

# Prostatakarzinom

**Anamnese** Diagnose des 67-jährigen Patienten laut Arztbericht bei Fallaufnahme am 19.1.2012:

Metastasiertes Prostatakarzinom mit Befall von Leber, Becken, Brust- und Lendenwirbelsäule (Diagnosestellung erfolgt im Rahmen der Abklärung anhaltender Rückenschmerzen), kompensierte Niereninsuffizienz, seit längerem bestehender arterieller Hypertonus.

Der noch im Krankenhaus festgestellte PSA-Wert lag bei 7316 µg/l (Normbereich < 4,0). Im durchgeführten Blutlabor zeigen sich erhebliche Auffälligkeiten in den Bereichen Blutbild, Zellumsatz, Knochenstoffwechsel, Leber- und Nierenwerte (s. Tabelle 1).

Die Blutuntersuchung der Mikronährstoffe zeigt zudem Defizite bei Vitamin B6, Vitamin D, Folsäure und den Thiolen (schwefelhaltige Aminosäuren), außerdem einen leicht erhöhten Homocysteinwert von 12,7. Interessant ist zudem die Darstellung der LDH-Isoenzyme. Hier erweist sich nicht nur die Gesamt-LDH erhöht, zusätzlich zeigen sich verminderte Werte bei LDH 1 und 2, normale Werte bei LDH 3 sowie erhöhte Werte bei LDH 4 und 5: Das typische Bild einer Mitochondriopathie.

Die Medikation zum Zeitpunkt der Fallaufnahme besteht aus Blutdrucksenkern (Delix und Concor), Schmerzmitteln (Arcoxia, Novalgine, Remergil, Valoron), Psychopharmaka

(Tavor und Delix) und Pantozol. Der damalige Behandlungsplan sah die Gabe von Bisphosphonaten und die Durchführung einer Androgendeprivation (chemische Kastration) vor.

**Therapie** Nach Analyse der vorliegenden Daten und ausführlicher Beratung des Patienten wird am 6.2.2012 mit der biologischen Tumorthherapie begonnen. Aufgrund der weit fortgeschrittenen Erkrankung wird dabei die antioxidative Therapie verworfen (diese wäre bei vorliegender Mitochondriopathie das Standardprozedere, unter Verwendung von Glutathion und anderen Antioxidantien), stattdessen wird der oxidativen Tumorthherapie (d. h. der gezielten Bildung freier Radikale v. a. im Tumorgewebe) der Vorzug gegeben. Diese umfasst im Wesentlichen folgende Komponenten:

- pro-oxidative Tumorthherapie mit intravenöser Hochdosisgabe von Artesunat (2 x 300 mg/Woche), Selen (2 x 900 µg/Wo) und Ascorbat (2 x 50000 mg/Wo)
- parenterale Applikation von Pankreaspeptiden (Trypsin und Chymotrypsin) i. m. 2 x pro Woche
- parenterale Mistelapplikation (Iscador Qu 0,1 s. c., 2 x pro Woche)
- orale Substitution defizitärer Nährstoffe (B-Vitamine, Vitamin D, essenzielle Aminosäuren)
- Ernährungsumstellung im Sinne einer ketogenen Diätform
- grundlegende Sanierungsmaßnahmen (Magen-Darm-Trakt, Säure-Basen-Haushalt, Redoxsystem)

Die oben genannten Werte entsprechen dabei teils extrem hohen Dosen, entsprechend wird der Komplikationsprophylaxe große Aufmerksamkeit geschenkt. Vor und nach jeder Anwendung der Hochdosisinfusion wird der Säure-Basen-Status durch eine venöse Bluttitration überwacht, Blutbild, Nieren- und Leberwerte werden wöchentlich kontrolliert.

Die Ernährungsrichtlinien sehen im Großen die Reduktion der Kohlenhydratlast bei gleichzeitiger Erhöhung der Eiweißzufuhr vor. Aufgrund der vorliegenden Leberschädigung sowie der ohnehin

bereits erhöhten Harnstoffwerte (Eiweißkatabolismus) müssen jedoch zusätzlich die Nahrungseiweiße gestrichen werden. Um einer Kachexie und Eiweißmangelzuständen vorzubeugen, werden alle essenziellen Aminosäuren durch die orale Gabe eines Aminosäurecocktails substituiert. Das verwendete Präparat MAP (Dr. Reinwald) unterscheidet sich dabei von vergleichbaren Präparaten durch seine minimale Stickstofflast – was bei gegebener Leberbelastung äußerst wertvoll ist.

Tabelle 1

Parameter	Messwert	Referenzbereich	Interpretation
Erythrozyten	4,0	4,5-5,9	Anämie
Hb	12,3	13,0-18,0	
Gamma-GT	3410	<60	Metastatische
GOT	63	10-50	Leberschädigung
GPT	52	10-50	
Alkalische Phosphatase	878	25-124	Metastatische Kochenschädigung
LDH	303	100-250	Vermehrter
Harnsäure	12,5	3,5-7,2	Zelluntergang
Harnstoff	75	13-43	Kompensiertes
Kreatinin	1,9	0,5-1,2	Nervenversagen

Tabelle 2

Parameter	Messwert	Messwert	Referenzbereich
	19.1.2012	29.2.2012	
Erythrozyten	4,0	3,13	4,5-5,9
Hb	12,3	10,1	13,0-18,0
Gamma-GT	3410	1480	<60
GOT	63	49	10-50
GPT	52	78	10-50
Alkalische Phosphatase	878	860	25-124
Harnsäure	12,5	7,2	3,5-7,2
Harnstoff	75	64	13-43
Kreatinin	1,9	1,3	0,5-1,2
PSA	7316	757	<4

Tabelle 3

Parameter	Messwert	Messwert	Referenzbereich
	29.2.2012	16.5.2012	
Erythrozyten	3,13	3,3	4,5-5,9
Hb	10,1	10,5	13,0-18,0
Gamma-GT	1480	1216	<60
GOT	49	39	10-50
GPT	78	34	10-50
Alkalische Phosphatase	860	544	25-124
Harnsäure	7,2	6,5	3,5-7,2
Harnstoff	64	39	13-43
Kreatinin	1,3	1,19	0,5-1,2
PSA	757	386	<4

Eine umfassende Kontrolle der Laborwerte zeigt bereits ein sehr erfreuliches Bild (s. Tabelle 2).

Die positiven Effekte der Therapiemaßnahmen sind bereits nach drei Wochen Therapie erkennbar: Leber- und Nierenwerte zeigen sich deutlich besser, PSA ist um fast 90% gefallen. Erkennbar ist aber auch die typische Nebenwirkung der pro-oxidativen Tumorthherapie: Schädigung der Erythrozyten. Da diese ebenso wie Tumorzellen relativ viel Eisen enthalten und Eisen der Hauptangriffspunkt der pro-oxidativen Wirkstoffe ist, kann es neben der Eliminierung von Tumorzellen auch zu einer leichten Hämolyse mit Abnahme der Erythrozyten kommen. Unbefriedigend stellt sich zudem der Verlauf im Knochenstoffwechsel (stagnierende AP) dar.

Dennoch äußert der Patient zu diesem Zeitpunkt bereits eine deutliche subjektive Ver-

besserung, die Medikation mit Opioiden (Valoron) und Psychopharmaka konnte abgesetzt werden. Eine urologische Nachuntersuchung vom 23.3.2012 mittels Sonographie zeigt zudem eine deutliche Verkleinerung der Leberinfiltration an.

Ende April wird die intensive Therapiephase beendet und auf ein weniger intensives Therapieschema umgestellt (Wegfall der Ascorbatinfusion, Lockerung der Eiweißkarenz, größere Behandlungsintervalle [1 x pro Woche]). Die Medikation konnte um Pantozol und Novalgine verringert werden. Zu diesem Zeitpunkt haben sich die Werte nochmals deutlich verbessert (s. Tabelle 3).

Gerade bei fortgeschrittenen Tumorprozessen sowie Rezidiven derselben bietet die pro-oxidative Tumorthherapie schon alleine aufgrund des häufig eng begrenzten Zeitfensters bessere Chancen als die antioxidative Vorgehenswei-

se. Das hier vorgestellte Fallbeispiel demonstriert diesen Sachverhalt hervorragend: Bereits innerhalb eines Zeitraums von drei Wochen war es möglich, das Nierenversagen zu umgehen, metastatische Läsionen sowie den Primärtumor zu verkleinern und die Wachstumsaktivität der Tumorzellen deutlich einzuschränken. Der Patient aus dem Fallbeispiel ist 1,5 Jahre nach Behandlung noch immer am Leben, zwischenzeitlich wurde jedoch noch eine TEP – Versorgung der metastatisch geschädigten Hüftgelenke notwendig.



Florian Schilling

Heilpraktiker mit Schwerpunkten Tumortherapie, Immuntherapie und Entgiftung, Dozent an der Paracelsus Schule München

info.schilling@googlemail.com

