

Dott. Andrea Frassinetti

*Oncoterapia con MDB: casistica personale*

Per le considerazioni generali riprendo un po' quanto da me esposto l'anno scorso, con aggiunte nate da un ulteriore anno di esperienza. I risultati migliori, in termini sia di stabilizzazione che reversione del quadro patologico, indubbiamente sono riscontrabili nei linfomi, sia Hodgkin che non Hodgkin, nei mielomi e nei carcinomi della mammella, anche in presenza di metastasi. Ritengo che le neoplasie della mammella siano, fra i tumori solidi, quelli che meglio rispondono alla Multiterapia Di Bella e che anche le metastasi siano quelle che danno risposte migliori. Buoni risultati sono riscontrabili anche negli epatocarcinomi. Risultati inferiori, ma incoraggianti in termini di prolungamento della sopravvivenza, li ho riscontrati negli adenocarcinomi della testa del pancreas; anche se devo dire che, ultimamente, mi sono capitati due casi che purtroppo non hanno dato risultati difforni da quanto si sarebbe ottenuto utilizzando le tradizionali metodiche con gemcitabina o equivalenti. Risultati non molto soddisfacenti – parlo sempre e comunque dei miei casi personali – nei glioblastomi: cito solo due casi con risultati favorevoli, ma con il dubbio sulla correttezza dell'istologico. Devo inoltre dire di non aver ottenuto risultati particolarmente soddisfacenti nei microcitomi. Per quanto riguarda le altre neoplasie, i parametri che sono da prendere in considerazione sono molteplici: chiaramente il parametro età, indipendentemente anche dal tipo di tumore; le condizioni generali - e per condizioni generali intendo anche le condizioni in cui versa il paziente in seguito a precedenti terapie fortemente debilitanti ed immunosoppressive, come la chemioterapia - la localizzazione delle metastasi quando queste sono presenti etc.

Notevoli difficoltà, nell'ottenere un trattamento efficace, le riscontro quando mi trovo di fronte a metastasi epatiche ed a pazienti precedentemente chemiotrattati. Non mi soffermo sul perché, poiché già chi mi ha preceduto ha ampiamente trattato il problema ed ha già spiegato il perché i chemiotrattati rispondano peggio alle terapie biologiche. All'uopo devo dire che, fino a qualche anno fa, mi arrivavano un 30-40% di pazienti che non avevano fatto chemioterapia, e ciò mi dava la possibilità di lavorare su un terreno sicuramente molto più recettivo. Nell'ultimo anno e mezzo purtroppo, anche a fronte comunque di un calo generale del numero di pazienti che si rivolgono al Metodo Di Bella, calo dovuto soprattutto all'opera di terrorismo e disinformazione fatta anche dai mass media, continuano ad arrivare pazienti che sono stati sottoposti a numerosi cicli di chemioterapia. Pazienti che spesso e volentieri sono già ormai purtroppo al termine della loro esistenza. Però anche in questi pazienti, in stadio molto avanzato o addirittura terminali, la Multiterapia Di Bella ha portato sicuramente ad un miglioramento, direi a volte anche notevole, della qualità della vita.

Per quanto riguarda il discorso dell'utilizzo di altre sostanze- sempre in un'ottica di un approccio biologico- quando ho pazienti che hanno fatto uso di ripetuti cicli di chemioterapia e che quindi hanno una serie di sintomi riconducibili a un'immunodepressione, posso utilizzare anche sostanze a base di Grifola frondosa e Ganoderma lucidum, tipo il Mait Plus. Sappiamo

che la Grifola frondosa è formata da alfa-glucano e beta-glucano, sostanze che svolgono un'attività antineoplastica, oltre che essere regolatori glicemici ed il monoxiloglucano che, contenendo acido uronico (acido monocarboxilico derivato dagli aldosi) ha un'azione anch'esso antineoplastica ed è in grado di passare la barriera emato-encefalica.

Passiamo ora all'analisi di alcuni casi.

Questo è il caso di una signora che attualmente ha 54 anni. Nel marzo del 1995 venne fatta una diagnosi di Linfoma non Hodgkin T linfocitario, IV stadio. Ha iniziato chiaramente coi protocolli tradizionali, sottoposta a sei cicli di chemioterapia (con schema F-MACHOP, dal marzo all'agosto 1995), nel dicembre '95 è stata sottoposta ad un'aspirazione di midollo osseo e nel maggio del '96 è stato eseguito un trapianto di midollo osseo autologo.

Purtroppo nonostante questo – o forse grazie a questo – nel novembre del '97 una risonanza magnetica toraco addominale evidenziava una ripresa della patologia con localizzazioni toraciche multiple, che per ragioni di tempo non sto a descrivere. Inizia la Multiterapia Di Bella nel gennaio del '98 e nell'aprile dello stesso anno esegue una TAC del torace ed addome che viene confrontata con un'altra eseguita nel marzo '97. Il quadro è sovrapponibile per quanto riguarda il torace, sono però comparse due piccole formazioni linfonodali isolate in sede inguinale, bilateralmente. Nell'ottobre '98, quindi circa 6 mesi dopo, eseguiva una TAC di controllo che evidenziava la totale scomparsa delle tumefazioni linfonodali. Questa signora l'ho sottoposta a controlli periodici ogni 6 mesi circa. Nel 2003 eseguiva ad un altro controllo con risonanza magnetica che evidenziava assenza di linfadenopatie.

Un altro caso: Linfoma Non Hodgkin centrocitico-centroblastico follicolare stadio IIIa. E' una signora che doveva tornare al controllo qualche giorno fa ma che ha spostato la visita per ragioni familiari. Speravo quindi di potervi portare ulteriori dati. Comunque è in ottime condizioni di salute. Nel '95 le venne diagnosticato il Linfoma e quindi era sottoposta, a partire dal 3 Gennaio del '96, a sei cicli di chemioterapia con schema CHOP. Dopo una fase di remissione di circa un paio di anni, una TAC al torace eseguita nel febbraio del '98 rilevava la ripresa della patologia a livello mediastinico. Quindi, per questo motivo, non volendo più sottoporsi a nuovi cicli di chemioterapia, veniva nel mio studio. Comincia il MDB il 7 maggio del '98 e già una TAC del torace ed addome eseguita il 30 giugno del '98, confrontata con l'esame eseguito in data 16 febbraio '98, rilevava la scomparsa dei linfonodi mediastinici riscontrati. Questa è una signora che faccio un po' fatica a seguire, perché spesso e volentieri mi fissa controlli e poi non si presenta, li posticipa etc etc., però gli ultimi esami strumentali, eseguiti nel dicembre del 2005- e adesso appunto sto aspettando che ritorni al controllo- hanno comunque evidenziato un'apparente remissione della patologia.

Altro caso. Il paziente ha 54 anni. Luglio '98 diagnosi di Linfoma Non Hodgkin B linfocitario centro follicolare, stadio I a. Questo è stato un caso di paziente che non si è precedentemente sottoposto a chemioterapia ma s'è subito sottoposto al Protocollo Di Bella. La TAC al torace rivelava la presenza di grossolane adenopatie sopra e sotto diaframmatiche. Inizia la Multiterapia Di Bella il 10 agosto del '98; la prima TAC torace e addome di controllo venne

eseguita il 7 ottobre '98 ed evidenziò una riduzione delle linfadenopatie. Questo quadro risultò ulteriormente migliorato in una TAC eseguita il 10 febbraio del '99. Si arriva finalmente al 12 febbraio del 2000, quando la TAC evidenzia la scomparsa del quadro patologico addominale. Anche questo paziente lo vedo circa una volta ogni anno e continua a mantenere questo quadro.

Questo è un altro caso. Donna di 68 anni. Nell'ottobre '99, dopo un'erronea diagnosi di granuloma fatta dal suo dentista, si sottoponeva a una TAC del massiccio facciale che evidenziava la presenza di lesioni a carico del palato di sinistra e una TAC toraco-addominale eseguita un mese dopo evidenziava un interessamento linfonodale toracico. L'istologico parlava di un Linfoma Non Hodgkin a grandi cellule B ad alto grado. Questa paziente presentava svariate allergie ai farmaci ed era una donna che tra l'altro somatizzava molto. Non volendo quindi sottoporsi a chemioterapia, che ovviamente le era stata immediatamente proposta, inizia la cura Di Bella il 13 novembre del '99. Già il 20 aprile del 2000 una TAC del massiccio facciale permetteva di riscontrare la completa regressione clinica della neoformazione mascellare. La TAC toracica eseguita il 4 ottobre evidenziava un'assenza di patologia. L'ultimo controllo è stato eseguito nel 2003 con conferma della remissione. Anche questa è una signora che tende a fare un po' la "politica dello struzzo", nel senso che non è molto portata a sottoporsi a controlli periodici, però diciamo che a tutt'oggi la situazione è ampiamente positiva.

Questo è un adenocarcinoma della mammella con metastasi ossee multiple. La signora ha 56 anni. Nell'ottobre '97 viene diagnosticato un adenocarcinoma duttale infiltrante nella mammella destra con metastasi a carico dei somi di D10, D11 ed L2, con compressione dell'asse meningeo-midollare. Dal novembre '97 inizia la radioterapia, suddivisa in ventitré frazioni, ovviamente sui segmenti vertebrali interessati dalle metastasi. Inizia la Multiterapia Di Bella nel dicembre '97, associata ad Aredia. Questo è un farmaco che normalmente, nei rarissimi casi in cui non è già stato prescritto da altri colleghi, provvedo a prescrivere io perché da ottimi risultati nel trattamento del dolore da metastasi ossee. Inizia la Multiterapia nel dicembre '97 e le varie risonanze magnetiche che son state eseguite successivamente, evidenziavano un arresto della progressione della malattia a livello osseo, con un processo di calcificazione delle lesioni. Rimangono solo gli esiti di una frattura da schiacciamento del corpo di D 11. Era stato per questo motivo programmato un intervento al rachide presso la Chirurgia Ortopedica dell'Ospedale Maggiore di Bologna, perché si paventava ovviamente il rischio di crolli, ma questo intervento venne annullato, perché non se ne avvedeva più la necessità. L'ultimo controllo è stato eseguito il 30 gennaio 2004 ed evidenziava stazionarietà. La paziente comunque sta continuando la cura praticamente in maniera costante e continuativa. Non ho proceduto a sostanziali modifiche, per lo meno per quanto riguarda i farmaci principali del protocollo, a parte una riduzione del dosaggio della somatostatina.

Un altro caso. Questa è una signora di 45 anni. Nel novembre del '97, facendo un'ecografia dell'addome, non ricordo per quale motivo (probabilmente si trattava di un check up), si

riscontrava la presenza di lesioni epatiche multiple in entrambi i lobi. Venne quindi sottoposta a mammografia, che riscontrò la presenza di una neoplasia su cui non si ritenne d'eseguire la biopsia. Ad ulteriori controlli si evidenziò la presenza di multiple lesioni osteo-strutturali a carico di quasi tutte le vertebre. Inizia quindi 6 cicli di Chemioterapia (Novantrone, Navelbine, Endoxan e 5 FU) e l'ormonoterapia con Tamoxifene, senza ottenere miglioramenti.

Inizia la Multiterapia l'8 agosto del '98, sempre con l'Aredia e la sostituzione del tamoxifene con l'orimeten, come mi aveva insegnato il Prof. Di Bella. La prima TAC addominale eseguita in data 25/9/98 evidenziava una parziale necrotizzazione delle lesioni epatiche ed i successivi controlli dimostravano la stabilizzazione del quadro lesionale. La paziente ha condotto un'esistenza quasi normale, lavorando con il marito contitolare di un negozio di fiori a San Remo, fino all'exitus, che è avvenuto per insufficienza epatica il 5 aprile 2004.

Questo è un caso di epatocarcinoma che ritengo sia emblematico di come vengono trattati i pazienti quando decidono di sottoporsi alla cura Di Bella. Era un pensionato, 70 anni, ex etilista ed HCV positivo (diagnosi fatta nell'aprile del '96). L'11 novembre del '98 una risonanza magnetica dell'addome permetteva di riscontrare la presenza di una lesione di 1 cm a carico di S8. La biopsia evidenziava un epatocarcinoma ben differenziato a pattern trabecolare. Inizia la cura nel dicembre del '98. Il paziente non volle più sottoporsi a risonanze magnetiche, quindi venne monitorato con ecografie, l'ultima delle quali, fatta nel marzo 2001, aveva dimostrato una stabilizzazione della lesione, con dimensioni sempre più o meno oscillanti attorno ad 1 cm di diametro. Questo signore purtroppo era un pensionato con il minimo, la famiglia, molto povera, non era in grado di aiutarlo. Abbandona quindi per mancanza di soldi la terapia. Proviamo a fare un ricorso con il gratuito patrocinio dell'avvocato Tomassini di Bologna, che in maniera encomiabile si è sempre occupato di questi pazienti che hanno fatto ricorso, nel tentativo di ottenere la cura gratuita. Richiesta rigettata, nonostante la documentazione prodotta e nonostante che fossero ben note le mediane di sopravvivenza negli epatocarcinomi, che non mi risulta essere di svariati anni ma purtroppo di pochi mesi! Dopo qualche mese dall'interruzione il paziente riesce a riprendere la cura, ma ormai è troppo tardi, perché l'epatocarcinoma ha ripreso il suo corso portandolo in poco tempo alla morte.

Mi fermo quindi, per ragioni di tempo, dopo l'esposizione di questo caso purtroppo paradigmatico.