

Humlegaarden



Bindevævs cancer Chondrosarkom

En norsk patient født 1959 - kom på Humlegaarden den 9. maj 2006 efter at han primo april 2006 fik påvist en svulst i korsbenet (os sacrum). Der blev taget biopsi som viste et højt differentieret chondrosarkom, dvs. en bindevævskræft med bruskkomponenter. Tumor 8x11x6 cm stor, altså en stor svulst.

Man kunne ikke tilbyde strålebehandling eller kemoterapi, og en operativ fjernelse ville blive et meget stort og livsfarligt indgreb, som kunne koste patienten livet, og som ville vare i 24 timer.

Bortset fra lette smerter over korsryggen periodevis i 10 år var patienten symptomfri. Vi påbegyndte behandling med lokalhyperthermi og mistelten (Iscador P) i stigende dosering, desuden med islandsk mos (Cetraria pr.), Celebrex o.a.

Smerterne i ryggen forsvandt i de følgende måneder, og patienten havde det særdeles fint.

Omkring den 10. januar 2007 faldt han imidlertid ned fra et loft og slog ryggen på et betongulv, og blev sygemeldt i 14 dage. En CT-undersøgelse viste nu en mindre vækst og man foreslår ham igen en operation og fortæller patienten at han skal ligge i sengen i et år efter operationen.

Primo februar 2007 kommer patienten igen på Humlegaarden og får lokalhyperthermi og vi påbegynder nu metronomisk kemoterapi med sendoxan 50 mg daglig. Desuden skifter vi misteltenpræparat til Helixor A i stigende dosering.

Patienten afviser igen operation.

Patienten er siden blevet CT skannet den 2. maj med nogenlunde samme resultat som den 21. april 2006, og det samme gælder en CT-undersøgelse medio oktober 2007: svulsten har uændret størrelse og patienten har en vældig god livskvalitet, og har haft det igennem 1½ år.

Prostatacancer

En dansk mand, J.C. født 1953, fik efter flere års symptomer hæmaturi medio september 2005, og fik nu målt et PSA på over 1000. Prostata meget hård og Gleasons score på 7. Man fandt cancer i alle 6 biopsier fra prostata, og patienten havde en diffust udbredt infiltration af adenocarcinom. Knoglescintigrafi viste udbredte metastasesuspekterede foci i columna, costae, sternum og pelvis.

Han påbegyndte Casodexbehandling d. 15/9 2005 med 150 mg dgl.

PSA falder gradvist til 55 ultimo november, men allerede primo januar 2006 begynder PSA at stige, først til 149, så ultimo marts til 200 og d. 6/6 2006 til 260.

Humlegaarden



Patienten kommer på dette tidspunkt på Humlegaarden og påbegynder vor milde behandling med mistelteninjektioner, Avodart og fortsættelse af Casodex for at give en fuldstændig androgen blokade. Desuden med Prostasol og vore sædvanlige vitamin – og mineraltilskud.

Primo december 2006 er PSA faldet til 10,8 og pt. har det fint.

Ultimo februar 2007 begynder PSA at stige, og det viser sig, at patienten har stoppet sine behandlinger, da skattevæsenet bogstaveligt talt fra den ene dag til den anden havde ført ham på bankerottens rand.

Ultimo februar gik han på Breussfaste på 40 dage, som han selv havde taget initiativet til, fordi det var den eneste behandling han havde råd til.

Patienten får det dårligere og dårligere og til sidst bliver han indlagt på det lokale sygehus d. 26/7 med et PSA på over 930, og en basisk fosfatase på 2427 som markør for hans udtalte knoglemetastaser i ribben, ryghvirvler, bækken, brystben, arme og lårben. Han har da stærke smerter, er meget obstiperet og kun sparsomt oppegående.

Han får under indlæggelsen blodtransfusion, og man stopper hormonbehandlingen. Han får Zometa infusion for knoglemetastaserne og udskrives til terminal pleje.

Han kommer på Humlegaarden d. 8/8 2007 i en dårlig almentilstand med et ferritin (uspecifik tumormarkør) på 22.228 (normalområde fra 50 – 660), hvilket er en af de højeste værdier vi nogensinde har målt. Hans PSA er 435,5, CRP 3855, LDH 888, basisk fosfatase 2119, og vi starter ham omgående på **den metronomiske KEES protokol** (fra Sahlgrenska i Göteborg) samt lokal hyperthermi på de smertende knoglemetastaser, høj dosis C-vitamin infusioner, og vore sædvanlige alment styrkende behandlinger. Hans tilstand bedres hurtigt: alle blodværdier falder ned mod normalområdet, og ved seneste kontrol d. 30/10 2007 er ferritinet faldet til 2072, hans PSA på 43,6, og hans basiske fosfatase på 1425, CRP normal, dvs. mindre end 10, og pt. arbejder nu på fuld styrke, bærer på tunge brosten etc. Vi har faktisk sjældent set noget lignende og er overraskede over, at den metronomiske kemoterapi kan være så effektiv.

I det svenske studie fik 65 % af hormonresistente prostatacancere halveret deres PSA, nogle sågar til 0.

Selve protokollen består af sendoxan, nizoral, vepesid, estracyt, alt sammen som tablet behandling i metronomisk dosis, og desuden 10 mg prednisolon dgl.

Humlegaarden



Blærecancer - ny urinblære blev undgået

Pt. er en dansk mand f. 1937, som kom på Humlegaarden den 2.1.2007, med en blærecancer. Man havde tilrådet ham fjernelse af urinblæren, og han håbede at kunne undgå dette ved at komme på Humlegaarden og få vore behandlinger.

Hans forhistorie var følgende:

Han opdagede blod i sin urin den 11.5 og den 6.6 og den 14.6 2006. Han fik nu foretaget CT-urografi, som viste en kontrastdefekt fra en tumor i højre side af blæren på godt 2 cm i diameter.

Den 30.6 opereres pt. med TUR – B (Trans Urethral Resektion – af blæren), og man finder i højre side af blærens bagvæg to tumorer: en 1,5 cm stor bredbaset tumor og en 1 cm stor tumor bag denne. Man fjerner disse ved elektroresektion, dvs. de brændes væk ned til muskelvævet i blæren, og man tager forskellige biopsier fra det resterende væv i blæren. Mikroskopi viser papillomatøs tumor med hhv. grad II og grad III atypi, og i en af biopsierne i nærheden af tumorerne finder man carcinoma in situ, dvs. begyndende kræft. Ved kontrolcystoskopi den 29.11.2006 finder man et lille papillomrecidiv og dette fjernes den. 8.12. Samtidig tager man nye biopsier forskellige steder i blæren.

En cytoskopi i universel bedøvelse med biopsi fra blæreslimhinden viser blærecancer (transitocellulær papillær tumor). I andre dele af blæren er der forstadier til kræft (carcinoma in situ). Man foreslår nu pt. en radikal fjernelse af urinblæren og konstruktion af en ny blære, hvilket pt. ikke har lyst til, bl.a. på grund af de mulige komplikationer (bylde dannelse, infektioner, anastomoselækage og erektil dysfunktion).

Han kommer på Humlegaarden d. 2.1.2007 og begynder som de væsentligste af vore behandlinger på misteltenpræparatet Helixor A i stigende dosering samt på metronomisk kemoterapi med Sendoxan 50 mg dgl og lokalhyperthermi. Desuden råder vi ham til ved hjemkomsten til universitetssygehuset at bede om en behandling med BCG – skyllinger af urinblæren, når han ikke ønsker cystektomi.

BCG (Bacillus – Calmette – Guerin) er en inaktiveret form af tuberkulosebacillen, som via immunologiske mekanismer har vist sig at virke godt på overfladiske blærecancere.

Patienten får 6 BCG – skyllinger fra den 12.3.2007 til den 25.4.2007, én gang pr. uge.

Pt. har siden gået til kontrol, og den sidste cytoskopi blev foretaget den 4.7.2008, og alt var i orden med upåfaldende slimhinde og ingen polypper. Blæreskyllevæsken uden cancerceller.

Humlegaarden



Pt. lever et normalt liv med problemløs vandladning og fortsætter sine mistelteninjektioner 3 x pr. uge.

Han stoppede med den metronomiske kemoterapi i september 2007, da den ikke længere syntes nødvendig.