

Ignatia, Phosphor, Pulsatilla: Mammakarzinom mit Knochenmetastasen

Von Michael Hadulla

61

Zusammenfassung

Es wird der tragische Fall einer jungen Patientin vorgestellt, der wegen eines beidseitigen Mammakarzinoms mit Knochenmetastasen bei gleichzeitiger Geburt eines gesunden Jungen beide Brüste ablatiert werden. Die nachfolgende Kombination aus schulmedizinischer und homöopathischer Therapie führt zur Heilung der Patientin.

Schlüsselwörter

Mammakarzinom, Schwangerschaft, kombinierte homöopathische und schulmedizinische Therapie.

Summary

Case-presentation of a young woman with bilateral mamma-ablation because of carcinoma of both breasts with bone metastases and at the same time birth of a healthy boy. A combined treatment of both orthodox and homoeopathic medicine resulted in healing.

Keywords

Breast cancer, pregnancy, combination of orthodox and homoeopathic treatment.

Anamnese

Im Februar 2001 gelangt über Empfehlungen von niedergelassenen Kollegen eine junge Frau zur Vorstellung, deren bewegende Geschichte ich zunächst ein wenig unstrukturiert wiedergebe. Die Patientin gelangt dabei nicht zur ärztlichen Vorstellung im eigentlichen Sinne, sondern ich suche sie auf einer gynäkologisch-onkologischen Station in der Universitätsklinik auf. Sie ist nicht transportfähig, da man bei den geringsten falschen Bewegungen durch das Vorhandensein von Knochenmetastasen eine Querschnittslähmung befürchtet. Es handelt sich also um einen Hausbesuch im Krankenhaus.

Eine schlanke, grazile, wunderschöne Frau („Typ Audrey Hepburn“), mit strahlenden Augen und einem völlig zufriedenen, schön entwickelten Säugling. Es handelt sich um ein Kind ohne Schlafstörungen, ohne Schreiatacken, ohne Fütterungsstörungen, ohne Blähungen etc.

Wegen eines Mammakarzinoms sub partu sind der Mutter – unter der Geburt ihres ersten Kindes – beide Brüste entfernt worden (sic!). Sie, eine erfolgreiche Schauspielerin, habe sich in einen verheirateten Mann mit zwei Kindern verliebt und sei von ihm schwanger geworden. Nachfolgend gab es Drohungen der Ehefrau, Psychostress, Streit mit der Familie, etwa in dem Sinne (wörtliches Zitat): „So was wie du gehört erschossen!“

Während der Schwangerschaft seien ausgeprägte Rückenbeschwerden aufgetreten, die von mehreren Kollegen als typisch schwangerschaftsbedingt bzw. psychosomatisch ausgelegt wurden, die aber in der Spätschwangerschaft deutlich zunahmen. Schlussendlich brachte ein Röntgenbefund die schreckliche Diagnose: Knochenmetastasen bei beidseitigem Mammakarzinom. Es erfolgte die Ablatio mammae beidseits bei gleichzeitiger Sectio caesarea und Geburt eines gesunden Jungen. (Gegen jegliche Auffassung und Postulate von Seiten der Psychologie

ORIGINALIA

Heruntergeladen von: Michael M. Hadulla. Urheberrechtlich geschützt.

bzw. Entwicklungspsychologie hat sich dieses Kind bislang völlig normal entwickelt.)

Frau S. erhielt nachfolgend Radiatio und Chemotherapie sowie eine Begleittherapie mit Herceptin®.

Befund und Therapien

62 Der Arztbrief im Sinne eines erweiterten Gelenkten Berichts bzw. eher Verlauberichtes in der präzisen, technischen völlig „ent-individualisier-ten“ Sprache einer Hochleistungsmedizin liest sich wie die technische Anleitung zu einem Computerprogramm:

Diagnosen:

Mammakarzinom links Histologie: lobulär invasiv; Stadium: pT3 pN1 (12/22) M1 G3. Östrogenrezeptoren: negativ. Progesteronrezeptoren: negativ. Lymphangiosis carcinomatosa, multizentrisch.

Mammakarzinom rechts Histologie: lobulär invasiv. Stadium: pT3 pN1 (25/25) M1 G3. Östrogenrezeptoren: negativ. Progesteronrezeptoren: negativ. Lymphangiosis carcinomatosa, multizentrisch.

Therapien:

Am 10.1.2001 Stanzbiopsien beider Mammae. Am 12.1.2001 Sectio caesarea in der 33 – 3 SSW, PE des Uterus. Ablatio mammae beidseits und Axilladissektion beidseits. Kind: Apgar 6/8/8, Gewicht 2070 g, Länge 44 cm. NA pH 7,23, NV pH 7,32. 18.1. bis 1.2.2001 Radiatio HWK 1 bis BWK 1 und BWK 10 bis LWK 2.

5 Zyklen Chemotherapie TCH (Herceptin 2 mg/kg, Docetaxel 60 mg/m², Carboplatin AUC5, Aredia 90 mg zunächst alle 2 Wochen, dann alle 3 Wochen. Gabe von Neupogen s.c. unter Neutropenie nach Chemotherapie. Transfusion von Erythrozytenkonzentraten.

Geplant: VI. Zyklus TCH, **Herceptin**® wöchentlich für 1 Jahr, Aredia 4 wöchentlich.

Herceptin®

Hierzu einen Auszug aus der FAZ vom 26.10.2005: „Der Antikörper Trastuzumab, der unter dem Handelsnamen Herceptin® bereits seit Jah-

ren beim fortgeschrittenen Brustkrebs eingesetzt wird, ist offensichtlich auch bei frühen Stadien der Erkrankung hilfreich. Beim Brustkrebs, der noch keine Metastasen gebildet hat und mit gängigen Standardtherapien behandelt worden ist, halbiert er die Rückfallquote und senkt die Sterblichkeit. Allerdings zeigt er diese Wirkung nur bei Geschwülsten, die den Her2-Rezeptor, sein Erkennungsprotein, auf der Zelloberfläche tragen. Das haben jetzt drei klinische Studien gezeigt, die im neuesten Heft des „New England Journal of Medicine“ veröffentlicht wurden und denen Gabriel N. Hortobagyi vom Anderson Cancer Center in Houston in einem Kommentar eine beträchtliche Wirkung auf die gängige Behandlungspraxis zuschreibt.

Beim Brustkrebs gibt es verschiedene Formen mit höchst unterschiedlicher Prognose. Geschwülste mit vielen Bindungsstellen für das Trastuzumab – das ist etwa jeder vierte bis fünfte Brusttumor – gelten als aggressiv. Sie tauchen nach ihrer operativen Entfernung häufig wieder auf und bilden rasch Metastasen. Es liegt deshalb nahe, diesen möglichen Komplikationen auch bei frühzeitig entdeckten und behandelten Tumoren mit einer vorbeugenden, einer adjuvanten Therapie mit Trastuzumab entgegenzuwirken. Weil der Antikörper aber eine herzscheidende Wirkung besitzt, müssen Nutzen und Risiko bei günstiger Prognose sorgfältig abgewogen werden. Diese Abwägung ist jetzt durch die klinischen Studien vorgenommen worden.

Das Ergebnis scheint einhellig. Die verantwortlichen Ärzte halten die je nach Studie mit einem halben bis vier Prozent bezifferte Zahl von tödlich endenden Herzerkrankungen angesichts der drastischen Senkung der Rückfallquote und der Brustkrebssterblichkeit durch die Therapie mit Trastuzumab auch bei frühen Formen von Brustkrebs für vertretbar. Obwohl die drei Studien zum gleichen Ergebnis kommen, waren die Bedingungen höchst unterschiedlich. In der von Martine J. Piccart-Gebhart vom Jules Bordet Institute in Brüssel geleiteten Hera-Studie stand neben der Wirkung des Trastuzumabs beim frühen Brustkrebs die Behandlungsdauer im Vordergrund (Bd. 353, S. 1659). Den Patientinnen wurde der Antikörper nach Abschluss der Standardbehandlung entweder für ein oder zwei Jahre verabreicht. Die bislang vorliegenden Daten bezie-

hen sich allerdings nur auf die einjährige Behandlung. Bei einer auf die Brust beschränkten Behandlung ohne Lymphknotenbefall sah die Behandlung Operation und Bestrahlung vor. Bei einem Lymphknotenbefall bestand sie aus Operation und Chemotherapie. Zu den beeindruckendsten Ergebnissen dieser Studie zählte, dass zwei Jahre nach der Therapie in der mit dem Antikörper behandelten Gruppe nahezu keine Rückfälle aufgetreten waren. Dieser Zeitpunkt ist für das Wiederauftreten des Brustkrebs kritisch.“

Therapie und Verlauf

An einem Sonntag fand ich während des Klinikbesuches die Patientin mit den oben genannten Diagnosen vor, ihr kleiner Säugling lag „mucksmäuschenstill“ im Körbchen, eine eigenartige Mischung aus glücklichem Neubeginn und grausamer Todesdrohung:

Frau M. durfte selbst zur Toilette nicht aufstehen, weil die behandelnden Ärzte – bedingt durch ausgedehnte Knochenmetastasen im gesamten Wirbelsäulenbereich – ein Querschnittssyndrom befürchteten. Selbst das Sitzen war ihr verboten worden. In dieser Situation – die Patientin weinte lange und sprach auch von der belastenden familiären Situation – gab ich ihr zunächst *Ignatia D 200* (Staufen-Pharma).

Tage später verschrieb ich dann – wegen der Knochenmetastasen und der mir vorliegenden homöopathischen Literatur sowie des oben dargestellten konstitutionellen Aspekts und einiger Nahrungsmodalitäten – *Phosphorus Q VI* (Staufen-Pharma), täglich über mehrere Wochen hinweg. Hierunter ging es der Patientin deutlich besser und auch die Tumormarker gingen stark zurück. Desgleichen konnte Tavor® abgesetzt sowie das Morphin reduziert werden. Das Arzneimittelbild veränderte sich in den folgenden Wochen wie folgt: die Patientin berichtete hierzu, sie habe wenig Durst, das Fenster müsse immer offen sein, sie könne nicht allein sein, fühle sich besser in Gesellschaft und lehne jegliches fettes Fleisch ab, esse aber gerne Butter. Es erfolgte demzufolge jetzt die Gabe von *Pulsatilla Q VI* (Staufen-Pharma) in einer täglichen Dosierung. (*Pulsatilla* folgt nach R. Gibson Millers und W. Klunkers „Arzneibeziehungen“ sehr gut auf *Phosphorus*).

Parallel hierzu wurde natürlich die schulmedizinische Therapie weitergeführt.

Die Patientin konnte mittlerweile wieder sitzen, selbständig zur Toilette gehen und sogar Treppen steigen.

Zwischenzeitlich kam es zu einer kurzfristigen Phase von Mattigkeit und Angst, die Patientin meinte wörtlich: „Ich habe keinerlei Energie

mehr.“ Ein Zustand, der mit *Acidum phosphoricum* gebessert werden konnte. Auch ein Zustand mit hoher Ungeduld, ja Aggression und ein Gefühl des absoluten „Genervt-seins“ ließ sich durch *Nux vomica* gut therapieren.

Im November 2001 wurde eine neue Knochenmetastase im Costae-Bereich festgestellt: *Phosphorus* und einige Wochen später *Pulsatilla* (Q VI und Q VII) brachten die Patientin wiederum in einen guten Zustand, parallel wurden die oben aufgeführten schulmedizinischen Maßnahmen durchgeführt.

Viele Monate später besuchte mich unsere Patientin – meine Praxis liegt im ersten Stock – noch einmal strahlend mit ihrem Kleinkind auf dem Arm (sic!), wobei der Kleine völlig einem problemlosen Bilderbuchkind entsprach. Danach habe ich bis heute nichts mehr von ihr gehört. Am 21.9.2006 rief ich bei ihr an. Eine helle, freundliche Stimme meldete sich

„Es geht mir sehr, sehr gut, sonst hätte ich mich ja gemeldet!“ Ihr kleiner Sohn sei jetzt 5 Jahre alt und gehe in den Kindergarten. Sie habe unterdessen geheiratet. Immer mal wieder, wenn sie sich schlecht fühlte, habe sie von sich aus *Pulsatilla* Q VI genommen, es sei wohl ihr Mittel. Sie mache viel Sport, jogge und gehe regelmäßig ins Fitnessstudio.

Anmerkung

Nicht immer kann man bei der Arzneimittelwahl dem Goldweg der ausführlichen Repertorisation nach Synthesis und Computerprogramm lehrbuchmäßig folgen [3]. Hier war es eben rein das Wissen um die *Materia medica* und tief die sympathische Begegnung mit der Patientin.

Resümee

Es handelte sich um eine junge Patientin mit metastasierendem Mammakarzinom, Zustand nach Mamma-Ablatio bds. und nachfolgender Chemotherapie sowie Radiatio und Herceptin-Gabe.

Parallel hierzu erfolgte eine homöopathische Therapie mittels *Ignatia*, *Phosphorus* und *Pulsatilla* sowie interkurrent *Acidum phosphoricum* und *Nux vomica*: Bis heute – Nachbeobachtungszeit 5¹/₂ Jahre – Restitutio.

Welche Anteile am Heilungsverlauf in der oben geschilderten Krankengeschichte, die tatsächlich „mehrfach geschichtet ist“ und deren tiefenpsychologische Ebene ich nur angedeutet habe, die Schulmedizin bzw. die Homöopathie haben und wie sie gewichtet werden können, sei dahingestellt. Was das Prinzip Hoffnung, die tiefe Zuneigung zu ihrem Mann, was das neue Leben mit ihrem Kind bewirkt hat, wer weiß es?

Hierzu eine spontane Äußerung der Patientin selbst: „Mal so, mal so. Die Schulmedizin hilft mir, die körperlichen Auswirkungen der Krankheit zu stabilisieren! Die Homöopathie hilft mir generell zu einer besseren/stabileren Konstitution und im Einzelfall, wenn ich körperliches und/oder seelisches Unwohlsein nicht alleine bewältigen kann.“ (Originalzitat)

Literatur

- [1] Burnett JC: Die Heilbarkeit von Tumoren durch Arzneimittel. Übers. Von G. Risch. 2. Aufl. München: Müller & Steinicke; 1991.
- [2] Friedrich U: Eine „complicirte“ Krankheit – Krebs. ZKH 2005; 49: 17.
- [3] Hadulla MM, Richter O, Fattahi N: 101 Krankengeschichten aus der Praxis für die Praxis. Uelzen: ML Verlag; 2006.
- [4] Mateu-Ratera M: Homöopathische Behandlung von Krebserkrankung durch den Allgemeinarzt. AHZ 2004; 249: 217–231.
- [5] Payrhuber D: Krebs und Homöopathie. AHZ 2006; 251: 27–34.
- [6] Pichler E: Homöopathische Behandlung an der Kinderonkologie im LKH Klagenfurt. AHZ 2004; 249: 62–70.
- [7] Spinedi D: Die Rolle des Phosphorus in der Krebsbehandlung. ZKH 2005; 49: 149–162.
- [8] Takács M: Erfahrungen bei der Krebsbehandlung in der Clinica Santa Croce (Orselina, Schweiz). AHZ; 249: 232–238.
- [9] Wurster J: Die Behandlung metastasierter Tumoren; ZKH 2005; 49: 32–41.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. M.M. Hadulla

Heiliggeiststr. 9

69117 Heidelberg