

Liebe Mitglieder unserer BIT-Ärztegesellschaft,
 liebe Anwender energetischer Therapieverfahren,
 liebe interessierte Leser!

Das Krebsproblem | Dr. Alexander Dürr

Teil 2: Überlegungen zur Tumorbiologie

Es kommt die Zeit, wo überlegt werden muss, wie man der zunehmenden Anzahl von Tumorzellen zu Leibe rücken kann, möglichst effektiv und schonend, ohne den Patienten allzu sehr zu schaden. Hier nun Teil 2 „Das Krebsproblem“ (Teil 1, s. CO.med 5/2017).

Es stehen uns einige vielversprechende Ansätze zur Verfügung:

1. APO10/TKTL1-Test und Immunsystem
2. LDH-Isoenzyme (Mitochondriopathie)
3. Onkobiogramm und Hormonstatus

Die folgenden Ausführungen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit, doch ich hoffe, einige Impulse zu geben, die zum Wohl unserer Patienten dienen können.

APO10/TKTL1-Test

Die Tumorzelle ist in der Regel eine „Zuckerfressfabrik“. Da diese sich im Gärungsstoffwechsel befindet, benötigt sie sehr viel Glukose und hat eine schlechte ATP-Ausbeute pro Zuckermolekül, wohingegen bei einer normalen Zelle über den aeroben Stoffwechsel der Mitochondrien die ATP-Produktion um das 19-fache höher ist. Das bedeutet, dass sich eine normale Zelle im Extremfall von Proteinen und Fetten ernähren kann, wobei eine Tumorzelle nur Glukose unter Bildung von Milchsäure verstoffwechseln kann, um zu überleben und sich zu vermehren.

Mit dem APO10/TKTL1-Test lassen sich zwei Aussagen treffen. Zum einen lässt sich etwas über die Apoptose sagen und zum anderen kann man feststellen, ob das TKTL1-Gen aktiviert ist und somit der Krebszelle eine vermehrte Zuckeraufnahme ermöglicht. Durch den erhöhten Zuckerumsatz wird mehr linksdrehende Milchsäure gebildet, die aus der Tumorzelle heraustransportiert wird

und um die Tumorzelle einen „Burggraben“ aus Säure bildet. Dies führt dazu, dass die Tumorzelle resistent gegen das sowieso schon überbeanspruchte Immunsystem und/oder Radio-/Chemotherapie ist.

Ist nun das TKTL1-Gen aktiviert, hätte das zur Folge, dass der Patient eine strikte Kohlenhydratrestriktion durchführen müsste und der Erfolg einer Chemo- oder Radiotherapie gefährdet wäre.

Man hat beobachtet, dass eine zwei- bis dreitägige Fastenphase den Erfolg der Chemotherapie verbessern und deren Nebenwirkungen deutlich reduzieren kann. Es liegen auch entsprechende Daten vor, die diese Hypothese eindeutig unterstützen.

Über den APO10-Wert lässt sich der Verlust der Apoptosefähigkeit (programmierter Zelltod) bestimmen. Ein erhöhter Wert zeigt an, dass die Tumorstammzellen unkontrolliert wachsen, unabhängig von jedweden Kontrollmechanismen.

LDH-Isoenzyme

Anhand der LDH-Isoenzyme (LDH 1-5) können ziemlich verlässliche Aussagen über den Stoffwechsel getroffen werden. Ist beispielsweise die Fraktion LDH 4 und 5 hochreguliert und eine oder gar alle von LDH 1 bis 3 herunterreguliert, kann man von einer mitochondrialen Dysfunktion sprechen und sollte auf jeden Fall komplementärmedizinische Maßnahmen ergreifen, um die Mitochondrien, die über den Zellstoffwechsel reguliert werden, zu unterstützen.

Denn ohne ausreichende Energiebereitstellung kann keine Apoptose eingeleitet werden, und die Tumorstammzellen bleiben unsterblich. Zu diesem Thema würde ich das Werk „Die stille Revolution der Krebs- und AIDS-Medizin“ von Dr. med. Heinrich Kremer empfehlen.

Onkobiogramm und Hormonstatus

Für alle Tumorentitäten kann ein sogenanntes Onkobiogramm erstellt werden, was leider noch nicht in die schulmedizinische Basisdiagnostik Einzug gehalten hat. Hierbei werden die für das Wachstum und die Ausbreitung des Tumors verantwortlichen „Schaltzentralen“, die sogenannten „Checkpoints“, identifiziert und somit eine individuelle, zielgerichtete Herangehensweise ermöglicht, was zu einer besseren Therapieentscheidung und Therapiestrategie führen kann. Bei vielen Tumorzellen lassen sich wichtige Rezeptoren auf der Oberfläche nachweisen, die dann mit bestimmten naturheilkundlichen und schulmedizinischen Medikamenten angesteuert werden können (s. Abb., S. 72), um Stoffwechsel und Wachstum zu beeinflussen.

Dabei stellen sich einige sehr wichtige Fragen, die anhand des Prostatakarzinoms erläutert werden sollen: Welche Funktion hat der Androgenrezeptor (AR)? Wachstum oder Hemmung? Warum führt der AR bei gesunden Zellen zur Ausdifferenzierung und bei Tumorzellen zum Wachstum? Werden auch hier wie beim Vitamin-D-Rezeptor falsche Signale an die Tumorzellen gesendet, weil diese blockiert sind? Die Perversion dieser Erkrankung besteht darin, dass momentan nur durch kompletten Hormonentzug sichergestellt werden kann, dass sich die fehlgesteuerten Anteile nicht ausbreiten und vermehren können, also wegen einiger weniger außer Kontrolle geratener Tumorzellen alle anderen, gesunden Zellen leiden müssen. Um dieses Dilemma zu lösen, müssten also selektive Blocker entwickelt werden, die die Tumorzellen ansteuern und blockieren, während die gesunden Zellen mit den so dringend benötigten bioidentischen Hormonen versorgt werden können.

Bei den Östrogenrezeptoren (ER) ist die Funktion und Wirkweise geklärt. Der Alpha-Rezeptor wirkt proliferationsfördernd, während der Beta-Rezeptor wachstumshemmend ist, was für die Therapie essentiell wichtig ist. Die Differenzierung der Isoformen A und B des Progesteronrezeptors wird in Zukunft von Bedeutung sein, da hier je nach Expression ein Einsatz von Progesteron sinnvoll oder eher schädigend sein kann. Sind bei einem Patienten nun sehr viele AR und sehr viele ER-Beta vorhanden, so könnte durch Einsatz von Östriol oder bestimmten Phytoöstrogenen eine Wachstumskontrolle zu erreichen sein. Wenn AR zum Wachstum führen, kann eine Blockade mit dem Wirkstoff Enzalutamid oder einem kompetitiven Phytohemmstoff, der an den AR andockt, aber keinen Wachstumsreiz setzt, versucht werden. Alternativ kann man mit einem Medikament wie Arbirateron das Testosteron beziehungsweise Dihydrotestosteron absenken. Dieses Medikament senkt Testosteron und Dihydrotestosteron aus dem Tumor, aber auch alle anderen von der Nebenniere und dem Fettgewebe gebildeten Hormone. Man kann sich somit gut vorstellen, dass diese Therapie mit erheblichen Nebenwirkungen verbunden ist. Diese Nebenwirkungen lassen sich dann auch nur mittels engmaschiger Kontrolle der Hormone und Ausgleich der fehlenden Hormone abmildern, wobei nur Endprodukte aus dem Hormonkreislauf herangezogen werden sollten (Cortisol, Aldosteron, Östriol), da bei den anderen wichtigen Hormonen Rücktransfor-

mationen stattfinden können, die wieder negativ das Tumorwachstum beeinflussen könnten. Unbedingt erwähnt werden muss in diesem Zusammenhang, dass das aus Testosteron gebildete Östron möglicherweise für den Progress des Prostatakarzinoms mit verantwortlich sein kann. Mit dem Wirkstoff Letrozol kann die Umwandlung von Testosteron in die Östrogene blockiert werden, was mit deutlich weniger Nebenwirkungen einhergeht als Arbirateron.

Zellwachstum

Hier möchte ich einige wichtige Parameter aus dem Onkobiogramm herausgreifen: c-kit (ein Rezeptor für den Stammzellfaktor) reguliert normalerweise Zellteilung und Zellspezialisierung im normalen Gewebe. Im Tumor kann c-kit dauerhaft angeschaltet sein und die Zellteilung forcieren. Mit dem Medikament Imatinib kann dieser Rezeptor angesteuert werden. Bei mTOR handelt es sich um ein für Tumorzellen wichtiges Enzym, das Überleben, Wachstum, Zellteilung und Beweglichkeit unterstützt. Es kann durch die Medikamente Everolimus oder Temsirolimus, die in der Transplantationsmedizin Anwendung finden, gehemmt werden. PTEN reguliert in gesunden Zellen die Apoptose, in Tumorzellen kann PTEN verändert sein und so das Gegenteil bewirken. PTEN und mTOR hängen voneinander ab, so dass man sagen kann, dass die mTOR-Inhibitoren nur wirksam sein können, wenn PTEN

sich nicht oder nur in geringem Maße im Tumor zeigt. EGFR und HER 2 sind beide Rezeptoren für Wachstumsfaktoren und sind in gesunden wie auch bösartig veränderten Geweben an der Signalvermittlung für die Zellteilung beteiligt. Auch hier können bestimmte Medikamente wie Cetuximab zur Blockade von EGFR und der Antikörper Trastuzumab gegen HER 2 verwendet werden. Ein Antikörper wie Lapatinib blockiert sogar beide Rezeptoren.

Microenvironment

Einen weiteren wichtigen Aspekt des Onkobiogramms stellt das Microenvironment dar. Das den Tumor umgebende Milieu ist ein großes Problem. Da die Matrix mit Toxinen, Schwermetallen etc. stark verunreinigt ist, fällt es den Tumorzellen leicht, sich auszubreiten. Durch den Schutzwall von linksdrehender Milchsäure um die Tumorzelle/Tumor („Burggraben um die Festung“) kann das sowieso schon überforderte Immunsystem nicht an die Tumorzelle herankommen, da der Burggraben zu breit und tief ist. Oder, anders ausgedrückt: Wenn in einer engen Autobahnbaustelle ein Unfall passiert und keine Rettungsgasse gebildet werden kann, weil alles verstopft ist, können die Rettungskräfte nicht zur Unfallstelle vordringen. Also muss unbedingt versucht werden, die üblen Arbeitsbedingungen für das überforderte Immunsystem zu verbessern.

Welche Möglichkeiten bietet die BIT in dieser verfahrenen Situation? Mit der Matrix-Regenerations-Therapie (MRT 503) können wir versuchen, die Mikrozirkulation im vergifteten Milieu und somit den Abtransport und die Entgiftung nachhaltig zu verbessern und den Immunzellen die Arbeit zu ermöglichen. Unterstützen kann man diesen Vorgang durch die Gabe von rechtsdrehender Milchsäure oder Procain-(Basen-)Infusionen, die den Burggraben austrocknen, so dass die Festung gestürmt werden kann beziehungsweise überhaupt erst angreifbar wird. Einige Parameter aus dem Onkobiogramm für das Microenvironment: Die Cyclooxygenase 2 kann selektiv durch COX-2-Hemmer oder Curcumin günstig beeinflusst werden. Chronische Entzündung (silent inflammation) stellt einen Promotor für die Tumorprogression dar. Die Thymidinphosphorylase als weiterer wichtiger Checkpoint kann durch Capecitabine gehemmt werden. Durch PD-L1 kann die Aktivität von T- und B-Zellen negativ beeinflusst werden, was in bestimmten Konstellationen wichtig und nötig ist. Diesen Effekt nutzen aber ei-

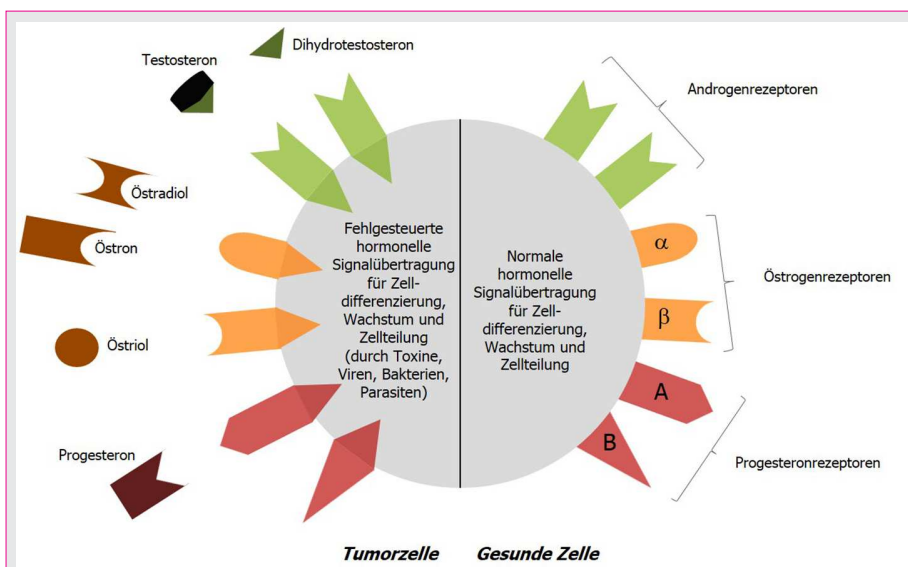


Abb.: Ist die fehlgesteuerte, veränderte Rezeptorfunktion eventuell ausgelöst durch Toxine, Viren, Bakterien oder Parasiten? Es müssen unbedingt Therapien gefunden werden, bei Tumorzellen wieder eine normale Rezeptorfunktion herzustellen, um zum Beispiel mit bioidentischen Hormonen den Organismus zu unterstützen, ohne gleichzeitig einen schädlichen Wachstumsreiz zu setzen.

Werden auch Sie Mitglied der Internationalen Ärztgesellschaft für Biophysikalische Informations-Therapie e.V.

Entstehung

Gründung der Gesellschaft am 18.3.1980 in Freudenstadt als „MORA-Ärztgesellschaft“. Umbenennung 1987 in „Bioresonanz-Ärztgesellschaft“. Erneute Namensänderung 1995 in die heutige Bezeichnung, abgekürzt „BIT-Ärztgesellschaft“.

Die Gesellschaft

Es handelt sich um einen gemeinnützigen, ideologisch- und firmenunabhängigen Verein für alle Anwender der verschiedensten biophysikalischen Therapieformen unterschiedlicher Gerätehersteller und den sich aus dieser Arbeit ergebenden Diagnoseverfahren. Die Gesellschaft hat sich zum Ziel gesetzt, Wissenschaft und Forschung auf dem Gebiet der biophysikalischen Informationsverarbeitung im menschlichen Organismus zu fördern. Sie möchte all jene Ärzte auf internationaler Ebene zusammenbringen, die sich mit dieser Therapieform beschäftigen.

Die Aktivitäten

Die BIT-Ärztgesellschaft veranstaltet im zweijährigen Turnus ein Kolloquium zum Erfahrungsaustausch für ihre Anwender. International bekannte Wissenschaftler halten Vorträge u.a. über die physikalischen Grundlagen und geben so die wissenschaftliche Basis. Anlässlich der Medizinischen Woche Baden-Baden werden regelmäßig Tagungen veranstaltet. In mehrtägigen Seminaren wird nach einem festgelegten Ausbildungsplan das notwendige Wissen als Gesamtkonzept im Sinne der Lebenskonformen Medizin (LKM) vermittelt. Nach zwei Jahren Ausbildung kann das Zertifikat für den „Experten der BIT“ durch eine Prüfung erworben werden.

Sekretariat BIT-Ärztgesellschaft

Wilhelmstraße 10
D-79098 Freiburg
Fax: 0800 / 0005516
bit-aerzte@t-online.de
www.bit-org.de

nige Tumoren und maskieren sich, so dass das Immunsystem sie nicht mehr erkennen kann. Die Demaskierung erfolgt durch zwei neue Checkpoint-Inhibitoren, Nivolumab oder Pemprolizumab, und macht den Tumor(stamm)zelle wieder angreifbar. CD 31 lässt auf die Zahl der Blutgefäße im Tumor schließen. Einfach ausgedrückt: je höher CD 31, umso größer die Blutgefäßneubildung im Tumor. Bei all den oben angesprochenen Biomodulatoren muss allerdings auf die beträchtlichen Kosten und eventuellen enormen Nebenwirkungen hingewiesen werden. Ihre Anwendung gehört in die Hände erfahrener Ärzte und muss im Einzelfall geprüft und entschieden werden.

Zu leben heißt zu kämpfen. (Seneca)

Ein weiterer experimenteller Ansatz ist der Einsatz von D,L-Methadon in der Krebstherapie, wie man kürzlich in den Medien erfahren konnte. Dabei wird angenommen, dass D,L-Methadon bestimmte Rezeptoren auf den Tumor(stamm)zellen besetzt, wodurch ein Einschleusen des Chemotherapeutikums in die Tumor(stamm)zelle erleichtert wird und die Escape-Mechanismen der Tumor(stamm)zelle ausgeschaltet beziehungsweise umgangen werden.

Wenn du Frieden willst, so rüste zum Krieg. (Vegetius)

Es bleibt abzuwarten, ob eventuell die Dosierung des Chemotherapeutikums reduziert werden und dadurch weniger Toxizität und höhere Lebensqualität beim Patienten erreicht werden kann. Bei einigen Tumorentitäten wie dem Glioblastom konnte im Einzelfall das Chemotherapeutikum abgesetzt werden und die Remission allein durch D,L-Methadon aufrechterhalten werden, bei guter Verträglichkeit. Ein großes Problem ist die Frage nach der Kostenerstattung. Die Krankenkassen lehnen leider diese Art der experimentellen Therapie in der Regel ab, weil leitliniengerechte, standardisierte Therapien zur Verfügung stehen, die erst durchgeführt werden müssen, bevor es zu einer Kostenerstattung kommt. Meistens ist das Kind dann schon in den Brunnen gefallen und die Erkrankung durch die Zeitverzögerung schon zu weit fortgeschritten. Wenn man sich die Preise dieser Medikamente anschaut, so wird einem schnell bewusst, dass das kein normal verdienender Mensch längere Zeit bezahlen kann. Ich hoffe von ganzem Herzen, dass es in Zukunft gelingen wird, eine Allianz von Ärzten zu bilden, um immer mehr Patienten die Angst vor dieser Erkran-

kung zu nehmen, den Patienten mit zielgerichteten, schonenden individuellen Therapien Hoffnung zu geben und diese Therapien für alle Patienten zugänglich zu machen, damit deren Leben lebenswert bleibt. „Krebs“ ist wie Osteoporose, Arteriosklerose oder arterielle Hypertonie eine chronische Erkrankung, mit der man leben muss und kann. Ärzte müssen das den Patienten dementsprechend so kommunizieren und nicht von einem Todesurteil sprechen und dem Patienten die Hoffnung nehmen.

All die guten und spezifischen Therapien werden aber zum Scheitern verurteilt sein, wenn der Patient nicht ein neues Bewusstsein entwickelt und der Heilungsprozess als notwendiger Lernschritt verstanden wird, der aktiv vollzogen werden muss. Auf diese Thematik werde ich in einem meiner nächsten Artikel noch einmal detaillierter eingehen.

Eine schonende, zielgerichtete, Lebensqualität erhaltende Medizin sollte vor Krankheitsverwaltung und Risikostrukturausgleich kommen.

Dazu müsste ein tiefgreifendes, umfassendes Umdenken der ganzen Welt erfolgen und Humanität vor Profit- und Machtgier gestellt werden, wie es bereits in dem 1982 erschienenen Buch „Wendezeit“ von Fritjof Capra beschrieben wird.

Mehr Informationen finden Sie auf unserer Webseite www.bit-org.de und bei Sanoxsys GmbH (Telefonkontakt 089 / 1787670-0).

In diesem Sinne grüßt Sie herzlich
Ihr
Dr. Alexander Dürr

Dr. med. Alexander Dürr

Dr. Dürr ist Facharzt für Allgemeinmedizin mit der Zusatzbezeichnung Akupunktur und Naturheilverfahren. Seit 2008 beschäftigt er sich mit bioenergetischen Therapiemethoden und deren Anwendung in der Praxis. Er setzt die Lebenskonforme Medizin nach Dr. Bodo Köhler um.

Kontakt:

Dr. med. Alexander Dürr
Weißenburger Straße 44
63739 Aschaffenburg
Tel.: 06021 / 22614
duerr.alexander@t-online.de
www.ammerschlaeger-duerr.de