

Het falen van de chemotherapie

door Dr. Giuseppe Nacci

Elke vorm van chemotherapie veroorzaakt onherstelbare schade aan de fysieke gesteldheid van wie zich blootstelt aan de werking van deze vergiften die 'cytotoxische geneesmiddelen' worden genoemd.

De eed van Hippocrates omvat het verbod om de patiënt 'gif' toe te dienen, ook indien de zieke hier zelf om vraagt (zie eed van Hippocrates).

Deze vergiften ('cytotoxische geneesmiddelen') komen in de bloedbaan door middel van een injectie en/of een intraveneus druppelinfuus, of door middel van indirecte opname via de maag of het darmslijmvlies.

Dit type behandeling wijkt af van chirurgie of bestraling, die hun werking richten op specifieke punten of gebieden van het menselijke lichaam ('gerichte' behandelingen).

In ziekenhuizen wordt gebruik gemaakt van chemotherapie wanneer de kans bestaat dat de tumorcellen aanwezig zijn in andere delen van het organisme en niet alleen op de plaats van de primaire tumor.

Maar slechts zelden garandeert chemotherapie een overlevingsperiode van ten minste vijf jaar, die onjuist wordt aangeduid als 'behandelingsperiode'.

Chemotherapie remt de abnormale celgroei tijdelijk af, of kan de pijn enige tijd verlichten of de overlevingstijd iets verlengen.

Slechts zelden kan er worden gesproken van 'remissie': bibliografische gegevens spreken van slagingspercentages van minder dan 1% in het geval van alveeskliekkanker, van 3% in het geval van leverkanker en van 7% in het geval van darmkanker.....

In de hele wereld zijn er ongeveer 60-70 cytotoxische geneesmiddelen in de handel.

Voor Italië zijn de handelsnamen opgenomen in tabel 2a (gedeeltelijke lijst).

Enkele van deze vergiften veroorzaken minder problemen dan andere, zoals slapeloosheid, verzwakking, diarree, haaruitval, stomatitis, leukopenie, trombocytopenie, bloedarmoede, misselijkheid, overgeven enz.

Dit zijn de directe bijwerkingen die bekend zijn, omdat ze zichtbaar zijn. Waar zelden over wordt gesproken, zijn de ernstigere en langdurigere bijwerkingen met gevolgen die het leven van de patiënt en het verloop van zijn of haar ziekte sterk verslechteren, waardoor zelfs behandelingen op basis van de immunostimulering van de Natural Killer-lymfocyten en van de apopto

tische en ontgiftende activiteit van medische plantenextracten zinloos worden.

Deze grote en onherstelbare schade, waarover zelden wordt gesproken, bestaat uit:

- 1) ernstige, aanhoudende en duurzame reductie van het aantal van bepaalde typen en subtypen witte bloedlichaampjes die onmisbaar zijn voor de specifieke immunoreactie tegen de tumor.
- 2) celmutaties van het somatische type waarbij andere secundaire tumoren en/of metastasen verdwijnen
- 3) celmutaties van het germinale type (testikels of eierstokken) met verschijnselen van onvruchtbaarheid, miskramen of misvormde kinderen bij een ouder die chemotherapie en kanker heeft overleefd.
- 4) versnelde groei van de tumor, in plaats van reductie daarvan, met verschijnselen van kruisresistentie van de tumor tegen andere vergiften (membran glycoproteïnepomp).

Chemotherapie wordt dus absoluut afgeraden bij elke vorm van combinatie met immunotherapie.

Chemotherapie is namelijk sterk uitputtend, vooral voor wat betreft de lymfocyten die bekend staan om hun grote vermogen om tumormassa's te herkennen en te vernietigen door middel van specifieke antineoplastische immunotherapie (zie hoofdstuk 4).

Volgens de auteur van dit werk kan namelijk worden bevestigd dat alleen de immunoreacties van de patiënt zelf de neoplastische aandoening kunnen oplossen, wat leidt tot een volledige genezing van de kanker.

Chirurgie en bestraling moeten alleen worden beschouwd als ondersteunende technieken of methodes die een bepaalde hoeveelheid van het primaire gezwellen en van zijn metastasen kunnen elimineren, waarbij blijft gelden dat geen van beide moet worden gezien als de oorzaak waardoor de kankerpatiënt uiteindelijk geneest: de eventuele en daadwerkelijke genezing van de kanker bij de patiënt hangt alleen af van het vermogen van de immunoreacties om op selectieve en radicale wijze de tumor te herkennen en te vernietigen. Daarom kent de immunotherapie aan de chemotherapie geen enkele behandelende en genezende betekenis ten opzichte van de tumor toe.

Er kan daarom worden bevestigd dat het substantiële falen van de chemotherapie voor vrijwel alle vormen van kanker reeds is aangetoond in de medische literatuur (zie Tabel 2b [1, 2, 7, 9, 12, 15, 18, 19, 23, 26, 31, 32, 33, 35, 36, 42, 44, 46, 50, 53, 54, 57, 60, 64, 65, 67, 68, 70, 72, 77, 80, 81, 82, 84, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 95, 99, 100, 102, 104, 105, 109, 107, 110, 111, 113, 115, 117, 118, 121, 125, 127, 128, 133, 135, 137, 139, 140, 149, 150, 151, 152, 160, 162, 164, 166, 167, 169, 170, 171, 172, 173, 178, 180, 1

81, 183,1035,1067-1073, 1174-1184]): chemotherapie verkleint de tumormassa, maar tegen de zeer hoge prijs van grote schade aan alle organen en de weefsels van de patiënt, zoals merginsufficiëntie (met het gevolg van ontstekingen en afname van de immuunafweer tegen de tumor), lever- en nierinsufficiëntie, mogelijke ontwikkeling tot longfibrose met ademhalingsinsufficiëntie, schade aan hart en bloedvaten en secundaire leukemie en kanker in variabele percentages.

In elk geval is er vrijwel altijd sprake van een neoplastische hervatting die vaak wordt gekenmerkt door kruisresistentie van de tumorcellen tegen andere chemotherapeutische geneesmiddelen bij de volgende chemotherapiecyclus van de tweede of derde lijn, totdat deze uiteindelijk, zeer ongepast, 'reddende chemotherapie' wordt genoemd: in werkelijkheid betreft het een laatste en vernietigende chemotherapie die wordt uitgevoerd met verschillende soorten chemotherapeutische geneesmiddelen die de patiënt nooit kunnen redden en al helemaal niet effectief kunnen genezen...."

In 1975 toonde prof. Hardin Jones van de universiteit van Californië, in een grootschalig onderzoek dat 23 jaar duurde, voor het eerst aan dat kankerpatiënten die weigerden chirurgie, bestraling en chemotherapie te ondergaan (en die geen bijzonder dieet volgden) gemiddeld 3 tot 4 keer langer leefden dan degenen die de standaard medische behandelingen hadden ondergaan (chirurgie, bestraling en chemotherapie).

Deze bevinding is sindsdien meermalen bevestigd in de medische literatuur, bijvoorbeeld voor borstkanker (1067) [The natural history of breast carcinoma in the elderly: implications for screening and treatment, Cancer 2004; 100(9), pp.:1807-1813] waarbij, bij het niet volgen van officiële medische behandelingen, de gemiddelde overleving van vrouwen met borstkanker 12,5 jaar is, terwijl vrouwen die wel de standaard medische behandelingen hadden ondergaan (chirurgie, bestraling en chemotherapie) gemiddeld binnen 3 jaar overleden.

Ten opzichte van dit alles komen multicentrische, klinisch experimentele onderzoeken onder vrouwen met borstkanker, die zijn gepubliceerd in 2003-2004, voor wat betreft de uitkomsten van verschillende combinaties van chemotherapie, tot resultaten die totaal op niets uitlopen: bijvoorbeeld met een vrije ziekteperiode van ongeveer 5 maanden en een overlevingsmediaan van 15 maanden (1068)[Multicentre, phase II study evaluating capecitabine monotherapy in patients with anthracycline and taxane-pretreated metastatic breast cancer, Eur. J.Cancer, 2004; 40(4), PP:536-542], of bij de zogeheten 'reddende chemo' met een vrije overlevingsmediaan van slechts 8 maanden, met een gemiddelde reactieperiode van 4 maanden en een ziekteprogressie tot 5 maanden (1069)[Full dose paclitaxel plus vinorelbine as salvage chemotherapy in anthracycline-resistant advanced breast cancer: a phase II study, J.Chemo

ther. 2003,15(6),pp.:607-612], of met overlevingstijden zonder ziekteprogressie van 3 jaar met een overlevingsmediaan van circa 1 jaar (1070)[Phase II study of docetaxel in combination with epirubicin and protracted venous infusion 5-fluorouracil (ETF) in patients with recurrent or metastatic breast cancer. A Yorkshire breast cancer research group study, Br.J.Cancer, 2004, 90(11),pp.:2131-2134], of met een overlevingsmediaan van 2 jaar (1071)[Capecitabine plus paclitaxel as front-line combination therapy for metastatic breast cancer: a multicenter phase II study, J.Clin.Oncol.2004,22(12),pp: 2321-2327], of met een overleving zonder ziekteprogressie van 8-10 maanden, met een overlevingsmediaan van 18-19 maanden (1072)[Phase III study of intravenous vinorelbine in combination with epirubicin versus epirubicin alone in patients with advanced breast cancer: a Scandinavian Breast Group Trial, J.Clin.Oncol.2004, 22(12),pp.:2313-2320]. Tot slot het 'beklagenswaardige' gebruik van oraal toegediende chemotherapie: "...An open-label, non randomized, compassionate-use study was carried..."(1073)[Oral capecitabine in anthracycline and taxane-pretreated advanced/metastatic breast cancer, Acta Oncol. 1999; 38(12):1373-1378]. In 1990 stelde prof. Ulrich Abel, van de universiteit van Heidelberg: "...hoewel chemotherapeutische geneesmiddelen leiden tot een 'reactie', oftewel tot een afname van de tumormassa, leidt deze afname niet tot een verlenging van de overlevingstijd van de patiënt; de kanker komt zelfs agressiever terug dan daarvoor, omdat chemotherapie de groei van resistente tumor stammen bevordert. Daarnaast brengt chemotherapie ernstige schade toe aan de afweermechanismen van het organisme, waaronder het immuunsysteem en vaak de nieren en de lever..."

Volgens de door dr. Abel gepresenteerde gegevens behalen de patiënten die zijn behandeld met chemotherapie, voor wat betreft overleving beduidend geringere resultaten dan patiënten die met de conventionele geneeskunde worden behandeld en die per type en stadium van de kanker zijn gegroepeerd en vergeleken.

Abel stelt: "...Een evenwichtige en onpartijdige analyse van de medische literatuur toont een index van therapeutische successen die vrijwel nihil is bij de behandelingen die traditioneel worden gebruikt voor de behandeling van geavanceerde vormen van vaste tumoren"...(Chemotherapy of advanced epithelial cancer: a critical survey. Hippokrates Verlag, Stuttgart, 1990; Healing Journal, No.1-2, Vol.7, 1990)

In 1991 schrijft de oncoloog Albert Braverman: "...geen enkel type vast tumor dat in 1975 als ongeneeslijk werd beschouwd, kan nu worden genezen. Veel oncologen bevelen chemotherapie aan voor vrijwel elke vorm van kanker, met verwachtingen die niet onderuit worden gehaald door het systematische falen..."

Wanneer chemotherapie zin heeft.

Volgens een WHO-commissie uit 1980 heeft chemotherapie in slechts 1,5% (één komma vijf procent) van de gevallen zin.

Volgens een onderzoek van 1.500 wetenschappelijke publicaties dat is uitgevoerd door prof. Jones van de universiteit van Californië, stijgt dit slagingspercentage naar 2%.

Het Gerson-instituut is veel optimistischer en weet een schatting van het slagingspercentage te geven (overleving van vijf jaar na de diagnose) van maar liefst 15%, maar wel met een substantieel falen in 85% van de gevallen; en dit falen stijgt tot 93% in het geval van darmkanker, tot 97% in het geval van leverkanker en tot 99% in het geval van alvleesklierkanker (749) [Gerson C.: La Terapia Gerson. Macroedizioni,2002].

Twijfelachtige waarde van de officiële statistieken

De officiële slagingsstatistieken met betrekking tot het therapeutische succes van de huidige standaardbehandelingen ontberen elke fundering.

In 1985 publiceert prof. John Cairns van de universiteit van Harvard een vernietigende kritiek in Scientific American: "...behalve zeldzame typen leukemie kan er geen enkele verandering van betekenis worden waargenomen in het aantal sterfgevallen door kanker als gevolg van het op grote schaal toepassen van chemotherapie. Er is geen wetenschappelijk bewijs dat chemotherapie de verschillende typen kanker kan genezen waar de maatschappij nu mee te maken heeft..."

In 1987 vragen 42 leden van het Amerikaanse Congres om opheldering over alternatieve behandelingen die zouden kunnen worden gebruikt voor de behandeling van kanker. Er wordt onder meer opgemerkt dat ook chirurgie niet is goedgekeurd als behandeling voor kanker, omdat er nooit enig onderzoek met de traditionele controlegroep is uitgevoerd voor beoordeling van de resultaten daarvan op de lange termijn. Ook chemotherapie is niet goedgekeurd, maar bevindt zich slechts in een experimentele fase, die intussen al 50 jaar duurt.

Kortom:

Een goed 'optreden van een reactie' wil alleen maar zeggen dat de tumor slechts in volume is afgenomen, maar betekent niet dat deze is overwonnen. 'Reactie' betekent: afname van het volume van de waargenomen tumormassa.

'Optreden van een reactie': percentage patiënten bij wie in de maanden na de chemotherapie een afname van de tumormassa wordt waargenomen.

'Reactieduur': betekent hoe lang die afname van tumormassa duurt.

'Volledige reactie': tumormassa niet meer waarneembaar bij diagnostisch o

nderzoek.

‘Gedeeltelijke reactie’: afname van de tumormassa met 50%

De onderzoeken van het ECRI (Emergency Care Research Institute) bevestigen dat het ‘optreden van een reactie’, oftewel de afname van tumormassa na chemotherapie, beslist geen verband houdt met de ‘verlenging van de levensduur van de patiënt’.

‘Remissie’ betekent absoluut niet ‘langer leven’.

De medische literatuur met betrekking tot chemotherapie gebruikt nooit termen zoals

‘genezing’ en ‘levenskwaliteit’.

Omgekeerd, in de medische literatuur over intensieve chemotherapie en beenmergtransplantatie voor gevallen van kanker met metastasen, laten de gepubliceerde statistieken de resultaten vaak beter lijken dan ze in werkelijkheid zijn.

Van de statistieken worden bijvoorbeeld patiënten uitgesloten die overlijden als gevolg van infecties die onmiddellijk na de beenmergtransplantatie, die niet is aangeslagen, zijn opgetreden en bij wie de transplantatie dus is mislukt.

Deze patiënten worden door de onderzoekers aangeduid met de term ‘vroegtijdig overlijden’.

Het optreden van vroegtijdig overlijden bij vrouwen met metastasen in de borst is bijvoorbeeld weergegeven in 31 onderzoeken die tussen 1984 en 1994 zijn gepubliceerd. Het gemiddelde lag op 10% in de onderzoeken die tussen 1992 en 1994 zijn uitgevoerd. Omgekeerd stijgt dit naar 17% als er alleen wordt gekeken naar de onderzoeken van 1994.

In andere gevallen worden patiënten die overlijden vanwege een infectie niet aangemerkt als sterfgevallen vanwege kanker en verschijnen daarentegen bij het aantal ‘genezen’ patiënten.

Kosten voor chemotherapie

Er wordt gesteld dat chemotherapie de Italiaanse staat ongeveer 30 miljard euro per jaar kost.

[L’immensa Balla della Ricerca sul Cancro, Lorenzo Acerra, Macroedizioni, 2000, hoofdstuk. 8.5: La legge è con i “Di Bella”]

Pancreascarcinoom:

De gemiddelde overlevingstijd is 3 maanden bij patiënten die chemotherapie ondergaan, terwijl de gemiddelde overlevingstijd bij controlepatiënten

(die geen bijzonder dieet volgen) die geen chemotherapie volgen rond de 4 maanden ligt (118) [Frey C., Cancer, vol. 47, pp. 27-31, 1981]. Met chemotherapie worden er reactiepercentages (afname van de tumormassa) bereikt van meer dan 30% (38,285,321,401) [Scheithauer W.: Tumor Diagnostik and Therapie, vol. 5, pp. 44-48, 1984; O'Connell: Seminars in Oncol., vol. 3, pp. 1032-1039, 1985; Meyer: Tumor Diagnostic and Therapie, vol. 8, pp. 54-58, 1987; Brennan: .in:DeVita "Cancro, principi e pratica dell'oncologia", Lippincott and Co, Philadelphia, 4e editie, pp. 849-882, 1993], maar de overlevingstijd ten opzichte van patiënten die NIET worden behandeld met chemotherapie (die geen bijzonder dieet volgen) verandert niet.

Chronische lymfatische leukemie

Volgens een recent Pools onderzoek onder 229 patiënten die chemotherapie ondergingen, bedraagt de overlevingsmediaan (50%) bij deze pathologie ongeveer 3-4 jaar, waarbij de overlevingscurve iets stabiliseert in de daaropvolgende jaren, met overlevingswaarden tot 8-9 jaar van 30% (voor patiënten ouder dan 65 jaar) en van 15-20% voor patiënten die minder oud, maar wel volwassen zijn.(1176) [T. Robak: The effect of subsequent therapies in patients with chronic lymphocytic leucemia previously treated with prednisone and either cladribine or chlorambucil, Haematologica, 90, pp.: 994-996, 2005].

In een ander recent onderzoek dat 10 jaar heeft geduurd, werden 78 patiënten en van een oorspronkelijk totaal van 134 patiënten, vervolgens gevolgd in de tweede fase van de behandeling, omdat zij nog geschikt werden geacht om de chemotherapie voort te zetten; van hen bleek de overleving zonder progressie van de ziekte echter minder te zijn dan 3-4 jaar bij meer dan 75% van deze 78 patiënten. Het grootste deel van de 56 patiënten, die niet geschikt werden geacht om de experimentele trial met deze 78 patiënten voort te zetten, werd uitgesloten om de volgende redenen: infectie door het hepatitis B-virus, door *Listeria monocytogenes*, door het Zostervirus, aanhouden de cytopenie, hemolytische auto-immuunanemie, niet-hematologisch neoplasma, hersenbloeding en aanhoudend hoge concentratie van aminotransferasen.(1177) [F.R.Mauro: Fludarabine + prednisone + alfa-interferon followed or not by alfa-interferon maintenance therapy for previously untreated patients with chronic lymphocytic leucemia: long term results of a randomized study, Haematologica 88(12), pp.1348-1355, 2003]

N.B.: volgens de auteur van dit werk, dr. Giuseppe Nacci, komen deze uitsluitingen van de behandelprotocollen met chemotherapie zeer vaak voor en 'vervullen' deze de eindresultaten.

Acute lymfoblastische leukemie bij volwassenen

Recent werk over reddende chemotherapie bij patiënten die primair ongeveer 135 volwassenen, toont aan dat de overlevingspercentages pas een rechte lijn gaan vertonen na het eerste jaar van chemotherapie, met overlevingspercentages van minder dan 20%. Na 24 maanden is het percentage patiënten dat nog in leven is, kleiner dan ongeveer 10%. (1178) [Camera A.: GIMELA ALL –Rescue 97: a salvage strategy for primary refractory or relapsed adult acute lymphoblastic leucemia, *Haematologica*, 89(2), pp.145-155, 2004. www.haematologica.org]

N.B.: volgens de auteur van dit werk, dr. Giuseppe Nacci, vraagt men zich af – aangezien het algemeen bekend is dat chemotherapie bij een groot deel van de tumoren niet doeltreffend is – waarom chemotherapie zo doeltreffend blijkt te zijn bij acute lymfoblastische leukemie. Er moet worden bedacht dat veel geneesmiddelen onjuiste, hematologische beelden geven die lijken op acute lymfatische leukemie, Hodgkin-lymfoom of Non-Hodgkin-lymfoom. Maar ook de immuunreactie van de patiënt tegen bacteriën of virussen (bijv.: Mononucleose) kan tot de onjuiste diagnose van een tumor leiden. (Zie hierna.)

Acute lymfatische leukemie bij kinderen

Acute lymfatische leukemie bij kinderen, die wordt behandeld met chemotherapie, heeft een minder slechte prognose dan bij volwassenen. Recente, zeer uitgebreide onderzoeken (2.038 kinderen) uit 1998 spreken van overlevingspercentages die variëren van 42% tot 66,8% bij 10-12 jaar na de chemotherapie, waarbij de sterftecurve stabiliseert rond het vijfde-zesde jaar na de behandeling met chemotherapie.(1179) [R. Consolini: Clinical relevance of CD10 expression in childhood ALL, *Haematologica* 83, pp.: 967-973, 1998]

N.B.: volgens de auteur van dit werk, dr. Giuseppe Nacci, vraagt men zich af – aangezien het algemeen bekend is dat chemotherapie bij een groot deel van de tumoren niet doeltreffend is – waarom chemotherapie zo doeltreffend blijkt te zijn bij acute lymfatische leukemie. Er moet worden bedacht dat veel geneesmiddelen onjuiste, hematologische beelden geven die lijken op acute lymfatische leukemie, Hodgkin-lymfoom of Non-Hodgkin-lymfoom. Maar ook de immuunreactie van de patiënt tegen bacteriën of virussen (bijv.: Mononucleose) kan tot de onjuiste diagnose van een tumor leiden. (Zie hierna.)

Chronische myeloïde leukemie

Er wordt melding gemaakt van de volgende gegevens, afkomstig van een groep van 1.084 patiënten die allemaal chemotherapie en vrijwel allemaal een beenmergtransplantatie met stamcellen ondergingen: in vergelijking met acute myeloïde leukemie is de overlevingsmediaan beter, waarbij ongeveer 60% van de patiënten na 24 maanden nog in leven is en met een overlevingscurve die zich in de volgende jaren stabiliseert op iets lagere waarden. Het is anders is echter de situatie bij patiënten met chronische myeloïde leukemie in een progressief stadium, waarbij 50% van de patiënten nog in leven blijkt na slechts 12 maanden. Dit percentage daalt naar circa 35% na 24 maanden en stabiliseert zich vervolgens rond ongeveer 30%. (1180) [De Souza: Validation of the EBMT risk score in chronic myeloid leucemia in Brazil and allogeneic transplant outcome, *Haematologica*, 90, pp.: 232-237, 2005. www.haematologica.org]

Acute myeloïde leukemie

Bij een recent onderzoek uit 2004 onder ouderen blijkt, bij 621 patiënten ouder dan 60 jaar die allemaal chemotherapie ondergingen, de overlevingsmediaan (50%) amper 5-7 maanden te zijn. Met een agressieve chemotherapie was minder dan 10% nog in leven na 20 maanden; omgekeerd, met een behoudende aanpak (chemotherapie in lage dosering), was na 20 maanden nog ongeveer 20% van de patiënten in leven, maar ook dit percentage daalde naar 10% na meer dan 20 maanden. Beide curven nemen af naar minder dan 2-5% overlevenden in de maanden daarna. (1181) [Pulsioni A.: Survival of elderly patients with acute myeloid leukaemia, *Haematologica*, 89, pp.: 296-303, 2004; www.haematologica.org].

In een ander recent onderzoek uit 2004, bij 258 oudere patiënten die eveneens leden aan acute myeloïde leukemie en die chemotherapie met autotransplantaties van stamcellen ondergingen, stijgt de overlevingsmediaan (50%) naar amper 8 maanden en na 24 maanden blijkt nog ongeveer 23-24% van alle patiënten in leven te zijn. Dit percentage neemt vervolgens verder af na 36 maanden en na 48 maanden (4 jaar) en lijkt zich uiteindelijk te stabiliseren op ongeveer 10% overlevenden. (1182) [Oriol A.: Feasibility and results of autologous stem cell transplantation in de novo acute myeloid leukemia in patients over 60 years old. Results of the CETLAM AML-99 protocol, *Haematologica*, 89, pp.: 791-800, 2004; www.haematologica.org]

Multipel myeloom (ziekte van Kahler)

Ongeveer 25% van de patiënten overleeft tot het vijfde jaar na de behandeling met chemotherapie en minder dan 5% is na 10 jaar nog in leven. (1183) [Kenneth C. Anderson: Management of Multiple Myeloma Today, Seminars

in Hematology, vol. 36, No.1, suppl.3, 1999].

Hodgkin-lymfoom

Bij een recent onderzoek uit 2003 is er gekeken naar 97 patiënten die alle maal chemotherapie, bestraling en stamceltransplantatie ondergingen binnen een tijdsbestek van 18 jaar: van 1982 tot 2000. Bij de patiënten met een lymfoom dat resistent is tegen chemotherapie, bedraagt de overlevingsmediaan (50%) slechts 2 jaar, waarbij de overlevingscurve zich stabiliseert op 30% na het vijfde jaar na de behandeling. Bij de patiënten waarbij het lymfoom gevoelig was voor chemotherapie wordt echter een langzame daling van de overlevingscurve waargenomen die zich echter tot het zesde jaar goed stabiliseert, met een percentage overlevenden van 60% dat onveranderd blijft in de daarop volgende 10 jaar. Er wordt vanuit gegaan dat deze curve verder niet verandert. (1184) [P.L. Zinzani: High-dose therapy with autologous transplantation for Hodgkin's disease: the Bologna experience, *Haematologica*, 88,(05), pp.: 522-528, 2003; www.haematologica.org]

N.B.: volgens de auteur van dit werk, dr. Giuseppe Nacci, vraagt men zich af – aangezien het algemeen bekend is dat chemotherapie bij een groot deel van de tumoren niet doeltreffend is – waarom chemotherapie zo doeltreffend blijkt te zijn bij het Hodgkin-lymfoom. Er moet worden bedacht dat veel geneesmiddelen onjuiste, hematologische beelden geven die lijken op acute lymfatische leukemie, Hodgkin-lymfoom of Non-Hodgkin-lymfoom. Maar ook de immunreactie van de patiënt tegen bacteriën of virussen (bijv.: Mononucleose) kan tot de onjuiste diagnose van een tumor leiden. (Zie hierna.)

NON-Hodgkin-lymfoom

Bij een recent onderzoek uit 2005 is gekeken naar 374 patiënten die allemaal chemotherapie ondergingen. Deze zijn op basis van de International Prognostic Index (IPI) onderverdeeld in 4 groepen: met een laag risico, met een laag gemiddeld risico, met een hoog gemiddeld risico en tot slot met een hoog risico. De verschillende overlevingscurven die zijn verkregen, wijken niet veel af van wat reeds was opgemerkt in de medische literatuur:

- 1) overlevingsmediaan (50%) van ongeveer 1 jaar bij patiënten met een hoog risico, met een percentage overlevenden van ongeveer 10% na het vijfde jaar, waarbij de curve nog verder daalt in de daarop volgende jaren;
- 2) overlevingsmediaan (50%) van ongeveer 3 jaar bij patiënten met een hoog gemiddeld risico, met een percentage overlevenden van ongeveer 25% na het zesde jaar;
- 3) overlevingsmediaan (50%) van ongeveer 4 jaar bij patiënten met een laag

g gemiddeld risico, met een percentage overlevenden van ongeveer 40% na het zesde jaar en van ongeveer 37% na het zevende jaar;

4) overlevingsmediaan (50%) van ongeveer 8 jaar bij patiënten met een laag risico, met een percentage overlevenden dat iets lager ligt in de daarop volgende jaren. (1185) [M.van Agthoven: Cost determinants in aggressive non-Hodgkin's lymphoma, *Haematologica*, 90(5), pp.: 661-672, 2005].

N.B.: volgens de auteur van dit werk, dr. Giuseppe Nacci, vraagt men zich af – aangezien het algemeen bekend is dat chemotherapie bij een groot deel van de tumoren niet doeltreffend is – waarom chemotherapie zo doeltreffend blijkt te zijn bij het NON-Hodgkin-lymfoom. Er moet worden bedacht dat bepaalde geneesmiddelen onjuiste, hematologische beelden geven die lijken op acute lymfatische leukemie, Hodgkin-lymfoom of Non-Hodgkin-lymfoom. Maar ook de immuunreactie van de patiënt tegen bacteriën of virussen (bijv.: Mononucleose) kan tot de onjuiste diagnose van een tumor leiden. Hierbij een voorbeeld uit een recent geneeskundig boek, Savagno L.: *I linfomi Non Hodgkin*, Piccin Editore, pp.: 202:

“...de translocatie is nodig, maar niet voldoende voor de neoplastische transformatie van B-lymfocyten. De lezer moet ermee instemmen dat monoklonaliteit over het algemeen een teken van kwaadaardigheid is; maar dit is geen absolute regel zonder uitzonderingen: we hebben namelijk al laten zien hoe de lymfocyten aan het begin van een intense en specifieke immuunreactie (afweer), woekeren en een uniforme activering vertonen; en alleen een rem die in fysiologisch opzicht later optreedt, zorgt ervoor dat de reactieve woekering zichzelf beperkt. Een duidelijk klinisch voorbeeld is het geval van FR, een jongeman van 28 jaar die in 1984, vanwege een necrotiserende tonsillitis met bijkomstige adenopathieën, een biopsie onderging. De diagnose van drie verschillende pathologen was een kwaadaardig lymfoom met enkele marginale verschillen in classificatie. Een van die pathologen sprak tevens van de monoklonaliteit van de amandellymfocyten. Toen de oncoloog hem zag, was er – voordat er een antiblastische behandeling of bestraling was uitgevoerd – nog sprake van een lymfeklier met een doorsnede van 2 cm in de gonion, terwijl het amandelletsel spontaan was afgezwakt tijdens een sulfamidebehandeling. Een cytoaspiratie van de lymfeklier toonde een homogene laag van atypische lymfoblasteren die vaak in mitose waren, met een ronduit kwaadaardig aspect. Twee dagen later, op het moment dat de uitslag werd gegeven, was de lymfeklier afgenomen en had nog maximaal een doorsnede van een halve centimeter; er werd toen nog een cytoaspiratie uitgevoerd die aantoonde dat er op dat moment geen atypische en sterk woekerende lymfoblasteren meer waren, maar dat deze waren vervangen door een totaal verschillende cel populatie die vrijwel volledig bestond uit rijpe plasmacellen. Dit feit (de typische ontwikkeling van lymfocyten in blasten die vervolgens veranderden in plasmacellen) leidde tot de juiste inter

pretatie van een flogistisch-reactieve ziekte en geen neoplastische; daar om werd er afgezien van een antitumorbehandeling en de jongeman wordt nu, tien jaar later, nog in leven. De aanwezigheid van een vrijwel constant kenmerk bij neoplasmata, maar is alleen niet voldoende voor een absoluut zekere diagnose...”

Hersentumoren

Het overlevingspercentage tot 5 jaar, in het geval van astrocytomen van de vierde graad (glioblastoom multiforme) is amper 4-5%. (1035) [McLendon R: Cancer, 98 (8), pp.: 1745-1748, 2003].

Over 30 jaar, stelt het wetenschappelijke artikel, zal deze waarde nog niet eens één procent hoger liggen.

Ovariaal carcinoom

101 vrouwen, die werden behandeld met standaarddoseringen cisplatine, vertoonden een gelijke overlevingstijd als 306 andere vrouwen die echter werden behandeld met een hoge dosering cisplatine (22,78)[Bella M.: Abstract No. 706, in: Proc. Amer. Soc. Clin. Oncol., vol.11, pp.223, 1992] [Colombo N.: Abstract No. 614, in: Proc. Amer. Soc. Clin. Oncology, vol. 12, pp 255, 1993].

Andere onderzoeken bevestigen deze resultaten (81,329,330) [Conte P.F.: Abstract No. 880, in: Proc. Amer. Soc. Clin. Oncol. 12, pp 273, 1993];[Ozols R.F., “Journal of Clinical Oncology”, Vol. 5, pp 641-647, 1987.];[Ozols R.F.: Seminars in Oncol., vol. 21, Suppl. 2, pp. 1-9, 1994].

Baarmoeder- en endometriumcarcinoom

In het geval van metastasen die zijn behandeld met verschillende combinaties van chemotherapeutica kan een percentage van gedeeltelijke reactie van de tumor van meer dan 40% worden opgewekt, maar uit gerandomiseerde onderzoeken komt geen enkele verlenging van de overlevingstijd naar voren (31,186,327,455,492,) [Williams, C.J.: Raven Press, New York, pp. 417-446, 1986];[Thigpen J.T.: Cancer, Vol. 60, pp. 2104-2116, 1987];[Hoskins WJ. in:DeVita:Cancro, principi e pratica dell'oncologia, Lippincott and Co, Philadelphia, 4e editie, pp. 1125-1152, 1993]; [Omura G.A.: Seminars in Oncology, Vol. 21,pp. 54-62, 1994];[Bonomi P.: J.Clin.Oncol., vol.3, pp. 1079-1085, 1985].

Bij een groot onderzoek onder 260 vrouwen in stadium IIb en IV is zelfs geboden dat een combinatie van chemotherapie en bestraling erger is dan alleen bestraling (450) [Tattersall M.H.: J.Clin. Oncol., Vol. 13, pp. 444-445, 1995].

Maagcarcinoom

Kingston beoordeelde de doeltreffendheid van chemotherapeutica ten opzichte van placebo's (maar zonder een bijzonder dieet) bij patiënten met een inoperabel maagcarcinoom. De groep van 95 patiënten die chemotherapie ondergingen, vertoonde een gemiddelde overlevingstijd die geheel overeenkwam met die van de patiënten die met een placebo waren behandeld (221) [Kingston R.D.: *Clinical Oncology*, vol. 4, pp. 55-69, 1978].

De eensgezinde beoordeling van veel andere auteurs is dat de medische literatuur, in het geval van maagcarcinomen, geen bewijs levert van enige verlenging van het leven dankzij chemotherapie (178,277,300,358)

[Moertel C.G.: *Cancer*, vol. 36, pp. 675-682, 1975];[Queiber W.: *Onkologie*, vol. 9, pp. 319-331, 1986];[Hockey M.S.: *Slevin and Staquet*, Raven Press, New York, pp. 221-240, 1986];[Mc Donald: *Seminars in Oncology*, vol. 15, Suppl. 3, pp. 42-49, 1988]

Twaalf gerandomiseerde onderzoeken die chemotherapie na een operatie vergeleken bij controlepatiënten (die geen bijzonder dieet volgden), hebben aangetoond dat de overlevingstijden gelijk waren (7,210,171,154).

[Alexander H.L. in: *De Vita: Cancro, principi e pratica dell'oncologia*, Lippincott and Co., Philadelphia, 1993, 4e editie];[Kelsen D.: *Seminars in Oncology*, vol. 18, pp. 543-559, 1991];[Hermans J.: *J.Clin.Oncol.* Vol. 11, pp. 1441-1447, 1993];[Hallsley M.T.: *The Lancet*, vol. 343, pp. 1309-1312, 1994].

Carcinomen van het hoofd/nek

Veel onderzoeken tonen aan dat chemotherapie na een operatie geen enkele verlenging van het leven oplevert in vergelijking met patiënten die geen chemotherapie ondergingen en geen bijzonder dieet volgden (60,435) [Stell P.M.:

Br. J. Cancer, vol. 61, pp. 779-787, 1990];[Chalmers T. in: *De Vita: "Cancro, principi e pratica dell'oncologia"*, Lippincott and Co, Philadelphia, 4e editie, pp 235-241, 1993].

Andere onderzoeken, op een totaal van 23 onderzoeken naar chemotherapie vóór een operatie en chemotherapie na een operatie, tonen aan dat er geen enkel verschil is tussen de groepen die wel en niet behandeld werden (en die geen bijzonder dieet volgden). (72,74,98,195,397, 449) [Tannock I.F.: *J.Clin. Oncol.*, Vol. 6, pp.1337-1387, 1984];[Clark J.R.: *Seminars in Oncology*, vol. 15, Suppl. 3, pp. 35-44, 1988];[Dodion P.: *Raven Press*, New York, pp. 525-547, 1986];[Choski A.J.: *Seminars in Oncology*, vol. 15, Suppl. 3, pp. 45-49, 1998];[Schantz S.P. : in: *De Vita V. "Cancro, principi e pratica dell'oncologia"*, Lippincott and Co, Philadelphia, 4e editie, pp. 574-630, 1993];[Jacobs C.: *J. Clin. Oncol.*, vol. 8 pp. 838-847, 1990]

Coloncarcinoom

Volgens Nicholls (317) [Nicholls J.: in: *Slevin and Staquet, Randomized Trials in Cancer: a Critical Review by Sites*, Raven Press, New York, pp. 2

41-271, 1986] en Kane (204) [Kane M.J.: Seminars in Oncology, vol. 18, pp. 421-442, 1991] vertonen groepen patiënten die niet werden behandeld met chemotherapie (en geen bijzonder dieet volgden) een overleving die groter is dan de patiënten die wel chemotherapie ondergingen.

Ook de resultaten onder 1.523 patiënten waarbij chemotherapie werd toegediend via leverinfusie, vertonen geen enkel voordeel met betrekking tot overleving en vertonen, in tegenstelling tot de intentie van deze onderzoeken, zelfs een toename van levermetastasen.

(301,429, 485) [Soybel D.L.: Current Problems in Cancer, vol. 11, pp. 257-356, 1987];[Weber W.: SAKK Anticancer Research, Vol. 13, pp. 1839-1840, 1993];[Moertel CG.: The New Engl. J. Med., vol. 330, pp. 1136-1142, 1994].

Longcarcinoom met niet-kleine cellen

Voor een longcarcinoom met niet-kleine cellen in een gevorderd stadium bestaan er geen aanwijzingen voor een duidelijke invloed op de prognose door alleen chemotherapie (2) [Abel U.: Biomed and Pharmacother, vol. 46, 1992, actualisatie 1995, pp. 439-452].

In het geval van een bronchiaal carcinoom met niet-kleine cellen worden bij enkele onderzoeken verbeteringen van de overleving geconstateerd die in statistisch opzicht te verwaarlozen zijn, omdat deze zo gering zijn dat ze geen rechtvaardiging vormen voor het gebruik van toxische behandelingen zoals chemotherapie.

Dit oordeel wordt gedeeld door auteurs van zeer veel werken: (16,39,158, 259, 296, 361) [Bakowski M.T.: Cancer Treatments Reviews, vol.10, pp. 159-172, 1983];[Mitrou P.S.: Atemw.-Lungenkrhk., vol. 12, pp. 544-549, 1986];[Rankin E.M.: Slevin and Staquet, Randomized Trials in Cancer: a Critical Review by Sites, Raven Press, New York, pp. 447-492, 1986];[Liu R.J.: Seminars in Oncol., vol. 20, pp. 296-301, 1993];[Hansen: J.Clin. Oncol., vol. 5, pp. 1711-1712, 1987].;[Brown M.: in: Rosenthal S.: "Supporto medico del paziente con cancro", W.B. Saunders Co, Philadelphia, pp. 200-215, 1987]

Bronchiaal carcinoom met kleine cellen

George en anderen schreven in 1986: "...met slechts geringe remissiepercentages, onvermogen van een palliatieve werking (inperking van de symptomen van de ziekte) op de lange termijn en een zeer gering aantal overlevenden na 2-3 jaar, ook onder patiënten met een beginstadium van de ziekte, kan geen enkele behandeling met chemotherapie als standaard worden beschouwd voor het longcarcinoom met kleine cellen (127) [George TK, in : Cancer, vol. 568, pp. 1193-1198, 1986].

In het daaropvolgende decennium maakte Klastersky (1995) een samenvatting

van de belangrijkste onderzoeken die waren uitgevoerd: "...onlangs zijn er t alrijke verschillende chemotherapeutische regimes uitgeprobeerd, in de hoo p de resultaten te verbeteren door de intensiteit van de dosering te verho gen. Al deze inspanningen, van de meest extreme (chemotherapie met beenmer gtransplantatie) tot de meest eenvoudige (verdubbeling van de doseringen), zijn mislukt. Er is geen enkel resultaat van betekenis verkregen door ver hoging van de chemotherapeutische dosering bij de behandeling van longcarc inoom met kleine cellen, noch door de combinatie van afzonderlijke stoffen ..."(223) [Klastersky J., in Seminars in Oncology, vol. 22, Suppl. 2, pp. 11-12, 1995].

Kokron (1982) merkte op: "...bij de controlegroep die niet werd behandeld m et chemotherapie (en geen bijzonder dieet volgde) hadden de duidelijke vo ordelen betrekking op de levenskwaliteit door het ontbreken van de bijwer kingen van chemotherapeutica en de kortere duur van de terminale fase van de ziekte..." (232) [Kokron O., in : Onkologie , vol. 5, pp. 56-59, 1982].

Nierkanker

De overleving tot twee jaar na de diagnose wordt algemeen beschouwd als een 'anekdotisch geval' (anedoctal cases), of er zijn in elk geval zeer lage o verlevingspercentages reeds twee jaar na de diagnose (10-20%), indien ze ch emotherapie ondergaan (1174,1175) [Gattinoni L.: Renal cancer treatment: a review of the literature, Tumori, 2003, 89(5), pp.: 476-484; Flanigan RC. : Metastatic renal cell carcinoma, Curr. Treat. Options Oncol. 2003, 4(5), pp.: 385-390].

Prostaatcancer

Op 4 november 1995 deelt het wetenschappelijke tijdschrift The Lancet me e: "...90% van de gevallen van prostaatcancer wordt in klinisch opzicht no oit van betekenis. Het overlevingspercentage tot 10 jaar onder patiënte n die geen enkele behandeling hadden ondergaan (noch chirurgie, noch bes traling, noch chemotherapie, noch hormoontherapie) bedroeg 91,5%, tegeno ver 77% van de patiënten die bestraling hadden ondergaan..."

Noot van de auteur van dit werk, dr. Giuseppe Nacci: zoals bekend is, verni etigt bestraling ook de lokale immuunafweer, in de eerste plaats de lymfekl ieren vlak bij de tumor die rijk zijn aan Natural-Killer-lymfocyten, die ja mmer genoeg zeer gevoelig zijn voor bestraling.

Op 9 december verhoogt The Lancet de dosis met de schokkende mededelin g:

"....totale chirurgie voor de behandeling van prostaatcancer slaagt er allee n in om de ziekte te verspreiden: kijkend naar 14 achtereenvolgende chirur gische ingrepen, werden er na de operatie in het bloed van 12 patiënten tu morcellen gevonden die afkomstig waren van de prostaat. Deze patiënten had

den vóór de chirurgische ingreep echter geen enkele tumorcel in het bloed...
.”

Borstkanker

Volgens dr. Ulich Abel bestaat er geen enkel direct bewijs dat chemotherapie de overleving verlengt; het is van belang dit op te merken, omdat alle vrouwen met borstkanker chemotherapie ondergaan, zowel voor als na de chirurgische ingreep (Chemotherapy of advanced epithelian cancer, Healing Journal, No.1-2, Vol. 7, 1990, Gerson Institute).

Dr. Nelson Erlick, directeur van het ECRI (Emergency Care Research Institute), voerde in maart 1996 een diepgaande analyse uit van de onderzoeken die tot 1994 door de medische literatuur waren gepubliceerd over borstkanker. Er werden 1.500 wetenschappelijke werken bekeken.

Op basis van alle beschikbare gegevens kwam naar voren:

1). In de aanvankelijke fase van chemotherapie is er sprake van een hoger ‘optreden van een reactie’ met intensieve chemotherapie en beenmergtransplantatie dan met standaard chemotherapie. Dat wil zeggen: de tumormassa wordt kleiner (‘optreden van reactie’). Maar de ‘reactie’ duurt niet lang en de kanker zet zich vervolgens voort.

2) Standaard chemotherapie biedt patiënten met metastasen van borstkanker een langere ‘reactietijd’ (dat wil zeggen het aantal maanden waarin de tumormassa afneemt is langer) en daarnaast overleven meer patiënten gedurende een jaar ten opzichte van degene die zijn behandeld met intensieve chemotherapie en beenmergtransplantatie.

3) Het wetenschappelijke onderzoek naar intensieve chemotherapie en beenmergtransplantatie heeft nog geen enkele subgroep van de bevolking aangeduid bij wie deze behandeling kan zorgen voor een periode zonder progressie van de kanker die groter is dan die van de controlegroepen.

Tot nu toe heeft de medische literatuur nog nooit bevestigd dat intensieve chemotherapie en beenmergtransplantatie kunnen leiden tot de genezing van borstkanker. Intensieve chemotherapie en beenmergtransplantatie brengen echter een winst met zich mee van ongeveer 150-200 duizend Euro-dollar voor elke beenmergtransplantatie. Zonder echter te kijken naar het hoge percentage overledenen in de maanden na de beenmergtransplantatie als gevolg van dodelijke bacteriële infecties die optreden bij patiënten die op dat moment niet beschikken over een adequate immuunafweer vanwege de zware chemotherapie en het gebrek aan actief beenmerg, omdat dit nog niet is aangeslagen, ondanks de transplantatie die in de voorgaande weken is uitgevoerd. Met betrekking tot dit feit is het van belang te wijzen op een om

slagartikel van de Wall Street Journal van 17 november 1994 waarin de politieke druk werd beschreven die wordt uitgeoefend op verzekeringsmaatschappijen, opdat deze beenmergtransplantaties vergoeden in het geval van borstkanker in een gevorderd stadium; ook hier verstrekten de deskundigen toelating negatieve verslagen over dit type aanpak.

Omgekeerd, maar met betrekking tot borstkanker in het beginstadium, vermeldt Phillip Day, in zijn beroemde boek "Cancer: Why We're Still Dying To Know The Truth", op pagina 20 en 21, de ongelofelijke getuigenis van dr. Irwin Bross van het Roswell Memorial Park Institute in New York, die hier volledig wordt weergegeven:

"Als je een vrouw bent bij wie borstkanker in het beginstadium is gediagnosticeerd (dat wil zeggen zonder tekenen van metastasen), moet je op de hoogte zijn van een eenvoudig wetenschappelijk gegeven: wanneer een patholoog de diagnose stelt van letsel van het type 'borstkanker in het beginstadium', maakt de patholoog in meer dan de helft van de gevallen een fout, oftewel het gaat niet echt om borstkanker. Wat de meeste vrouwen in werkelijkheid hebben, is een tumor die, bekeken onder de lichtmicroscop, voor de patholoog lijkt op kanker. De mogelijkheid bestaat dat deze tumor niet het vermogen tot metastasering heeft, wat het kenmerk van ware kanker is. De eerste gecontroleerde klinische trial ter wereld, met betrekking tot coadjuvante behandelingen voor borstkanker, werd op mijn afdeling uitgevoerd. Dr. Lesile Blumenson en ik deden een verrassende ontdekking: meer dan de helft van de patiënten had een tumor, maar deze leken eerder goedaardige letsels te zijn. Onze ontdekking bleek niet populair onder behandelende artsen. Zij zouden de wetenschappelijke waarheid nooit hebben kunnen ondersteunen, omdat de behandeling, toentertijd, bestond uit radicale mastectomie. De waarheid erkennen, had ertoe kunnen leiden dat de vrouwen die een borst kwijt waren door een onjuiste diagnose, juridische stappen zouden ondernemen vanwege ondeskundigheid. De artsen van het National Cancer Institute waren woedend en distantieerden zich van het onderzoek. Ze slaagden er waarschijnlijk in om onze ontdekkingen te verbergen en om nieuwe publicaties te verhinderen. In feite zijn borstkanker en prostaatkanker in statistisch opzicht gelijk: wanneer de functies van de beide geslachtsorganen afnemen, worden de cellen vaak afwijkend en lijken dan op tumorcellen. Het Journal of the American Medical Association sprak van overlevingswaarden die verrassend hoog waren bij onbehandelde prostaatkanker, wat aantoont dat 7 van de 8 tumoren GEEN kanker waren. Vrouwen hoeven dus niet in paniek te raken wanneer ze het woord 'kanker' te horen krijgen. Het is juist de

Conclusie

Paul Wintre toont een wredere visie van de feiten en verklaart de dynamiek van het systeem als volgt: “Het is onwaarschijnlijk dat een arts een oncologische behandeling bewust onderbreekt om zijn zaken of zijn carrière te beschermen. Maar elke arts heeft zo zijn ideeën over de beste behandeling, die zijn gebaseerd op hoeveel hij heeft geleerd. De chemo-farmaceutische multinationals hebben echter een zeer grote invloed op wat er aan artsen wordt onderwezen. Artsen hebben het te druk om zich te verdiepen in de statistieken over de behandelingen van kanker en nemen klakkeloos aan wat ze op de universiteit leren, of wat hun wordt getoond in de artikelen in de vakbladen, dat wil zeggen de best mogelijke behandeling, omdat deze wetenschappelijk is aangetoond. Noch kunnen ze zich de twijfel permitteren dat die behandelingen alleen maar het beste zijn voor de chemo-farmaceutische multinationals, die hun invloed uitoefenen op medisch-culturele instellingen van hoog niveau die van hen zijn ...”

(Uit: Winter Paul: the cancell Home page, <http://www.best.com/handpen/Cancell/cancell.htm>).

Door de stelling te ondersteunen dat chemotherapie NIET geneest en in werkelijkheid zeer weinig invloed heeft op de meest verspreide vormen van kanker, bevestigde dr. Martin F. Shapiro in de Los Angeles Times van 9 januari 1991: “...terwijl sommige oncologen hun patiënten informeren over het gebrek aan bewijs dat de behandeling doeltreffend is, kunnen anderen zijn misleid door wetenschappelijke stukken die optimistisch zijn, zonder garanties over chemotherapie. Nog weer anderen zijn gevoelig voor financiële prikkels. Artsen kunnen veel meer geld verdienen door toepassing van chemotherapie dan door terminale patiënten en hun familie troost en verlichting te geven.

En dr. Samuel Epstein stelt op 4 februari 1992: “...wij spreken onze zorg uit dat het royaal gefinancierde systeem voor de bestrijding van kanker, het National Cancer Institute (NCI), de American Cancer Society (ACS) en ongeveer twintig andere centra voor de behandeling van kanker, het publiek en het Congres (van de Verenigde Staten) hebben misleid en in verwarring hebben gebracht door middel van herhaalde verklaringen op basis waarvan sprake zou zijn van het winnen van de oorlog tegen kanker...

Tabel 2a: cytotoxische geneesmiddelen die in Italië verkrijgbaar zijn voor chemotherapie

de handelsnamen zijn cursief weergegeven. De kosten, in Italiaanse lire (ITL), golden in het jaar 1998

FARMACEUTISCHE BEDRIJVEN

Astra Zeneca S.p.A.

Aventis Pharma S.p.A.

Bristol-Myers Squibb S.p.A

Chiron Italia S.r.l.

Dompè Biotec S.p.A.

Eli Lilly S.p.A.

Glaxo Wellcome S.p.A.

Ipsen S.p.A.

Italfarmaco S.p.A.

Janssen-Cilag S.p.A.

Novartis Farma S.p.A.

Roche S.p.A.

Schering Plough S.p.A.

Alkylerende stoffen

Cyclofosfamide:

ENDOXAN ASTA van Asta Medica: 50 dragees van 50 mg per stuk, categorie A, ITL 17.300

ENDOXAN ASTA van Asta Medica: ampullen van 0,5 gram; categorie A, ITL: 8700

ENDOXAN ASTA van Asta Medica: ampullen van 1 gram; categorie A, ITL: 15.400

Ifosfamide

Stikstofmosterd

Chlorambucil:

LEUKERAN van Glaxo: 25 tabletten van 5 mg per stuk; categorie A, ITL 22.200

LINFOLYSIN van Nuovo Ist. Sier. Milan.: 50 dragees van 2 mg per stuk; categorie A, ITL 19.800

Busulfan:

MYLERAN van Glaxo: 100 tabletten van 2 mg per stuk; categorie A, ITL 29.000

Melfalan:

ALKERAN[®] van Glaxo: 25 tabletten van 5 mg per stuk; categorie A, ITL: 2
6.300

Nitrosourea:

A) Carmustine (BCNU)

B) Iomustine (CCNU)

Cis-diamminedichloroplatinum:

CIS-PLATINO TEVA[®] van Teva: ampul van 20 ml van 10 mg voor intraveneu-
ze toediening; categorie A, ITL 20.200

CIS-PLATINO TEVA[®] van Teva: ampul van 100 ml van 50 mg voor intraven-
euze toediening; categorie A, ITL 84.200

CITOPLATINO[®] van Rhone Poulenc: ampul van 10 mg voor intraveneuze toe-
diening; categorie A, ITL 20.800

CITOPLATINO[®] van Rhone Poulenc: ampul van 25 mg voor intraveneuze toe-
diening; categorie A, ITL 47.800

CITOPLATINO[®] van Rhone Poulenc: ampul van 50 mg voor intraveneuze toe-
diening; categorie A, ITL 95.000

PLATAMINE[®] van Pharmacia; ampul van 10 mg; categorie A, ITL 20.800

PLATAMINE[®] van Pharmacia; ampul van 25 mg; categorie A, ITL 47.800

PLATAMINE[®] van Pharmacia; ampul van 50 mg; categorie C, ITL 91.000

PLATINEX[®] van BMS, ampul voor intraveneuze toediening van 10 mg; cate-
gorie C, ITL 19.200

PLATINEX[®] van BMS, ampul voor intraveneuze toediening van 10 mg in 20
ml gerede oplossing; categorie A, ITL 20.200

PLATINEX[®] van BMS: ampul voor intraveneuze toediening van 25 mg in 50
ml; categorie A, ITL 45.700

PLATINEX[®] van BMS: ampul voor intraveneuze toediening van 50 mg in 10
0 ml; categorie C, ITL 91.100

Carboplatine:

PARAPLATIN[®] van BMS: ampul van 150 mg voor intraveneuze toediening (
categorie A, ITL 265.000)

PARAPLATIN[®] van BMS: ampul van 50 mg voor intraveneuze toediening (c
ategorie A, ITL 88.200)

Antitumorale antibiotica (van Streptomyces-stam):

Doxorubicine (Adriamycine):

ADRIBLASTINA SOL. PRON.[®] van Pharmacia: ampul van 10 mg in 5 ml; ca-
tegorie C, ITL 29.000.

Daunorubicine (Daunomycine):

DAUNOBLASTINA van Pharmacia: ampul van 20 mg; categorie A, ITL 25.500

Bleomycine:

BLEOMICINA van Rhone Poulenc: gevriesdroogde ampul van 15 mg voor in traveuze toediening; categorie A, ITL 52.700

Dactinomycine (Actinomycine D):

Mitomycine C:

MITOMYCIN C van Kyowa; ampul van 2 mg; categorie A, ITL 21.400

Plantaardige alkaloiden

Vinca-alkaloiden:

Vincristine:

VINCRISTINA PHARMACIA van Pharmacia: ampul van 1 mg; categorie C; ITL 21.300

VINCRISTINA PHARMACIA van Pharmacia: ampul van 2 mg; categorie C; ITL 42.600

VINCRISTINA TEVA van Teva: ampul van 1 mg; categorie C; ITL 23.300

VINCRISTINA van Eli Lilly: ampul van 1 mg; categorie A; ITL 23.200

Vinblastine:

VELBE van Eli Lilly; ampul van 10 mg; categorie A, ITL 29.900

Mandragoraderivaten:

VP-16 (Mandragora, Podofyllotoxine)

Taxusderivaten (Taxus baccata: Taxus, Albero della Morte (Italiaans); Tree of Death (Engels); Eilec (Duits));

TAXOL 100

TAXORENE

Antimetabolieten (purine-antagonisten)

Thioguanine (6 Thioguanine, 6 TG)

THIOGUANINE van Glaxo, 25 tabletten van 40 mg, categorie A, ITL 76300

Mercaptopurine (6- Mercaptopurine, 6 MP)

PURINETHOL van Glaxo, 25 tabletten van 50 mg, categorie A, ITL 26100

Pyrimidine-antagonisten

Cytarabine (Cytosine arabinoside, ARA-C)

ARACYTIN van Pharmacia: ampul van 100 mg in 10 ml, categorie A, ITL 9.400

ARACYTIN van Pharmacia: ampul van 500 mg in 5 ml, categorie A, ITL 36.400

ERPALFA van Intes: oogdruppels van 0,5 % in 5 ml, gebruikt bij virale keratitis; categorie C, ITL 6100

Fluorouracil (5-Fluorouracil, 5-FU)

FLUOROURACILE TEVA van Teva, ampul van 250 mg; categorie A, ITL 12.100.

FLUOROURACILE van Roche, ampul van 250 mg in 45 ml; categorie C, ITL 31.300

EFUDIX van Roche, zalf van 20 gram met 5%; categorie A, ITL 8700; gebruikt als huidzalf voor actinische keratosen, keratosis senilis, ziekte van Bowen, basocellulaire epitheliomen

Methotrexaat (MTX)

BRIMEXATE van BMS; ampul van 20 mg; categorie C, ITL 8.800

METHOTREXATE 500 van Wyeth; ampul van 500 mg; categorie A, ITL 146.200

METHOTREXATE van Wyeth; 100 tabletten van 2,5 mg; categorie C, ITL 25.800

METHOTREXATE van Wyeth; 25 tabletten van 2,5 mg; categorie A, ITL 9.600

METHOTREXATE van Wyeth; ampul van 50 mg; categorie A, ITL 12.800

METHOTREXATE van Wyeth; ampul van 5 mg; categorie A, ITL 3.400

METHOTRESSATO TEVA van Teva; ampul van 500 mg; categorie A, ITL 146.300

METHOTRESSATO TEVA van Teva; ampul van 50 mg; categorie A, ITL 146.300

METHOTRESSATO TEVA van Teva; ampul van 50 mg; categorie A, ITL 146.300

19.800

N.B.: ook gebruikt voor reumatoïde artritis bij volwassenen

Dacarbazine

DETICENE[®] van Rhone Poulenc: ampul van 100 mg in 10 ml; categorie A, ITL 10.200

DTIC (Imidazol-4-carboxamide-dimethyltriazeeen)

ANDERE CHEMOTHERAPEUTICA:

Vindesinesulfaat

ELDISINE[®] van Eli Lilly, ampul van 5 mg, categorie A, ITL 282.400

Tabel 2b: Het falen van chemotherapie (bibliografische gegevens)

Acta Oncol., 43(2), pp.:186-189, 2004

Abstract No. 146, in: Proc. Amer. Soc. Clin. Oncol., Vol. 11, p 80, 1992.

Abstract No. 163, in: Proc. Amer. Soc. Clin. Oncol. 9, p.43, 1990.

Abstract No. 614, in: Proc. Amer. Soc. Clin. Oncol., Vol. 12, pp 255, 1993.

Abstract No. 706, in: Proc. Amer. Soc. Clin. Oncol., Vol.11, pp.223, 1992.

Abstract No. 880, in: Proc. Amer. Soc. Clin. Oncol. Vol. 12, pp 273, 1993.

Atemw.-Lungenkrhk., vol. 12, pp. 544-549, 1986

Biomed and Pharmacother, vol. 46, 1992, geactualiseerd 1995, pp. 439-452

Brit. J. Cancer, vol. 61, pp. 779-787, 1990

Br.J.Cancer, 90(11),pp.:2131-2134, 2004

Brit. Med. J., Vol. 28, pp. 213-221, 1962

Brit. Med. J., vol 293, pp. 871-876, 1986

Cancer, vol. 36, pp. 675-682, 1975

Cancer , vol. 38 pp. 13-20, 1976

Cancer, vol. 47, pp. 27-31, 1981

Cancer, vol. 56, pp. 1193-1198, 1986

Cancer, vol. 57, pp. :567-570, 1986

Cancer, Vol. 60, pp. 2104-2116, 1987

Cancer, Vol. 69, pp. 476-481, 1991

Cancer, Vol. 98, pp.: 1745-1748, 2003

Cancer, Vol.100 pp.:1807-1813, 2004

Cancer and Metastatic Review, vol. 6, pp. 503-520, 1987

Cancer Statist. In Med., vol. 8, pp. 405-413, 1989

Cancer Treatment Reports, vol. 65, pp. 973-978, 1981

Cancer Treatment Reports, Vol. 69, pp. 1127-1130, 1985.

Cancer Treatments Reviews, vol.10, pp. 159-172, 1983

Clinical Oncology, Vol. 4, pp. 55-69, 1978
Clinical Oncology, Vol. 8, pp. 149-158, 1982.

Current Problems in Cancer, vol. 11, pp. 257-356, 1987

Curr. Treat. Options Oncol. 2003, 4(5), pp.: 385-390

De Vita: "Cancro, principi e pratica dell'oncologia", Lippincott and Co, Philadelphia, 4e editie, 1993.

Dt. Med. Wschr., vol. 114, pp. 935-938, 1986

Eur. J.Cancer, 40(4), PP:536-542, 2004;

Gut, volume 25, pp. 682-688, 1984

Haematologica 83, pp.: 967-973, 1998 [www.haematologica.org]
Haematologica, 88,(05), pp.: 522-528, 2003 [www.haematologica.org]
Haematologica 88(12), pp.1348-1355, 2003. [www.haematologica.org]
Haematologica, 89(2), pp.145-155, 2004. [www.haematologica.org]
Haematologica, 89, pp.: 296-303, 2004 [www.haematologica.org]
Haematologica, 89, pp.: 791-800, 2004 [www.haematologica.org]
Haematologica, 90, pp.: 232-237, 2005 [www.haematologica.org]
Haematologica, 90, pp.: 661-672, 2005.
Haematologica, 90, pp.: 994-996, 2005.

Interview in Cancer Care, volume 1, edizioni MMV, p.8, 1994

J. Amer. Med. Assoc., vol. 259, pp. 3571-3578, 1988

J. Cancer Res. Clin. Oncol. , vol. 114, pp. 183-185, 1988

J.Chemother.,15(6),pp.:607-612, 2003

J. Clin. Oncol. , Vol. 6, pp.1337-1387, 1984
J. Clin. Oncol., vol.3, pp. 1079-1085, 1985
J. Clin. Oncol., vol. 5, pp. 1711-1712, 1987.
J. Clin. Oncol., vol. 8 pp. 838-847, 1990
J. Clin. Oncol., vol. 9, pp. 305-312
J. Clin. Oncol. vol. 11, pp. 1441-1447, 1993
J. Clin. Oncol., vol.12, pp. 1789-1795, 1994
J.Clin. Oncol., Vol. 13, pp. 444-445, 1995

J.Clin.Oncol., 22(12),pp.:2313-2320, 2004
J.Clin.Oncol.,22(12),pp: 2321-2327, 2004

Kirkwood and Yasko: Current Medicine, Philadelphia, pp. 82-86

Laryngt. Rhinol. Otol., vol. 66, pp. 200-204, 1987

Nagel and Sauer, Aktuelle Onkologie, W. Zuckschwerdt Verlag, Munchen, 1993, pp. 580-582

Onkologie, vol. 5, pp. 56-59, 1982
Onkologie, vol. 7, pp. 297-299, 1984
Onkologie, vol. 9, pp. 319-331, 1986

Praktische Onkologie, vol. II, Zuckschwerdt Verlag Munchen, pp.: 115-122, 1992
Praktische Onkologie, vol.: III, W. Zuckschwerdt Verlag Munchen, pp.: 52-63, 1993,

Proc. Amer. Soc. Clin. Oncology, Vol. 13, p 336, 1994

SAKK Anticancer Research, Vol. 13, pp. 1839-1840, 1993.

Seminars in Hematology, vol. 36, No.1, suppl.3, 1999.

Seminars in Oncol., vol. 3, pp. 1032-1039, 1985
Seminars in Oncol., vol. 13/3, Suppl. 3, pp. 92-96, 1986
Seminars in Oncol., vol. 15, Suppl. 3, pp. 42-49, 1988
Seminars in Oncol., vol. 15, Suppl. 3, pp. 35-44, 1988
Seminars in Oncol., vol. 15, Suppl. 3, pp. 45-49, 1998
Seminars in Oncol., vol. 18, pp. 421-442, 1991
Seminars in Oncol., vol. 18, pp. 543-559, 1991
Seminars in Oncol., vol. 19, pp. 317-332, 1992
Seminars in Oncol., vol. 20, pp. 296-301, 1993
Seminars in Oncol., vol. 21, Suppl. 1, pp. 10-16, 1994
Seminars in Oncol. Vol. 21, pp. 54-62, 1994
Seminars in Oncol., vol. 21, Suppl. 2, pp. 1-9, 1994
Seminars in Oncol., vol. 22, Suppl. 2, pp. 11-12, 1995

Slevin and Staquet, Randomized Trials in Cancer: A Critical Review by Sites, Raven Press, New York, 1986

The Lancet, vol. I, pp. 715-719, 1971
The Lancet, vol. II, pp. 1161-1165, 1975B
The Lancet, vol. 341 i, pp. 418-422, 1993
The Lancet, vol. 343, pp. 1309-1312, 1994

The New Engl. J. Med., vol. 313, pp. 1241-1246, 1985
The New Engl. J. Med., vol. 330, pp. 1136-1142, 1994

TumorDiagnostik & Therapie, vol. 5, pp. 44-48, 1984
TumorDiagnostik & Therapie, vol. 8, pp. 54-58, 1987

Tumori, 2003, 89(5), pp.: 476-484.