



# Kritischer Praxisfall eines Nierenzellkarzinoms

## Operativ-medikamentöse Behandlung mit Blutbildverlaufskontrolle

von Dr. med. Martin Tonn

veröffentlicht in SANUM-Post Nr. 47/1999, Seite 23 - 24

In der Ausgabe Nr. 11 der SANUM-Post (Jahrgang 1990) wurde ab Seite 21 über einen 67jährigen Patienten mit einem Nierenkarzinom berichtet. Bei diesem wurde im März 1989 wegen unklarer Oberbauchbeschwerden eine Sonographie durchgeführt, bei welcher der Tumor entdeckt wurde. Darauf erfolgte im Juli 1989 eine radikale Tumornephrektomie bei funktionstüchtiger Gegen-niere. Zum Befund hieß es:

„Das Nephrektomiepräparat ist 5 x 9 x 16 cm groß mit Capsula adiposa und anhängendem Ureter von 6 cm Länge und 1 cm Durchmesser. Am kaudalen Organpol findet sich ein 3,5 cm im Durchmesser großer Tumor, der sich auf der Oberfläche halbkugelig verwölbt, und der teilweise fest mit der Faserkapsel verwachsen ist. Der Tumor ist randlich scharf begrenzt. Die Schnittflächen sind inhomogen gelblich, zeigen kleinherdige Blutungen und einzelne kleine Zysten. Ein Tumoreinbruch in das etwas erweiterte Nierenbecken ist nicht nachweisbar. Die Vena renalis ist unmittelbar am Hilus abgesetzt, ihre Lichtung ist frei. Das Nierenparenchym ist unauffällig. Es zeigen sich nur vereinzelt umschriebene narbige Rindeneinziehungen. Eine Embolisierung lag offenbar nicht vor. Die Ureterlichtung ist deutlich erweitert.“

Der histologische Befund lautete auszugsweise: „Der Tumor wächst bis an das perirenale Fettgewebe vor, dieses Gewebe dabei grobknotig verdrängend. Die Capsula fibrosa wird streckenweise vom Tumor infiltriert.

Eine eindeutige Invasion der Capsula adiposa liegt jedoch nicht vor. Die Ureterlichtung ist mäßig erweitert, die Wandung verschmälert. Diagnose: Hellzelliges Nierenkarzinom (P 2, pT 2).“

Die weitere Behandlung des Patienten erfolgte unter mikroskopischer Blutbildkontrolle medikamentös, wobei der Patient auch schon vor der Operation medikamentös versorgt wurde. Verordnet wurden die SANUM-Präparate ARTHROKEHLAN „A“ und „U“, von denen der Patient bereits während sechs Wochen vor der Operation insgesamt 20 Ampullen i.m. erhielt, und zwar von 0,2 bis 1 ml pro Injektion steigend. Die Nativblutbildkontrollen im Dunkelfeld waren bis vier Wochen nach der Operation noch mit Stäbchenbefunden der Siphonospira polymorpha (entsprechend der Nomenklatur nach v. Brehmer) positiv. Danach folgte eine Negativperiode von dreieinhalb Monaten, die dann jedoch wieder auf „positiv“ wechselte. Daraufhin wurde ab Januar 1990 erneut eine Kur mit zehn Ampullen ARTHROKEHLAN „U“ durchgeführt.

Ab Februar 1990 blieben die Ergebnisse der Blutuntersuchungen zunächst längere Zeit negativ. Danach wurden zweimal im Jahr Kuren mit zehn bis zwölf Injektionen ARTHROKEHLAN „U“ durchgeführt, sobald sich Stäbchen im Nativblut zeigten. Die Befunde im mikroskopischen Dunkelfeld ließen sich durch die zweidimensionalen Bildaussagen des Optischen Erythrozytentests (OET) nach Professor Linke bestäti-

gen. In der Folgezeit zeigten sich bei den sechsmonatigen Routinekontrollen während der Therapie wiederholt Remissionen, die auch dem subjektiven Befinden des Patienten entsprachen. Somit blieb die Therapie trotz zeitweiliger Negativbefunde im Blut von einem befriedigenden Erfolg noch entfernt.

Ab 1997 stellten sich zunehmend auch Harnverhaltungen ein. Eine Prostataresektion ergab histologisch einen positiven Befund mit einem Befall von mehr als fünf Prozent des resezierten Gewebes (Stadium T 1b). Eine Radikaloperation lehnte der Patient wegen seines Alters von 76 Jahren ab und entschied sich für eine Antiandrogenbehandlung, die jedoch ihrer Nebenwirkungen wegen schlecht vertragen wurde. Beibehalten wurde die Therapie mit ARTHROKEHLAN „U“. Die Blutbildkontrollen im Dunkelfeld und OET blieben im Ergebnis weiterhin wechselnd positiv/negativ. Die urologischen Kontrollen ergaben bis dahin keinen Anhalt für eine Metastasierung. Diese Kontrollen erfolgten vierteljährlich.

Im Frühjahr 1998 bildete sich ein Hautknötchen auf dem Nasenrücken, das sich aber nach erneuter ARTHROKEHLAN-Kur um etwa die Hälfte zurückbildete, dabei jedoch allmählich ulcerierte. Im September 1998 entschloß sich der Patient zur Excision. Der mikroskopische Befund: „Ein ulceriertes, noduläres Basalzellenkarzinom von solidem Subtyp, im Gesunden entfernt.“ Die vierteljährlichen Kontrollen danach bis



einschließlich April 1999 zeigten kein Rezidiv.

Postoperativ erfolgte eine erweiterte Therapie mit den SANUM-Präparaten MUCOKEHL, QUENTAKEHL und NIGERSAN. Beachtet wurde dabei, daß die Pilz- und Hefepräparate immer mit zeitlichem Abstand zu den ARTHROKEHLAN-Verabreichungen gegeben wurden; beide Präparategattungen sollten also niemals kombiniert gegeben werden. Zusätzlich angewandt wurden außerdem ALKALAN, CITROKEHL, SELENOKEHL, SANUVIS sowie Ultraviolettbestrahlungen des Blutes und kurze, bis 37 Grad warme Vollbäder.

Der Patient zeigt gegenwärtig keinerlei verdächtige oder belastende Krankheitssymptome, dem auch sein subjektives Befinden entspricht, wenn von altersbedingten Erschwernissen abgesehen wird. Als Schlußfolgerung aus dem gesamten Thera-

pieverlauf ergibt sich, daß halbjährliche Zeitintervalle für Therapie und Kontrolle nach den ARTHROKEHLAN-Kuren bei Neoplasien unzureichend lang sind. Eine Blutbildkontrolle im Dunkelfeld bzw. durch Phasenkontrastmikroskopie alle drei Monate sollte obligat sein. Auch dürfte eine sofortige Biopsie bei Basaliomverdacht stets unumgänglich sein.

*Nachbemerkung der Redaktion: Im Rahmen der vorstehend wiedergegebenen Fallschilderung war ein Eingehen auf die Vorgeschichte der Erkrankung, insbesondere auf ein frühes Ursachengeschehen, nicht vorgesehen. Gleichwohl sind Fragen nach Ursachen in der biologisch-ganzheitlich orientierten Medizin immer von Interesse. Im vorliegenden Fall erscheint nicht ausgeschlossen, daß der Patient schon*

*lange vor dem Entstehen des Nierentumors durch ein verborgenes Herdgeschehen wie etwa an den Zahnwurzeln belastet war, worauf u.a. sein Ansprechen auf das Präparat ARTHROKEHLAN hindeutet. Eine tuberkulinische Konstitution bzw. Disposition kann als ursächlicher Faktor ebenfalls in Betracht kommen. Jedem Entstehen eines Karzinoms dürften immer derartige Vorbelastungen über längere Zeit vorangehen, mit deren frühzeitiger Therapie in aller Regel erwartet werden kann, daß es zu keinen malignen Formen der Erkrankung kommt. Eine Befreiung bzw. Sanierung von allen gefährlichen Störquellen im Körper dürfte daher in der Therapie mindestens den gleichen Rang haben wie die Bekämpfung schädlicher Formen von Blutmikroben.*