



Humane Papilloma-Viren (HPV)

Behandlung von Erkrankungen mit HPV durch SANUM-Mittel unter schulmedizinischer Verlaufskontrolle

von HP Irene Kolbe

Summary

1. Einführung
2. Diagnostische Möglichkeiten
3. Einteilung der Virusstämme
4. Übertragungswege
5. Therapie

1. Einführung

Die neuen Forschungen sowie die seit Kurzem zur Verfügung stehende Impfmöglichkeit gegen Papillomaviren haben den Umgang mit diesem Thema auch in der naturheilkundlichen Praxis verändert.

Immer mehr Patientinnen und deren Töchter erwarten zu dieser Problematik von uns eine klare Haltung bzw. eine Alternative zu herkömmlicher Therapie und Impfung. Die Angst, etwas zu verpassen, wenn die Töchter nicht geimpft sind, wurde durch den offensiven Umgang in den Medien verstärkt. Deshalb wurde es zu einer echten Herausforderung für die Praxis, die SANUM-Therapie auch auf diesem Gebiet anzuwenden. Abgesehen von den Nachfragen zur Impfmöglichkeit sind es die Patientinnen, die bereits mit einer Erkrankung – ausgelöst durch das Papillomavirus – zu uns kommen.

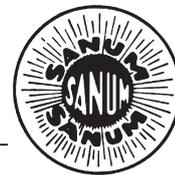
Die Möglichkeit, hier einen Heilungsprozess einzuleiten in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Gynäkologen (Kontroll-Abstriche usw.) brachte mich auf die Idee, eine längere Verlaufsaufzeichnung anzufertigen.

In die Anwendungsbeobachtung wurden ausschließlich Patientinnen aufgenommen mit Erkrankungen im Portio- und/oder Zervixbereich in verschiedenen Stadien.

Ein Teil dieser Frauen war bereits invasiv behandelt worden (s. Tab. 1: Zellbild und klinische Bewertung des Abstriches) und hatte ein Rezidiv; bei anderen lag ein Erstbefund

Pap-Stadien	Zellbild	klinische Bewertung; therapeutische Maßnahmen
Pap I	regelrechtes Zellbild	negativ; keine Maßnahmen
Pap II	normales Zellbild (Beimengungen von Leukos und Mikroorganismen); degenerative und regenerative Veränderungen	negativ; Kontrolle empfohlen, evtl. Entzündungsbehandlung
Pap III	unklares, zweifelhaftes Zellbild; schon entzündliche, atrophische oder degenerative Veränderungen	verdächtig; Kontrolle innerhalb von 3 Mon. nach entsprechender Therapie; bei Endometrium-Zellen nach Menopause: Abrasio
Pap III D	leichte bis mittelgradige Dysplasie	verdächtig; Neoplasma-Phase; bei Persistenz über ein Jahr bzw. Progredienz: Konisation und Abrasio
Pap IV a	pathologische Zellen (schwere Dysplasie, zelluläre Atypie); Verdacht auf Carcinoma in situ	positiv; Histologie (Biopsie); Konisation/Abrasio dann ggf. Hysterektomie
Pap IV b	Verdacht auf Mikrokarzinom; beginnende fragliche Invasion	positiv; Konisation u. Abrasio zur Diagnosesicherung
Pap V	massenhaft eindeutig maligne Tumorzellen	positiv; Histologie; OP (Hysterektomie; Entfernung Ovarien/regionäre Lymphknoten) bzw. Strahlen- u. evtl. Chemotherapie

Tab. 1: Zellbild und klinische Bewertung des Abstriches



vor mit der Option, dass nach einem weiteren Abstrich nach 3 Monaten eine Konisation oder Abrasio durchgeführt werden sollte. Teilweise war auch die Hysterektomie angedenkt worden.

2. Diagnostische Möglichkeiten

Es gibt verschiedene labordiagnostische Verfahren zum Nachweis von Papillomaviren. Der über lange Jahre hin bekannte Pap-Abstrich (zytologischer Test) ermöglicht die Beurteilung neoplastischer Veränderungen. Hinzu kommen verschiedene Nachweisverfahren (z.B. Digene Hybrid Capture 2 = hc2 Test), um den Virusstamm in Form eines HPV-DNA-Testes zu bestimmen.

Zum allgemeinen Verständnis möchte ich nachfolgend den Pap-Abstrich und die neusten Forschungen zum Papillomavirus darstellen.

PAP Abstrich

Bei diesem zytodiagnostischen Test nach Papanicolaou wird ein Cervix-Abstrich in 96-%igem Ethyl- oder 99-%igem Isopropylalkohol fixiert und anschließend gefärbt (Kernfärbung mit Hämatoxylin und kombinierte Plasmafärbung mit Orange G 6 und Polychromfarbstoff). Dies ermöglicht zum einen die Beurteilung der Kernstrukturen (Größe, Form und Chromatingehalt) zur Feststellung des Karyopyknoseindex (Kernreifung) und zur Karzinomdiagnostik. Zum anderen gestattet die Plasmafärbung die Bestimmung des Reifegrades des Zytoplasmas (Eosinophilieindex) aufgrund der Farbveränderung von blaugrün nach rot.

3. Papillomaviren – Einteilung der Virusstämme

Die humanen Papillomaviren (HPV) bilden eine Gruppe von DNA-Viren, die mittlerweile mehr als 150 verschiedene Typen umfasst. Es han-

delt sich um unbehüllte, doppelsträngige DNA-Viren (dsDNA), die der Familie der Papillomaviridae zugeordnet werden.

Diese Gruppen der dsDNA zählt man zu den Slow-Viren: sie können monate- bis jahrelang unbemerkt vorhanden sein und somit einen langsam progredienten Krankheitsverlauf initiieren.

Zu dieser Gruppe gehören verschiedenste Virenfamilien (...viridae) mit unterschiedlichen Unterfamilien (...virinae).

Hier ein paar ausgewählte Stämme:

1. Herpesviridae
 - a) Alpha-Herpesvirinae:
Herpes simplex (HHV 1 und 2)
 - b) Beta-Herpesvirinae:
Zytomegalie-Virus (HHV 6)
 - c) Gamma-Herpesvirinae:
Epstein-Barr-Virus (HHV 4)
2. Adenoviridae:
humane Adenoviren
3. Papillomaviridae:
humane Papillomaviren (HPV)

Die HPV befallen Epithelzellen der Haut oder verschiedener Schleimhäute und lösen bei den infizierten Zellen ein unkontrolliertes tumorartiges Wachstum aus. Die Tumoren sind meist gutartig und führen zur Warzenbildung an der betroffenen Haut- oder Schleimhautstelle. Wenn die Infektion im Genital- oder Analbereich erfolgt (i. d. R. durch Geschlechtsverkehr), kommt es zur Bildung von Genitalwarzen (z.B. Feigwarzen).

Einige HPV-Typen können jedoch auch bösartige Veränderungen hervorrufen, insbesondere Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom) bei der Frau. Außerdem spielen sie vermutlich auch an der Entwicklung von Scheiden-, Penis- und Anal-Karzinomen eine erhebliche Rolle. Die Gen-Produkte dieser Viren, vor-

allem die E 6- und E 7-Gene, verhindern den programmierten Zelltod (die Apoptose) und machen eine Reparatur des Zell-DNA-Doppelstranges unmöglich.

Virusgruppen der HPV

118 HPV-Typen sind bisher vollständig beschrieben. Etwa 30 davon infizieren fast ausschließlich Haut und Schleimhaut im Anogenitalbereich.

Die genitalen HPV-Typen lassen sich generell in 2 Gruppen einteilen: die Niedrigrisiko- (low risk-) und die Hochrisiko- (high risk-) Typen. Die Einteilung erfolgt aufgrund des Risiko-Typs: Einige wenige Erreger treten extrem gehäuft im Zusammenhang mit Karzinomen auf.

Die Typen sind:

1. high risk-Viren

Hierzu gehören vor allem HPV 16, 18, 31 und 33, aber auch 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 und 82. In über 99,7 % aller Fälle von Zervixkarzinomen konnten HPV der high risk-Gruppe identifiziert werden, wobei die Mehrheit dieser Karzinome wiederum durch die high risk-Typen 16 und 18 hervorgerufen wird, gefolgt von den Genotypen 31 und 33. Auch einige Krebserkrankungen im Bereich des Mundes (Oralsex) gelten als HPV-assoziiert. Die WHO hat 2005 die Genotypen 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 58, 59 und 66 offiziell als krebserregend eingestuft.

2. low risk-Viren

Zu dieser Gruppe werden HPV 6 und 11 gezählt, da sie als Hauptverursacher von Warzen im Genitalbereich (Condylomata acuminata) keine potentiell lebensgefährlichen Erreger sind.

Weitere low risk-Typen sind 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81.

Die low risk-Typen sind fast nie



direkt an der Entwicklung eines Zervixkarzinoms beteiligt. Bei multiplen Infektionen (Infektionen mit mehr als einem HPV-Genotyp) können sie aber auch in Zervixkarzinomen nachgewiesen werden, dann jedoch zusammen mit einem klinisch relevanten high risk-Virus Typ.

4. Übertragungswege

Die Infektion erfolgt hauptsächlich über Hautkontakt, bei bestimmten Virustypen primär durch ungeschützten Sexualverkehr (genital, anal oder oral). Die HPV-Infektion ist daher eine der häufigsten, durch Geschlechtsverkehr übertragenen Infektionen, oft jedoch bleibt die Ansteckung unbemerkt, teilweise über Jahre.

Kondome schützen nur bedingt. Der Keimeintrag erfolgt zwar bei direktem Sexualkontakt (über krankhafte Hautveränderungen oder erregerehaltige Körperflüssigkeiten), jedoch ist dies auch über Schmierinfektion möglich. Den Nachweis erbrachte PD Dr. med. Andreas Clad, Sektionsleiter Gynäkologische Infektiologie der Uni-Frauenklinik Freiburg in einer Studie (Nukleinsäure-Amplifikationstests für Chlamydia trachomatis und HPV).

Allgemeine Zahlen zu den Infektionsraten bei Männern gibt es nicht. Ursache für den Daten-Mangel ist das Nicht-Vorhandensein regulärer Vorsorgeuntersuchungen in diesem Bereich bei Männern. Wenn einer der Partner mit einem HPV infiziert ist, ist auch der Andere mit hoher Wahrscheinlichkeit betroffen. Bei bis zu 70 % der männlichen Partner einer Frau, die im HPV-Screening positiv getestet wurde, besteht ebenfalls eine Infektion, die jedoch oft nur kleinste Läsionen am Penis verursacht. HPV kann auch in der Haut

des Penis oft lange unerkannt präsent bleiben. In seltenen Fällen können bösartige Veränderungen, auch Karzinome, am Penis auftreten.

Da das Peniskarzinom bei beschnittenen Männern extrem selten ist, werden zurückgehaltenes (retiniertes) Smegma sowie wiederholte Entzündungen der Vorhaut und Eichel (chronische Balanitiden) bei unbeschnittenen Männern als entscheidende Faktoren angeführt.

5. Therapie

Eine spezifische Papillomavirus-Therapie gibt es gegenwärtig aus schulmedizinischer Sicht nicht. Bei vorliegenden Läsionen kommen im wesentlichen chirurgische Eingriffe in Frage. Ferner auch lokale Verätzungen, in deren Gefolge es jedoch eine relativ hohe Rezidivneigung gibt. Systemische oder lokale Therapien, etwa mit Interferonen und anderen Zytokinen, haben bisher zu keinen durchschlagenden Erfolgen geführt. Aus diesem Grund wird sehr viel Aufwand betrieben, die Impfung voranzutreiben und weiter Safer Sex zu bewerben.

Zur Impfung möchte ich in diesem Artikel kein Statement abgeben, da ich durch die Vorstellung einer Patienten-Verlaufs-Behandlung die naturheilkundliche Therapie in den Vordergrund stellen möchte.

Ausdrücklich weise ich darauf hin, dass die Patientinnen, die über einen Zeitraum von bis zu zwei Jahren behandelt wurden und deren Krankheitsverlauf protokolliert wurde, in engmaschiger gleichzeitiger Betreuung und Testung bei ihrem Gynäkologen waren. Die Patientinnen wurden von mir darauf hingewiesen, dass bei Verschlechterung oder einer Entartung auf jeden Fall die Möglichkeit einer invasiven Me-

thode (Konisation, Abrasio, Hysterektomie) zu bedenken wäre.

Fallbeispiel

Frau A. aus Hamburg, Jahrgang 1980, berufstätig, fester Partner, Kinderwunsch.

HPV-Nachweis (06.04.2005):

high risk Stämme pos.
(HPV 16,18, 31, 33, 52, 58),
low risk Stämme neg.
Pap-Kontrolle nach drei Monaten.

Pap-Abstrich (28.07.2005):

Gruppe III D Proliferationsgrad 3-4,
Pap-Kontrolle nach drei Monaten angeraten.

Pap-Abstrich (07.11.2005):

Gruppe III D Proliferationsgrad 3-4,
Einsatz eines antiviralen Medikamentes, welches die Pat. nicht mehr namentlich nennen konnte, da sie es nach einer Woche wegen Unverträglichkeit (Übelkeit, Erbrechen) abgesetzt hatte.

HPV-Nachweis (17.05.2006):

high risk Stämme pos.
(HPV wie 06.04.2005),
low risk Stämme neg.
Pap-Kontrolle.

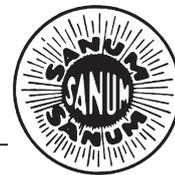
Pap-Abstrich (22.05.2006):

Gruppe IV a,
Vorschlag einer CO₂-Laservaporisation der Ektozervix oder Zervixabrasio.

OP-Termin (23.08.2006):

Kolposkopie:

Portio makroskopisch mit kleiner zirkulärer Ektopie; nach Essigprobe zeigen sich am Zervixkanal (6.00 – 10.00 Uhr) essigweiße Areale mit Punktierung. Durchführung einer CO₂-Laservaporisation. Befund: unauffällige Zervixschleimhaut, inaktives bis gering proliferiertes Endometrium, kein Anhalt für Dysplasie.



HPV-Nachweis (19.09.2006):
high risk Stämme pos.
(HPV wie 06.04.2005)
low risk Stämme neg.
Pap-Kontrolle.

Naturheilkundliche Therapie

Dunkelfelddiagnostik: außer einer leichten Milieuverschiebung, leichter Anämie und wenig aktiven Granulozyten kein weiterer Hinweis in Richtung höhervalenter Phasen.

Medikation unter klinischen Aspekten:
September 2006

Rezept I:

SANUVIS Tropfen. 50 Tr. auf 1 l Wasser,
QUENTAKEHL D3 Supp vaginal abends,
FORTAKEHL D3 Supp anal abends,
– im Wechsel anal und vaginal (dann QUENTAKEHL anal und FORTAKEHL vaginal usw.)
– bei Menstruation nur anal

Rezept II (nach 28 Tagen):

SANUVIS Tr. weiter,
CITROKEHL Tabl. 2 x 1 morgens/abends zusätzlich,
QUENTAKEHL D3 Supp weiter,
FORTAKEHL D3 Supp weiter,
SANKOMBI D5 2 x 5 Tropfen morgens nüchtern und abends vor dem Schlafengehen pur

Rezept III (nach weiteren 28 Tagen):

weiter wie Rezept II, jedoch Suppositorien nur jeden 2. Tag,
RECARCIN D6 Kps. 1 x 1 im Wechsel mit *UTILIN* Kps. 1 x 1 samstags nüchtern! (alternativ: *UTILIN* „H“ D5 Kps.)

Rezept IV (nach weiteren 28 Tagen):

Milieumittel SANUVIS und CITROKEHL weiter, Supp. nur Mo,

Mi, Fr. im Wechsel; Immunmodulation (*RECARCIN D6* und *UTILIN* im wöchentlichen Wechsel bis Ende der Therapie,
SANKOMBI D5 1 x 5 Tr. morgens nüchtern, *SANUKEHL Pseu D6* 1 x 5 Tr. abends vor dem Schlafen

Therapiedauer:

insgesamt 4 Monate, jedoch immer eine Einzelfall-Entscheidung je nach gynäkologischem Befund

Erhaltungsdosis bis zu zwei weiteren neg. Abstrichen:

Citrokehl 1 x 1 Tabl. tgl.
alle 2 Tage:
1 x FORTAKEHL Supp. vag.
1 x QUENTAKEHL Supp. vag.
außer bei der Regelblutung

Gynäkologische Kontrolluntersuchung

Pap-Abstrich (15.02.2007): Pap II

Abschlußbefund des Gynäkologen:

„Bei o.g. Pat. ist in 2006 eine Zellveränderung des Muttermundes aufgrund einer HPV-Infektion der high-risk-Klasse behandelt worden.

Zusätzlich sind bei der Pat. rezidivierende Kolpitiden bekannt.

Aufgrund dieser Anamnesedaten und zur Vermeidung einer erneuten HPV-Infektion des Genitaltraktes empfehle ich dringend, eine prophylaktische HPV-Impfung mit Gardasil® durchzuführen.“

Abschlussuntersuchung in der Naturheilpraxis

Pap-Abstriche in 2007/Anfang 2008 durch den Gynäkologen sind weiter bei Pap II geblieben. Frau A. ist nicht mit Gardasil® geimpft und

bleibt erst einmal in halbjährlicher Kontrolle.

Dieses Behandlungsbeispiel steht stellvertretend für ca. 20 Patientinnen, die ich nunmehr im dritten Jahr beobachte. Die Befunde bekomme ich immer noch netterweise von den meisten Patientinnen in Kopie, auch wenn sie wegen anderer Beschwerden nicht oder gerade nicht in Behandlung sind.

Vier dieser Frauen, die ebenso wie meine Beispiel-Patientin Kinderwunsch hatten, sind inzwischen schwanger geworden oder haben bereits entbunden.

Für die Schwangerschaft sind nach meiner Meinung jedoch nicht die Mittel aus der SANUM-Therapie verantwortlich, sondern die Ruhe, die man braucht, um sich auf neues Leben einzulassen. Die Angst als Begleiter ist eine Last, die dies oft nicht zulässt.

Für mich als Therapeutin sind objektiv gesehen zwei Dinge zum Abschluss bemerkenswert: zum einen fand ich auf diesen lokalen Prozess im Bereich der Portio und/oder des Zervix-Kanals bezogen, keine eigentlichen Anhaltspunkte im Dunkelfeldbefund. Zum anderen konnte ich sehen, wie die Vier-Stufen-Therapie mit den SANUM-Mitteln in ihrer Wirkung eine regulative Veränderung brachte. □

Anschrift der Autorin:

HP Irene Kolbe
Herthastr. 18
30559 Hannover