

Die Stellung der makromolekularen Organotherapie in der Onkotherapie

Von O. A. Dr. med. M. LINDENMANN, Prof. Dr. H. DENCK, Ludwig-Boltzmann-Institut für Klinische Onkologie, Krankenhaus der Stadt Wien-Lainz, I. Chirurgische Abteilung

Eine etablierte Krebstherapie gibt es heute nur bei wenigen Tumorformen. Bei den meisten malignen Geschwülsten sind im Stadium der Generalisation, selbst unter Aufbietung aller Möglichkeiten der modernen Medizin, nur palliative Erfolge zu erreichen; echte Heilungen sind hier nicht möglich. Ein Umdenken aller bisherigen lokalen Krebstherapeuten wie Chirurgen und Strahlentherapeuten ist notwendig. Der Krebsbiologie ist vermehrt Rechnung zu tragen. Wir müssen zur Kenntnis nehmen, daß durch eine rein lokale Entfernung der sichtbaren Tumormasse noch kein Dauererfolg erwartet werden kann. Das Schicksal unserer Patienten spielt sich im Stadium der Metastasierung ab. Zum Unterschied von den oft hochtoxischen Chemotherapien stellt die makromolekulare Organotherapie eine ganz wertvolle Hilfe für Patienten im Stadium der Generalisation dar, ebenso wie für die sogenannte Rezidivprophylaxe. Für alle Formen der Krebstherapie sind in Zukunft streng randomisierte Studien, eine exakte Dokumentation, ebenso wie interdisziplinäre und internationale Kooperation erforderlich. Nur so läßt sich die Wirksamkeit der derzeit zur Verfügung stehenden Behandlung beurteilen und festigen. Die makromolekulare Organotherapie ist ein weiteres Glied in der Kette im Kampf gegen den malignen Tumor.

Kasuistik:

Fall 1: 36jährige Patientin, Laparotomie wegen eines malignen Tumors. Völlig inoperabler Lebertumor; histologisch gesicherte Diagnose. Eine intraarterielle, intermittierende Zytostatika-Perfusion mit 5-FU erreichte lediglich eine Remission für 2 bis 3 Monate; danach rasantes Tumorstadium, nahezu das ganze Abdomen ausfüllend.

Beginn der makromolekularen Organotherapie. Innerhalb weniger Tage klinische Remission im Sinne einer Verkleinerung des tastbaren Tumors, rasche Erholung der Patientin. Die Remission hielt 6 Monate an, danach kam es zu einer generalisierten Metastasierung.

Fall 2: 54jährige Patientin, Laparotomie wegen eines Verschlusßikterus; inoperables Pankreaskarzinom mit ausgedehnter, retroperitonealer Metastasierung, Übergreifen des Tumors auf die Mesenterialwurzel und Infiltration des Ligamentum hepato-duodenale. Nach Anastomose Abklingen des Ikterus; p. o. intraarterielle Chemotherapie in den Truncus coeliacus mit 5-FU; Verschlechterung des Allgemeinzustandes mit Schmerzen, Thrombosen, Inappetenz, zunehmende Kachexie. Biologische Behandlung laut Schema. Seit 3 Monaten klinische Remission, Appetit zurückgekehrt, Gewichtszunahme 5 kg; im Oberbauch kein Tumor mehr tastbar.

Fall 3: 56jährige Patientin, linksseitige Mastektomie und Röntgen-Nachbestrahlung, Ausräumung der linken Axilla mit Nachbestrahlung und Polychemotherapie. Nach 2 Jahren Auftreten eines kindsfaustgroßen solitären Rundherdes in der linken Lunge, ausgedehnte Lebermetastasierung mit Aszites. Einmonatige stationäre Behandlung mit der kombinierten Therapie. Die Patientin konnte mit normaler Darmfunktion und subjektiv beschwerdefrei entlassen werden. Ein Aszites ist nicht mehr nachweisbar, der Lungenherd unverändert stationär.

Fall 4: 53jährige Patientin. 1967: Teilresektion der linken Brust mit Nachbestrahlung. 1972: Mastektomie und Nachbestrahlung. 1974: Axilläre Lymphknoten, Exstirpation links, zytostatische Behandlung. 1975: Lymphknoten-Exstirpation rechts, weitere zytostatische Nachbehandlung. 1976: Pathologische Oberschenkelfraktur; Nagelung und Zytostatika-Behandlung. Auftreten weiterer Knochenmetastasen vor allem im Becken und auf der Höhe des 4. LW. Abbruch der zytostatischen Behandlung wegen Unverträglichkeit; Einleiten einer biologischen Behandlung. Von März 1977 bis Juni 1978 beschwerdefrei. Danach Schmerzen in der koxarthrotischen rechten Hüfte, untere LWS sowie in den Iliosakralgelenken. Röntgenologisch ergab sich ein fortschreitender, destruierender Knochenprozeß. Nach 6wöchiger stationärer biologischer Behandlung erscheinen die osteolytischen Herde zunehmend kalzifiziert, der 4. Lendenwirbel konsolidiert; die Patientin konnte in häusliche Pflege entlassen werden.

Fall 5: 49jährige Patientin, Entfernung eines bilateralen Kruckenberg-Tumors der Ovarien mit einem Magenkarzinom als Primärkarzinom. Wegen Ileus und Magenausgangsstenose Ileusoperation und Magenresektion. Nach wenigen Wochen Rezidivtumor im linken Unterbauch mit Ureterkompression und Funktionslosigkeit der linken Niere. Kombination einer intraarteriellen zytostatischen Infusionsbehandlung mit 5-FU und der Revitorgan-Therapie. Die Patientin erholt sich innerhalb 3 Wochen.

Alle Patienten haben die Präparate gut vertragen und zeigten innerhalb weniger Tage einen dramatischen Umschwung im Krankheitsverlauf. Neben der multifaktoriellen Krebstherapie lief die Basistherapie weiter, bestehend aus einer i. v. Polychemotherapie und lokalen intraarteriellen zytostatischen Infusion direkt in den Tumor.



Hersteller der Präparate:

vitOrgan ARZNEIMITTEL GmbH
7302 Ostfildern 1 · Postfach 4240

Behandlungsschema für Neoplasmen

Vorbehandlung:

Mischinjektionen i.m. von 2 Amp. Trs. Nr. 26 (Leber und 1 Amp. Trs. Nr. 70 (Dezidua), 3 mal in Abständen von jeweils 4 Tagen.

3 - 4 Wochen nach der Vorbehandlung:

Blutentnahme für Immunstimulation (GS) in Venülen mit Zitratzusatz

1. Tag	REVITORGAN-Trs. Nr. 29 (foetaler und juveniler Thymus)			i.m.
2. Tag	REVITORGAN-Dil. Nr. 70 Stärke II (Dezidua)	5 ml		i.v.
3. Tag	REVITORGAN-Dil. Nr. 70 Stärke II (Dezidua)	5 ml		i.v.
4. Tag	REVITORGAN-Trs. Nr. 1 (foetale Leber)			
	+ Nr. 19 (Testes ohne Spermatogenese bei Mammatumoren)			i.m.
5. Tag	REVITORGAN-Dil. Nr. 70 Stärke II (Dezidua)	5 ml	oder	s.c. i.m.
6. Tag	REVITORGAN-Dil. Nr. 70 Stärke II (Dezidua)	5 ml	"	"
7. Tag	REVITORGAN-Dil. Nr. 70 Stärke II (Dezidua)	5 ml	"	"
8. Tag	REVITORGAN-Trs. Nr. 66 (Organmischung)			i.m.
10. Tag	REVITORGAN-Dil. Nr. 29 Stärke II (Thymus)	2 ml	oder	s.c. i.m.
12. Tag	REVITORGAN-Dil. Nr. 70 Stärke II (Dezidua)	5 ml	"	"
14. Tag	REVITORGAN-Dil. Nr. 29 Stärke II (Thymus)	2 ml	"	"
16. Tag	REVITORGAN-Dil. Nr. 70 Stärke II (Dezidua)	5 ml	"	"
19. Tag	REVITORGAN-Dil. Nr. 29 Stärke II (Thymus)	2 ml	"	"
21. Tag	REVITORGAN-Dil. Nr. 70 Stärke II (Dezidua)	5 ml		i.m.
24. Tag	REVITORGAN-Dil. Nr. 29 Stärke II (Thymus)	2 ml		"
27. Tag	REVITORGAN-Dil. Nr. 70 Stärke II (Dezidua)	5 ml		"
30. Tag	REVITORGAN-Dil. Nr. 29 Stärke II (Thymus)	2 ml		"
33. Tag	REVITORGAN-Dil. Nr. 70 Stärke II (Dezidua)	5 ml		"
37. Tag	GS Verdünnung 10^{-4}	0,5 ml		s.c.
42. Tag	GS Verdünnung 10^{-4}	0,5 ml		s.c.
49. Tag	GS Verdünnung 10^{-2}	0,5 ml		i.m.
57. Tag	GS Verdünnung 10^{-2}	1,0 ml		i.m.

An den injektionsfreien Tagen und zur Nachbehandlung REVITORGAN-Lingual Nr. 66, 2 mal täglich 5 - 8 Tropfen.

Die gesamte Injektionskur sollte in Abständen von einem viertel bis einem halben Jahr wiederholt werden. Zwischenzeitlich kann REVITORGAN-Lingual Nr. 66, zunächst 2 mal täglich, dann 1 mal täglich und schließlich jeden 2. Tag 1 mal täglich 5 - 8 Tropfen verordnet werden.

vitOrgan-Arzneimittel-Ursachen behandeln, nicht nur Symptome