Individualisierte homöopathische Therapie bei ANCA-negativer, rasch fortschreitender nekrotisierender Glomerulonephritis mit schwerer Niereninsuffizienz – Ein Fallbericht

Seema Mahesh[1], Latika Jaggi[2], Atul Jaggi[2], Dionysios Tsintzas[3], George Vithoulkas[4]
1. Centre for Classical Homeopathy, Bangalore, India
2. H3 Centre for Classical Homeopathy, Nashik, India
3. Orthopaedic Department, General Hospital of Agrinio, Greece
4. International Academy of Classical Homeopathy, University of the Aegean, Greece
Korrespondierender Autor: George Vithoulkas
International Academy of Classical Homeopathy,
University of the Aegean, Greece
Tel.: 003024240 65142
E-mail: george@vithoulkas.com
Erhalten: January 2nd, 2019 – Akkzeptiert: March 11th, 2019

Zusammenfassung
Anti-Neutrophilen-Zytoplasmatischen-Antikörper (ANCA)-negative schnell fortschreitende Glomerulonephritis (RPGN) ist eine schwere Form der autoimmunen Nierenschädigung mit einer düsteren Prognose.
Eine 60-jährige Inderin wurde wegen ANCA-negativer RPGN mit klassischer Homöopathie behandelt. Nach einem Jahr Behandlung sanken Serumkreatinin und andere Parameter, die auf eine Nierenschädigung hindeuteten, trotz Absetzens immunsuppressiver Medikamente stetig. Die anfänglich zweimal wöchentlich durchgeführte Nierendialyse wurde seltener durchgeführt und nach einem Jahr beendet.
Die klassische Homöopathie kann als potenzielle Therapieform bei schweren Erkrankungen in Betracht gezogen werden. Kontrollierte Studien sind erforderlich, um das Ausmaß zu klären, in welchem die klassische Homöopathie Patienten von Verfahren wie der Dialyse entlasten kann, die erhebliche körperliche und finanzielle Beschwerden verursachen.

Schlüsselwörter: ANCA-negativ, dialysefrei, chronische Niereninsuffizienz, Glomerulonephritis, Homöopathie

Abkürzungen: RPGN: Rapidly Progressive Glomerulonephritis; GFR: Glomeruläre Filtrationsrate; ANCA: Anti-Neutrophilen-Zytoplasmatische Antikörper; AAV: ANCA-assoziierte Vaskulitis; BVAS: Birmingham-Vaskulitis-Score; CGN: Crescentic Glomerulonephritis; pANCA: Periphere ANCA; cANCA: Zytoplasmatische ANCA

Einleitung

Die Halbmondglomerulonephritis (CGN) führt zu einem raschen Verlust der Nierenfunktion durch Zellproliferation im Bowman-Raum und die Bildung von Halbmonden.
Die CGN wird zusätzlich durch das Vorhandensein von glomerulären Ablagerungen von Immunkomplexen in der Immunfluoreszenz differenziert. Die Mehrheit der CGN ist jedoch pauci-immun und weist keine derartigen Ablagerungen auf. Diese werden als ANCA-assoziierte Vaskulitis (AAV) bezeichnet, da sie eine renale Kleingefäßvaskulitis aufweisen [1].
Die ANCA-negative RPGN ist eine diagnostische Kategorie der AAV, die nicht so umfassend untersucht wurde wie die ANCA-positiven Fälle. Nur 10–15 % der pauci-immunen RPGN-Fälle sind ANCA-negativ [2] und betreffen jüngere Menschen mit sehr geringer extrarenaler Beteiligung im Vergleich zu den ANCA-positiven. Der Nierenschaden ist deutlich höher und die Prognose schlechter. Obwohl sich die Mortalität nicht von der in den positiven Fällen

unterscheidet, ist die Dialyseabhängigkeit höher, und die Nierenfunktionsverbesserung durch Immunsuppression oder Plasmapherese ist minimal [3, 4].
In diesen Fällen kann der histologische Nierenschaden zwar erheblich sein, doch hängt das Nierenergebnis nach der Behandlung stärker vom Serumkreatinin bei der Erstkonsultation ab, und Patienten mit schwerer Nierenerkrankung blieben dialyseabhängig [1–10]. Studien haben gezeigt, dass das Nierenergebnis bei ANCA-negativen Fällen schlecht ist und die Wahrscheinlichkeit, dialysefrei zu bleiben, sehr gering ist [4, 11]. Die negativen Prognosefaktoren für das Nierenergebnis bei CGN sind im Allgemeinen: Glomeruläre Filtrationsrate (GFR) < 15 ml/min, fortschreitendes Alter, höherer Birmingham-Vaskulitis-Aktivitätsscore (BVAS), niedriger Hämoglobinwert und höhere Leukozytenzahl [1].

Die in diesen Fällen verschriebenen Immunsuppressiva wie Cyclophosphamid sind mit Risiken verbunden und können aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und infektiösen Komplikationen, die mit der Immunsuppression einhergehen, die erhöhte Mortalität bei älteren Patienten mit ANCA-negativer RPGN verursachen [7].
Im folgenden Fall wurde eine ANCA-negative RPGN mit schwerer Niereninsuffizienz diagnostiziert. Der Patient unterzog sich vier Monate lang einer konventionellen Behandlung mit Immunsuppressiva, Dialyse und Plasmapherese.
Zum Zeitpunkt der homöopathischen Konsultation erhielt der Patient zweimal wöchentlich eine Dialyse und wies hohe Serumkreatinin- und niedrige Hämoglobinwerte auf. Der Verlauf des Falles unter homöopathischer Behandlung wird hier vorgestellt. Nach unserem Kenntnisstand ist dies der erste Fallbericht mit dieser Diagnose unter homöopathischer Behandlung.

Falldarstellung

Bei einer 60-jährigen Inderin wurde im März 2015 eine rasch fortschreitende nekrotisierende halbmondförmige Glomerulonephritis mit schwerer Niereninsuffizienz diagnostiziert (Tabelle 1). Sie wies einen Serumkreatininwert von 4,8 mg/dl, Hämaturie und Albuminurie (GFR 9 ml/min/1,73 m²) auf. Im Immunfluoreszenztest war sie schwach positiv für antinukleäre Antikörper, jedoch negativ für pANCA und cANCA. Die Laktatdehydrogenase, die das Ausmaß der Gewebeschädigung anzeigt, war sehr hoch (404 IE/l; Normalwert: 103–227 IE/l). Der BVAS-Wert wurde auf 14 geschätzt. Sie unterzog sich bis Juli einer konventionellen medizinischen Behandlung. Zunächst erhielt sie Glukokortikoide und Cyclophosphamid (Immunsuppressiva), die jedoch den Serumkreatininwert nicht senken konnten. Anschließend musste sie sich einer Plasmapherese (fünf Sitzungen) und einer wöchentlichen Dialyse unterziehen. Trotzdem stieg der Serumkreatininspiegel wieder an, und die Dialyse wurde auf zweimal wöchentlich erhöht. Eine wirksame Kontrolle des Serumkreatinins war jedoch nicht möglich. Am 02.07.2015 betrug der Serumkreatininspiegel trotz zweimal wöchentlicher Dialyse und immunsuppressiver Medikamente 5,2 mg/dl (normal sind bis zu 1,4 mg/dl), die GFR 8 ml/min/1,73 m² und der Hämoglobinwert 8,7 g% (unter regelmäßiger Gabe einer knochenmarkstimulierenden Injektion). Die Patientin entwickelte aufgrund der immunsuppressiven Medikamente bereits allgemeine Symptome wie Schwäche, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Pigmentierung von Haut und Nägeln sowie Kurzatmigkeit. Der BVAS-Wert (Verschlechterung) lag zu diesem Zeitpunkt bei 15.

Tab. 1: Laborbefunde zum Zeitpunkt der Diagnose (03.09.2015) und Medikation vor der homöopathischen Therapie

Table 1: Laboratory findings at the moment of diagnosis (09/03/2015) and medication before homeopathic therapy

Test	Patient value	Normal range	List of medications the patient was on, with content
RBC count	2.78 X 10^6 /cumm	3.5 – 5.5 X10^6 /cmm	Auxisoda (Sodium bi carbonate)
Hemoglobin	8.7 g%	11 to 16 g%	Calcigard (Nifedipine)
Blood urea	134.7 mg/dl	15 – 45 mg/dl	Alprax (Alprazolam)
Serum creatinine	4.8 mg/dl	0.6 – 1.4 mg/dl	Aciloc (rantidine)
Estimated GFR	9 mL/min/1.73 m^2	> 60 mL/min/1.73 m^2	Ondem (Ondansteron)
Estimated BVAS	14	NA	Frusenex (Furosemide)
Serum albumin	3.0 g/dl	3.2 – 4.6 g/dl	Metoz (Metolazone)
Serum globulin	2.1 g/dl	2.3 – 3.5 g/dl	Aldactone (Spironolactone)
Total serum proteins	5.1 g/dl	6 – 7.8 g/dl	Omnacortil (Prednisolone)
Lactose dehydrogenase	404.4 IU/L	103 - 227 IU/L	Endoxan (Cyclophosphamide)
Reticulocyte count	4%	0.2 – 2 %	Dargen (Darbepoetin)
Antinuclear Antibody	weakly +ve	-ve	Vozuca (Voglibose)
pANCA	-ve	NA	Linid (Linezolid)
cANCA	-ve	NA	Cardivas (Carvedilol)
Urine albumin	2+	nil	Ciplox (Ciprofloxacin)
Urine RBC	35 - 40 hpf	nil	
Urine Protein to Creatinine Ratio	2.64	<0.5	
Abdominal and pelvic ultrasound scans	Bilateral medical renal disease (Grade II)	NA	

Homöopathische Intervention

Die Patientin suchte am 16.07.2015 eine homöopathische Behandlung auf.
Die homöopathische Fallaufnahme umfasst eine umfassende Erfassung der Krankengeschichte, der Behandlungshistorie und wichtiger Ereignisse, die möglicherweise belastend waren, sowie der familiären Krankengeschichte. Ziel ist es, die Faktoren zu ermitteln, die die Abwehrkräfte des Organismus geschwächt haben.

In diesem Fall berichtete die Patientin, dass sie fünf Monate zuvor aufgrund schwerer Belastungen durch die Krankheit ihrer Mutter Beschwerden bekommen hatte.

Es begann mit einem Ödem, und bei ihr wurde eine ANCA-RPGN diagnostiziert.

In der Vergangenheit hatte sie schwere Hautausschläge entwickelt, die konventionell behandelt wurden. Sie hatte sich anderthalb Jahre zuvor einer Ozontherapie gegen Kniearthrose unterzogen. Die Familienanamnese ergab, dass sowohl ihr Großvater väterlicherseits als auch ihr Vater an Krebs gestorben waren.

Nach Berücksichtigung all dieser Faktoren und der individuellen Symptomatik wurde eine homöopathische Therapie eingeleitet. Die Immunsuppressiva wurden ab dem ersten Tag der homöopathischen Konsultation abgesetzt, die Steroidpräparate langsam ausgeschlichen und innerhalb von eineinhalb Monaten nach Beginn der homöopathischen Therapie vollständig abgesetzt.

Abb. 1: Abbildung 1: Beginn und Verlauf der Hautveränderungen während der homöopathischen Therapie

Ergebnis und Nachsorge

Der Allgemeinzustand der Patientin (Energie, Appetit, Gewicht usw.) sowie die Blutwerte verbesserten sich stetig (Tabelle 2). Infolgedessen konnte sie die Abstände zwischen den Dialysesitzungen langsam verlängern und die Dialyse schließlich im August 2016 beenden. Während der 28-monatigen Nachsorge befand sich die Patientin in einem allgemein guten Zustand mit stetiger Verbesserung der Nierenfunktion.

Der aktuelle Serumkreatininwert beträgt 2,6 mg/dl, der Hämoglobinwert 11,9 g%, der BVAS-Wert liegt bei 4 und die GFR bei 19 ml/min/1,73 m². Der Patient setzt die homöopathische Therapie fort.

Tabelle 2: Entwicklung während der homöopathischen Therapie

Date	Lab reports	Symptoms	Remedy	Changes in conventional interventions
16/07/2015	Serum creatinine: 5.2 mg/dl	Severe weakness Lost appetite Black discoloration of nails and skin since starting conventional treatment Face edema Weight loss in one year	Carcinosinum 30C, raised to 32C after one week and 33C after the next 10 days	Dialysis reduced to once a week; Withdrawal of immunosuppressive drugs
27/08/2015	Serum creatinine: 6 mg/dl (initial response to medicine brought about encouraging results, so the dialysis was postponed a little resulting in the temporary rise) Hb: 11.3 g%	Much more energy Black discoloration of nails and skin reduced considerably Increased urine output	Stop carcinosinum and wait	Steroids slowly tapered
30/09/2015	Serum creatinine: 5.14 mg/dl Blood pressure: 110/70mm Hg	Gained 2 kg Appetite improved	Nil	Withdrawal of antihypertensives
25/11/2015	Serum creatinine: 6.5 mg/dl	Generally very well	Nil	Is on dialysis once in 10 days, advised to continue the same
20/01/2016	Serum creatinine: 4.3 mg/dl	Gained 3.5 kg Improved energy and appetite Eruptions appeared on the left elbow (had them in the past)	Nil	Dialysis reduced to once a fortnight
17/02/2016	Serum creatinine: 5.5 mg/dl	Generally in good condition	Nil	Dialysis reduced to once a fortnight
17/03/2016	Serum creatinine: 5.6 mg/dl	Emotionally stressed after her mother died Developed acute lower respiratory tract infection - rattling cough, dyspnea, low appetite and energy	Ammoniacum gummi 30C	Nil

Date	Lab reports	Symptoms	Remedy	Changes in conventional interventions
13/04/2016	Serum creatinine: 4.7 mg/dl	Generally very well	Nil	Nil
04/05/2016	Serum creatinine: 5.6 mg/dl Blood urea: 95.5 mg/dl	Low appetite for 15 days with nausea Weight reduced 1 kg Leg cramps Disturbed sleep Occasional loose stools	Sulphur 200C	Nil
01/06/2016	Serum creatinine: 4.9 mg/dl	Nausea absence Increased appetite More energy No loose stools No leg cramps Better sleep	Nil	Nil
29/06/2016	Serum creatinine: 4.7 mg/dl	Generally very well Increased skin eruptions on the elbow Dry skin, itching eczema on the right hand and knuckles	Nil	Increased gap between dialysis
11/08/2016 (one year after beginning homeopathy)	Serum creatinine: 4.5 mg/dl RBC: 3.72 $X10^6$ /cmm Hb: 11.6 g%	Weight increased by 2 kg Improved energy and appetite Eruptions increasing	Nil	Nil
29/09/2016	Serum creatinine: 3.7 mg/dl	Had fever for 2 days Improved energy Feels like before the onset of the disease Skin eruptions still increasing on the knees	Nil	Last dialysis on 24/08/2016 - AV fistula closed by accident and the patient did not return voluntarily for dialysis Took two paracetamol tablets in between for a mild fever
01/12/2016	Serum creatinine: 3.4 mg/dl Hb: 11.2 G% RBC: $3.56X10^6$ /cmm SPO2: 97% Urine albumin ++	Nephrology assessment: Edema - nil Dyspnea - nil Appetite - good Urine - normal CVS/CNS - normal Blood pressure: 130/80 mm Hg	Nil	No dialysis for 3 months
16/05/2017	Serum creatinine: 3 mg/dl Hb: 10.9 g% Urine albumin: traces	Generally very well Skin eruptions are reducing	Nil	Nil
03/11/2017	Serum creatinine: 2.7 mg/dl	Reduced skin eruptions	Nil	Nil No dialysis since 14.5 months

Diskussion

Die Nierendialyse ist für die Patienten ein sehr belastender Eingriff und kann auch wirtschaftlich belastend sein. Sie birgt zudem das Risiko verschiedener Infektionen und iatrogener Komplikationen [12, 13]. Bei schwer betroffener RPGN gibt es kaum andere Möglichkeiten zur Linderung der Erkrankung (außer einer Nierentransplantation), und der

Patient muss sich diesem belastenden Eingriff regelmäßig unterziehen [6]. Im Fall dieses 60-jährigen Patienten konnte auf die Nierendialyse vollständig verzichtet werden, und die Nierenfunktion konnte innerhalb von 28 Monaten Nachsorge bis zu einem gewissen Grad wiederhergestellt werden.
Die homöopathische Perspektive auf eine Erkrankung ist ganzheitlich. Sie betrachtet den gesamten Prozess entzündlicher Veränderungen, die von der Geburt bis zum gegebenen Zeitpunkt aufgetreten sind. „Das Kontinuum einer einheitlichen Krankheitstheorie“ vertritt die Idee, dass alle pathologischen Prozesse eines Menschen von der Geburt bis zum Tod ein Kontinuum bilden und nicht zufällig sind [14]. Ist das Immunsystem zunächst in einem guten Zustand, kann es erfolgreich eine akute Entzündung herbeiführen und den pathogenen Reiz vertreiben. Wird es jedoch kontinuierlich durch entzündungshemmende Medikamente oder andere Substanzen, die die Entzündung hemmen, ausgebremst, verliert es die Fähigkeit, durch starke Entzündungen zu reagieren und gerät in einen Zustand chronischer, leichter Entzündung, der schließlich die chronische Erkrankung auslöst, für die der Betroffene prädisponiert ist. In einem solchen Stadium kann eine homöopathische Therapie diese Situation nachweislich umkehren, und mit der Vereinfachung des chronischen Problems beginnt der Betroffene erneut, an akuten Erkrankungen zu erkranken [15–17]. Auch wenn eine oberflächliche entzündliche Erkrankung durch Medikamente unterdrückt wurde, kehrt sie zu diesem Zeitpunkt zurück. Dies ist eine weitere Bestätigung dafür, dass das Immunsystem in seinen vorherigen Zustand zurückkehrt.

In diesem Fall erlitt die Patientin einen Atemwegsinfekt, als sich ihre Nierenfunktion zu bessern begann. Dieser wurde ebenfalls homöopathisch behandelt. Darüber hinaus traten erneut Hautausschläge auf, ähnlich denen vor vielen Jahren, die damals intensiv behandelt wurden. Dieses Mal reagierte die Patientin sehr gut auf die homöopathische Behandlung, und die Ausschläge wurden weniger aggressiv. Diese Regel der Wiederkehr alter, unterdrückter Beschwerden und des Auftretens akuter Erkrankungen bei Besserung chronischer Beschwerden dient dem homöopathischen Therapeuten als Orientierung, um die weitere Entwicklung des Falles zu bestimmen und die Prognose einzuschätzen [18, 19]. Tatsächlich war der Verlauf in diesem Fall sehr gut. Die Wirkung der homöopathischen Therapie zeigt sich auch pathologisch, wie die Verbesserung der GFR von 8 ml/min/1,73 m² auf 19 ml/min/1,73 m² und des BVAS von 15 auf 4 zeigt. Die immunsuppressiven Medikamente wurden während der homöopathischen Therapie frühzeitig abgesetzt, was zu erhöhten Serumkreatininwerten führte, die auf den Effekt des Absetzens der Immunsuppression hindeuteten. Diese reagierten jedoch allmählich auf die homöopathische Therapie, und der Patient konnte die Dialyse beenden. Der Patient ist nun seit 20 Monaten medikamenten- und dialysefrei, und seine Nierenfunktion verbessert sich stetig. Dies ist ein guter Grund, in Zukunft weitere, umfassendere kontrollierte Studien zu planen. Schwere Erkrankungen und Autoimmunerkrankungen sprechen bereits auf eine homöopathische Therapie an, und dieser Fall deutet auch auf eine mögliche Anwendung dieser Therapie hin [20–24]. In diesem Fall liegt ein Selektionsbias vor, da sich der Patient für die Behandlung entschied und die Reaktion gut war. Eine kontrollierte Studie wird dazu beitragen, das genaue Ausmaß zu ermitteln, in dem Homöopathie in solchen Fällen hilfreich sein kann.

Interessenkonflikt
Die Autoren bestätigen, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Referenzen

Schlussfolgerungen

Selbst dieser seltene Fallbericht einer ANCA-negativen RPGN zeigte ein positives Ansprechen auf eine individualisierte homöopathische Therapie, während die konventionelle Therapie eine schlechte Prognose aufwies. Dies deutet darauf hin, dass RPGN im Frühstadium für eine individualisierte Therapie geeignet sein könnte. Weitere, umfangreichere Studien könnten klären, inwieweit Homöopathie bei solchen Erkrankungen hilfreich sein kann.

Highlights

ANCA-negative RPGN ist selbst mit Immunsuppressiva und Dialyse schwierig zu behandeln.

Ein weiterer Beleg für den fraglichen Nutzen der Plasmapherese bei ANCA-negativer RPGN. Die klassische individualisierte homöopathische Therapie ist bei dieser Erkrankung vielversprechend und muss weiter untersucht werden. Das Phänomen der Wiederkehr akuter Entzündungszustände und der gleichzeitigen Besserung bei chronischen Entzündungskrankheiten ist eine Untersuchung wert, um die damit verbundenen immunologischen Veränderungen zu beleuchten.

Interessenkonflikt

Die Autoren bestätigen, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Literaturverzeichnis

1. Moroni G, Ponticelli C. Rapidly progressive crescentic glomerulonephritis: Early treatment is a must. Autoimmunity Reviews. 2014; 13(7):723–729.
2. Peschel A, Basu N, Benharkou A, Brandes R, Brown M, Dieckmann R, et al. Autoantibodies to hLAMP-2 in ANCA-negative pauci-immune focal necrotizing GN. J Am Soc Nephrol. 2013; 25:455–63.
3. Glockner W, Sieberth H, Wichmann H, Backes E, Bambauer R, Boesken W, Bohle A, Daul A, Graben N, Keller F. Plasma exchange and immunosuppression in rapidly progressive glomerulonephritis: a controlled, multi-center study. Clinical Nephrology [Internet]. 1988 [cited 2018 Mar 11];29(1):1–8.
4. Sharma A, Nada R, Naidu G, Minz R, Kohli H, Sakhuja V, Gupta K, Rathi M. Pauci-immune glomerulonephritis: does negativity of anti-neutrophilic cytoplasmic antibodies matters? International Journal of Rheumatic Diseases. 2015; 19(1):74–81.
5. Atkins RC, Nikolic-Paterson DJ, Song Q, Lan HY. Modulators of crescentic glomerulonephritis. J Am Soc Nephrol. 1996; 7:2271–8.
6. Chen M, Kallenberg CGM, Zhao M-H. ANCA-negative pauci-immune crescentic glomerulonephritis. Nat Rev Nephrol. 2009; 5:313–8.
7. Eisenberger U, Fakhouri F, Vanhille P, Beaufils H, Mahr A, Guillevin L, Lesavre P, Noël L. ANCA-negative pauci-immune renal vasculitis: histology and outcome. Nephrology Dialysis Transplantation. 2005; 20(7):1392–1399.
8. Hedger N. Incidence and outcome of pauci-immune rapidly progressive glomerulonephritis in Wessex, UK: a 10-year retrospective study. Nephrol Dial Transplant. 2000; 15:1593–9.
9. Jennette JC. Rapidly progressive crescentic glomerulonephritis. Kidney Int. 2003;63:1164–77.
10. Sampathkumar K, Ramakrishnan M, Sah AK, Gowtham S, Ajeshkumar RN. ANCA negative pauci-immune glomerulonephritis with systemic involvement. Indian J Nephrol. 2010; 20:43–47.
11. Hung P, Chiu Y, Lin W, Chiang W, Chen Y, Lin S, Wu K, Tsai T. Poor Renal Outcome of Antineutrophil Cytoplasmic Antibody Negative Pauci-immune Glomerulonephritis in Taiwanese. Journal of the Formosan Medical Association. 2006; 105(10):804–812.
12. Abram HS, Moore GL, Westervelt FB. Suicidal behavior in chronic dialysis patients. Am J Psychiatry. 1971; 127:1199–204.
13. Schieppati A, Remuzzi G. Chronic renal diseases as a public health problem: epidemiology, social, and economic implications. Kidney Int. 2005; 68:S7–10.
14. Vithoulkas G, Carlino S. The “continuum” of a unified theory of diseases. Med Sci Monit. 2010; 16(2):SR7–15
15. Kivellos S, Skifti S, Vithoulkas G. EHMTI-0396. Reappearance of

high fever on migraine patients, after individualized homeopathic treatment, is a valuable prognostic factor. The Journal of Headache and Pain. 2014; 15:(S1).
16. Vithoulkas G. Levels of health. Alonissos, Greece: International Academy of Classical Homeopathy; 2017.
17. Vithoulkas G, Tiller W. The science of homeopathy. Athens: International Academy of Classical Homeopathy; 2009.
18. Chabanov D, Tsintzas D, Vithoulkas G. Levels of Health Theory With the Example of a Case of Juvenile Rheumatoid Arthritis. Journal of evidence-based integrative medicine. 2018 Jun 11;23:2515690X18777995.
19. Kivellos S, Skifti S, Vithoulkas G. EHMTI-0396. Reappearance of high fever on migraine patients, after individualized homeopathic treatment, is a valuable prognostic factor. In The Journal of Headache and Pain 2014 Dec (Vol. 15, No. 1, p. M7).
20. Mahesh S, Mallappa M, Vithoulkas G. Embryonal carcinoma with immature teratoma: A homeopathic case report. Complementary Medicine Research. 2018; 25(2).
21. Mahesh S, Mallappa M, Vithoulkas G. Gangrene: five case studies of gangrene, preventing amputation through homoeopathic therapy. Indian Journal of Research in Homoeopathy. 2015; 9:114–22.
22. Mahesh S, Mallappa M, Tsintzas D, Vithoulkas G. Homeopathic Treatment of Vitiligo: A Report of Fourteen Cases. The American Journal of Case Reports. 2017; 18:1276.
23. 24. Mahesh S, Mahesh M, Vithoulkas G. Could Homeopathy Become An Alternative Therapy In Dengue Fever? An example Of 10 Case Studies. Journal of Medicine and Life. 2018 Jan; 11(1):75.
Tenzera L, Djindjic B, Mihajlovic-Elez O, Pulparampil BJ, Mahesh S, Vithoulkas G. Improvements in long standing cardiac pathologies by individualized homeopathic remedies: A case series. SAGE open Medical Case Reports. 2018 Aug;6:2050313X18792813.