



Das funktionelle Eiweißprofil nach C.E.I.A.

Der aktuelle Fall ... Der aktuelle Fall ... Der aktuelle Fall ...

Manchmal sieht man den Wald vor Bäumen nicht!

Frau H. M., geb. am 20. Juli 1954

Vorgeschichte:

seit 1996 Symptome einer chronischen Erschöpfung
1996 Nachweis eines Raynaud-Syndroms
2000 Diagnose einer autoimmun nekrotisierenden Myopathie

Die *autoimmun nekrotisierende Myopathie* gehört zur Gruppe der entzündlich idiopathischen Myopathien. Diese Erkrankung ist charakterisiert durch eine symmetrisch ausgeprägte muskuläre Schwäche des Schulter- und Beckengürtels, welche auf die Gabe von Kortison und Immunsuppressiva anspricht. Histopathologisch dominiert die Nekrose ohne Entzündungszeichen mit begleitender Mikroangiopathie. Es besteht das Risiko einer Muskeldegeneration, außerdem kann diese Erkrankung als paraneoplastisches Syndrom eingestuft werden.

Die Patientin stammt aus dem Kosovo, lebt derzeit im Großraum Paris und kam über ihre Schwester, die ich seit Jahren hier in Belgien betreue, in meine Behandlung.

Im Rahmen einer ersten Konsultation berichtete mir Frau M., dass sie seit ungefähr 8 Jahren an einer extremen Müdigkeit leidet, verbunden mit starkem Gewichtsverlust.

Die Diagnose der autoimmun nekrotisierenden Myopathie wurde 2000 durch einen auswärtigen Kollegen gestellt. Dieser hatte als erste Therapie Methotrexat eingesetzt, das wegen gastro-intestinaler Nebenwirkungen nicht weitergeführt werden konnte. Darum leitete er eine Langzeittherapie mit Kortison (bis 50mg Prednison pro Tag) ein, unter der die Patientin jedoch eine Kortison-induzierte Osteoporose mit Wirbelkörperfrakturen und konsekutiver Minderung der Körpergröße um 7cm (bei ohnehin geringer Ausgangsgröße) entwickelte. Inzwischen wurde von ihm das Kortison auf 10mg pro Tag reduziert unter Schutz eines Protonenpumpenhemmers und die Osteoporose zunächst mit Risedronsäure, später mit Teriparatide (rekombinantes Parathormon), Calcium und Vitamin D3 behandelt. Neben dieser Dauermedikation bekam Frau M. zuletzt eine Kaliumsubstitution und Tramadol gegen die Schmerzen.

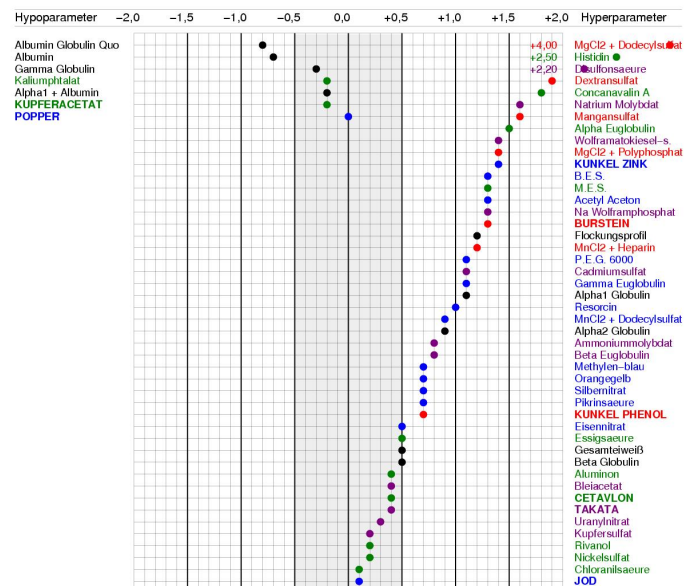
Densitometrie-Befund:

- L2-L4: T-score -2,9 / Z-score -1,6
 - Linker Femurhals: T-score -2,2 / Z-score -1,0
 - T-score total: -2,6
- = axiale Osteoporose und periphere Osteopenie bei Kortikoidtherapie.

Abweichende Laborwerte vom 8.12.2005:

BSG 24/48 mm
Leukozyten 7000/ml
Neutrophile 37%
Lymphozyten 51%
Hypokaliämie 3,3mEq/l

Profil vom 28.12.2005:



- Rechtsasymmetrie
- Chaotische Erhöhung aller Parametergruppen, nämlich der **grünen Glykoproteine**, der **roten Lipoproteine**, der **blauen Immunglobuline** und der **violetten Breitbandtests**, was einer Aktivierung aller Abwehrsysteme entspricht.

Die Patientin wies eine völlige Deregulierung der humoralen wie auch der zellulären Abwehr auf – obwohl sie unter Kortison stand, was normalerweise zu einer verminderten Reaktion der **Glykoproteintests** mit entzündlicher Nosologie führt. (allgemeine Bemerkung : Kortison hat keinen Einfluss auf IG-Prozesse : es beeinflusst nur die **GP-Entzündung**).

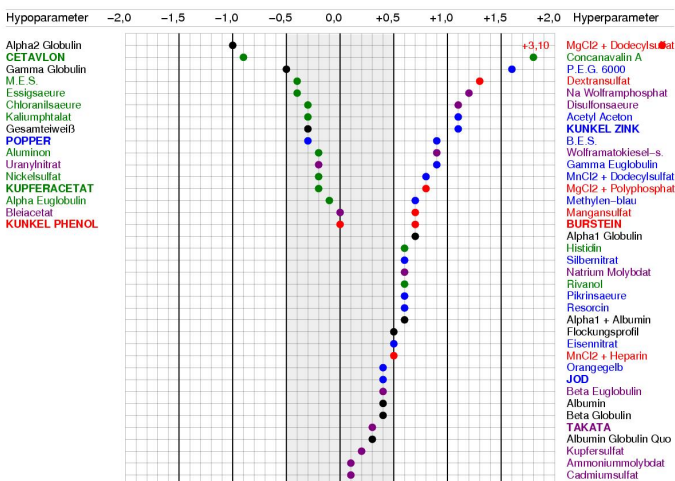
Proteomische Therapie:

Wegen der ausgeprägten Rechtsasymmetrie, der chaotischen Reaktivierung aller Abwehrsysteme und der klinisch gesicherten Autoimmunerkrankung ist der vorliegende Fall eine Hauptindikation für **Croton Lechleri** mit einer Dosierung von 2 x 10 Tropfen pro Tag über 4 bis 6 Monaten ohne weitere zusätzliche Therapie, bevor durch ein Kontrollprofil der biologische Effekt und die klinische Wirkung mit Sicherheit nachgewiesen werden kann. Gegebenenfalls muss die Therapie über Monate und Jahre fortgeführt werden. Croton hat unter anderem immunmodulatorische Wirkungen: Die Überproduktion von Immunglobulinen wird durch eine lymphoplasmozytäre Inhibition kontrolliert.

Verlauf:

Im weiteren Verlauf konnte die tägliche Kortisoneinnahme der Patientin über die Dauer von 2 Monaten in Schritten von 1mg auf 5mg pro Tag durch den mitbehandelnden Kollegen reduziert werden. Unter diesen Bedingungen wurde ein Kontrollprofil durchgeführt.

2. Profil vom 26.06.2006:



- Die vermehrte Reaktion der Immunglobuline besteht weiterhin, aber das Profil hat sich sichtbar gebessert.
- Die Glykoproteine mit entzündlicher Nosologie sind vollständig verschwunden, lediglich Concanavalin A bildet eine Ausnahme, zum einen da es eine eher kongestive Bedeutung hat, zum anderen weil eine gute Korrelation zu den Immunglobulinen besteht.
- Auch die Reaktivierung der Lipoproteine, dem Komplementsystem entsprechend, ist fast normalisiert.

Entsprechend hat sich die klinische Situation verbessert, die Schmerzen sind fast vollständig verschwunden, der Patientin geht es sichtbar besser.

Ich erfuhr etwas später durch die Schwester der Patientin, dass diese wieder etwas größer geworden sei (!), was angesichts ihres Alters (51 Jahre) ungewöhnlich ist, man kann daraus möglicherweise ableiten, dass die Gewebnekrosen zum Stillstand gekommen sind.

Der vorliegende Fall ist ein gutes Beispiel dafür, dass eine Fülle von klinischen, immunologischen und histologischen Untersuchungen manchmal mehr Fragen aufwerfen als Antworten bieten.

Dagegen kann die Analyse der Molekularkinetik (sic!) in Form des funktionellen Eiweißprofils nach C.E.I.A. zu einer klaren Differenzierung der Pathogenese führen. Im Allgemeinen sind die Autoimmunerkrankungen im funktionellen Eiweißprofil nach C.E.I.A. durch eine Verschiebung der Immunglobuline in den Hyperbereich charakterisiert. Erkrankungen, die auf die Behandlung mit Croton gut reagieren, sind besonders solche, die eine vermehrte Reaktion der Immunglobuline aufweisen, die eine starke Assoziation zum MALT –System haben (Mucosa Associated Lymphoid Tissue). Die Wirkung des Crotons auf die lymphoplasmozytäre Produktion der Immunglobuline ist vor allem in diesen Fällen herausragend. Dieser Effekt verlangt aber eine längerfristige Anwendung, da Autoimmunerkrankungen sich ja auch über Jahre entwickeln.

Die Notwendigkeit einer längerfristigen Anwendung und damit das lange Beobachtungsintervall macht für Außenstehende die Bewertung des Krankheitsverlaufs schwierig.

Bei Frau M. bestand zwischen der schulmedizinischen Diagnosestellung und den verschiedenen Behandlungsansätzen durch den mit verantwortlichen Kollegen ein Zeitintervall, das zum einen den Einsatz von Croton Lechleri hinauszögerte, aber auch kritische Beobachter dazu veranlassen könnte, den späteren Behandlungserfolg mit Croton einer Spontanheilung zuschreiben.

Aus proteomischer Sicht reagieren jedoch die so genannten hyperblauen bzw. hypervioletten Krankheiten, auch wenn sie manchmal vom klinischen Aspekt nicht an eine autoimmune Genese denken lassen, generell gut und schnell auf eine Anwendung mit Croton Lechleri. Häufig ist eine Infektion der Faktor, der das Fass zum Überlaufen bringt: Dann kommt auch die bakteriostatische, bakteriozide und antivirale Wirkung des Crotons zum Einsatz. Denken wir zum Beispiel an einen M. Crohn, der durch eine Psoriasisarthritis exazerbiert.

Zusammenfassend kann man wiederholen, dass immer dann, wenn die pathologische Situation einerseits undefiniert oder auch sehr ins Detail gehend beschrieben ist, das funktionelle Eiweißprofil nach C.E.I.A. seine diagnostische und therapeutische Stärke entfaltet.

Autor : Dr. Sus Herbosch

Übersetzung : Dr. med. Sabine Fischer

CEIA Deutschland Hauptstr. 75 a 55481 Kirchberg	Tel: +49 6763 3032 919 Fax: +49 6763 3032 921
CEIA Benelux Sint-Michielslaan 119 1040 Brussel	Tel: +32 2 736 04 58 Fax: +32 2 736 58 02
CEIA Iberica C/ Joncar 4 46137 Playa Puebla Farnals	Tel: +34 961 46 31 36 Fax: +34 961 46 16 19
CEIA France Château des Carbonnières 69640 Lachenas	Tel : +33 474 67 48 00 Fax: +33 474 67 48 10
CEIA Canada 9 Chemin des Pensées Sainte Anne des Lacs, PQ, JoR 1Bo	Tel: (450) 224 3048
e-mail : info@ceia.com www.ceia.com	