005. Deswegen wurde ein geplantes Kontroll-CT des Abdomens vorgezogen, im Befund eine erneute 3,5 cm große Lebermetastase an der mittleren Lebervene. Herr L. entschloss sich nach Rücksprache zu einer erneuten OP in Tübingen (April 2005: atypische Lebersegmentresektion Segment IV, dabei zusätzlich Durchführung eines Bauchdeckenhernienverschlusses mit Herniennetz).

Postoperativ entwickelten sich multiple Komplikationen. Am vierten postoperativen Tag trat Fieber auf, klinisch wurden Hospitalismuskkeime nasal nachgewiesen. Am fünften Tag nach der OP erlitt Herr L. nachts einen Kollaps bei septischem Schock infolge einer Kathetersepsis (Port) mit Verbrauchskoagulopathie (Streptokokkensepsis). In der Folge kam es zu einem zunehmenden Aszites, der mehrfach punktiert wurde (bis zu 3 Liter täglich, jeweils keine malignen Zellen nachweisbar). Schließlich wurde eine Pfortaderthrombose nachgewiesen und Herr L. hepatisiert. Der Patient erhielt eine übliche Zusatzmedikation mit Spironolacton und Ursodeoxycholsäure sowie bis zur Entlassung am 22.06.2005 regelmäßige Aszitespunktionen von 4–7 Litern.

In der Sprechstunde stellte sich Herr L. am 28.06.2005 mit erneut massivem Aszites vor, normalem Darmgeräusch, aber lokal Rötung, Überwärmung und Induration im Narbenbereich des Ober- und Mittelbauchs. Nach Intervention wegen des Verdachts auf chronische Reizung/Infektion durch das Herniennetzimplantat erfolgte die erneute stationäre Aufnahme in Tübingen und schließlich die laparoskopische Exploration und Explantation des Herniennetzes.

Nach Entlassung aus der stationären Behandlung wurde folgender Befund erhoben (13.7.2005): Abdomen weich, Aszites mäßig, Unterschenkelödeme, wohl infolge des erheblichen Eiweißmangels (Tab. 1), Schleimrasseln bronchial.

Am Folgetag Fieber bis 38,5°C, reizfreie Wundverhältnisse abdominal, Schmerzen dorsal über den Rippen und Reibegeräusche bei der Thoraxauskultation mit Verdacht auf Pleuraergüsse. Ein Röntgenthorax ergab Pleuraergüsse und Herzinsuffizienz. Der Patient befand sich zu dieser Zeit in einem massiv reduzierten Allgemeinzustand (Abb. 1 u. 2). In den folgenden zwei Wochen wurden weitere Aszitespunktionen im KKH Crailsheim durchgeführt.

Wegen des zu diesem Zeitpunkt erheblich reduzierten Allgemeinzustands und der katastrophalen Leberfunktion wurden die Befunde und der lebensbedrohliche Zustand mit Herrn L. und seiner Ehefrau ausführlich erörtert. Die Cholinesterase im Serum lag zu dieser Zeit bei 1,14 kU/l! Sonographisch bestand erneut eine solitäre Lebermetastase (außerdem klinisch große Bauchwandhernie mit Hernierung des Dünndarms supraumbilikal). Wegen der Lebermetastase wurde von internistischer Seite eine erneute palliative Chemotherapie angeraten.

Da durch eine weitere Chemotherapie möglicherweise die (bereits zu diesem Zeitpunkt schwerst geschädigte) Leber als wichtigstes Entgiftungsorgan zusätzlich so stark geschädigt werden würde, dass ein Überleben kaum noch möglich wäre, habe ich Familie L. davon abgeraten. Mit einer solitären Metastase in der Leber kann man zumindest noch eine gewisse Zeit überleben, mit einer zerstörten Leber nicht.

Die komplementärmedizinische Therapie wird intensiviert

Nunmehr wurde in der Praxis eine komplexe ganzheitliche Behandlung begonnen im Sinne eines intensiven komplementärmedizinischen „Supportive care“. Dies beinhaltete unter anderem eine regelmäßige Akupunkturbehandlung (Immunpunkte, Stoffwechsel regulierende Punkte, Schmerztherapie) sowie die viszeral-osteopathische Therapie des Abdomens und des Thorax. Potenziell lebertoxische Medikamente wie Antibiotika und Ranitidin und Analgetika wurden abgesetzt, die Therapie mit Ursodeoxycholsäure wurde fortgeführt.



Abb. 3: Patient im Januar 2006 nach halbjähriger stabilisierender Therapie mit der geschilderten Vorgehensweise. Man beachte den Aspekt des Abdomens nach viszeral-osteopathischer Behandlung des Bauches.

Zudem wurde eine hochdosierte Infusionstherapie mit Vitamin C (7,5 g 3-mal/Woche) mit Zusatz von Katalysatoren des Zitronensäurezyklus und Komplexhomöopathika begonnen. Es erfolgten eine Substitution von Vitaminen und Spurenelementen nach Test mit AK (Selen u.a.) sowie eine Enzymtherapie. Zusätzlich wurde Molke (Ziegenmolke) als leicht verdauliche gute Aminosäurenquelle verabreicht, aufgrund des erheblichen Eiweißdefizits mit schwerer Hypalbuminämie nach multiplen Aszitespunktionen und zur Auffüllung des Thiolpools. Regelmäßige engmaschige Kontrollen der Laborparameter wurden durchgeführt. Die Therapie wurde in kurzen Abständen mit den Methoden der AK überprüft. Außerdem erfolgte eine Er-



Abb. 4: Patient L. F. im Februar 2006

nährungsanpassung (vitalstoffreich, Vollkornprodukte, fettreduziert mit einem hohen Anteil mehrfach ungesättigter Fettsäuren, mit einem hohen Übergewicht an ungesättigten Omega-3-Fettsäuren und einem geringen Anteil von Arachidonsäure, wenig Kochsalz). Über milchsauer vergorene Produkte wie Biojoghurt, Buttermilch etc. sollte die Zufuhr rechtsdrehender Milchsäuren gesteigert werden. Die Kost sollte zuckerfrei und kohlenhydratreduziert sein (auch wegen des Diabetes mellitus). Herr L. wurde intensiv psychologisch begleitet und zu Eingebungen angeleitet (s.o.).

Zur Substitution mit Vitaminen und Spurenelementen sei angemerkt, dass Krebskranke nachgewiesen einen deutlich erhöhten Bedarf an essentiellen Mikronährstoffen haben, der auch durch eine gesunde, vollwertige Kost nur schwer zu decken ist. Besonders gilt dies zu Zeiten einer Chemo- und Strahlentherapie, da hier der Verbrauch an Antioxidanzien und Mikronährstoffen durch den anfallenden Tumordetritus und die Belastung des Zellstoffwechsels deutlich erhöht ist. Die im Vergleich zu anderen Maßnahmen sehr kostengünstige Substitution mit Vitamin C und Selen sollte aufgrund der vielfältigen positiven Effekte nach meiner Meinung zur Basismedikation praktisch jeder Tumorerkrankung gehören, sofern verträglich.

Vitamin C bewirkt unter anderem eine Stärkung des Immunsystems und der

Abwehrmechanismen, ist verantwortlich für die Integrität der Membranen und die Stabilität des Bindegewebes. Es bewirkt eine Reduktion der Hyaluronidaseproduktion der Krebszellen, verbessert das Wohlbefinden und den Karnofsky-Index [7, 8]. Schmerzlinderung und zahlreiche weitere Effekte sind beschrieben.

Selen ist essenzieller Bestandteil der Glutathionperoxidase im enzymatischen Schutzsystem der Zelle. Es reduziert die Toxizität von Zytostatika auch akut, bewirkt Antiemese, Knochenmarkschutz und verbessert die Wundheilung. Die in Verbindung mit Strahlen- und Chemotherapie stark vermehrt freigesetzten freien Radikale sind wesentlich verantwortlich für die unerwünschten toxischen Wirkungen auf Normalgewebe. Die Verminderung unerwünschter Wirkungen der Zytostatika durch Selen führt nicht zu einer Wirkungseinbuße der Zytostatika gegenüber Tumorzellen oder Resistenz von Tumorzellen!

Ab August/September 2005 kam es unter der dargestellten Behandlung zu einer zunehmenden Stabilisierung. Zwischenzeitlich erlitt Herr L. Anfang September bei einem Spaziergang mit seinem Hund einen Sturz mit Fraktur der sechsten Rippe links. Die Schmerzen konnten mit Akupunktur rasch beherrscht werden.

Wegen des inzwischen erfreulich gebesserten Allgemeinzustands (s. Tab. 1 zum Verlauf der Laborparameter) konnte ab Oktober das weitere Vorgehen wegen der Lebermetastase geplant werden. Es erfolgte die Vorstellung im Zentrum für onkologische Chirurgie in Neu-Ulm, mit der Frage einer Dendritentherapie, außerdem in der Uniklinik Frankfurt mit der Frage lokale Embolisation/Laserkoagulation der solitären Metastase. Eine dort vorgeschlagene repetitive Perfusionschemotherapie der Leber wurde vom Patienten abgelehnt, vor allem wegen der dort erfolgten Therapieaufklärung, die ihn, kaum halbwegs erholt, sehr betroffen hat.

Ich möchte in diesem Zusammenhang dafür plädieren, sich die Formulierung von Aussagen bezüglich der Erkrankung und ihrer Prognose gegenüber krebserkrankten Patienten sehr genau zu überlegen. Es macht einen enormen Unterschied, ob man zu einem Patienten sagt (womöglich mit Zeitvorgabe): „Ihr Krebs ist unheilbar“, oder ob man es beispielsweise so formuliert: „Sie haben eine sehr schwerwiegende, möglicherweise lebensbedrohende Erkrankung. Eine Krebserkrankung ist bedingt heilbar. Das ist schwierig. Es

kommt darauf an, dass wir gemeinsam die Bedingungen im Ganzen so gestalten, dass eine Heilung möglich wird. Wir werden zusammen daran arbeiten.“

Inzwischen bestand unter fortgesetzter ganzheitlicher Therapie ein sehr guter Allgemeinzustand, sodass der Patient Mitte Oktober sogar einen Ausflug auf das Nebelhorn (Oberstdorf) unternehmen konnte.

Radiofrequenztherapie und Dendritenimpfung

Schließlich wurde nach Abwägen der Therapieoptionen eine Radiofrequenztherapie der Lebermetastase geplant (erneut in Tübingen, Abteilung Diagnostische Radiologie). Die Metastase hatte zu dieser Zeit eine Größe von 2,7 cm. Die Radiofrequenztherapie ist bis zu einer Metastasengröße von ca. 5 cm technisch möglich.

Nach Klärung des Prozedere wurde zunächst wegen der noch mäßigen Leberfunktionsparameter die oben dargestellte stabilisierende Therapie fortgeführt. Es bestand zu der Zeit klinisch ein guter Allgemeinzustand, klinisch am Abdomen lediglich eine kleine Bruchlücke links epigastisch sowie eine mäßige Narbendehiszenz supraumbilikal, ansonsten unauffälliger Befund, palpatorisch kein Aszites. Die Indurationen nach mehreren Operationen waren zu diesem Zeitpunkt unter viszeral-osteopathischer Behandlung bereits erheblich zurückgebildet. Der Stuhlgang funktionierte problemlos.

Nach weiterer Stabilisierung konnte dann in Tübingen (20.12.2005) die technisch schwierige, vom Ergebnis her aber erfolgreiche Radiofrequenztherapie der Lebermetastase durchgeführt werden. In der Folge zeigten die sonographischen und kernspintomographischen Kontrollen zwar eine relativ große Nekrosezone (6x4 cm), die sich aber unter Fortführung des ganzheitlichen Therapieregimes rasch zurückbildete. Der Patient erholte sich rasch mit zunehmender Besserung in der Folgezeit (vgl. Tab. 1).

Weil sich bei der Immunphänotypisierung Anfang 2006 weiter eine Reduktion der CD8-positiven Zellen sowie der NK-Zellen (natürliche Killerzellen) zeigte, wurde in Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Onkologische Chirurgie in Neu-Ulm und dem angegliederten Immunlabor die Indikation für eine Dendritenimpfung gestellt und diese im April und Mai 2006 2-mal sowie erneut Oktober und November 2006 durchgeführt.

Dendritische Zellen sind antigenpräsentierende Zellen, die im unreifen Stadium zum Beispiel Tumorbestandteile oder Bruchstücke von Tumorzellen in die Zelle aufnehmen können und diese umbauen, um die charakteristischen Merkmale dieser Bestandteile später für andere Immunzellen erkennbar zu machen. Diese Strukturen präsentieren sie im Zusammenhang mit speziellen Signalzeichen an ihrer Oberfläche (dendritische Ausläufer), sodass andere Immunzellen dieses Signal wahrnehmen und als schädlich erkennen können. Der Vorteil einer Therapie mit dendritischen Zellen gegenüber einer Tumorigmpfung liegt in der einfacheren Anwendbarkeit. Die Dendriten können nach Anzucht aus dem Patientenblut mit Tumorbruchstücken beladen werden, aber auch mit Tumormarkern, wenn keine OP möglich oder sinnvoll ist (Tumormarker sind Oberflächenbruchstücke von Tumorzellen; [4]).

Nach Entfernung der Metastase und guter Stabilisierung wurde ab Mai 2006 die Amalgam- und Herdsanierung im Zahnbereich begonnen, dabei wurden die geplanten Maßnahmen jeweils nach Auswertung mit AK durchgeführt. Auch zur Entgiftung erforderliche Präparate wurden getestet. Die Sanierung konnte im November 2006 erfolgreich abgeschlossen werden. Der Herdbefund 17/18 wurde nach Absicherung des AK-Testbefunds mit Decoderdermographie und nochmaliger Überprüfung mit AK zusammen mit dem behandelnden Zahnarzt als Herd an 18 gesichert und dieser extrahiert.

In der folgenden Zeit konnte bei stabilem Verlauf und sehr gutem Befinden die Betreuung schrittweise reduziert werden.

Psychologische Betreuung unabdingbar

Wichtig ist bei Krebspatienten auch bei vollständiger Remission die Führung und Unterstützung in Lebenskrisen, da Belastungssituationen das Immunsystem deutlich schwächen (erkennbar an einer Verschlechterung der Immunparameter bei der Labordiagnostik), und zum Auftreten von Rezidiven führen können.

Bei Herrn L. bestand im Mai 2006 erstmals seit Beginn der Betreuung in meiner Praxis eine solche schwere Belastungssituation bei betrieblicher Existenzkrise. Durch Coaching und Beratung wurde die Familie extern und in der Praxis unterstützt. Die Krise konnte letztlich durch Herrn L. selbst bewältigt werden.

Da sich der Lymphozytenstatus nach Dendritenimpfung nicht deutlich verbessert hatte, wurde zusätzlich seit November 2006 eine Misteltherapie nach nochmaliger Testung mit dem Misteldifferenzierungstest nach R. Wagner eingeleitet (Kiefernmistelpräparat).

Ab Dezember 2006 ergab sich eine erneute Belastungssituation, nachdem in der Spätschwangerschaft der Schwiegertochter eine Missbildung beim Embryo festgestellt wurde (Geburt des Enkels im Februar 2007 mit okzipitaler Myelozele, nach OP der Myelozele postoperativ Auftreten von Komplikationen und Notwendigkeit weiterer Operationen). Daher bestand weiter psychologischer Betreuungsbedarf. Inzwischen ist der Enkel aus der Uniklinik Würzburg entlassen und hat sich erfreulich stabilisiert.

Die zwischenzeitlich reduzierte Begleittherapie wurde wegen der anhaltenden psychischen Belastung erneut intensiviert. Seit Januar 2007 erfolgte eine erneute Vitamin-C-Infusionstherapie und die komplementäre Medikation und begleitende Betreuung wurden fortgeführt. Herr L. ist drei Jahre nach Erstdiagnose eines fortgeschrittenen Kolonkarzinoms nunmehr 1,5 Jahre rezidivfrei bei sehr gutem Allgemeinzustand. Bei stabilem Verlauf können nun die regelmäßige ganzheitliche Betreuung und die internistischen Kontrollen im Laufe des Jahres schrittweise reduziert werden. Derzeit wird geprüft, ob weitere Dendritenimpfungen durchgeführt werden sollten.

Die Stoffwechselsituation bei Diabetes mellitus hat sich zuletzt leicht verschlechtert (HbA1c 6,7). Deswegen wird derzeit das Bewegungstraining wieder intensiviert, das aufgrund von Coxarthrose Schmerzen zwischenzeitlich vernachlässigt wurde. Diese Schmerzen sind inzwischen unter Akupunktur und Gabe von komplexhomöopathischen Arthrosepräparaten nach Test mit AK gebessert. Außerdem wurde die Ernährung weiter optimiert und zusätzlich Chromium (200 mg), Alpha-Liponsäure und N-Acetylcystein nach Test mit AK verordnet.

Schlussfolgerungen

Bei einem bei Erstdiagnose 61-jährigen Patienten mit fortgeschrittenem metastasiertem Kolonkarzinom konnte in einer extrem kritischen Situation mit einer umfassenden, ganzheitlich komplementären Betreuung und Therapiesteuerung mit Applied Kinesiology der Allgemeinzustand, die Immunlage und die Leberfunktion so stabilisiert werden, dass eine erfolgreiche Behandlung eines Lebermetastasenrezidivs mit Radiofrequenztherapie ermöglicht wurde.

Dies gewährleistete in der Folgezeit die weitere Stabilisierung mit nunmehr Rezidivfreiheit seit 1,5 Jahren. Extrem wichtig war in dieser Zeit auch die Stabilisierung und Unterstützung durch die Familie, besonders durch die Ehefrau. Ermöglicht hat dies auch die kollegiale Zusammenarbeit mit dem KKH Crailsheim, der Chirurgischen Universitätsklinik Tübingen und dem Zentrum für Onkologische Chirurgie in Neu-Ulm.

Dennoch bleibt es ein schwieriges Unterfangen, gerade bei Tumorpatienten, eine ganzheitliche Therapiesteuerung und sinnvolle Zusatzbehandlungen im Kontext der schulmedizinischen Therapie etablieren zu können.

Nicht in jedem Fall garantieren leider etablierte Behandlungsregimes wie eine palliative Chemotherapie den besten Patientenbenefit. Vielleicht werden solche Therapien oft zu schnell angesetzt, aus Angst davor, „etwas zu versäumen“. Ich möchte in diesem Zusammenhang dafür plädieren, bei einem fortgeschrittenen malignen Krankheitsbild eher auf die bisweilen allzu schnelle Durchführung einer Chemotherapie oder gar einer „experimentellen“ Therapie zu verzichten, besonders wenn der körperliche Zustand und die Laborparameter ein drohendes Organversagen etwa der Leber befürchten lassen. Stattdessen sollte mit einer ganzheitlich komplementären Therapie, die z.B. ablaufen kann wie oben dargestellt, primär für eine Stabilisierung gesorgt werden.

Es mag banal klingen, aber wenn die Leber zerstört ist oder andere lebenswichtige Organe versagen, ist dies mit dem Weiterleben nicht vereinbar. Dagegen kann man unter Umständen auch mit Lebermetastasen noch jahrelang überleben. Solche Verläufe konnte ich über die Jahre immer wieder beobachten.

Niemand hat bei einer Krebsbehandlung letztendlich Patentrezepte, auch der dargestellte Ansatz wird nicht in jedem Fall erfolgreich sein. Aus meiner Erfahrung in der langjährigen Betreuung und Begleitung von Tumorpatienten glaube ich jedoch mit Sicherheit behaupten zu können, dass eine kompetente und umfassende, ganzheitliche Betreuung die Überlebenschancen zum Teil deutlich verbessert. Regelmäßige Laborkontrollen sollten über mindestens drei Jahre durchgeführt werden, anfangs und während Verlaufskrisen zumindest alle vier Wochen.

Dabei können erfahrungsgemäß bereits leichtergradige, tendenzielle Anstiege von Tumormarkern oder Leberwerten Hinweise für eine erneute Progredienz sein, sogar wenn diese sich noch im laborchemisch definierten Normalbereich bewegen. Sie sollten zu erhöhter Aufmerksamkeit und weiterführender Diagnostik Anlass geben. Nach psychischen und sozialen Belastungen oder Krisen sollte dabei immer gefragt werden und im Bedarfsfall kompetente Unterstützung angeboten oder vermittelt werden.

Dr. med. Gerald Weiss

Facharzt für Allgemeinmedizin
Sportmedizin, Akupunktur
Diplomate International Board of Applied
Kinesiology



Connenweilerstr. 35
74597 Rechenberg

Tel. (0 79 67) 70 15 35

i-gweiss@t-online.de

Literatur

- [1] Garten H, Weiss G. Systemische Störungen – Problemfälle lösen mit Applied Kinesiology. München: Urban & Fischer in Elsevier; 2007.
- [2] Stierlin H, Grossarth-Maticek R. Krebsrisiken-Überlebenschancen. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme; 2000.
- [3] Grossarth-Maticek R. Systemische Epidemiologie und präventive Verhaltensmedizin chronischer Erkrankungen. Strategien zur Aufrechterhaltung der Gesundheit. Berlin: de Gruyter; 1999.
- [4] Wagner R. Rationale Misteltherapie. Stuttgart: Urachhaus; 2001.
- [5] Ramadani M. Dendritische Zellen – Krebs mit dem Immunsystem bekämpfen. Informationsschrift zur Dendritentherapie. Ulm: Cabion-Technologies; 2005.
- [6] Garten H. Applied Kinesiology: Muskelfunktion, Dysfunktion, Therapie. München: Urban & Fischer in Elsevier; 2004.
- [7] Cameron E, Pauling L. Supplemental ascorbate in the supportive treatment of cancer: Reevaluation of prolongation of survival times in terminal human cancer. Proc Natl Acad Sci USA 1978;75:4538-42.
- [8] Cameron E. Protocol for the Use of Vitamin C in the Treatment of cancer. Medical Hypotheses 1991;36:190-4.