

Dr. Gerald Weiss beim 2. Internationalen Fachkongreß für Biologische Krebsmedizin in Baden-Baden am 14./15. Juni 2008

Kurzfassung Referat Kongreß

G. Weiss

Der besondere Fall: Tumorremission unter AK-geführter Therapie

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. Vier Jahre nach Erstdiagnose besteht nunmehr seit 2,5 Jahren Rezidivfreiheit.

Eine ganzheitlich-komplementäre Krebsmedizin ermöglicht eine erfolgreiche patientenoptimierte und individuelle Therapie mit dem bestmöglichen Nutzen für den einzelnen Patienten. Die Optimierung und Überprüfbarkeit des Therapiekonzepts mit einem bioenergetischen Testverfahren wie der Applied Kinesiology führt dabei zu messbaren Erfolgen.

Die Applied Kinesiology (AK) ist eine funktionell neurologische Methode, die, auf der Basis einer fachgerechten schulmedizinischen Diagnostik, 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 Patient war bei Erstdiagnose 61 Jahre alt. Im Februar 2004 wurde ein Diabetes mellitus Typ II neu festgestellt. Nach Ernährungsumstellung entwickelte sich eine rezidivierende Obstipation und zunehmend starke Schmerzen beim Stuhlgang. Bei einer Koloskopie wurde schließlich ein Sigma-Karzinom festgestellt (histologisch pT4,N2(12/19),M0,G2,L1,R0, ED 5/04).

Verlauf

Im Mai 2004 erfolgte die erweiterte Hemikolektomie links. Die Histologie des OP-Präparats zeigte einen lokal fortgeschrittenen, invasiven Befund. Postoperativ wurde eine „adjuvante“ Chemotherapie mit 5-FU und Oxaliplatin nach dem Folfox-Schema durchgeführt (06/2004 bis 12/2004).

Im Dezember 2004 Diagnose von Lebermetastasen unter Folfox. Eine palliative Chemotherapie wurde vorgeschlagen, Der Patient entschloss sich stattdessen zu einer Hemihepatektomie rechts (Januar 2005, Chirurgische Uniklinik Tübingen).

In der Praxis des Autors erstmalige Vorstellung von Herrn L. im Februar 2005. Nach Anamnese, Erstuntersuchung, Besprechung von Prognose und sinnvollen komplementären Maßnahmen wurde der Patient zusätzlich mit den Methoden der AK ausführlich untersucht. Dabei zeigten sich unter anderem ein Herdbefund Zahn 18, eine positive Therapielokalisation (TL) zur Leber sowie ein positiver Candida-Challenge. Wie in diesem Fall auch, ist bei Tumorpatienten die Darmflora praktisch immer gestört. Nach dem Ergebnis der AK-Testung erhielt der Patient eine primäre Zusatzmedikation mit orthomolekularen Präparaten, Enzymen, sowie Darmsymbionten u.a.. Noch vor Etablierung einer geplanten Misteltherapie 4/2005 Diagnose einer erneuten Lebermetastase, deswegen in Tübingen erneute Durchführung einer Lebersegmentresektion (Segment IV).

Postoperativ traten danach multiple Komplikationen auf: septischer Schock infolge einer Kathetersepsis (Port) mit Verbrauchskoagulopathie (Streptokokkensepsis), Pfortaderthrombose, Aszites. In der Folge regelmäßige Aszitespunktionen von 4–7 Litern. Mitursache des Aszites war eine chronische Reizung/Infektion durch ein Herniennetzimplantat, deswegen schließlich Explantation des Herniennetzes.

Nach Entlassung aus der stationären Behandlung weiter Aszites, Ödeme bei erheblichem Eiweißmangel, Pleuraergüsse und massiv reduzierter AZ. Wegen des erheblich reduzierten Allgemeinzustands und der katastrophalen Leberfunktion (Cholinesterase im Serum lag zu dieser Zeit bei 1,14 kU/l) wurden die Befunde und der lebensbedrohliche Zustand mit Patient und Ehefrau ausführlich erörtert. Sonographisch bestand erneut eine solitäre Lebermetastase.

Eine palliative Chemotherapie hätte die Leber als wichtigstes Entgiftungsorgan zusätzlich so stark geschädigt, dass ein Überleben nach Überzeugung des Autors kaum noch möglich gewesen wäre. Deswegen wurde Familie L. davon abgeraten. Die komplementärmedizinische Therapie wurde intensiviert im Sinne eines intensiven komplementärmedizinischen „Supportive care“.

Dies beinhaltete unter anderem regelmäßige Akupunktur (Immunpunkte, Stoffwechsel regulierende Punkte, Schmerztherapie) sowie die viszeral-osteopathische Therapie des Abdomens und des Thorax. Potenziell lebertoxische Medikamente wurden abgesetzt, eine hochdosierte Infusionstherapie mit Vitamin C, unter Zusatz von Komplexhomöopathika wurde eingeleitet. Substitution von Vitaminen und Spurenelementen nach Test mit AK (Selen u.a.) sowie Enzymtherapie. Substitution von Aminosäuren in Form von Molke wegen des erheblichen Eiweißdefizits (schwere 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 Ernährungsanpassung und intensive psychologische Begleitung.

Unter der dargestellten Behandlung ab August/September 2005 zunehmende Stabilisierung. Deswegen Planung des weiteren Vorgehens wegen der Lebermetastase.

Nach Abwägen der Therapieoptionen wurde eine Radiofrequenztherapie der Lebermetastase geplant (erneut in Tübingen, Abteilung Diagnostische Radiologie), die nach Klärung des Prozedere und weiterer Stabilisierung der noch mäßigen Leberfunktionsparameter dann 12/2005 erfolgreich durchgeführt werden konnte.

Bei weiter bestehender Reduktion von CD8-positiven Zellen und NK-Zellen (Anfang 2006) im Blut wurde eine Dendritenimpfung indiziert und diese durchgeführt (4/5 2006 und 11/12 2006).

Ab Mai 2006 Amalgam- und Herdsanierung im Zahnbereich, jeweils nach Austestung mit AK, diese konnte im November 2006 erfolgreich abgeschlossen werden.

Wichtig ist bei Krebspatienten, auch bei vollständiger Remission, die Führung und Unterstützung in Lebenskrisen, da Belastungssituationen das Immunsystem deutlich schwächen, und zum Auftreten von Rezidiven führen können. Herr L. wurde im Mai 2006 und Anfang 2007 bei schweren beruflichen und familiären Belastungssituationen durch Coaching und Beratung der Familie extern und in der Praxis unterstützt und konnte die Krisen letztlich bewältigen.

Da sich der Lymphozytenstatus nach Dendritenimpfung nicht deutlich verbessert hatte, wurde zusätzlich ab November 2006 eine Misteltherapie eingeleitet.

Die zwischenzeitlich reduzierte Begleittherapie wurde wegen der anhaltenden psychischen Belastungen Anfang 2007 erneut intensiviert.

Inzwischen besteht bei Herrn L. vier Jahre nach Erstdiagnose eines fortgeschrittenen Kolonkarzinoms seit 2,5 Jahre Rezidivfreiheit bei sehr gutem Allgemeinzustand und subjektivem Wohlbefinden.

Extrem wichtig war für im Verlauf auch die Stabilisierung und Unterstützung durch die Familie, besonders durch die Ehefrau. Ermöglicht wurde der gute Erfolg auch durch die kollegiale Zusammenarbeit mit den beteiligten Kliniken.

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 Patientennutzen.

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 primär für eine Stabilisierung gesorgt werden. Eine kompetente und umfassende, ganzheitliche Betreuung verbessert nach Ansicht des Autors die Überlebenschancen zum Teil deutlich.