



Die Therapie der Weißfleckenkrankheit (Vitiligo) mit SANUM-Präparaten

von HP Dr. Cornelia Arnoul und HP Franz Arnoul

Patienten mit den unterschiedlichsten Hauterkrankungen sind immer häufiger in der naturheilkundlichen Praxis vertreten, weil die herkömmlichen Therapien in der Regel keine dauerhaften Erfolge ermöglichen. Dies gilt insbesondere für die Behandlung der Weißfleckenkrankheit. Die Vitiligo wird definiert als erworbener Verlust der Pigmentierung der Haut durch Dysfunktion oder Zerstörung der Melanozyten (Amon, U. et al.; 1996). Der Verlauf dieser Hauterkrankung ist entweder schleichend oder progredient. Charakteristisch sind weiße pigmentfreie Flecken mit hyperpigmentiertem Rand, die am ganzen Körper – vor allem im Gesicht und an den Streckseiten der Extremitäten – auftreten können (Abb. 1 + 2). Betroffen sind in der Regel Erwachsene zwischen 20 und 40 Jahren. Die



Abb. 1: Patientin mit Vitiligo (1998).



Abb. 2: Patientin mit Vitiligo, großes depigmentiertes Areal am Oberarm (1998).

Ursachen der Vitiligo sind unbekannt. Diskutiert werden:

- Autoimmunprozesse, die durch Antikörperbildung gegen Melanozyten zu deren Zerstörung führen,
- ein Ungleichgewicht im Abwehrsystem, das zur Dysfunktion der melaninbildenden Zellen führt,
- eine Störung der Melaninbildung auf neuro-chemischer Ebene (Hemmung der Tyrosinaseaktivität),
- äußere Faktoren, wie psychische Belastungen oder häufige Sonnenbrände (Amon, U. et al.; 1996).

Die Weißfleckenkrankheit tritt häufig im Zusammenhang mit anderen Autoimmunerkrankungen (z.B. M. Hashimoto, perniziöse Anämie, Diabetes mellitus, M. Addison, Lupus erythematodes, Alopecia areata, Myasthenia gravis, biliäre Zirrhose), aber auch bei Malignomen, auf.

Bei der klinischen Diagnostik werden häufig Autoantikörper gegen Parietalzellen des Magens und gegen Thyreoglobulin festgestellt. Antikörper gegen Melanozyten im Serum zerstören Melanozyten in der Kultur.

Mit Hilfe des Dunkelfeldmikroskopes sind wie bei anderen Autoimmunprozessen außer einer Erhöhung der eosinophilen Granulozyten Kolloidtheците nachweisbar (Abb. 3).

Diese von Prof. Enderlein beschriebenen Formen des Endobionten kommen auch im Nativblut von Patienten mit Dysbiose vor. Eine Fehlbesiedelung des Dick- und Dünndarms mit pathogenen Keimen

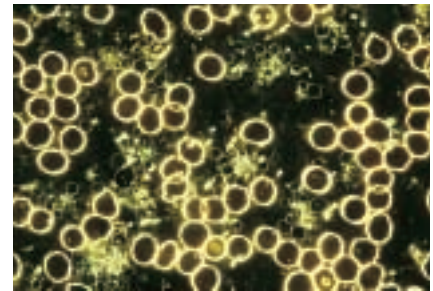


Abb. 3: Nativblut mit zahlreichen Kolloidtheците im Blutplasma zwischen den Erythrozyten.

führt in der Regel zu einer erhöhten Permeabilität der Darmschleimhaut. Fremdeiweiße können so ungehindert die Schleimhäute passieren, was letztendlich eine verstärkte Phagozytoseaktivität der Makrophagen und weitere Immunantworten auslöst.

Mögliche Folgen einer Dysbiose des Darms sind somit Allergien und Autoimmunprozesse.

Die herkömmliche Behandlung der Vitiligo beschränkt sich auf den Einsatz von Kortikosteroiden, auf Phototherapie mit UVA in Verbindung mit Phenylalanin und Khellin, auf die Anwendung von β -Carotin und auf die Implantation von pigmentierten Arealen (Amon, U. et al., 1996).

Die Therapie der Weißfleckenkrankheit mit SANUM-Präparaten erfordert eine individuelle Vorgehensweise abhängig von der Vorgeschichte und der Reaktionsfähigkeit der jeweiligen Patienten.

Liegen außer der Vitiligo andere Autoimmunprozesse, Herdbelastungen usw. vor, so sind diese mitzubehandeln. Erfolge sind nur mit

einem ganzheitlichen Therapieansatz möglich und erfordern viel Geduld.

Empfehlenswert ist eine Kombination der isopathischen Therapie nach Enderlein mit anderen Naturheilverfahren, so z.B. mit homöopathischen Komplexmitteln und/oder mit der Horvitherapie.

Die Mittelwahl ist abhängig von dem jeweils dominierenden Autoimmunprozeß, wie das nachfolgende Beispiel zeigt:

Die 1961 geborene Patientin kam im Juni 1998 zum ersten Mal in unsere Praxis. Anamnese, Inspektion, körperliche Untersuchung und Beurteilung des Nativblutes mit Hilfe des Dunkelfeldmikroskopes ergaben folgende Befunde:

- Vitiligo mit progredientem Verlauf im Gesicht, an Armen und Händen (Abb. 1 + 2);
- M. Hashimoto mit Erhöhung der mikrosomalen Schilddrüsen-Antikörper auf 260 kU/l, Struma multinodosa, euthyreot;
- häufiges Auftreten von Gastritiden (Parietalzellantikörper erhöht; Intrinsic-Faktor-Antikörper negativ);
- Dysbiose mit Blähungen und häufiger Diarrhoe;
- LWS mit Beckenschiefstand;
- angeborene Zwerchfelllücke rechts mit intrathorakaler Verlagerung des Dünndarms und Teilen des Dickdarms;
- stark juckende Ekzeme der Kopfhaut;
- starke Agglutination der Erythrozyten im Dunkelfeldmikroskop, Filitbildung, kleine blockierte neutrophile Granulozyten, Eosinophilie, zahlreiche sporadische Symptote (Ausscheidungsschwäche über die Nieren) (Abb. 4).

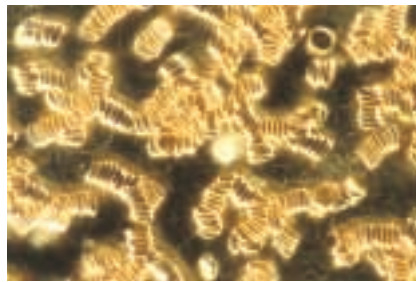


Abb. 4: Blutbild mit starker Agglutination der Erythrozyten, Filitbildung im Plasma; in der Mitte kleiner blockierter neutrophiler Granulozyt.

Therapie

Aufgrund der starken Reaktionen, die bei der Patientin anfänglich selbst bei niedriger Dosierung der SANUM-Mittel auftraten (Übelkeit, Kopfschmerzen, Juckreiz, Krankheitsgefühl) konnte erst nach acht Monaten mit der eigentlichen Injektionstherapie begonnen werden.

Mit dem folgenden Therapieschema besserten sich die Ekzeme der Kopfhaut:

- Regulierung der Darmflora
> je nach Reaktion 2-8 Tropfen ALBICANSAN und FORTAKEHL im täglichen Wechsel;
- Regulierung des Säure-Basen-Haushalts und Wiederherstellung der Symbiose im Blut
> 1 x tgl. je 10-15 Tropfen SANUVIS oral,
> 1 x tgl. Einreibung von zwei Tropfen MUCOKEHL in die Ellenbeuge;
- Immunmodulation
> 1-4 x wöchentlich Einreibung von einem Tropfen UTILIN „S“ D6 bzw.
> UTILIN N im monatlichen Wechsel;
- Enzymtherapie
> 1-2 x tgl. 2-5 Tropfen „Horvitrigin Reintoxin forte“,
> 1-2 x tgl. 2-5 Tropfen „Horvi-Nukleozym comp.“ 8 Tropfen.

Zur Behandlung des Morbus Hashimoto wurden ab März 1999

zusätzlich folgende intramuskuläre Mischinjektionen 1 x wöchentlich verabreicht:

- 1 Amp. MUCOKEHL (D7 oder D6)
- + 1 Amp. NIGERSAN (D7 oder D6)
- + 1 Amp. Lycoaktin (Steigerwald)

Kurz nach Beginn der Injektionstherapie besserte sich die Vitiligo; einige Hautareale begannen wieder zu pigmentieren; die Schilddrüsen-Antikörper gingen zurück. Im Februar 1999 kam es dann zu einem massiven Schub. Möglicher Auslöser war die starke berufliche Überlastung der Patientin in dieser Phase. Die im Verlauf der Behandlung neu pigmentierten Stellen wurden innerhalb von zwei Tagen wieder weiß.

Die oben genannte wöchentliche Mischinjektion wurde ergänzt durch eine Ampulle dysto Loges und eine Ampulle UTILIN „S“ schwach.

Bis Februar 2001 war eine deutliche Repigmentierung größerer Hautareale erkennbar (Abb. 5 + 6). Im Verlauf der weiteren Behandlung

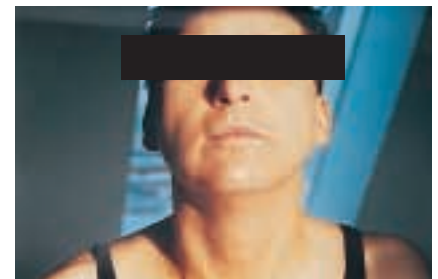


Abb. 5: Patientin mit Vitiligo (2000). Deutliche Repigmentierung im Vergleich zu Abb. 1.



Abb. 6: Patientin mit Vitiligo (2000) Deutliche Repigmentation des Areals am Oberarm gegenüber Abb. 2.



traten jedoch immer wieder leichtere Verschlechterungen der Vitiligo auf, die jedoch nie das Ausmaß des Schubes im Februar 1999 erreichten. Die Stabilisierung des Krankheitsbildes wird wohl noch einige Zeit in Anspruch nehmen.

Eine völlige Ausheilung ist wie bei allen Autoimmunerkrankungen sehr stark von der persönlichen Situation der Patientin abhängig, da Streß-

faktoren sich besonders nachteilig auf den Heilungsprozeß auswirken können.

Danksagung

Besonders möchten wir uns bei der Patientin bedanken, die uns die Bilder zur Verfügung stellte, bzw. uns die Erlaubnis zur Veröffentlichung ihrer Krankheitsgeschichte erteilte.

Literaturverzeichnis

AMON, U. et al.; 1996:
Dermatologie, Kurzlehrbuch GK 3;
Jungjohann Verlag.

Anschrift der Autoren:

Naturheilpraxis
Dr. Cornelia u. Franz Arnoul
Jahnstraße 1
64546 Walldorf-Mörfelden
Tel. (0 61 05) 7 66 22
Fax (0 61 05) 7 66 22