

Tumorthherapie mit *Amanita phalloides*

Vorteile und Grenzen | Dr. Isolde Riede

Bei der Diagnose Krebs können klassische Tumorbehandlungen fehlschlagen. Gezielte Therapien, z. B. mit dem Extrakt von *Amanita phalloides*, sind heutzutage möglich und gefragt, da Patienten sich hier weniger Nebenwirkungen erhoffen. Doch um die Effizienz alternativer Behandlungen zu eruieren, sind langfristige Fallbeobachtungen unerlässlich. Der folgende Beitrag gibt daher einen Überblick über Langzeitstudien mit Krebspatienten, die mit *Amanita phalloides* therapiert werden. Das Ergebnis: *Amanita* kann die Lebensdauer der Patienten verlängern.

Eine genetische und molekulare Studie identifizierte die zentralen potenziellen Ziele für therapeutische Interventionen in Tumorzellen: Switch-Gene [1, 2]. In Tumorzellen sind die Switch-Gene überexprimiert. Dies schaltet das Tumorwachstum auf „AN“. Alle Switch-Gene gehören zur Klasse der HOX-Gene und verwenden für ihre Wirkung RNA-Polymerase II (RNAP). Wenn die Switch-Gene überexprimiert sind, wird RNAP in vollem Umfang verwendet, wodurch ein Engpass für das Tumorwachstum entsteht. Der Extrakt von *Amanita phalloides* enthält Amanitin, das RNAP hemmt. Die Hemmung von 50 % RNAP schaltet das Tumorwachstum auf „AUS“ und hemmt das Wachstum von Tumorzellen. Dies hat keine Auswirkung auf normale Zellen. Wachstumsgehemmte Tumorzellen können vom Immunsystem erkannt und abgebaut werden. Durch diesen Ansatz ist es möglich, den Krankheitszustand über Jahre hinweg zu stabilisieren.

Viele Tumorpatienten suchen nach alternativen Behandlungen ohne Nebenwirkungen. Chemotherapie und Bestrahlung verursachen schwere Nebenwirkungen wie Neuropathie oder induzierte Entzündungen. Beide Behandlungen erzeugen Mutationen in den Zellen und induzieren bereits bei der ersten Anwendung Resistenz gegen die Therapie. Die *Amanita*-Behandlung als alternative Antitumor-Behandlung bietet mehrere Vorteile. Sie zeigt langfristig keine unerwünschten Nebenwirkungen, keine Vergiftung und induziert keine Mutationen. Sie wird oral mit einem bei Raumtemperatur stabilen Arzneimittel verabreicht. Der Patient benötigt keinen Krankenhausaufent-



Abb. 1: Grüner Knollenblätterpilz (*Amanita phalloides*).

Foto: maykal – stock.adobe.com

halt und kann frei reisen. Darüber hinaus ist *Amanita* gegenüber allen anderen möglichen Behandlungen wettbewerbsfähig. In dieser Studie über 12 Jahre wurden drei Patienten beobachtet, um den Nutzen und die Grenzen der *Amanita*-Therapie zu analysieren. Ziel ist es, eine alternative Behandlung aufzuzeigen, die in jedem Land der Welt, ohne Ausrüstung oder Einrichtungen, in einem Standardprotokoll angewendet werden kann.

Therapie und Überwachung

Dilutionen von Extrakten von *Amanita phalloides* werden seit 300 Jahren angewandt, die klassische Indikation ist Todesangst. Nach der Anamnese wird der Patient mit dem Medikament *Amanita phalloides* D2 (Herbamed) behandelt. Im Standardverfahren beträgt die Dosis 4 x 10 Tropfen pro Tag, was zu einer durchschnittlichen Aufnahme von 50 ml pro Monat führt. Die tägliche Dosis enthält etwa 150 Moleküle des Wirkstoffs Amanitin pro Zelle. Diese Dosis bremst das Tumorwachstum. Dies vergiftet keine Zellen, es bremst nur das Zellteilungspotential – dies ist eine regulatorische Therapie. Mit 100 ml dieses Arzneimittels werden etwa 50 % aller RNAP-Moleküle in allen Zellen gehemmt [3]. Die Therapie wird überwacht. Ein Tumormarker kann das Wachstum von Tumorzellen zeigen.

Im Falle einer Leukämie kann ein Blutbild helfen. Der Abbau von Zellen durch das Immunsystem wird mit Laktat-Dehydrogenase (LDH) überwacht. LDH steigt bei zellulärer Lyse an. Erfolgreiche Behandlungen von Mammakarzinom (-CA), Schilddrüsen-CA, Rektum-CA, Prostata-CA oder chronischer lymphatischer B-Zell-Leukämie (B-CLL) wurden beschrieben [3].

In einigen Fällen unterstützen Borrelia-Infektionen das Tumorwachstum von Zellen. Eine Kur wird empfohlen, wenn Symptome einer Borrelia-Infektion auftreten. In seltenen Fällen tritt unter der *Amanita*-Therapie eine vollständige Remission auf, die durch die Behandlung mit Terebinthina laricina D1 zur Eliminierung von Borrelien unterstützt wird [4, 5]. 2 x 10 Tropfen der Terebinthina werden täglich verabreicht. Eine Kur endet nach der Aufnahme von 100 ml des Arzneimittels.

Eine zuckerfreie Ernährung wird empfohlen, wobei weißer Industriezucker (Saccharose), aber nicht Fructose in Früchten vermieden wird. Eine kohlenhydratreduzierte Ernährung ist angebracht, wobei industrielle Produkte wie Nudeln vermieden werden, aber einige Kohlenhydrate in unverarbeiteten Lebensmitteln wie gekochten Kartoffeln möglich sind. Insgesamt ist naturbelassenes Essen mit einem hohen Anteil an Pflanzen von Vorteil. Bei allen Patienten ist neben *Amanita* als einzigem tumorspezifischem Medikament

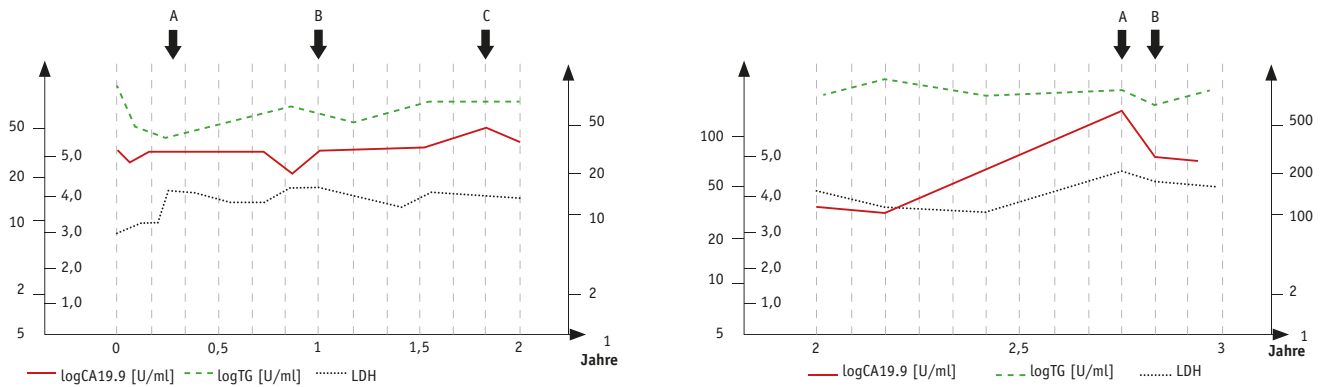


Abb. 2a (links): Tumormarker Monitoring, Remission. TG (grün) zeigt die Aktivität von Schilddrüsen-CA-Zellen an, CA19-9 (rot) zeigt das Verhalten von Rektum-CA-Zellen, und LDH (schwarz) zeigt die zelluläre Lyse. Nach dem Beginn von Amanita fallen TG und CA19-9 leicht ab, was den Erfolg der Therapie zeigt. Die LDH bleibt während der gesamten Therapie hoch und zeigt den kontinuierlichen Abbau von Zellen durch das Immunsystem. TG und CA19-9 reagieren etwas unterschiedlich. Dies weist darauf hin, dass die beiden Tumorzellen unterschiedliche Reaktionszeiten auf die Therapie haben, beide jedoch durch Amanita stabilisiert werden.

Abb. 2b (rechts): Tumormarker-Verlauf durch Ernährung mit und ohne Zucker. Nach der Stabilisierung und Remission beginnt die Patientin, Zucker und Kohlenhydrate im Übermaß zu essen. Während der TG-Wert (grün) stabil bleibt, erhöht sich CA19.9 (rot) um das Dreifache. Kohlenhydratreduzierte und zuckerfreie Ernährung (Pfeil A bis Pfeil B) reduzieren die Aktivität der Rektum-CA-Zellen erneut.

die orale Aufnahme essenzieller Fettsäuren angezeigt. Essenzielle Fettsäuren verbessern die Fluidität der Zellmembranen und verringern das Risiko einer Autoimmunität. Es sollten keine verarbeiteten Fette wie industriell gesättigte Fettsäuren oder trans-Fettsäuren (frittierte Lebensmittel) gegessen werden. Täglicher Sport wird empfohlen [6].

Patienten mit unterschiedlichen Tumorarten werden für diese Studie ausgewählt, um das breite Anwendungsspektrum von Amanita zu zeigen. Alle Patienten fanden den Weg zur Therapie aus eigenem Antrieb und blieben in der Therapie.

Fallbericht 1

Die Patientin IK1930 wurde 1930 geboren. Ihre Halbschwester litt an Eierstockkrebs und starb im Alter von 46 Jahren. Bei ihrer älteren Schwester wurde Rektum-CA diagnostiziert, sie wurde 90 Jahre alt. Bei der Patientin wurde 1995 ein Rektum-CA diagnostiziert, das chirurgisch entfernt wurde. 1999 erhielt sie nach einem Rückfall ein Stoma. Es wurden weder Metastasen gefunden noch waren Lymphknoten betroffen. Sie erhielt eine Chemotherapie. Im Jahr 2009 wurde ein Schilddrüsen-CA diagnostiziert. Nach einer Strahlentherapie wurde ein Tumor (50 × 38 × 42 mm) entfernt. Eine weitere Bestrahlung folgte im Jahr 2010.

Die Amanita-Therapie beginnt im Oktober 2010 (siehe Abb. 2a, Zeitpunkt 0 Jahre). Ein PET/CT-Scan zeigt einen Tumor im Jugularbereich von 37 × 42 × 36 mm sowie einen

markanten Lymphknoten (55 mm). Ihr Gewicht beträgt 100 kg. LDH und die Tumormarker CA19.9 (Bauchspeicheldrüse, Gallenblase, Darm) und Thyreoglobulin (TG, Schilddrüse) werden überwacht. Beide Tumormarker sind erhöht, beide Tumorzelltypen wachsen noch aktiv. Im Jahr 0,25 tritt nach Aufnahme von 200 ml Amanita D2 Fieber, Erbrechen, Husten und Durchfall auf (Abb. 2a, Pfeil A). Nach einem Jahr zeigt ein MRT, dass der ursprüngliche Tumor um die Luftröhre und der markante Lymphknoten abgebaut sind (Abb. 2a, Pfeil B).

Nach dieser erfolgreichen Remission beschließt die Patientin, die Amanita-Therapie fortzusetzen, jedoch nicht den Diät-

A). Im Jahr 4 wird eine Borreliose diagnostiziert und mit Terebinthina behandelt (Abb. 3a, Pfeil B). Im Jahr 6 erfolgt eine Herxheimer Reaktion mit Nierenbeteiligung (Abb. 3a, Pfeil C). IgG-Antikörper gegen Borrelien sinken in diesem Zeitraum (Jahr 4 – Jahr 6) von 150 U/ml auf 91 U/ml. Die Patientin wird in einem Intervall mit Chelidonium majus D1 2 × 10 Tropfen täglich behandelt, insgesamt werden jeweils 50 ml verabreicht. Chelidonium enthält neben antibakteriellen und antiviralen Substanzen aktive Moleküle zur Hemmung des Zellwachstums [8].

Im 8. Jahr leidet die Patientin zusätzlich an Mykose und Spulwürmern. Dies korreliert

„Patienten mit unterschiedlichen Tumorarten werden für diese Studie ausgewählt, um das breite Anwendungsspektrum von Amanita zu zeigen.“

plan einzuhalten, Zucker und andere Kohlenhydrate zu vermeiden. Dies führt zu einem Anstieg von CA19.9 (Abb. 2a, Pfeil C und Abb. 2b, Pfeil A). Die TG-Werte werden nicht beeinflusst. Nach kontinuierlichem Anstieg von CA19.9 auf den dreifachen Wert senkt eine zuckerfreie und kohlenhydratreduzierte Ernährung die CA19.9 Spiegel wieder (Abb. 2b, Pfeil B). Die Patientin beschließt, die Amanita-Therapie in Verbindung mit einer zuckerfreien Ernährung lebenslang fortzusetzen [7]. Im Jahr 3 steigt TG nach einem Autounfall an (Abb. 3a, Pfeil

mit einem höheren Anstieg der TG (Abb. 3a, Pfeil D). Wiederholte Terebinthina Kuren erfolgen. Während dieser Zeit entwickelt ihr Körper eine Abneigung gegen Amanita. Eine weitere Kur mit Chelidonium erfolgt in einem Intervall ohne Amanita (Abb. 3a, Pfeil D). Im Jahr 10, nach ihrem 90. Geburtstag, kann sie Amanita nicht mehr vertragen. Ihr Körper reagiert nach der Aufnahme mit sofortigem Erbrechen. Terebinthina wird weiter toleriert und wird von Zeit zu Zeit angewendet. Im Laufe der Jahre verliert sie 28 kg ihres Körpergewichts. Weil sie al-

leine lebt, beschließt sie, in ein Pflegeheim zu ziehen. Bis heute zeigt sie keine Symptome des Tumorwachstums.

Fallbericht 2

Der Patient WD1936 wurde 1936 geboren. Seine Mutter starb im Alter von 91 Jahren mit einem Magen-CA, sein Bruder starb im Alter von 59 Jahren an einem Prostata-CA.

werden Intervalle mit 5-Alpha-Reduktase-Inhibitoren - immer in einer minimalen Dosis - und ohne Amanita - angewendet. Es werden nicht zwei Medikamente gleichzeitig empfohlen, um eine Resistenzentwicklung zu vermeiden. Je mehr Arzneimittel angewendet wird, desto höher ist der selektive Druck auf die Tumorzellen, desto schneller entwickelt sich eine Resistenz gegen das Arzneimittel. Je niedriger der selektive Druck auf die Zellen ist, desto länger ist eine

„Je mehr Arzneimittel angewendet wird, desto höher ist der selektive Druck auf die Tumorzellen, desto schneller entwickelt sich eine Resistenz gegen das Arzneimittel.“

Es wurde kein weiteres Risiko für eine Krebserkrankung diagnostiziert. Im Juli 2004 wurde ein Prostata-CA durch Biopsie bestätigt. Es fand keine Operation und keine Bestrahlung statt [9]. Die Verdopplungszeit der Tumorzellen beträgt ohne Therapie 3 Monate. Von August 2004 bis Dezember 2007 wurden Antihormonbehandlungen durchgeführt.

Anfang 2008 beginnt die Amanita-Therapie (Abb. 3b, 0 Jahre). Das Körpergewicht beträgt 110 kg, bleibt während der Amanita-Therapie stabil. Prostataspezifisches Antigen (PSA) und LDH werden überwacht. Für sechs Jahre, immer mit einer minimalen Dosis zur Hemmung des Tumorwachstums von Zellen, reicht Amanita alleine aus, um den PSA-Spiegel unter 10 U/ml zu halten. Fortan

Therapie wirksam. Diese Strategie ist in [10] detailliert beschrieben.

Im Jahr 7 wird bei seiner Frau eine Borrelioseinfektion diagnostiziert. Sie erleidet einen Schlaganfall nach einem Zeckenbiss. Antikörper gegen Borrelien können im Patientenserum allerdings nicht gefunden werden. Für den Patienten und seine Frau werden mehrere Terebinthina-Kuren verabreicht. Der Patient fügt der Behandlung Methadon hinzu. Eine Kur mit Chelidonium erfolgt am Ende des 7. Jahres.

Anfang des 8. Jahres stirbt seine Frau. Er unterbricht die Amanita-Therapie und isst stattdessen Kurkuma und Aprikosenkerne. Im Jahr 9 kann Amanita das Tumorwachstum nicht ausreichend bremsen. Selbst unter der Verdoppelung der Standarddosis



Dr. Isolde Riede

ist Diplom-Biologin, Privatdozentin und Heilpraktikerin. Sie studierte Biologie und Mikrobiologie in Stuttgart und Tübingen. Sie habilitierte in molekularer Genetik in Tübingen. Mit Methoden der Biotechnologie, Molekularbiologie, Genetik und Zellbiologie war es ihr möglich, eine neue Tumorthherapie zu entwickeln und diese in der eigenen Heilpraxis seit 2001 auszutesten. Außerdem evaluiert sie neue Therapien für Borreliose und Autoimmunerkrankungen.

Kontakt:

Dr. Isolde Riede
Independent Cancer Research
riede@tumor-therapie.info

auf 4 x 20 Tropfen D2 pro Tag steigt der PSA Wert. Anti-Hormon Behandlungen folgen und können den PSA zunächst stabilisieren. Der Patient verzichtet auf den Verzehr von Kohlenhydraten und wendet Mistelinfusionen an. Trotz dieses Erfolgs und ohne klinische Symptome werden zu Beginn des 10. Jahres Metastasen in Lunge und Kno-

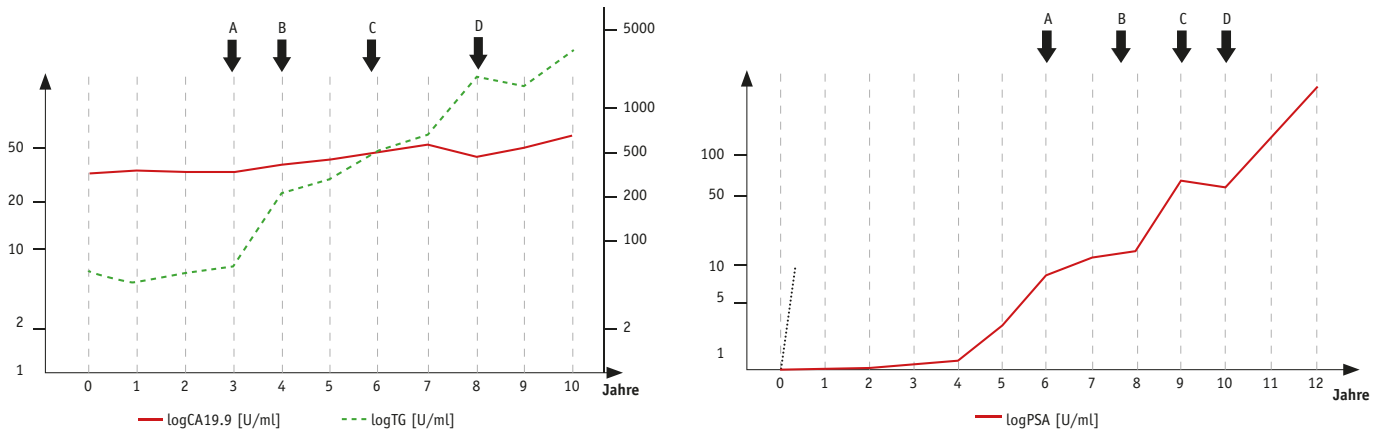


Abb. 3a (links): Tumormarker-Überwachung über 10 Jahre. Im Jahr 0 beginnt die Amanita Therapie und endet nach dem 10 Jahr. Nach einem signifikanten Anstieg der TG (grün) im 4. Jahr (Autounfall, Pfeil A) hängt die Behandlung der Borreliose mit Terebinthina (Pfeil B) mit einem langsameren Anstieg der TG zusammen. Während das Rektum-CA stabil bleibt, sind die Schilddrüsen-CA-Zellen durch Amanita langfristig weniger hemmbar.

Abb. 3b (rechts): PSA-Verlauf während der Tumorthherapie. Die gepunktete Linie zeigt die Verdopplungszeit von Tumorzellen ohne Behandlung an. Im Jahr 0 beginnt die Amanita Therapie. Die Linie zeigt den PSA-Wert über 12 Jahre. In den ersten sechs Jahren wird nur Amanita gegeben. Pfeil A zeigt den Beginn der Intervalltherapien mit 5-Alpha-Reduktase-Inhibitoren. Pfeil B zeigt eine Kur mit Chelidonium. Der folgende schnellere Anstieg des PSA korreliert mit dem Tod seiner Frau und dem Absetzen von Amanita. Im Jahr 9 finden „klassische“ Antihormonbehandlungen in Verbindung mit Amanita (Pfeil C) statt, ohne weitere Möglichkeiten, eine Resistenzentwicklung zu vermeiden. Pfeil D zeigt den Anstieg trotz aller möglichen medizinischen Interventionen an.

chen diagnostiziert. Die Prostata wächst auf 65 x 55 mm. Er erhält Leuprorelin-Infusionen und muss in ein Pflegeheim umziehen. Er leidet an schweren Nebenwirkungen und versucht im 11. Jahr ein weiteres Intervall mit Amanita allein. Die Behandlung schlägt fehl und es folgt eine Abirateron-Behandlung. Der Patient stirbt im 12. Jahr im Alter von 84 Jahren.

Fallbericht 3

Der Patient KH1957 wurde 1957 geboren. Eine langsam progressive B-CLL wurde

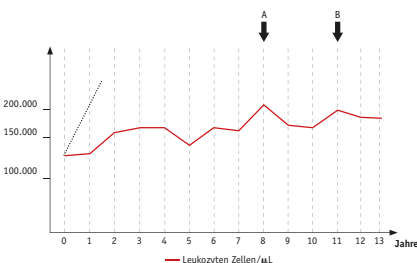


Abb. 4: B-CLL-Stabilisierung. Im Jahr 0 beginnt die Amanita-Therapie und endet im 12. Jahr. Die Verdopplungszeit der Leukozytenzahl beträgt zu diesem Zeitpunkt exponentiell 21 Monate (gepunktete Linie). Pfeile zeigen einen Anstieg über 200.000 Zellen/µl an

erstmalig 2005 diagnostiziert. Es konnte kein familiäres oder anderes Risiko für ein Krebsrisiko ausgemacht werden. Die Amanita-Therapie beginnt Ende 2007 (Abb. 4) [11]. Die Stabilisierung mit Amanita allein erfolgt 7 Jahre lang ohne Nebenwirkungen. Sein Körpergewicht beträgt 77 kg und bleibt bis heute konstant. Er ernährt sich vegetarisch. In den Jahren 6 und 8 werden mehrere Intervalle mit Chelidonium und Melatonin angewendet, um für den Patienten weitere Therapieoptionen zu finden. Während die Behandlung mit Chelidonium positive Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf hat, ist Melatonin hier nicht wirksam [8]. Im Jahr 7 wird eine Borrelieninfektion mit IgG Werten bei 24 U/ml und negativen IgM Werten diagnostiziert. Es werden mehrere Kuren mit Terebinthina verabreicht, gefolgt von Intervallen, in denen Amanita weggelassen wird. Selten kann eine Leukämie mit der Terebinthina-Behandlung gegen Borrelien ausgeheilt werden [4]. Hier kann diese Behandlung die Leukämie zunächst nicht stoppen. Ende des 8. Jahres steigt die Leukozytenzahl trotz einer doppelten Dosis Amanita über 200.000 Zellen/µL. Der Patient ist durch seine Arbeit stark gestresst, er reist viel. Infektionen treten auf, mit Vesikeln auf der Mundschleimhaut. In einem weiteren Zeitraum, im Jahr 11, erreicht die Leukozytenzahl ein Level über 200.000. Diesmal korre-

liert emotionaler Stress, der durch den Tod eines Freundes bedingt ist. Während der Therapie versucht der Patient oft, die Amanita-Therapie zu unterbrechen. Dies misslingt bis zum 11. Jahr, die Leukozytenzahl erhöht sich immer ohne Amanita. Im 13. Jahr hat der Abbruch der Antitumor-Behandlung Erfolg. Seit zwei Jahren ist die Zahl der Leukozyten konstant, was bedeutet, dass sich das Tumorstadium von Zellen ohne weitere Behandlung stabilisiert. Die Leukozytenwerte bleiben hoch. Bis heute leidet der Patient nicht an einem für Leukämie typischen Symptom.

Diskussion

Borrelien können das Tumorstadium unterstützen und möglicherweise sogar Leukämie induzieren [4]. Auch ein Plattenepithelkarzinom konnte durch eine Therapie mit Amanita und Terebinthina ausgeheilt werden [12]. Die Therapie gegen Borrelien bei Patientin IK1930 reduziert das Wachstum von Schilddrüsen-CA-Zellen im Jahr 4 bis 7 signifikant. Beim Patienten KH1957 können wiederholte Terebinthina-Behandlungen zusätzlich zur Amanita-Therapie das Tumorstadium der Leukozyten zunächst nicht stoppen. Es könnte sein, dass das Tumorstadium auf ein Minimum reduziert wird, sodass der Blutspiegel heute konstant bleibt.

Bei Patientin IK1930 wachsen über die Jahre 0–1 beide Tumorzelltypen aus Rektum-CA und Schilddrüsen-CA etwa gleich schnell, die Tumormarker Werte laufen parallel. Im Jahr 2 wachsen die Rektum-CA-Zellen aufgrund der dann umgestellten Ernährung mit viel Zucker schneller. Im Laufe der Jahre wachsen diese Zellen mit kohlenhydratreduzierter und zuckerfreier Ernährung signifikant langsamer als die Schilddrüsen-CA-Zellen. Dies bedeutet, dass eine kohlenhydratfreie Ernährung das Wachstum insbesondere

„Eine Langzeit-Stabilisierung mit Amanita ist möglich, da das Medikament immer auf einem niedrigen Niveau angewendet wird.“

von Rektum-CA Zellen hemmen kann. Langfristig wachsen die Schilddrüsen-CA Zellen schneller und können von Amanita weniger beeinflusst werden. In den Jahren 2009 und 2010 erfolgte eine Bestrahlung der Schilddrüse. Strahlung erhöht die Mutationsraten und diese könnten eine Resistenz gegen Amanita unterstützen.

Stress, entweder emotional oder beschäftigungsbedingt, kann möglicherweise die Wirkung des Immunsystems verringern und Tumorzellen wachsen lassen. Dies kann bei IK1930 nach einem Autounfall, bei KH1957 nach dem Tod eines Freundes und in Zeiten übermäßiger Arbeit beobachtet werden. Möglicherweise korreliert der höhere PSA-Anstieg bei Patient WD1936 mit dem Tod seiner Frau, allerdings hört der Patient in dieser Zeit auch mit Amanita als Antitumor-Therapie auf.

Eine Langzeit-Stabilisierung mit Amanita ist möglich, da das Medikament immer auf einem niedrigen Niveau angewendet wird. Dies führt zu einem geringen selektiven Druck auf die Zellen, um keine Resistenz zu entwickeln. Kombinationstherapien mit hohen Wirkstoffkonzentrationen sollten vermieden werden, um die Tumorzellen so lange wie möglich für die Behandlung sensibel zu halten. Ziel einer pharmazeutischen Tumortherapie sollte es nicht sein, so viel Zellen wie möglich zu zerstören, sondern einen

Zustand so lange wie möglich zu stabilisieren. Dies führt zu einer längeren Lebensdauer und - was am wichtigsten ist - zu einer hohen Lebensqualität.

Die 5-Jahres-Überlebensraten von Patienten mit Tumoren werden mit 62 % (Dickdarm-CA), 90 % (Schilddrüsen-CA), 89 % (Prostata-CA) und 57 % (CLL) angegeben [13]. Die meisten klinischen Antitumor Studien konzentrieren sich auf die Verlängerung der Lebensdauer durch Diagnose und Therapie [14–17]. Die Amanita-Therapie kann hier weitere Möglichkeiten eröffnen, insbesondere weil sie einfach und robust in der Anwendung und erschwinglich ist. Es sollten mehr klinische und statistische Daten erforscht werden. In jedem Fall kann aber schon heute durch Monitoring jedes einzelnen Falles ein Optimum für jeden Patienten erreicht werden.

Fazit

Vorteile: Amanita phalloides kann die Aktivität von Tumorzellen für lange Zeit ohne Nebenwirkungen bremsen. Der Vorteil ist eine Verlängerung des Lebens mit einer hohen Lebensqualität ohne Krankenhausaufenthalt. Das Medikament ist bei Raumtemperatur stabil, der Patient ist nicht abhängig von einer Technik oder einem Ort. Eine **Limitierung** wird bei älteren Menschen gesehen. Das Immunsystem könnte unzuverlässiger arbeiten. Eine Sättigung des Körpers kann nach 10 Jahren auftreten, auch wenn die Leberenzyme keine Vergiftung aufweisen. Ein weiterer Aspekt könnte sein, dass sich Prostata-CA-Zellen in der Nähe der Keimbahn befinden. Diese Zellen haben möglicherweise eine höhere natürliche Wachstumsfähigkeit und sind daher möglicherweise schwieriger zu stoppen. ■

Keywords: *Krebstherapie, Amanita phalloides, Terebinthina loricata, Schilddrüsen-CA, Rektum-CA, Prostata-CA, B-Zell-chronische lymphatische Leukämie*

Patientenzustimmung: Zur Veröffentlichung wurde die Zustimmung der Patienten erhalten.

Literaturhinweise

- [1] Riede I. 2019. Genes in Tumor Formation. *JHOR* 3(2):18-22.
- [2] Riede, I. 2004. Switch Genes in Tumor Formation *DIS* 87:54-59.
- [3] Riede, I. 2013. Switch the Tumor Off: From Genes to Amanita Therapy (Review). *American Journal of Biomedical Research* 1(4): 93-107.
- [4] Riede, I. 2015. *Borrelia* infection appears as Chronic Lymphocytic Leukemia: Therapy with Amanita phalloides and Terebinthina loricata (Case Report). *British Journal of Medicine and Medical Research* 7(7): 630-637
- [5] Riede, I. 2019. Amanita phalloides in Tumor Therapy: Stabilization of Pharyngeal Squamous Cell Carcinoma (Case Report). *Acta Scientific Cancer Biology* 3(3): 70-73.
- [6] Lusser A. 2013. Tumortherapie mit Amanita phalloides: ein Praxisfall. *Wirkungsweise und Anwendung bei Mamma-Ca.* *CO.med* 6: 16-19.
- [7] Riede, I. 2013. Tumor Therapy with Amanita phalloides: Remission of a Tumor Disease and Dietary Effect of Sugar. *J Cell Sci Ther* 4: 147-149.
- [8] Riede, I. 2015. Stabilization of Chronic Lymphatic Leukemia with Amanita phalloides: Effect of Additional Chelidonium majus. *Case Report. British Journal of Medicine and Medical Research* 12(6): 1-7.
- [9] Riede, I. 2016. Stabilization of Prostate Cancer with Amanita phalloides: Intervals With 5-Alpha-Reductase Inhibitors and Melatonin to Circumvent Resistance. *Case Report. British Journal of Medicine and Medical Research* 17(5):1-6.
- [10] Riede, I. 2017. New Therapy Strategy For Prostate Cancer: Amanita phalloides Treatment Stabilizes Best Without Pre-Treatments (Observational Study Pre-Protocol). *British Journal of Medicine and Medical Research* 21(3): 1-7.
- [11] Riede, I. 2010. Tumor Therapy with Amanita phalloides (Death Cap): Stabilization of B-Cell Chronic Lymphatic Leukemia. *J Altern Complement Med* 16(10): 1129-1132.
- [12] Riede, I. 2019. Amanita phalloides in Tumor Therapy: Stabilization of Pharyngeal Squamous Cell Carcinoma. *Case Report. Acta Scientific Cancer Biology* 3(3): 70-73.
- [13] Robert Koch Institut Krebsregister 2016. <https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten>
- [14] White A. et al. 2017. Colon cancer survival in the United States by race and stage (2001-2009): Findings from the CONCORD-2 study. *Cancer* 123 (Suppl 24): 5014-5036.
- [15] Mardiaty I.A. et al. 2019. Papillary Thyroid Cancer: Genetic Alterations and Molecular Biomarker Investigations. *Int J Med Sci* 2019 16(3): 450-460.
- [16] Jones C.U. et al. 2011. Radiotherapy and short-term androgen deprivation for localized prostate cancer. *N Engl J Med.* 365(2): 107-118.
- [17] Ahn I.E. et al. 2018. Depth and durability of response to ibrutinib in CLL: 5-year follow-up of a phase 2 study. *Blood* 2018 131(21): 2357-2366.