



Das Plasmozytom und seine naturheilkundliche Therapie

von Dr. med. Konrad Werthmann

So manche schwere, ja karzinomatöse Erkrankung versteckt sich hinter ganz banalen Beschwerden. Man denkt zunächst an naheliegende Ursachen, und erst die immer wieder beklagten Symptome veranlassen zu weiteren Untersuchungsschritten. Dies erlebt jeder Therapeut mindestens einmal in seinem Leben. Zu diesen Krankheiten gehören das Plasmozytom und der M. Waldenström.

Das Plasmozytom (multiples Myelom, M. Kahler) ist eine neoplastisch verlaufende Erkrankung, die von den plasmazellulären Retikulumzellen des Knochenmarks ausgeht und sich im Skelettsystem bevorzugt generalisiert, aber auch in allen inneren Organen ausbreiten kann. Solitäre, medullär, extramedullär wachsende Plasmozytome sind wie die seltene leukämisch generalisierte Plasmazellen-Leukämie Varianten bzw. verschiedene Entwicklungsstadien des Plasmozytoms. Beim Plasmozytom werden im Überschuß monoklonale Immunglobuline (Paraproteine) gebildet (Scheuerlein). In Mitteleuropa sterben mehr als 10 Menschen unter 100.000 an dieser Erkrankung, vor allem in der Altersgruppe von 40 - 60 Jahren. Frauen sind etwas häufiger betroffen als Männer.

Pathologie

Die gemeinsame Abkunft des hämatopoetischen und des osteopoetischen Systems macht es verständlich, daß Knochenmarkserkrankungen nicht nur die Hämatopoese, sondern auch die Osteopoese beeinträchtigen und aktives Mark

enthaltende Knochen vermindern können. Dies machen nicht alle Blutkrankheiten, sondern nur das Plasmozytom und M. Waldenström. Die Plasmazelltumoren entwickeln sich bevorzugt im Knochenmark. Die häufigsten Lokalisationen sind der Schädel, die Wirbelsäule, das Becken, der Rumpf, die Rippen und rumpfnahere Extremitätenknochen. Mikroskopisch findet man mehr oder minder ausdifferenzierte plasmazelluläre Retikulumzellen. In seltenen Fällen entwickeln sich auch extramedulläre Tumore in der Leber, Milz, in den Lymphknoten und Nieren.

Symptomatik

Die Erkrankung verläuft afebril und beginnt mit uncharakteristischen Beschwerden, wie Leistungsabnahme und leichtem Gewichtsverlust. Erste Hinweise können Beschwerden sein, die als Rheumatismus gedeutet werden und als ziehende Schmerzen im Rücken, den Beinen und Schultern lokalisiert werden. Im Röntgenbild stellen sich solche Herde als osteoporotische Zonen dar. So können hartnäckige Ischiasneuralgien oder Deformierungen der Wirbelsäule, Spontanfrakturen der Rippen oder Extremitäten, ja Querschnittslähmungen die ersten Hinweiszeichen auf das Plasmozytom sein, bevor dann durch blutchemische Analysen und Röntgenaufnahmen die Diagnose gestellt wird. Große osteolytische Tumoren können nicht selten als schmerzlose Knoten von außen palpiert werden. Infolge der hohen Paraproteinbildung kommt es zu einer Erhöhung der Blutviskosität, evtl. zu Störungen

des Gehörs und der Augen sowie zu Durchblutungsstörungen des ZNS und Thromboseneigung.

Diagnostische Hinweise

Röntgen: Der Schädelknochen, des Skelettes, der Wirbelsäule: Gibbusbildung, diffus Osteoporose, osteolytische Herde verschiedener Größe.

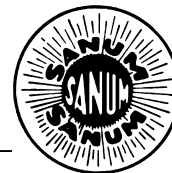
Serologie: Hohe Senkung (100 und mehr), besonders stark beschleunigt (hohe Initialsenkung innerhalb 10 - 20 min)

Elektrophorese: Differenzierte Erfassung der Paraproteingipfel. Bei kleinemolekularen Paraproteinen wird das Eiweiß vermehrt über das Nierenfilter ausgeschieden (Bence-Jones), und die BSG fällt normal aus; Serum-Eisenkonzentration erhöht (erhöhte Produktion des monoklonalen Immunglobulins)

Hämatologie: Anämie (Ausdehnung der Prozesse im Knochenmark, gastrointestinale Blutverluste, Gerinnungsstörungen), Hyperchromämie und Geldrollenbildung, Leukozyten- und Thrombozytenzahlen sind vermindert.

Harnbefund: Bei jeder Osteolyse, Osteoporose den Harn auf Eiweiß untersuchen (positiv bis hoch positiv), bei 50% der Pat. entwickelt sich eine Niereninsuffizienz.

Knochenmarkspunktion: Vermehrung der Plasmazellen bzw. Plasmozytomzellen über 15-20%, Zellatypien.



Rektumbiopsie: Nachweis der Amyloidose.

Lymphknoten und Milz: selten vergrößert.

Vegetative Beschwerden: Durstgefühl, Obstipation, Rückgang der Harnausscheidung, Erbrechen und Anorexie (bedingt durch Hyperkalzämie) Exsikkose.

Naturheilkundliche Vorstellungen einer Therapie des Plasmozytoms

Die Therapie ist bereits durch die stets infauste Prognose deutlich eingeschränkt. So beträgt die Zeitspanne zwischen dem ersten Auftreten der Symptome und dem Tod im Mittel 18 - 30 Monate, im besten Fall ca. 3 - 4 Jahre. Das bedeutet, daß man nur die Lebensqualität verbessern und die Symptomatik für den Patienten günstiger gestalten kann. Anhand folgender Punkte läßt sich der therapeutisch sehr enge Spielraum mit Isopathika, aber auch mit anderen Therapien noch deutlicher abschätzen.

- 1) Die beim Plasmozytom und M. Waldenström beobachtete Amyloidose unterscheidet sich von der sekundären Amyloidose durch ihre charakteristische perikollagene Lokalisation. Therapeutisch werden beide gleich behandelt. Bevorzugt sind das Nervensystem und die Gefäße, die Zunge und submuköse Abschnitte des Intestinaltraktes betroffen. Das schwierige Essen (dicke Zunge) und die veränderte Darmschleimhaut führen zur Dyspepsie und zum Malabsorptionssyndrom.
- 2) Bedingt durch einen regulatorischen Mechanismus ist die Synthese der normalen Immunglobuline vermindert. Daraus resultiert ein Antikörpermangelsyndrom und konsekutiv eine Störung der Infektabwehr. Verstär-

kend wirkt, daß die monoklonalen Immunglobuline die physiologische Phagozytose-Funktion der Granulozyten behindern. Vereinzelt wird diskutiert, ob eine vermehrte Substitution von Gammaglobulinen die physiologische Gammaglobulinsynthese hemmt.

- 3) Die Therapie mit Melphalan, Cyclophosphamid und Prednison inklusive der Stammzellentransplantation ist momentaner Standard. Bereits nach der ersten Therapieserie melden sich die meisten Patienten mit dem Wunsch einer alternativen Behandlung oder einer alternativen Unterstützung. Zu erwähnen ist, daß die „Chemotherapie“ meist nur eine kurzzeitige Remission und vor allem eine deutliche Reduktion der Knochenschmerzen hervorruft.
- 4) Jede Leukose besteht in einer Vermehrung von Blutzellen. Daher sollten bei diesem Krankheitsbild keine Therapeutika verwendet werden, die sich durch eine Vermehrung weißer Abwehrzellen auszeichnen, wie etwa SANUKEHL Pseu. Dasselbe ist von einzelnen Immunbiologika zu erwarten. Therapeutika, die *Bacillus subtilis* oder das *Propionibacterium avidum* enthalten, sind zu meiden. Sie erhöhen die Aufmerksamkeit des Körpers gegenüber Fremdstoffen, und die Produktion weißer Blutzellen beginnt.
- 5) Im Gegensatz dazu sind die Therapeutika, die aus der tuberkulinhischen Reihe stammen bzw. die tuberkulinhische Schwäche positiv beeinflussen, zu bevorzugen. Der Knochen und der Darmraum unterliegen dem *Aspergillus niger* und konsekutiv den Tuberkelbakterien.
- 6) Die sogenannten **Cell Wall Deficient Forms** („CWD“) stellen Bakterien ohne Zellwände dar. Sie

induzieren daher kaum eine Immunität. Sie können die gleichen Beschwerden auslösen wie zellwandhaltige Bakterien, von denen sie zum Teil abstammen. Bei dem Plasmozytom werden Paraproteine gebildet, die zum Teil Fragmente von Immunglobulinen darstellen, aber keine Funktion im Sinne der Immunglobuline ausüben. Man darf vermuten, daß solche Fragmente der Immunglobuline weitere Beschwerden im Sinne der Paratuberkulose auslösen oder das Leiden mitinitiieren. Daher wird man die SANUKEHLE Myc bzw. Coli und Strep verwenden.

- 7) Zusätzliche Gaben von Anabolika (wöchentlich 25-50mg Deca-Durabolin = Nandrolondecanoat) haben sich bewährt. Wahrscheinlich werden dadurch die Retention harnpflichtiger Substanzen und die Anämie günstig beeinflußt.
- 8) In jedem Fall wird man die Störfelder vor allem im Bereich der Zähne (Wurzelbehandlungen, Granulome, Schwermetalle) und der Tonsillen gründlich sanieren.

Therapieversuch

Besonders die Punkte 1 und 2 ermuntern zu einem Therapieversuch, denn durch die Besserung der Darmsymptomatik (Obstipation, Diarrhö), der Appetenz, der fehlenden Amyloid-Einlagerungen und der besseren Absorption kann man eine Anhebung der darniederliegenden vegetativen Ausgangssymptomatik erwarten.

Neben der Mikrobiologie muß die Mucosa enteralis durch eine hypoantigene Diät (Werthmann) stabilisiert werden.

Natürlich sollten die Störfelder im Bereich der Zähne so rasch als möglich saniert werden. Trotzdem wird man warten, bis eine Remissionsphase oder eine deutliche



Besserung in der vegetativen Symptomatik bemerkt wird. Denn eine Zahnsanierung ist zugleich eine Belastung.

Der Punkt 5 verlangt eine isopathische Therapie, die man dem Patienten nicht vorenthalten sollte.

Mikrobiologische Therapie:

- EXMYKEHL D3 Supp 2x1 tgl. über 10 - 20 Tage, dann Umstellung auf die Basistherapie: MUCOKEHL D5 Tbl. 1x1 morgens und NIGERSAN D5 Tbl. abends 1x1, immer von Montag - Freitag, am Wochenende EXMYKEHL D3 Supp. 1x1 tgl. abends vor dem Schlafengehen.
- Ab der 3. Therapiewoche kann man die NIGERSAN-Komponente verstärken, etwa abends NIGERSAN D4 Kps. 1x1 und nach einiger Zeit NIGERSAN D3 Supp. 1x1 abends.
- Bei schwachen Patienten oder der Einfachheit halber könnte man auch SANKOMBI D5 Tr. 2 x 10 tgl. verordnen, aber auch hier nur von Montag - Freitag, am Wochenende EXMYKEHL D3 Supp. 1x1 abends vor dem Schlafengehen.

Additivtherapie:

- LATENSIN D6 Tr. zunächst tgl. 1 x 5 einreiben, nach 2 - 3 Wochen oral und UTILIN „S“ D6 Tr. wöchentlich 1 x 10 oral.

- Evtl. SANUKEHL Myc D6 Tr., SANUKEHL Strep D6 Tr. und SANUKEHL Coli D6 Tr. im tgl. Wechsel je 1 x 5 einreiben, später oral.

- Bei Bronchitis oder Infekten RELIVORA Komplex Tr. 3 x 20 - 25 tgl. oder CERIVKEHL Tr. 1 - 3 x 5 - 10 tgl.

- Die Tonsillen werden mit einer neuraltherapeutischen Injektion behandelt (NOTAKEHL 1,0ml und Lidocain 1% 0,5 ml).

- Bei schlechter Ratio (Verhältnis der T3/ T4 Zellen) sind REBAS D4 Kps. angezeigt.

- Um das deutlich vermehrte Paraprotein abzubauen, verordnet man Wobenzym bzw. Phlogenzym Kps. und regt den Leberstoffwechsel mit der Kombination von Hepar compositum/ Ubichinon compositum/ Coenzyme compositum Amp. (Heel) an.

Diätetische Maßnahmen:

Die Ernährung sollte von Beginn an eiweißarm sein, unbedingt ohne Anteile der Kuhmilch und des Hühner-eies (Werthmann), reich an Mineralien und ungesättigten Fettsäuren (LIPISCOR 2x1 Kps. Tgl.); die Mineralien Magnesium und Zink sollten nicht vergessen werden (MAPURIT Kapseln 2x1 tgl. und ZINKOKEHL D3 Tr. 1x10 abends).

Generell ist zu sagen, daß man als Therapeut dem schwer degenerati-

ven Leiden mit seinen Behandlungsstrategien nachläuft. Da bleibt es eher dem Zufall überlassen, ob man eine totale Heilung erreichen kann oder nicht. Bei dem Plasmozytom erkennt man im Moment keine Heilungsmöglichkeiten. Dies sollte jedoch nicht verzagen lassen, sondern eher anspornen. Jede Verbesserung der Prognose, jede Erleichterung der Symptomatik zeigt die richtige therapeutische Richtung an. □

Literatur

Krueger, Gerhard R. F.: Klinische Immunpathologie, Verlag W. Kohlhammer GmbH Stuttgart Berlin Köln Mainz ISBN 3-17-008579-4, 1985

Pschyrembel P.: Klinisches Wörterbuch

Schneider, P.: Die tuberkulinische Konstitution als gemeinsam Ursache chronischer Erkrankungen und ihre naturheilkundliche Regulationstherapie, SANUM-Post Nr. 51, 4-18, 2000

Scheurlen, P.G.: Plasmozytom, in Erkrankungen des lymphoretikulären Systems aus „Innere Medizin in Praxis und Klinik, 2. Auflage, Teil 8, 1977 (Hornbostel, H., Kaufmann, W., Siegenthaler, W.), Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York

Werthmann, K.: Ratgeber für Allergiker und chronisch Kranke, ebi-verlag Kirchlin-dach/Bern, 1998, ISBN 3-9520057-6-2 (erhältlich bei Semmelweis-Verlag, Hoya)

Anschrift des Autors:
Dr. med. Konrad Werthmann
Kinderarzt, Allgemeinarzt
A-5020 Salzburg