



Aktuelle Gesundheits- Nachrichten

Thema heute: Gynäkologische Tumoren
Brustkrebs – Gebärmutterkrebs –
Einfluss von Lebensstilfaktoren
Individuelles Training in der Reha
Lachyoga – eine begleitende Therapie
Kurkuma gegen Krebs
Patientengeschichte
Aktuelles aus der Krebsmedizin
und -forschung



Aktiv
gegen
Krebs

Können wir heute von Luther lernen?



Liebe Leserin, lieber Leser!

Die Medien in Deutschland sind voll mit Nachrichten zum 500. Jahrestag der Reformation. Ein vielfältiges Programm ist an den Wirkungsstätten des Reformators Martin Luther gestartet. Doch was bewegt uns, wenn wir uns auf die Reflektionen über Luther einlassen? Ein Thema bietet sich an: Luther und die deutsche Sprache. Wie hat das damals funktioniert mit seinen Thesen, wie hat er sie verfasst und wie haben sie sich verbreitet? Und haben ihn alle verstanden?

Eine Ausstellung zum Thema hat Antworten. In einem Interview mit dem Sprachwissenschaftler Hartmut Günther lesen wir: „Er hatte ja auch was mitzuteilen, das war ja keine hohle Hülse, sondern bekannt geworden mit einem Schlag durch die Thesen. Luther selbst sagte, die Thesen sind in 14 Tagen durch ganz Deutschland gelaufen. Man hat sie abgeschrieben und sofort überall in ganz Deutschland verbreitet. Und die haben dort eingeschlagen wie eben der zündende Funke im Pulverfass.“

Luthers Werkzeug war seine Sprache. Der Theologe, Reformator und Bibelübersetzer hatte ganz genau hingehört, wie den Leuten um ihn herum der Schnabel gewachsen war und rang unermüdlich um jedes Wort. Damit gelangen ihm nicht nur besondere Wortschöpfungen, er „formte und prägte die Sprache entscheidend mit“, so der Sprachwissenschaftler Hartmut Günther. Der Wortschatz der Lutherbibel eint die vielfältigen Dialekte des deutschen Sprachraums, so dass sich heute Friesen und Bayern – überwiegend – derselben Vokabeln bedienen.

Luther prägte Begriffe wie: Lückenbüßer, friedfertig, wetterwendisch, Machtwort, Feuereifer, Langmut, Lästermaul, Morgenland. Sie alle stammen von Luther. Wir kennen auch diese Redewendungen, die er populär gemacht hat: Sein Licht unter den Scheffel stellen. Ein Stein des Anstoßes sein. Mit Blindheit geschlagen sein. Der Mensch lebt nicht vom Brot allein. Niemand kann zwei Herren dienen.

Heute erleben wir in vielen gesellschaftlichen Bereichen eine Sprache, die in Hülsen verpackt daherkommt – sie begegnet uns alltäglich. Inhalte bleiben verwaschen und oft leer. Wir fragen nach dem Kern der Botschaft – oft ohne eine Antwort. Wir sprechen eine gemeinsame Sprache und verstehen uns dennoch oft nicht. Bemerkenswert, dass diese Tendenz zunimmt. Nichts gegen den Zeitgeist, den muss eine Sprache aushalten – aber bleiben wir achtsam.

Was bleibt an Erkenntnis? Ehren und respektieren wir unsere Sprache – sie ist voller Kraft, Kultur und Poesie. Wenden wir sie so an, so dass wir uns immer und überall verstehen und verstanden werden. Stellen wir unser Licht nicht unter den Scheffel! So können wir von Luther lernen.

*(Quellen: Deutschlandradio Kultur;
Interview mit Hartmut Günther)*

Dagmar Moldenhauer

Ihre Dagmar Moldenhauer, Redaktionsleiterin

IN EIGENER SACHE

- Was kostet eine Krebstherapie? 2
Dr. med. Andreas-Hans Wasylewski

THEMA HEUTE

- Gynäkologische Tumoren 4
im Gespräch mit Prof. Maas/ Prof. Bauerschlag

WISSEN

- Mammakarzinom: Individuelle Therapieschritte 10
Dr. med. Thorsten Heilmann, Priv. Doz. Dr. med. Christian Schem
- Tumor der Gebärmutter: Neue Erfahrungen Diagnostik und Therapie 18
Dr. Elessawy, Priv. Doz. Dr. med. Ibrahim Alkatout
- Lebensstil: Einfluss auf die Entstehung gynäkologischer Karzinome 26
Dr. med. Martina Brügge, Prof. Dr. med. Christoph Mundhenke

IM BLICKPUNKT

- Die Regine und Günter Kelm Stiftung 34
Angele Kerdraon

ERFAHRUNGEN

- Individuelle Trainingsprogramme in der Reha. Einfluss auf das körperliche Aktivitätsniveau von Brustkrebspatientinnen 42
Prof. Dr. Monika Reuss-Borst, Dr. Freek Baumann

RAT & TAT

- Lachyoga – eine begleitende Therapie 46
Karin Lenk
- Kurkuma gegen Krebs 50
Dr. med. Andreas-Hans Wasylewski

PATIENTENGESCHICHTEN

- Von einem Tag auf den anderen 54
Roland Brendel

AKTUELLES AUS DER KREBSMEDIZIN

- auf den Seiten: 8, 9, 24, 25, 32, 33, 40, 41, 49, 53, 57

Was kostet eine Krebstherapie?



Dr. med. Andreas-Hans Wasylewski

Liebe Leserin, lieber Leser,

mit der Krebsdiagnose beginnt für viele Menschen der Kampf ums Überleben. Operation, Chemotherapie, Strahlentherapie und Immuntherapie können die Lebenserwartung steigern und in positiven Fällen sogar zu einem Leben mit Krebs als chronische Krankheit führen.

Neue Krebsmedikamente sollen die Chemotherapie zielgenauer machen.

Einige Wirkstoffe können sogar Wachstumsfaktoren der Tumoren ausschalten, die ständig die Vermehrung von Krebszellen fördern. Andere bremsen die Entstehung von kleinen Blutgefäßen, die den wachsenden Tumor mit Nährstoffen versorgen.

Leider kosten alle Medikamente, die in den letzten Jahren auf den Markt gekommen sind, sehr viel Geld. Börsennotierte Konzerne wie Roche, Merck und Novartis, die führenden Anbieter von Krebsmedikamenten, drückten für ihre Medikamente überzogene Preise durch. In den USA kostet heute eine komplette Krebsbehandlung im Jahr im Schnitt um die 100.000 Dollar. Ein Gramm Medizin ist somit 4.000mal teurer als Gold. Allein im vergangenen Jahr erwirtschaftete die Pharmaindustrie erstmals über 100 Milliarden Dollar nur durch Präparate zur Krebsbekämpfung. Die Onkologie gehört zum wichtigsten Wachstumsmarkt überhaupt. Während sich die Unternehmen über den wachsenden Profit freuen, wächst bei Ärzten und Patienten die Sorge vor den steigenden Kosten und damit auch vor einem sozialen Desaster.

Doch die enormen Preise sind aus Expertensicht nicht gerechtfertigt. Die Pharmaindustrie wehrt sich gegen die Kritik. Sie investiert Milliarden in neue Methoden und Therapien. Je weiter die Forschung voranschreitet, desto aufwändiger und kostenintensiver wird sie. Die logische Folge sind hohe Behandlungskosten in onkologischen Zentren und Kliniken.

Ökonomische Zwänge wirken handlungsbestimmend. Vor zwanzig Jahren hat die Arzneimitteltherapie von Tumorerkrankungen in den USA im Monat noch durchschnittlich 500 US \$ pro Patient gekostet, heute muss man schon über 7.000 US \$ zahlen. Und die Erfolgsrate hat sich in vielen Bereichen kaum verbessert.

Auch in Deutschland versuchen Firmen für Krebsmedikamente den höchstmöglichen Preis zu erzielen. Länder wie Frankreich oder Großbritannien verhandeln hart mit den Herstellern, um den Preis zu drücken. Sonst wird das Präparat dort von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise erstattet. Besonders schnell steigen die Behandlungskosten in Deutschland und zugleich auch die Zahl der Krebspatienten. Laut aktuellen Daten vom Robert-Koch-Institut liegt das Risiko für Männer, im Lauf des Lebens an Krebs zu erkranken, bei 51 Prozent; für Frauen bei 43 Prozent. Tendenz steigend. Wissenschaftler gehen von 40 Prozent mehr Krebsfällen bis 2030 aus.

Für die Krankenkassen ist das eine Hiobsbotschaft. In Deutschland fließen knapp zehn Prozent der Gesundheitsausgaben in die Behandlung von Krebs. Nach Angaben des Gesundheitsministeriums sind das mehr als 15 Milliarden Euro im Jahr. **Diese Kosten sind vor allem umstritten, weil viele dieser Mittel die Krankheit nicht heilen, sondern das Leben oft nur um einige Wochen oder Monate verlängern.**

Nach einer Analyse des SPD-Abgeordneten und Medizinprofessors Karl Lauterbach kommt es bis 2030 zu einer Kostenexplosion. Jährlich sollen allein die deutschen Krankenkassen 45 Milliarden Euro zusätzlich für die Behandlungen aufbringen. Das deutsche Gesundheitssystem kann langfristig die Finanzierung solcher Behandlungen nicht verkraften.

Deshalb muss man erneut über Ethik und Effektivität der Krebstherapie diskutieren. Die Alterung der Gesellschaft führt zwangsläufig dazu, dass gewisse Therapien in der Zukunft rationiert verordnet werden müssen. Wenn die aktuelle Regierung mit ihrer Gesundheitspolitik keine Schritte unternehmen will, um diesen Zustand zu ändern, führt das in kurzer Zeit zur weiteren Entwicklung der Zweiklassengesellschaft im deutschen Sozialstaat.

Sind wir nicht verpflichtet, der Generation unserer Kinder eine stabile medizinische Sicherheit zu garantieren? ■ *Ihr Dr. Wasylewski*

*„Um an die Quelle zu kommen, muss man gegen den Strom schwimmen.“
(Konfuzius)*

Gynäkologische Tumoren

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein im Gespräch. Mit Prof. Maass und Prof. Bauerschlag sprach Redaktionsleiterin Dagmar Moldenhauer.



Prof. Dr. Nicolai Maass
Direktor



Prof. Dr. Dirk Bauerschlag
Stellv. Direktor

*Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Universitätsklinikum
Schleswig-Holstein, Campus Kiel*

Herr Professor Maass, Herr Professor Bauerschlag, wir haben uns zu einem redaktionellen Projekt vereinbart, in dem Sie die von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten onkologischen Zentren Ihrer Klinik „Brustkrebs“ und „Gynäkologische Tumoren“ vorstellen. Wenn Sie in wenigen Zeilen die Besonderheiten Ihrer Klinik in der Krebsversorgung vorstellen wollen, wie würden sie lauten?

PROF. MAASS: Das Besondere an der Frauenklinik am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein – Campus Kiel – ist, dass wir im Rahmen des zertifizierten Brust- und gynäkologischen Krebszentrums unsere Patientinnen umfassend in allen Facetten versorgen können. Besonders ist hier hervorzuheben, dass die Patientinnen eine Therapie aus einer Hand erhalten können, so führen wir hier in der Klinik die Diagnostik, die Operation und auch die anschließende medikamentöse Therapie durch. Besonderen Wert legen wir auf die interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit, so erhalten unsere Patientinnen das Angebot einer ernährungsmedizinischen Beratung sowie die Konsultation durch unsere hausinterne Psychoonkologin. Komplexe multiviscerale Eingriffe, wie sie z.B. bei Eierstockkrebs-Patientinnen notwendig werden, geschehen in einer

Abstimmung und interdisziplinärer Kooperation mit den Kollegen der Chirurgie, so dass ein optimales operatives Ergebnis erzielt werden kann. Diese umfassende Betreuung gewährleistet, dass unsere Patientinnen mit den sich ihnen neu stellenden Aufgaben und Herausforderungen so gut wie möglich zurecht kommen.

Herr Professor Maass, wir lesen und hören heute oft, dass Krebs geheilt werden kann. Trifft diese Formulierung zu – oder ist es eher so, dass Krebs zu einer chronischen Krankheit werden kann? Wie ist Ihre Sicht?

PROF. MAASS: Die Heilungsrate für z.B. Brustkrebs ist in den letzten Jahren exzellent verbessert worden. Die große Mehrzahl aller Brustkrebs-Patientinnen wird von ihrer Erkrankung geheilt. Bei gynäkologischen Karzinomen ist die Rate noch nicht ganz so hoch wie bei Brustkrebs, jedoch auch ansteigend. Besonders im Rahmen der Brustkrebserkrankungen sprechen wir nach Wiederauftreten von metastatischen Absiedlungen von einer chronischen Erkrankungssituation. Auch hier gelingt es uns, durch eine Vielzahl an Therapie-Optionen die Erkrankungssituation über Jahre stabil zu halten – unter bestmöglicher Wahrung der Lebensqualität. Um die Heilungschancen unserer Patientinnen noch weiter zu verbessern, beteiligen wir uns an klinischen Studien, die unseren Patientinnen den Zugang zu innovativen Therapie-Optionen ermöglichen, und im Rahmen der universitären Ausrichtung unserer Klinik findet selbstverständlich auch begleitende Forschung neben dem Klinikalltag statt, um neue therapeutische Marker zu untersuchen.

Herr Professor Bauerschlag, welche Rollen spielen aktuelle Forschungsergebnisse zu familiär bedingtem Brustkrebs und wie weit sind Sie in Ihrer Klinik mit der Übernahme der Forschungsergebnisse in den klinischen Alltag?

PROF. BAUERSCHLAG: Die Universitäts-Frauenklinik Kiel ist eine der Gründungskliniken für das Konsortium des familiären Brust- und Eierstockkrebses. Im Rahmen der zunächst als Forschungsprojekt aufgelegten Untersuchungen ist es gelungen, diese Ergebnisse in die Routine-Versorgung unserer Patientinnen mit familiärer Belastung von Brust- und Eierstockkrebs auszudehnen. Aufgrund

dessen, das wir eines der wenigen Zentren Norddeutschlands sind, beraten wir viele Patientinnen, die sich mit der Sorge um genetische Veränderungen bei uns vorstellen. Sollten hier genetische Veränderungen auftreten, werden die Patientinnen auch hier im interdisziplinären Rahmen von Humangenetikern, Psychologen und Gynäkologen zu den möglichen prophylaktischen Maßnahmen beraten. Selbstverständlich führen wir auch in unserem Haus die prophylaktischen Operationen an Brust und Eierstöcken durch.

Herr Professor Bauerschlag, wir veröffentlichen in dieser Ausgabe einen Beitrag über die Rolle der Lebensstilfaktoren bei Krebs. Wie integrieren Sie an Ihrer Klinik diese Erkenntnisse in Therapie und Nachsorge?

PROF. BAUERSCHLAG: Seit längerem bekannt, doch sich nun in der täglichen Routine immer mehr durchsetzend, sind die Erkenntnisse bezüglich der positiven Beeinflussung des Krankheitsverlaufes durch Lebensstil-Interventionen. So ist bekannt, dass Patientinnen, die nach Krebserkrankung eine regelmäßige sportliche Tätigkeit aufnehmen, einen besseren Krankheitsverlauf erwarten dürfen. Auch bezüglich der Prävention von Krebserkrankungen ist die Aufnahme von Lebensstil-Interventionen erfolversprechend, so führen Übergewicht, übermäßiger Alkoholkonsum und ausbleibende sportliche Tätigkeit zu einem messbaren Anstieg des Krebsrisikos. Wenn diesem entgegen gewirkt wird, kann die Erkrankungsrate positiv beeinflusst werden. Bei uns im Haus erhalten die Patientinnen ein Angebot zur Teilnahme an Sportinterventionsgruppen, die von Sportwissenschaftlern betreut werden.

Der 61. Kongress der DGGG widmete sich u.a. beim Mammakarzinom dem Thema Vitamin D. Wie sind Ihre Erfahrungen zu den Potenzialen von Vitamin D bei den Krebsentitäten, über die Sie schreiben?

PROF. BAUERSCHLAG: Vitamin D ist ein wichtiges Vitamin, das bei gesunder und ausgewogener Ernährung aufgenommen wird. Wir empfehlen unseren an Brustkrebs erkrankten Patientinnen die zusätzliche Einnahme von Vitamin D, z.B. in Form von Tabletten oder Brausetabletten.

Wichtig erscheint uns dies bei Patientinnen, die eine Aromatasehemmertherapie erhalten, da hier bekanntermaßen die Knochendichte abnimmt. Die Daten zu einer prophylaktischen Einnahme sind uneinheitlich und wir empfehlen dies nur nach vorheriger Bestimmung des Vitamin D Spiegels im Blut.

Und nun eine letzte Frage Herr Professor Maass: Wie sehen Sie die Zukunft onkologischer Therapien? Ist diese hoffnungsvolle Sicht finanziell überhaupt zu halten?

PROF. MAASS: Zukünftige onkologische Therapien werden unserer Meinung nach immer mehr auf die individuelle Patientin bzw. den individuellen Tumor zugeschnitten werden. Durch die zunehmende Indikation an Antikörper-Therapien steigen die Therapiekosten, jedoch sollte unserer Meinung nach dies nie dem Heilungsaspekt entgegenstehen. Insgesamt ist jedoch auch ein gesellschaftlich politischer Konsens nötig, inwieweit die finanzielle Ausstattung des medizinischen Systems weiter angehoben werden kann oder muss, um eine individualisierte Therapie allen Betroffenen zu ermöglichen. Soweit es unsere Klinik betrifft, erhalten alle Patientinnen die gebotene maßgeschneiderte Therapie, um für die Patientin selbst die Heilungschancen zu optimieren und die Nebenwirkungsraten so gering wie möglich zu halten.

Herzlichen Dank an Sie beide, für Ihre Zeit, für das Gespräch und auch für die angenehme Zusammenarbeit mit Ihrem Team. Wir wünschen Ihnen viel Erfolg und zufriedene geheilte Patientinnen. ■

Weitere Informationen: www.unifrauenklinik-kiel.de

„Es gibt erfülltes Leben trotz vieler unerfüllter Wünsche.“

(Dietrich Bonhoeffer)

FORSCHER TESTEN DIE WIRKUNG EINES MEDIKAMENTES IM VORFELD

ANSCHUB FÜR DIE KREBSTHERAPIE MIT TUMOREN AUS DER PETRISCHALE – 2,6 MILLIONEN EURO FÜR DEN STANDORT CHARITÉ

Krebserkrankungen können durch unterschiedliche genetische Veränderungen des menschlichen Erbmaterials entstehen. Eine Herausforderung der Medizin besteht darin, für jeden Patienten eine auf diese genetischen Unterschiede zugeschnittene Behandlung zu finden. Wissenschaftler des **Deutschen Konsortiums für Translationale Krebsforschung (DKTK)** am Charité Comprehensive Cancer Center Berlin erhalten jetzt 2,6 Millionen Euro, um gemeinsam mit regionalen Biotech-Unternehmen Testsysteme für ein personalisiertes Medikamenten-Screening verfügbar zu machen. Im DKTK verbindet sich das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) in Heidelberg als Kernzentrum langfristig mit onkologisch besonders ausgewiesenen universitären Partnerstandorten in Deutschland.

Im Kampf gegen Krebserkrankungen entwickeln Forscher immer neue Medikamente, die entartete Zellen präzise angreifen sollen. Doch trotz ähnlicher Befunde und Symptome reagieren Patienten ganz unterschiedlich auf eine Therapie.

Der Grund: Tumoren sind in ihrer genetischen Ausstattung individuell sehr verschieden. Mit dem Zuschuss aus dem Europäischen Fonds

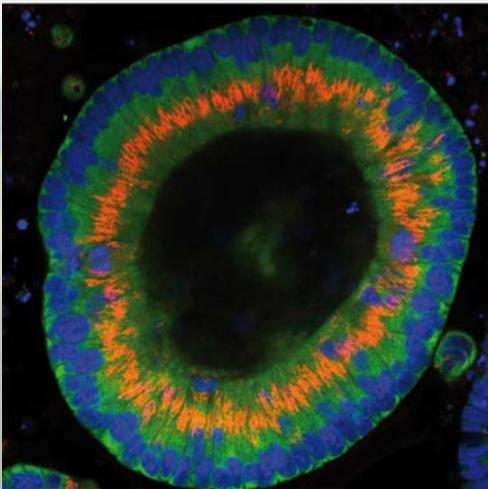
für regionale Entwicklung (EFRE) startet der Partnerstandort Berlin des Deutschen Konsortiums für Translationale Krebsforschung (DKTK) an der Charité jetzt ein neues Kooperationsprojekt mit drei ortsansässigen Biotech-Unternehmen. Der Name des Projektes: Precision Oncology and Personalized Therapy Prediction, kurz POP. Ziel des Programms ist es, Testsysteme für das Medikamenten-Screening auszubauen, die die unterschiedlichen Tumoreigenschaften einzelner Patienten widerspiegeln.

Patientenspezifische Zellkulturen und Mausmodelle gelten als neue Hoffnung der personalisierten Arzneimittelentwicklung, um bereits im Vorfeld die Wirkung eines Medikaments abschätzen zu können.

Mit dreidimensional gezüchteten Zellkulturen können Forscher die Gewebestruktur und den Stoffwechsel im Tumorzellverband simulieren, um Dosierung und Wirksamkeit von Arzneimittelkandidaten möglichst realistisch zu testen. „Im ersten Schritt durchsuchen wir den Eiweiß-Pool und das genetische Profil der Tumoren unserer Patienten nach dem Muster tumorspezifischer Veränderungen“, erläutert Professor Ulrich Keilholz, Direktor des Charité Comprehensive Cancer Centers (CCCC) und Leiter des Projektes.

„Als klinischer Partner des DKTK haben wir Zugang zu Datenbanken mit umfänglich charakterisierten Tumorphilen und modernsten Hochdurchsatz-Analyseverfahren, um mögliche Angriffspunkte für Medikamente zu erkennen.“

Anschließend vermehren die Wissenschaftler das Tumormaterial in 3D-Zellkulturen, um zu testen, welche Medikamentenkombination bei welchem molekularen Profil die größten Erfolgsaussichten hat.



Darmkrebszellen wachsen zu dreidimensionalen Organoiden in der Kulturschale heran.

„Die Resultate sind Teil einer umfangreichen Diagnose, aus der das interdisziplinäre Expertenteam im Rahmen der Molekularen Tumorkonferenz eine Therapieempfehlung für den behandelnden Arzt ableitet. Ärzte könnten so auch gezielt die Patienten für klinische Studien mit neuen Medikamenten auswählen, die eine hohe Chance haben, von der Behandlung zu profitieren“, so Keilholz. „Die Entscheidung für das Kooperationsprojekt ist ein wichtiger Schritt, um die klinische Expertise sowie das Know-how des DKTK Partners Charité und der Industrie auf dem Gebiet der personalisierten Präzisionsmedizin zu bündeln“.

Patientenspezifische 3D-Zellkulturen und Mauslinien kommen bereits in der Grundlagenforschung und der Medikamentenentwicklung zum Einsatz. Bisher existierten individuelle Testsysteme jedoch nur für einzelne Patienten und bestimmte Krebserkrankungen. In Zusammenarbeit mit den Biotech-Unternehmen soll der Pool an prä-klinischen Testsystemen jetzt systematisch auf unterschiedliche Krebserkrankungen ausgeweitet werden. „Damit setzt die EFRE-Förderung einen entscheidenden Impuls für die Biotech-Landschaft und die Gesundheitswirtschaft der Region“, betont Professor Axel Radlach Pries, Dekan der Charité.

(Quelle: GynKongress_DGGG2016)

Mammakarzinom

Individuelle Therapieschritte nach der Operation



Dr. med. Thorsten Heilmann



*Oberarzt,
Priv. Doz. Dr. med.
Christian Schem, MaHM*

*Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Universitätsklinikum
Schleswig-Holstein, Campus Kiel*

Laut aktuellen Daten der Deutschen Krebshilfe ist das Mammakarzinom mit etwa 70.000 Neuerkrankungen in 2015 die mit Abstand häufigste Krebserkrankung der Frau. Umgerechnet bedeuten diese Zahlen, dass bei derzeit weiter steigender Inzidenz etwa jede achte Frau im Laufe ihres Lebens an Brustkrebs erkrankt.

Bemerkenswert ist zudem die Zunahme der Erkrankungen auch im jüngeren Alter. Etwa ein Drittel der Patientinnen ist zum Zeitpunkt der Erkrankung unter 55 Jahre alt. Mit einer Heilungschance von etwa 80 % hat das Mammakarzinom eine verhältnismäßig gute Prognose, sofern es den Stadien entsprechend behandelt wird.

Im Falle einer Brustkrebsdiagnose werden verschiedene diagnostische Schritte eingeleitet, um den Tumor besser charakterisieren zu können. Dazu zählt neben der Bestimmung der Tumorgröße und eines etwaigen Befalls axillärer Lymphknoten auch eine Tumorbiopsie.

Diese Biopsie liefert die entscheidenden Hinweise über das biologische Verhalten des Tumors und ermöglicht die Untersuchung von sogenannten Surrogatmarkern, deren Vorhandensein spezielle Therapieansätze nach sich zieht (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1

*Intrinsische Subtypen des Mammakarzinoms mit den jeweiligen biologischen Charakteristika und entsprechenden medikamentösen Therapieempfehlungen.
Abkürzungen:
ER Östrogenrezeptor;
PR Progesteronrezeptor;
HER2 Human epidermal growthfactorreceptor 2;
+ positiv; - negativ*

Intrinsischer Subtyp	Rezeptor expression	Proliferations index	Therapie empfehlung
Luminal A	ER+/ PR+/ HER2-	niedrig	Endokrine Therapie
Luminal B	ER+/ PR+/ HER2-	hoch	Chemotherapie+ endokrine Therapie
LuminalB/ HER2 positiv	ER+/ PR+/ HER2+	unabhängig	Chemotherapie+ Antikörpertherapie+ endokrine Therapie
HER2 positiv	ER- PR-/ HER2+	unabhängig	Chemotherapie+ Antikörpertherapie
Triple negativ	ER- PR-/ HER2-	unabhängig	Chemotherapie

Hierzu zählt neben der Bestimmung des Aggressivitätsgrades des Tumors vor allem das Vorkommen spezifischer Rezeptoren auf der Oberfläche der Tumorzelle. Zusätzlich zu der Bestimmung der Östrogen- und Progesteronrezeptoren wird der Rezeptor für den „human epidermal growth factor“ (HER2) untersucht.

Mit Hilfe dieser Angaben kann der behandelnde Gynäkologe festlegen, welche Art der Therapie in dem individuellen Fall der Patientin gewählt werden sollte.

Was bedeutet „adjuvante Therapie“ beim Mammakarzinom?

In der Regel wird das Mammakarzinom zunächst operiert, an die Operation schließt sich dann die adjuvante Behandlung an. Für den Fall, dass bereits vor der Operation festzulegen ist, dass eine Patientin im Verlauf ihres Therapieplanes eine Chemotherapie erhalten wird, kann man diese Chemotherapie als sogenannte „neoadjuvante“ Therapie vor der Operation durchführen. Viele derzeit laufende klinische Studien machen sich diesen Vorteil zu Nutze, um das Ansprechen des Tumors auf die Therapie durch sequentielle Ultraschallkontrollen oder Tumorbiopsien beurteilen zu können.

Das Risiko, dass das Mammakarzinom bereits bei Diagnosestellung in andere Organe wie Knochen, Lunge oder Leber gestreut hat, ist bei den meisten Patientinnen sehr gering. Sollte so eine Absiedlung jedoch nachweisbar sein, spricht man von einer metastasierten Situation, die im Falle des Mammakarzinoms zu einer chronischen Erkrankung führt. Das Ziel der Ärzte in der adjuvanten (also „vorbeugenden“) Situation ist es somit, das Risiko für eine solche Metastasierung oder ein Wiederauftreten des Mammakarzinoms in der Brust unter Abwägung von Therapie Nebenwirkungen zu senken.

Im Folgenden werden die typischen adjuvanten Therapieschritte und deren zeitliche Sequenz erläutert (siehe auch Abb. 2). Die Einschätzungen der jeweiligen Therapieoptionen richten sich nach den aktuellen Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (<http://www.ago-online.de>).

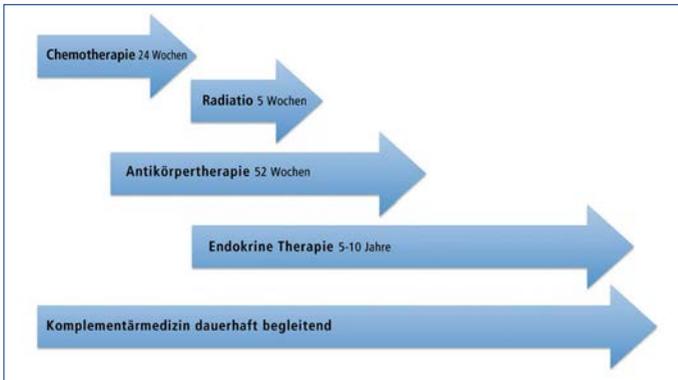


Abbildung 2:
Zeitlicher Ablauf
der adjuvanten
Therapieschritte.

Welcher Patientin wird eine Chemotherapie empfohlen?

Die Durchführung einer Therapie mit Chemotherapeutika hat das Ziel, sich schnell teilende Zellen im Körper, in diesem Fall die Mammakarzinomzellen, am Wachstum zu hindern. **Zu den Aufgaben der Onkologen in interdisziplinären Tumorkonferenzen gehört das Abschätzen des Rezidivrisikos der Erkrankung und des möglichen Nutzens einer solchen Therapie bei der individuellen Patientin** (siehe auch Tabelle 1).

Sollte zum Beispiel aufgrund der biologischen Eigenschaften (z.B. dem Fehlen von Hormonrezeptoren auf der Zelloberfläche), eines aggressiv wachsenden Tumors oder dem Befall von Lymphknoten in der Achselhöhle, eine Chemotherapie empfohlen werden, wird diese im Idealfall innerhalb von 6 Wochen nach der Operation begonnen und beinhaltet die Medikamentenklassen der Anthrazykline und Taxane. Eine Standardchemotherapie in der Adjuvanz könnte folgendermaßen aussehen: 4 Zyklen Epirubicin und Cyclophosphamid (alle 3 Wochen), gefolgt von 4 Zyklen Docetaxel alle 3 Wochen oder 12 Zyklen Paclitaxel wöchentlich. Die Therapiedauer umfasst bei den gängigen Therapieschemata somit 18-24 Wochen. Bei besonders hoher Tumorlast oder speziellen biologischen Charakteristika des Tumors kann zudem ein dosisdichtes Therapieregime erwogen werden.

Neben dieser weitestgehend ungerichteten Therapie wurde die sogenannte „targeted“ (also zielgerichtete) Therapie entwickelt, in deren Rahmen spezifische Eiweißstruk-

turen auf der Zelloberfläche der Krebszellen für eine gezielte Medikamentenapplikation verwendet werden. **Ein klassisches Beispiel hierfür ist die Antikörpertherapie** mit Trastuzumab (Herceptin) bei einer HER2-Überexpression auf der Tumorzelle. Dieser spezifische Antikörper wird in der adjuvanten Situation immer in Kombination mit einer Chemotherapie gegeben. Bei besonders kleinen Tumoren kann auf ein auf Taxane reduziertes Schema zurückgegriffen werden. Zu beachten ist jedoch, dass aufgrund des Risikos einer Herzmuskelschädigung das Trastuzumab nicht zeitgleich mit den Anthrazyklinen verabreicht werden darf. Um mögliche Nebenwirkungen am Herzen zu erkennen, werden sonographische Messungen der linksventrikulären Ejektionsfraktion zu Beginn der Therapie und in 3-monatlichen Abständen durchgeführt. Das Trastuzumab wird nach Abschluss der zytostatischen Therapie ggfs. parallel zur Bestrahlung und endokrinen Therapie für insgesamt 52 Wochen verabreicht. Weitere HER2-gerichtete Therapien (z.B. Pertuzumab oder TDM1) spielen in der adjuvanten Situation derzeit keine Rolle. Auch der mögliche Zusatznutzen einer Platin-haltigen Therapie beim triple negativen Karzinom ist dem neoadjuvanten Setting vorbehalten.

Mit zu den schwierigsten Entscheidungen gehört jedoch die Frage, bei welcher Patientin man, ohne ein hohes Rezidivrisiko in Kauf nehmen zu müssen, auf eine Chemotherapie verzichten kann.

Diese Überlegungen richten sich neben dem Alter und dem körperlichen Allgemeinzustand der Patientin wiederum nach den biologischen Eigenschaften des Tumors. Besonders bei „Hormonrezeptor positiven“ Patientinnen kann diese Risikoabschätzung zusätzliche Untersuchungen notwendig machen.

In den letzten Jahren wurden international mehrere molekulare Tests etabliert, um anhand der Gensignatur des Tumors Aussagen über das individuelle Rezidivrisiko (Prognose) und ein mögliches Ansprechen auf eine Chemotherapie (Prädiktion) treffen zu können.

Hierzu zählen die 70 Gensignatur MammaPrint, der 21 Gen Recurrence Score Oncotype DX, der auf der PAM50 Signatur beruhende Prosigna Test und der auf 8 Genen beruhende Endopredict Test. Entsprechend der Einschätzung der AGO bleiben diese Testungen bisher nur den Patientinnen vorbehalten, bei denen eine Risikoabschätzung unter Zuhilfenahme der klassischen klinischen und pathologischen Parameter nicht möglich ist. Bei besonders jungen Patientinnen mit eventuell nicht abgeschlossener Familienplanung sollte zudem vor Beginn einer Chemotherapie eine Beratung über einen Fertilitätserhalt erfolgen (z.B. über www.fertiprotect.de).

Was ist eine Antihormontherapie und welche Patientin benötigt sie?

Sollten die Tumorzellen Rezeptoren für Östrogen oder Progesteron aufweisen (hierfür reicht ein Vorhandensein auf unter 10 % der Tumorzellen), gilt das Mammakarzinom als „Hormonrezeptor positiv“ und es sollte eine endokrine Therapie durchgeführt werden, um das Risiko eines Wiederauftretens des Brustkrebses zu senken.

Dieses betrifft etwa zwei Drittel aller Patientinnen. Entscheidend ist nun, ob sich die Patientin vor, in oder nach den Wechseljahren befindet. Abzuklären ist dieses neben der Menstruationsanamnese auch über die Bestimmung des Hormonspiegels im Blut der Patientin (FSH und Estradiol). Sollte eine Patientin zusätzlich eine adjuvante Chemotherapie erhalten, schließt sich die endokrine Therapie daran an. Die Dauer der endokrinen Therapie ist generell 5 Jahre. **Die Patientin vor den Wechseljahren wird in aller Regel eine Tamoxifentherapie (ein selektiver Östrogenrezeptormodulator) verschrieben bekommen. Nach den Wechseljahren wird neben Tamoxifen auch ein sogenannter Aromataseinhibitor (z.B. Anastrozol) verwendet, der die Östrogenproduktion vor allem im Fett- und Nebennierengewebe unterdrücken soll.**



Unter Tamoxifentherapie berichten Patientinnen häufig über Hitzewallungen und Zyklusstörungen. Zu beachten ist zudem neben einem Thromboserisiko und möglichen Schädigungen der Augenlinse bzw. des Augenhintergrundes ein erhöhtes Risiko für die Entstehung eines Gebärmutter-schleimhautkrebses.

Zu den Nebenwirkungen der Aromataseinhibitoren gehört neben Hitzewallungen, Müdigkeit und depressiven Verstimmungen vor allem eine mögliche Abnahme der Knochendichte.

Vor allem für Tamoxifen ist ein zusätzlicher, günstiger Effekt durch ein verlängertes Einnahmeintervall um fünf weitere Jahre beschrieben worden, allerdings unter Inkaufnahme vermehrter Nebenwirkungen. Hier sollte mit der Patientin zusammen eine Risiko-/Nutzenabwägung getroffen werden. Bevor die endokrine Therapie von Seiten des Arztes oder der Patientin aufgrund von Nebenwirkungen komplett beendet wird, sollte ein Wechsel auf ein anderes Präparat vorgenommen werden. Auch der Wechsel von Tamoxifen auf einen Aromataseinhibitor in einer festgelegten Sequenz kann sinnvoll sein.

Besonders junge Patientinnen mit einem aggressiven Brustkrebs können, auch in der adjuvanten Situation, zudem von einer zusätzlichen passageren Unterdrückung der Eierstocksfunktion mittels GnRH-Analoga-Gabe profitieren. Zu beachten ist von Seiten der behandelnden Ärzte die oftmals schlechte Compliance der Patientinnen bei der endokrinen Therapie.

Regelmäßige, unterstützende Gespräche können der Patientin den Spielraum geben, über etwaige Probleme bei der Therapie zu sprechen.

Für die junge Frau nach Hormonrezeptor positivem Brustkrebs mag sich zudem die Frage einer Verhütung nach abgeschlossener Therapie stellen. Hier werden vor allem Barrieremethoden (z.B. Kondom oder operative Sterilisation) und die Verwendung einer Kupferspirale empfohlen, auf Hormonpräparate sollte verzichtet werden.

Welche Patientin benötigt eine postoperative Bestrahlung der Brust?

Eine Bestrahlung (Radiatio) wird immer dann empfohlen, wenn ein nicht invasiver oder invasiver Brustkrebs im Rahmen einer Brusterhaltenden Therapie (BET) operiert wurde, um das Rezidivrisiko in der Brust zu senken. Der internationale Standard hier ist eine Strahlenapplikation von etwa 50 Gray, verteilt auf 25 Einzeldosen, entsprechend einer Bestrahlung über 5 Wochen. Die Bestrahlung sollte innerhalb von 6 Wochen nach der Operation begonnen werden.

Dem entgegen ist in den letzten Jahren das Prinzip der „Hypofraktionierung“ entwickelt worden, bei der eine leicht verminderte Gesamtstrahlendosis auf weniger Bestrahlungseinheiten mit einer jeweils höheren Einzeldosis verteilt wird. Bei älteren Patientinnen mit einer günstigen Tumorbiologie kann, sofern eine endokrine Therapie durchgeführt wird, zudem ein gänzlicher Verzicht auf eine Radiatio diskutiert werden. Andererseits sollte bei jungen Patientinnen das ehemalige Tumorbett in der Brust gesondert bestrahlt werden (Boost).

Nach Einschätzung der AGO stellt die alleinige intraoperative Bestrahlung, die in manchen Zentren angeboten wird, nur eine Alternative für Patientinnen jenseits des 70. Lebensjahres dar; jüngere Patientinnen sollten immer eine Ganzbrustbestrahlung durchführen lassen. Bei besonders großen Tumoren (>5cm) und dem ausgedehnten Befall axillärer Lymphknoten wird eine Erweiterung des Strahlenfeldes auf die Thoraxwand und die Lymphabflussgebiete empfohlen.

Gibt es weiterführende Therapieformen, was bedeutet Komplementärmedizin?

Weiter kontrovers diskutiert wird der Einsatz von sogenannten Bisphosphonaten, das heißt Medikamenten, die gezielt den Abbau von Knochensubstanz

im Alter sowie unter einer Antihormontherapie hemmen. Neben dieser osteoprotektiven Funktion wurde interessanterweise in einzelnen Studien auch eine günstige Beeinflussung der Krebserkrankung zumindest für einzelne Patientinengruppen beobachtet.

Aufgrund der nicht eindeutigen Datenlage haben die Bisphosphonate derzeit jedoch keine Zulassung für die adjuvante Therapie des Mammakarzinoms und die Behandlung stellt somit keine Kassenleistung dar. Die AGO spricht sich jedoch vor allem bei sicher postmenopausalen Patientinnen (ggfs. auch bei prämenopausalen Patientinnen unter einer endokrinen Therapie) in onkologischen Risiko-Situationen für den Einsatz von z.B. Clondronate oder Aminobisphosphonaten aus.

Aufgrund der fehlenden Zulassung und der fraglichen Kostenübernahme sollten Patientinnen eine mögliche Verwendung von Bisphosphonaten daher mit ihrem behandelnden Onkologen diskutieren.

Zudem lassen sich viele Nebenwirkungen der voranstehenden Therapien durch den gezielten Einsatz von Medikamenten der Supportivtherapie (z.B. Antiemetika oder Antibiotika) behandeln oder zumindest abschwächen. Aber auch auf dem Feld der Komplementärmedizin, das heißt der die wissenschaftlich begründeten Empfehlungen begleitenden Therapie, hat die Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie Untersuchungen und Abstufungen vorgenommen.

Hier sollen vor allem einige Positivbeispiele angeführt werden.

Am besten untersucht ist der Einfluss von körperlicher Bewegung und der Optimierung von Essgewohnheiten. Das Abnehmen von Übergewicht mit dem Ziel eines normalen BMI (Body-Mass-Index) verbessert signifikant die Prognose der Erkrankung. Hierbei spielen ausdrücklich keine speziellen Diätpläne eine Rolle, sondern die Beachtung genereller Ernährungsempfehlungen (z.B. von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung). Ein Untergewicht sollte zwecks einer Osteoporoseprophylaxe ebenfalls vermieden werden. Empfohlen werden zudem ein Nikotinverzicht und eine Einschränkung des Alkoholkonsums.

Weder für hochdosierte Vitaminpräparate oder Spurenelemente noch für sonstige Nahrungsergänzungsmittel konnte ein Nutzen belegt werden.

Da es in Einzelfällen sogar zur Interaktion mit den onkologischen Medikamenten kommen kann, sollte deren Einnahme mit dem behandelnden Onkologen abgestimmt werden.



Immer mehr in den Fokus rücken dafür Sportprogramme, die auch auf Krebspatientinnen zugeschnitten sind.

Sowohl Ausdauer- als auch mäßiger Kraftsport (über mindestens 3 Stunden pro Woche) begünstigen nachgewiesenermaßen die Prognose der Brustkrebserkrankung, führen zur körperlichen Kräftigung und Steigerung der Lebensqualität, vermindern depressive Verstimmungen sowie eine Fatigue-Symptomatik und führen zu einer Verringerung osteoporosebedingter Beschwerden.

In immer mehr Zentren werden deshalb spezielle Sportangebote unterstützt. Zur gezielten Osteoporoseprophylaxe eignet sich zudem die Einnahme von Kalzium und Vitamin D. Bei therapiebedingten Schlafstörungen und Erschöpfungszuständen sind mittlerweile gezielte psychosoziale Interventionen, verhaltenstherapeutische Maßnahmen und Stressbewältigungsprogramme anerkannt.

Dazu können auch Übungen aus dem Bereich der Hypnose kommen. Eine therapiebedingte Übelkeit bzw. Erbrechen sowie Schmerzen und Muskelbeschwerden können gut mittels spezieller Akupunktur behandelt werden.

Die häufig nachgefragten Mistelpräparate und Thymuspeptide sollen die Nebenwirkungen einer Chemotherapie abschwächen und das Immunsystem stärken.

Die AGO lässt die Verwendung dieser Substanzen als „kann“-Empfehlung offen, weist aber darauf hin, dass deren Einfluss auf die Antitumorthérapie unbekannt ist.

Gegen homöopathische Medizin bei therapiebedingten Nebenwirkungen ist sicherlich nichts einzuwenden, vielmehr hat sich z.B. eine Traumeel-Spülung bei einer Entzündung der Mund- und Rachenschleimhaut bewährt.

Der Bereich der komplementärmedizinischen Maßnahmen eröffnet den Patientinnen somit die Möglichkeit, die Behandlung aktiv und an ihre Bedürfnisse angepasst mitgestalten zu können. Um diesen Effekt bestmöglich nutzen zu können, ist eine enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den behandelnden Onkologen unabdingbar. ■ *(Literatur bei den Autoren)*

Weitere Informationen: www.unifrauenklinik-kiel.de

Tumor der Gebärmutter (Endometriumkarzinom)

Neue Erfahrungen in Diagnostik und Therapie



Dr. med. Mohamed Elessawy



*Oberarzt,
Priv. Doz. Dr. med.
Ibrahim Alkatout*

*Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Universitätsklinikum
Schleswig-Holstein, Campus Kiel*

Epidemiologie

Das Korpusmalignom ist in Deutschland nach dem Mammakarzinom das zweithäufigste geschlechtsspezifische Karzinom der Frau. Die Inzidenz des Gebärmutterkrebses (Endometriumkarzinom) beträgt in Deutschland etwa 15 : 100.000 pro Jahr. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 68 Jahren, und 75 % der Patientinnen sind postmenopausal. Nur 5 % der Frauen erkranken vor dem 40. Lebensjahr.

Die Tumorentstehung wird durch langjährig hohe Östrogenspiegel begünstigt. Daraus ergeben sich für östrogenabhängige Tumoren die folgenden Risikofaktoren:

- Nulliparae (keine Geburt) oder wenige Schwangerschaften
- Frühe Menarche (erste Regelblutung) und späte Menopause
- PCO-Syndrom (Menstrationsstörungen)
- Östrogensubstitution bei klimakterischen Beschwerden ohne Gestagenschutz
- Mammakarzinom
- Tamoxifentherapie bei Mammakarzinom
- Mammakarzinom in der Eigenanamnese
- Metabolisches Syndrom
- Adipositas
- Diabetes mellitus Typ II
- Hypertonie
- Hyperlipidämie
- Hereditäres (familiäre)Non-Polyposis-Kolonkarzinom

Protektive/ schützende Faktoren sind:

- Niedrige Östrogen- und hohe Gestagen- bzw. Progesteronspiegel
- Multiparität (mehrere Geburten)
- Körperliche Belastung (Sport)
- Lebenslange sojareiche Ernährung

Symptome

Die maligne Entartung des Endometriums zeigt sich klinisch bereits im Frühstadium durch vaginale Blutungen. Die meisten Patientinnen stellen sich mit abnormen vaginalen Blutungen vor (z. B. postmenopausale Blutung, rezidivierende prämenopausale Zwischenblutungen/Metrorrhagien). Ein Drittel aller Patientinnen mit postmenopausalen Blutungen haben ein Endometriumkarzinom. Ein untypischer vaginaler Fluor kann den postmenopausalen Blutungen Wochen oder Monate vorausgehen.

Metastasierung

Es kommt vor allem zu einer lokalen Ausbreitung per continuitatem in Vagina, Tuben und Ovar (Ovarien sind in etwa 25 % mitbetroffen). Lymphogene und hämatogene Metastasen finden sich erst in späten Stadien.

- Lymphogene Metastasierung: Entlang der paraaortalen und pelvinen Lymphknoten
- Hämatogene Metastasierung: Selten und erst zu sehr spätem Zeitpunkt in die Lunge

Screening und Diagnostik

Patientinnen mit Endometriumkarzinom stellen sich am häufigsten mit abnormalen vaginalen Blutungen, hauptsächlich in der postmenopausalen Zeit bei ihrem Arzt vor. Bei folgenden Altersgruppen sollten besondere Blutungsmuster diagnostisch geklärt werden:

- Postmenopausale Frauen: Jede Blutung, unabhängig von ihrer Menge. Die aktuelle Literatur berichtet, dass bei 3-20 % der Frauen dieser Gruppe endometriale Karzinome nachgewiesen wurden.
- Ab 45 Jahren bis zur Menopause: Bei Zunahme der Frequenz, Menge, oder Dauer der Regelblutungen.
Die aktuelle Literatur berichtet, dass 17 % der Endometrium Karzinome in dieser Gruppe bei einem Alter von 45-54 Jahre nachgewiesen wurden. Frauen im Alter von 35-44 Jahren sind nur zu 5 % betroffen.
- Jünger als 45 Jahre: Faktoren, wie Übergewicht und chronische Anovulation erhöhen das Risiko der Erkrankung.

Weder die Vaginalsonographie noch die transzervikale Endometriumbiopsie oder auch die Zervixzytologie stellen geeignete Screeningtests für das Endometriumkarzinom dar.

Mit der transvaginalen Sonographie wird die Dicke des Endometriums gemessen. Bei einer Endometriumdicke mehr als 6 mm und postmenopausaler uteriner Blutung ist ein Endometriumkarzinom histologisch auszuschließen.

Bei der rektovaginalen, bimanuellen Palpation (Tastuntersuchung) wird auf die Infiltration von Nachbarorganen und eine Auftreibung der Zervix und des Corpus uteri, eine Infiltration der Parametrien (Bindegewebe im Beckenraum), der Rektum- oder Blasenwand geachtet.

Um die Tumorausdehnung besser zu beurteilen, ist eventuell auch die Durchführung der Bildgebung durch MRT sinnvoll. Röntgen-Thorax zum Ausschluss von Lungenmetastasen ist zu empfehlen.

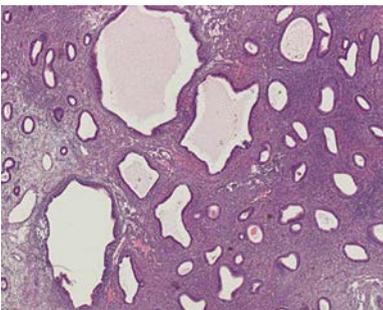
Die Gebärmutterspiegelung und Ausschabung sind der goldene Standard in der Diagnostik des Endometriumkarzinoms.

Take homemessage – Die positive Nachricht:

Nicht jeder Blutung ist ein Hinweis auf Endometriumkarzinom, allerdings sollte eine ungewöhnliche Blutung abgeklärt werden.

Pathologie/Vorstufen

Die Einteilung der Endometriumhyperplasien ist in der Literatur sehr unterschiedlich. Die Unterscheidung in glandulärzystisch und adenomatös ist eine deskriptive histologische Einteilung. Um das Karzinomrisiko einschätzen zu können, ist zudem bei beiden Formen zu beachten, ob Zellatypien (schlechtere Prognose) vorliegen.



Einfache Hyperplasie des Endometriums

(Vermehrte Zellteilung)

Die histologische Untersuchung zeigt die Zunahme sowohl der Stroma- als auch der Drüsenzellzahl; zwischen reichlich Stromagewebe liegen vergrößerte, ektatisch geweitete Schleimhautdrüsen („Schweizer-Käse-Muster“)

Figur 1

Das Karzinomrisiko ist <1% bei einfacher Hyperplasie des Endometriums ohne Zellatypien und steigt bis zu 10% bei einfacher Hyperplasie des Endometriums mit Zellatypien. Bei prämenopausalen Frauen wird die zyklische Gestagengabe vom 12.-25. Zyklustag und

sonographische Kontrolle nach 3-6 Monaten empfohlen. Bei postmenopausalen Frauen ist eine Hysterektomie mit Adnexektomie (Entfernung der Gebärmutter) zu erwägen.

Komplexe Hyperplasie des Endometriums

Die histologische Untersuchung zeigt eine ausgeprägte Proliferation (Zellwachstum) des Drüsenanteils; Drüsen liegen zum Teil ohne trennendes Stroma Rücken an Rücken („dos à dos“); noch keine Zellatypien (Grad I-II) Grad III: Zusätzlich Zellatypien wie zahlreiche Mitosen und Verlust der Zellpolarität.

Das Karzinomrisiko liegt bei ca. 3 – 10 % bei komplexer Hyperplasie des Endometriums ohne Atypien (Grad I-II) und steigt auf bis zu 30 % bei komplexer Hyperplasie des Endometriums mit Atypien (Grad III). Solange keine Atypien aufgetreten sind, ist konservatives Vorgehen zu empfehlen.

Bei dem Nachweis von Zellatypien wird:

- Bei Kinderwunsch: Konservatives Vorgehen empfohlen; wie bei der einfachen Endometriumhyperplasie mit engmaschigen Kontrollen
- Bei abgeschlossener Familienplanung: Hysterektomie empfohlen, gleichzeitige Adnexektomie sollte erwogen werden (einfache oder erweiterte OP)

Viele Endometriumkarzinome sind gut differenziert und besitzen Östrogenrezeptoren. Diese Tumoren haben eine bessere Prognose.

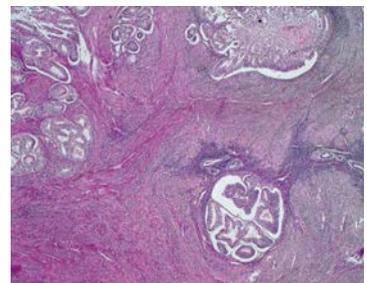
Endometrioides Adenokarzinom

Häufigkeit: Mit >80% die häufigste Form des Endometriumkarzinoms

Typ-I: Östrogenabhängiges endometrioides Adenokarzinom (deutlich am häufigsten)

Typ-II: Östrogenunabhängiges endometrioides Adenokarzinom (selten, aber schlechte Prognose)

Histologie: Ausgeprägte Drüsenwucherungen, die sich als atypische Drüsenschläuche präsentieren. Die Drüsen liegen zum Teil Rücken an Rücken („dos à dos“) ohne trennendes Bindegewebe und sind von mehrreihigen Epithelzellen ausgekleidet, deren Kerne atypisch blasenförmig vergrößert sind und häufige Mitosen zeigen. Es finden sich Tumorzellnester, die bei höherem Schweregrad das Myometrium infiltrieren.



Figur 2

Seltene Karzinome (ca. 15 – 20 %)

Es handelt sich hierbei unter anderem um Adenokarzinome seröser, klarzelliger oder muzinöser Differenzierung sowie um Plattenepithelkarzinome.

Therapie

Die operative Therapie ist die entscheidende Säule in der primären Behandlung des Endometriumkarzinoms. **Mit der zunehmenden Inzidenz der Adipositas wird nicht nur die Häufigkeit des Endometriumkarzinoms zunehmen, auch die damit verbundenen operativen Probleme stellen erhöhte Anforderungen dar.**

Die bisherige operative Standardtherapie per Laparotomie sollte in den Stadien I und II durch die laparoskopischen Verfahren ersetzt werden, da diese bei onkologischer Gleichwertigkeit entscheidende Vorteile für die Patientinnen mit sich bringen.

Mit der Zulassung des DaVinci®-Roboter-Systems 2005 (Figur 3) durch die FDA hat eine neue Ära der laparoskopischen Technik in die Gynäkologie Einzug gehalten, die potenziell dazu geeignet sein kann, Vorwände und Barrieren gegenüber der Laparoskopie in der onkologischen Chirurgie zu überwinden.



Bei der Roboticsurgery handelt es sich nicht nur um eine technisch optimierte Laparoskopie. Deutliche Vorteile sprechen für die roboterassistierte Laparoskopie wie: Eine 3D-Darstellung, eine verbesserte Präzision der Instrumente verbunden mit mehr möglichen Freiheitsgraden, der Wegfall des Handtremors, eine verbesserte Ergonomie, und eine kürzere Lernkurve, was insbesondere bei komplexen gynäkologischen Eingriffen bedeutungsvoll sein kann.

Bei komplexen gynäkologischen Eingriffen bedeutungsvoll sein kann.

In einer unizentrischen prospektiven Vergleichsstudie konnte für das Endometriumkarzinom eine deutlich geringere Morbidität im Vergleich zu offenen Eingriffen gezeigt werden.

Dies bestätigen auch Metaanalysen, die darüber hinaus einen Vorteil in Bezug auf die Komplikationsrate gegenüber der klassischen Laparoskopie und einen signifikant geringeren Blutverlust zeigen. Die neue Operationsmethode ist gegenüber der offenen, möglicherweise auch der konventionell-laparoskopischen Chirurgie hinsichtlich Operationszeit, Blutverlust und Dauer der Hospitalisierung vorteilhaft. Im Hinblick auf die onkologische Sicherheit ist gezeigt, dass diese zumindest für frühe Endometriumkarzinome auch bei mikroinvasiver Chirurgie (MIC) gegeben ist.

Stadiengerechte Therapie nach FIGO-Klassifikation		
FIGO	Anatomische Ausbreitung	Therapie
I	Begrenzt auf Uteruswand: Abhängig von der myometranen Infiltrationstiefe IA: Tumor begrenzt auf Endometrium oder infiltriert weniger als die Hälfte des Myometriums IB: Tumor infiltriert die Hälfte oder mehr des Myometriums	Hysterektomie, Adnexektomie + Lymphknotenentfernung bei undifferenzierten Karzinomen (G3)
II	Infiltration der Zervix	Erweiterte radikale Hysterektomie nach Wertheim-Meigs
III	IIIA: Tumor befällt Serosa des Corpus uteri und/oder der Adnexe (direkte Ausbreitung oder Metastasen) IIIB: Vaginalbefall und/oder Befall der Parametrien (direkte Ausbreitung oder Metastasen) IIIC: Metastasen in Becken- und/oder paraaortalen Lymphknoten IIIC1: Metastasen in Beckenlymphknoten IIIC2: Metastasen in paraaortalen Lymphknoten mit/ohne Metastasen in Beckenlymphknoten	Erweiterte radikale Hysterektomie nach Wertheim-Meigs Oder palliative Radiatio und Gestagentherapie In Studien: Adjuvante Chemotherapie
IV	IVA: Infiltration von extragenitalen Organen (Blase oder Rektum) IVB: Fernmetastasen Eine Lymphknotenentfernung wird bei schlechter Differenzierung (G3) durchgeführt. Wenn die Lymphknoten nicht operativ entfernt werden (Radiatio des kleinen Beckens)	Palliative Radiatio und Gestagentherapie In Studien: Supportive Chemotherapie

Insofern ist zu postulieren, dass Patientinnen mit frühem Endometriumkarzinom, wenn immer möglich, durch MIC zu behandeln sind und die „robotische Assistenz“ hierbei helfen sollte, den Anteil minimal-invasiv behandelter Patientinnen zu steigern. Aufgrund der Komorbiditäten der betroffenen Patientinnen ist hier der Vorteil der MIC besonders ausgeprägt.

Nachsorge

Engmaschige gynäkologische Kontrolluntersuchungen erscheinen in den ersten 2-3 Jahren vierteljährlich gerechtfertigt. Die Nachkontrollen nach Endometriumkarzinom müssen auch Zweitkarzinome wie Mamma- und Kolonkarzinome im Auge behalten. ■

(Literatur bei den Autoren)

Weitere Informationen: www.unifrauenklinik-kiel.de

NACHBETREUUNG ONKOLOGISCHER PATIENTINNEN

Nicht wenige Patientinnen mit gynäkologischen Karzinomen fühlen sich nach ihrer Erkrankung mit ihrer weiblichen Identität, ihrem Selbstwertgefühl und auch ihrer Sexualität betroffen. Sie sind erschüttert und nicht in der Lage, darüber zu sprechen. Dabei ist Sexualität in der Nachsorge ein wichtiges Thema.

Die Kommunikation dazu spielt im Arzt-Patientin-Verhältnis eine große Rolle. Für den Arzt ist diese Situation oft eine besondere Herausforderung. Wie bringt er/sie am besten das Gespräch auf dieses Thema? Der Bericht über ähnliche anonyme Fallbeispiele lockert meist die Situation. Ganz wichtig für betroffene Frauen: sexuelle Veränderungen sind kein Versagen.

Eine Studie in den USA zeigte, dass beinahe die Hälfte der befragten Frauen mit einem Ovarialkarzinom über eine deutlich eingeschränkte Libido sprachen. Sexuell aktive Patientinnen der Studie klagten zu 80 % über eine trockene Vagina, 62 % über Schmerzen und 75 % hatte Probleme beim Orgasmus. Sie erhielten sehr individuelle Therapieansätze.

Eine wichtige Erkenntnis aus dieser Studie: Sexuelle Funktionsfähigkeit ist keinesfalls gleichbedeutend mit sexueller Zufriedenheit. Dies sollte auch Beachtung in den Nachsorgetherapien finden.

Fazit dieser Erkenntnisse: Psychoonkologische und sexualmedizinische Betreuung gehören unbedingt zur Nachsorge. Ärzte müssen dafür sorgen, dass diese Themen als selbstverständlich angesprochen werden. Sie gehören zur Lebensqualität.

(Quelle: GynKongress_DGGG2016)



BLUTKREBS „LOOK GOOD FEEL BETTER“

so nennt sich die Initiative der DKMS LIFE GmbH (ehemals Deutsche Knochenmarkspenderdatei), die mit einer Vielzahl von Aktionen und der Unterstützung von Unternehmen kostenlose Kosmetikseminare für betroffene Krebspatientinnen anbietet.

Die meisten Krebspatientinnen leiden stark unter den Auswirkungen ihrer Krankheit. Die vom Krebs und den Therapien hervorgerufenen Veränderungen der Lebensqualität müssen bewältigt werden. Das Schlimmste, so eine Patientin, waren Wimpern und Augenbrauenverluste. Da machte sich die Krankheit äußerlich sichtbar und sie fühlte sich zum ersten Mal wirklich krank.

„Look good feel better“ vermittelt diesen betroffenen Frauen Tipps zur Gesichtspflege, zum Schminken und zum Umgang mit dem Haarverlust. Die Teilnehmerinnen dieser kostenlosen Seminare berichten in einer Umfrage von ihren Erfahrungen und der



Steigerung ihrer eigenen Attraktivität und Lebensqualität sowie dem damit verbundenen Selbstwertgefühl.

Ihr Urteil: Empfehlenswert!

Bundesweit organisiert DKMS LIFE jährlich zahlreiche Kosmetikseminare in Krankenhäusern, Krebsberatungsstellen, sozialen und medizinischen Einrichtungen, um möglichst vielen Frauen und Mädchen Hoffnung und Lebensmut zu spenden. Eine hilfreiche Unterstützung während der Therapie und im Prozess der Heilung.

(Quelle: DKMS LIFE GmbH, Kontakt: www.dkms-life.de)



DIE DEUTSCHE KREBSHILFE HILFT VERSTEHEN!

Für alle Leserinnen und Leser, die Wissen und Begriffe nachschlagen wollen, gibt es die „Blauen Ratgeber“.

Über folgenden Kontakt finden Sie, was Sie suchen:

<https://www.krebshilfe.de/informieren/ueber-krebs/infothek/>

Lebensstilfaktoren

Einfluss auf die Entstehung gynäkologischer Karzinome



Dr. med. Martina Brügge



*Oberarzt, Prof. Dr. med.
Christoph Mundhenke*

*Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Universitätsklinikum
Schleswig-Holstein, Campus Kiel*

Der individuelle Umgang mit einer Krebserkrankung hat in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Doch nicht nur die Bewältigung der bereits ausgebrochenen Erkrankung und die Beeinflussung des weiteren Verlaufes mit Rezidiven oder Progress, sondern auch die primäre Prävention rücken immer mehr in den Fokus - sowohl in der aktuellen Forschung als auch im Auge der Öffentlichkeit.

Im Folgenden sollen in einer Übersicht aktuelle Gesichtspunkte zur Risikoreduktion der Entstehung einer malignen Erkrankung dargestellt werden. Besonderes Augenmerk soll hier auf der Prävention des Mammakarzinoms und des Endometriumkarzinoms (Gebärmutterschleimhaut Karzinom) liegen.

Da es sich beim Mammakarzinom in den westlichen Staaten um die häufigste Krebsart bei Frauen handelt, sind hier bereits zahlreiche Risikofaktoren bekannt und umfassend untersucht. Die meisten Mammakarzinome treten sporadisch (zufällig) auf. Der Anteil des hereditären (genetischen) Mammakarzinoms wird aktuell auf etwa 5 % geschätzt. Genetische Ursachen rücken allgemein zunehmend in den Vordergrund. Hier werden Ratsuchende und Patientinnen mit einer familiären Mammakarzinom-Belastung und erhöhtem Erkrankungsrisiko in speziellen Sprechstunden besonders in Hinblick auf beeinflussbare Risikofaktoren beraten (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Modifizierbare Risikofaktoren für Mammakarzinome

- BMI < 18,5 und > 25 (besonders > 40, Adipositas)
- Diabetes mellitus Typ II
- Ernährung
- Alkoholabusus
- Nikotinabusus
- Schlafmangel (Nachtarbeit, Schichtarbeit)
- Verminderte körperliche Aktivität
- Geringe Laktationsperiode (< 1,5 bis 2 Jahre Gesamtstilldauer)
- Hormontherapie (Östrogen/Gestagentherapie in der Postmenopause)

AGO-Leitlinie: Diagnostik und Therapie von Patientinnen mit primärem und metastasiertem Brustkrebs. Aktuelle Empfehlung, 04/2016

Dennoch sind auch nicht-modifizierbare Risikofaktoren wie etwa die Dichte des Brustdrüsenkörpers oder höheres Alter ausschlaggebend (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Nicht-modifizierbare Risikofaktoren für Mammakarzinome

- Höheres Alter
- Genetisches Risiko, familiäre Krebsanamnese
- Eigene Brustanamnese
 - Mammakarzinom, DCIS oder Hochrisikoläsionen in der Vorgeschichte
- Hohe Brustdichte
- Zustand nach Brustwandbestrahlung
- Anzahl der Menstruationszyklen
 - Frühe Menarche, späte Menopause
 - Geringe Geburtenzahl, keine Schwangerschaft

AGO-Leitlinie: Diagnostik und Therapie von Patientinnen mit primärem und metastasiertem Brustkrebs. Aktuelle Empfehlung, 04/2016
AGO-Leitlinie: Diagnostik und Therapie von Patientinnen mit primärem und metastasiertem Brustkrebs. Aktuelle Empfehlung, 04/2016

Auch für die Entstehung des Endometriumkarzinoms sind heute einige Risikofaktoren bekannt, die zugleich wichtige präventivmedizinische Ansatzpunkte darstellen (vgl. Tabelle 3). Seltener liegt hier eine genetische Ursache zugrunde, wie sie beispielsweise beim Lynch-Syndrom nachzuweisen ist (HNPCC, hereditäres nicht-Polyposis-assoziiertes kolorektales Karzinom).

Tabelle 3: Risikofaktoren für Endometriumkarzinome

- Adipositas
- Diabetes mellitus Typ II
- Arterielle Hypertonie
- Nulliparität
- Anzahl der Menstruationszyklen
 - Frühe Menarche, späte Menopause
- PCO-Syndrom
- Familiäre Häufung
- Tamoxifen-Einnahme

Kompendium Gynäkologie und Geburtshilfe, Wischnik 2016

Ernährung

■ **Ernährungszustand und Adipositas:** Hier spielt bekanntermaßen der Ernährungszustand der Frauen eine wesentliche Rolle, definiert durch einen „normalen“ BMI. Während die WHO einen BMI zwischen 18,5 und 24,9 kg/m² als normales Gewicht definiert, hat der Report der World Cancer Research Funds die Grenzen mit 21 bis 23 kg/m² etwas enger gefasst. Von Adipositas spricht man ab einem BMI von 30 kg/m². Adipositas zählt zu den wesentlichen Risikofaktoren bei der Entstehung von Karzinomen im Allgemeinen.

The Million Women Study konnte eine Risikoerhöhung für Mammakarzinome von bis zu 30 % bei stark übergewichtigen postmenopausalen Frauen zeigen. Das Risiko für die Entstehung des Endometriumkarzinoms steigt proportional zur Größe des BMI, entsprechend besteht das größte Risiko über 40 kg/m² (Adipositas permagna). Zusätzlich erkranken adipöse Frauen in einem jüngeren Alter öfter als normalgewichtige Frauen an einem Endometriumkarzinom.



■ **Obst und Gemüse:**

Die Effekte einer vermehrten Aufnahme von Obst und Gemüse scheint nur einen geringen Effekt auf

die Krebsentstehung zu haben. Indirekt werden diese Auswirkungen vermutlich durch eine konsekutiv erleichterte Gewichtsabnahme und die daraus resultierenden günstigen Risikominderungen hervorgerufen. Für das Mammakarzinom ist gezeigt, dass sich positive Effekte erst bei intensiver Nahrungsumstellung und reduzierter Fettaufnahme ergeben. Hinweise auf Reduktion des Endometriumkarzinomrisikos gibt es für den Verzehr von Nüssen.

■ **Proteine und Soja:** Hier spielen vor allem Untersuchungen im Bereich der Isoflavone, also sogenannter Phytoöstrogene eine Rolle. Isoflavone kommen u.a. in Sojabohnen, Sojamehl und Kichererbsen vor. Isoflavonoide weisen wegen ihrer chemischen Ähnlichkeit mit 17-Keto-steroiden in hohen Dosen eine schwache geschlechtshormonelle Wirkung auf. Diskutiert werden sowohl östrogene als auch anti-östrogene Wirkungen. Bislang konnte nur für den asiatischen Raum eine protektive Wirkung der Isoflavone für das Mammakarzinom bei prä- und postmenopausalen Frauen nachgewiesen werden, für den westlichen Raum lässt sich ein solcher Zusammenhang bislang nicht beweisen. Vielfach in den Medien diskutiert ist der Einfluss von Sojaprodukten auf hormonabhängige Mammatumore. Bislang konnte weder ein nachteiliger oder protektiver Effekt eindeutig bewiesen werden.

In einer weiteren Metaanalyse ließ sich ebenfalls für das Endometrium- als auch für das Ovarialkarzinom ein inverser Zusammenhang zwischen Sojakonsum und dem Auftreten dieser Krebsarten zeigen; dies allerdings unter Vorbehalt, da die Autoren selbst die Datenlage als heterogen einschätzten und die Durchführung weiterer Kohortenstudien als notwendig erachteten.

■ **Vitamine:** In der westlichen Welt ist normalerweise eine ausreichende Zufuhr von Vitaminen über die Ernährung gewährleistet. Unter gewissen Umständen kann es in speziellen Situationen (z.B. Schwangerschaft, Chemotherapie) zu einem erhöhten Bedarf kommen. Unterschieden werden zwischen den natürlicherweise in der Nahrung vorkommenden Mikronährstoffen und den Supplementen. Bislang konnte in Studien keine Senkung des Erkrankungsrisikos gynäkologischer Malignome nachgewiesen werden. Insbesondere nicht für die vielfach erhältlichen und beworbenen Supplemente. Hier wird sogar z.T. ein nachteiliger Effekt diskutiert. Daher wird von einer allgemeingültigen Empfehlung zur Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln abgesehen, wenn nicht sogar abgeraten, da sich die Effekte zum aktuellen Zeitpunkt nicht abschätzen lassen. Stattdessen wird generell eine ausgewogene Ernährung empfohlen.

■ **Fleisch:** Der häufige Verzehr von (rotem) Fleisch scheint das Karzinomrisiko zu erhöhen. Dies trifft insbesondere für „verarbeitetes“ Fleisch zu, also Fleischwaren, welche durch räuchern, beizen, salzen oder durch Zusatzstoffe haltbar gemacht wurden. Fleisch und tierische Produkte können jedoch auch eine wichtige Quelle für Nährstoffe wie Protein, Eisen, Zink und Vitamin B₁₂ sein. Daher wird weder zu einem generellen Fleischverzicht noch Fleischkonsum aufgerufen. Die Begrenzung auf ca. 300 g rotes Fleisch pro Woche und Vermeidung von verarbeiteten Fleischwaren sind die aktuellen Empfehlungen des World Cancer Research Fund Reports.

■ **Tee und Kaffee:** Kaffeetrinken scheint invers mit dem Krebsrisiko zu korrelieren. Mehrere Metaanalysen haben gezeigt, dass Kaffeekonsum (dosisabhängig) das Risiko für die Entwicklung eines Endometriumkarzinoms reduziert. Der günstige Effekt, der insbesondere grünen Tees nachgesagt wird, bedingt sich durch die darin enthaltenen Catechine. Catechine gehören ebenfalls zu den Flavonoiden und haben ein hohes antioxidatives Potenzial. Enthalten sind sie in geringeren Mengen auch in Schwarztees. Catechine gelten als Radikalfänger und hemmen die Proliferation von Tumorzellen, fördern Apoptose und können Angiogenese hemmen. Eine generelle Empfehlung zum großzügigen Konsum lässt sich aber jedoch aufgrund der geringen Datenlage und der entsprechenden Nebenwirkungen von Tee und Kaffee (noch) nicht allgemein gültig ableiten.

Genussmittel

■ **Alkohol:** Alkoholkonsum erhöht das Risiko für hormonrezeptor-positive Mammakarzinome. Ethanol hat nachweislich einen Einfluss auf die Östrogenbildung. Bereits geringe Mengen erhöhen den Östrogenspiegel im Blut. Untersuchungen belegen eine statistisch signifikante Risikoerhöhung für hormonrezeptor-positive Mammakarzinome ab einem täglichen Alkoholkonsum von 10 g. Das Risiko steigt beispielsweise für östrogenrezeptor-positive Tumore um 12 %. Die Risikoerhöhung ist abhängig von der konsumierten Alkoholmenge. Ab einem täglichen Alkoholguss von mehr als 40 g erhöht sich das Risiko um etwa 30 %.

Im Allgemeinen spricht die WHO von einem risikoarmen Alkoholkonsum < 20 g pro Tag bei Frauen (Männer: < 30 g pro Tag), dies entspräche in etwa 0,2 l Wein oder 0,5 l Bier. Die Steigerung des Brustkrebsrisikos ließ sich für prämenopausale als auch für postmenopausale Frauen nachweisen.

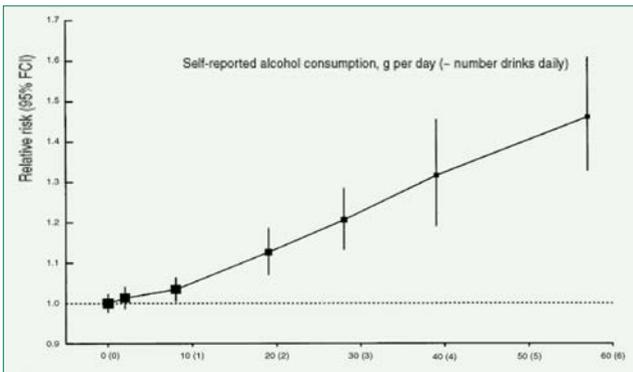


Abb. 1:
Linearer Zusammenhang zwischen Brustkrebsrisiko und der täglich konsumierten Alkoholmenge (Hamajima et al., 2002)

Für das Endometriumkarzinom ist der Einfluss des Alkoholkonsums im Vergleich zum Mammakarzinom nicht eindeutig geklärt. Während ein geringer Alkoholguss (< 15 g pro Tag) mit einem verminderten Risiko für ein Endometriumkarzinom assoziiert zu sein scheint, steigt das Risiko bei einem erhöhten Konsum von mehr als 20 g pro Tag jedoch wieder an. Diesbezüglich existieren widersprüchliche Aussagen. Allerdings deuten zahlreiche Auswertungen daraufhin, dass auch hier ein dosisabhängiger Zusammenhang besteht.

■ **Rauchen:** Übereinkunft besteht in der Annahme, dass Rauchen das Risiko für die Entwicklung eines Mammakarzinoms erhöht. Hier gibt es Untersuchungen, die eine klare Dosis-Wirkungsbeziehung aufzeigen. Bezüglich des Zusammenhangs zwischen der Entstehung von Endometriumkarzinomen bzw. deren Vorstufen liefern Studien noch widersprüchliche Aussagen. Aufgrund der vermuteten anti-östrogenen Wirkung des Nikotins scheint Rauchen insbesondere bei postmenopausalen Frauen sogar ein protektiver Faktor zu sein. Bei jüngeren (v.a. prämenopausalen) Frauen lässt sich

dieser Zusammenhang nicht verifizieren, bzw. hier scheint Rauchen eher einen nachteiligen Effekt auf die Entstehung von endometrialen Karzinomen zu haben.

Sport

Zum Nutzen körperlicher Aktivität im Hinblick auf das Erkrankungsrisiko existieren zahlreiche Studien. Laut World Cancer Research Fund ist eine täglich moderate körperliche Aktivität von ca. 30 min empfehlenswert. Angegeben wird dies beispielsweise mit schnellem Gehen. Betrachtet über alle Tumorentitäten, wird der Vorteil mit einer Reduktion von ca. 4 % angegeben. Mit der Änderung des Lifestyles kann das Erkrankungsrisiko langfristig gesenkt werden. Eine zusätzliche Stunde moderater Freizeitaktivität pro Woche senkt das Risiko eines Endometriumkarzinoms um 5%.



Psyche

Entgegen der landläufigen Meinung, dass Krebsentstehung auch durch psychosoziale Faktoren bedingt ist, ist die Datenlage in diesem Bereich inkonsistent. Der Einfluss stressbehafteter Ereignisse (i.e. Tod/Krankheit im näheren Umfeld, beruflicher Stress/Kündigung, vorbestehende Depression) wird kontrovers diskutiert. Eindeutige Ergebnisse konnten bislang nicht geliefert werden.

Schlaf und Arbeit

Schichtarbeit scheint mit einem erhöhten Risiko für die Entstehung von Mammakarzinomen zu korrelieren. Diese Ergebnisse sind jedoch sehr heterogen und zu berücksichtigen ist bei dieser Annahme v.a. die Tatsache, dass sich in der Gruppe der Schichtdienstenden ein erhöhter Anteil von Rauchern und Übergewichtigen befindet. Daher ist die Interpretation solcher Ergebnisse vorsichtig vorzunehmen. Für das Endometriumkarzinom wurde bislang kein Zusammenhang zwischen Schlaf und der Krebsentstehung gefunden.

Tamoxifen

Unter „Lifestyle“ fällt für viele Frauen mittlerweile auch die Möglichkeit, „einfach prophylaktisch eine Tablette einzunehmen“. Insbesondere in den USA ist dieser Gedanke zunehmend vorhanden. Es gibt Hinweise auf einen protektiven Effekt von Tamoxifen bei hereditären Mammakarzinomen. Die Empfehlung zur präventiven Einnahme von Tamoxifen wird jedoch zumindest bislang in Deutschland aufgrund des Nebenwirkungsprofils sehr zurückhaltend gesehen. ■

(Literatur bei den Autoren)

Weitere Informationen: www.unifrauenklinik-kiel.de

KONTROVERSE ERNÄHRUNGSTHESEN AUF DEM PRÜFSTAND

14. Dreiländertagung der Deutschen-, Österreichischen- und Schweizer Gesellschaft für Ernährung

Zum Thema Ernährung kursieren zahlreiche Mythen. Auch die Medien greifen oft Ernährungsfragen auf und stellen diverse – nicht selten von der vorherrschenden Lehrmeinung abweichende – Thesen auf. Einige der Behauptungen entsprechen nicht dem aktuellen Stand der Wissenschaft. Daher stellte die 14. Dreiländertagung der Ernährungsfachgesellschaften aus Deutschland, Österreich und der Schweiz kontrovers diskutierte Ernährungsthesen auf den Prüfstand.

Prof. Dr. Helmut Heseker, Universität Paderborn, der zusammen mit Prof. Ulrike Arens-Azevêdo, Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg (HAW), die wissenschaftliche Leitung der Tagung innehatte, sagte: **„Immer wieder werden wissenschaftliche Erkenntnisse in Zweifel gezogen und in der Laien- und Fachpresse kontrovers diskutiert. Mit dieser Dreiländertagung wollen wir uns die Fakten genau ansehen und dazu beitragen, einige Widersprüche auszuräumen.“**

320 Teilnehmer aus Ernährungswissenschaft und -wirtschaft, Mediziner und Diätassistenten tauschten sich im Oktober 2016 über aktuelle Forschungsergebnisse zu kontrovers diskutierten Ernährungsthesen in Hamburg aus. Im Fokus standen u. a. der Einfluss des Fruktose- und Zuckerkonsums auf Stoffwechselkrankheiten, Ernährungsempfehlungen für Nahrungsfette, die Referenzwerte für die Proteinzufuhr, die Speisesalzzufuhr sowie der

Sinn und Unsinn von Nahrungsergänzungsmitteln. Ein Themenblock der Veranstaltung nahm kontrovers diskutierte Lebensmittelgruppen wie Milch und Milchprodukte, rotes Fleisch und „Frei von“-Produkte unter die Lupe.

Sind Milch und Milchprodukte empfehlenswert?

Prof. Dr. Bernhard Watzl vom Max Rubner-Institut in Karlsruhe ging in seinem Vortrag der Frage nach, ob aktuelle Verzehrempfehlungen für Milch und Milchprodukte wissenschaftlich begründet sind. Denn obwohl sie wertvolle Nährstoffe wie hochwertige Proteine, B-Vitamine, Calcium und verschiedene Spurenelemente enthalten, sind Verbraucher in Deutschland zunehmend über den gesundheitlichen Wert von Milch und Milchprodukten verunsichert.

„Hintergrund hierfür sind nicht neue wissenschaftliche Erkenntnisse zur gesundheitlichen Wirkung dieser Lebensmittel, sondern individuelle Einschätzungen einzelner Personen, die über die heutigen Kommunikationsmöglichkeiten eine weite Verbreitung finden“ sagte Watzl.

Die Ergebnisse epidemiologischer Studien weisen darauf hin, dass der moderate Verzehr von Milch und Milchprodukten mit leichten gesundheitlichen Vorteilen hinsichtlich des Risikos verschiedener Krankheiten einhergeht. Lediglich für **Prostatakrebs** wurde ein erhöhtes Erkrankungsrisiko bei einem sehr hohen Verzehr von mehr als 1,2 Liter Milch pro Tag beobachtet.

Der Orientierungswert der DGE von 200-250g Milch und Milchprodukten sowie 50-60 g Käse pro Tag ist daher weiterhin eine gute Richtschnur.

Erhöht rotes Fleisch das Risiko für Dickdarmkrebs?

Nur in 10 % der 70 000 **Dickdarmkrebs**-Fälle, die jährlich neu diagnostiziert werden, ist die Tumorentstehung erblich bedingt. Neben Rauchen, hohem Alkoholkonsum, Bewegungsmangel, zu wenig Ballaststoffen, einer fett- und kalorienreichen Ernährung **gilt auch der häufige Konsum von stark erhitztem rotem Fleisch als Risikofaktor**, stellte Prof. Dr. Pablo Steinberg, Stiftung Tierärztliche Hochschule Hannover, fest.

Die International Agency for Research on Cancer (IARC) hat den Konsum von rotem Fleisch aufgrund der wissenschaftlichen Evidenz als „möglicherweise krebserregend für den Menschen“ und den von Fleischerzeugnissen als „krebserregend für den Menschen“ eingestuft. Beim Erhitzen können eine Vielzahl von Substanzen auf oder im roten Fleisch gebildet werden, die eine wichtige Rolle bei der Auslösung von Dickdarmkrebs spielen können: die polycyclischen aromatischen Kohlenwasserstoffe (PAKs), die heterocyclischen aromatischen Amine (HCAs) sowie exogen gebildete

Nitrosamine. Neuere Studien legen nahe, dass endogen gebildete N-Nitrosoverbindungen (NOCs), die durch den Verzehr großer Mengen an rotem Fleisch entstehen, als Dickdarmkrebskanzerogene in Betracht gezogen werden müssen. Welche Mechanismen letztendlich zur Entstehung von Dickdarmkrebs führen, sei bis heute nicht nachgewiesen worden, resümierte Steinberg.

„Frei von“-Produkte – ein echter Mehrwert?

Für Menschen mit einer Lebensmittelallergie oder -intoleranz ist das Meiden entsprechender Lebensmittel bis heute das einzige Mittel, um eine Reaktion zu verhindern. Daher sind korrekt hergestellte und deklarierte „Frei von“-Produkte für Betroffene ein Segen. Georg Schächli vom Allergiezentrum Schweiz wies in seinem Vortrag „Frei von“-Produkte zwischen Medizin und Markt“ darauf hin, dass dieses Bedürfnis in den letzten Jahren durch den Trend der „Frei von“-Ernährung überlagert worden ist. Dies sei für echte Betroffene eher kontraproduktiv, weil sie die lebenswichtigen Sicherheitsanforderungen in die Nähe von lockeren Wellness Themen rücke. Die hohe Präsenz der „Frei von“-Produkte sollte nicht dazu führen, dass Menschen ohne Lebensmittelallergien oder -unverträglichkeiten pauschal auf bestimmte Lebensmittel verzichten.

Schächli stellt das Schweizer Allergie-Gütesiegel vor, das fundierte Richtlinien für Produkte definiert, die einen echten Vorteil für Betroffene bieten und über die gesetzlichen Vorschriften hinausgehen. *(Quelle: DGE)*

Die Günter und Regine Kelm Stiftung

*Mit der Stifterin im Gespräch,
Angele Kerdraon*

Eine Stiftung basiert meist auf der Idee eines „Ewigkeitsgedankens“, einem Aspekt mit nachhaltiger Wirkung. Oft sind es eigene Erfahrungen, die den Stiftungszweck begründen. „Bei mir entstand der Gedanke aus Dankbarkeit und der Freude heraus“, sagt Regine Kelm.



Sie erkrankte 2002 an Krebs. Zusammen mit ihrem Ehemann, Günter Kelm, gründete sie die gemeinnützige und private Stiftung zur Förderung der Integrativen Krebstherapie. Die Stiftung soll dazu beitragen, die immer noch bestehende Kluft zwischen leitliniengemäßer Tumormedikation und Naturheilkunde zu überbrücken und der integrativen/komplementären Krebsmedizin eine breitere Akzeptanz zu verleihen.

„Mein größter Wunsch ist es, dass sich Kliniken und Ärzte verbünden und sowohl schulmedizinisch als auch komplementär und vor allem individuell behandeln“, so Regine Kelm. Durch ihre eigene Krankengeschichte erfuhr sie, dass eine Behandlung nur dann wirklich erfolgreich sein kann, wenn das Zusammenspiel von Körper, Geist und Seele berücksichtigt wird, ein Teilbereich der komplementären Ansätze.



Regine und Günter Kelm sind überzeugt, dass sie mit der Stiftung einen Beitrag zum weiteren Umdenken in der Krebsbehandlung leisten können – zum Nutzen für alle Patienten. Die derzeit zu beobachtende Weiterentwicklung in Diagnostik und Behandlung von Krebspatienten deutet sie als positive Anzeichen. „Die Zahl der Krebskliniken mit Abteilungen für Integrative Onkologie und die Anzahl der Lehrstühle für Naturheilkunde an den Universitäten wächst“, freuen sich die Stifter.

Regine Kelm hat mit komplementären und auch noch nicht etablierten Heilverfahren beste Erfahrungen gemacht. Sie kann seit nunmehr 14 Jahren, nach anfänglich sehr schlechten Prognosen, ihren Erfolg mit naturheilkundlichen Zusatzverfahren (z. B. Stärkung des Immunsystems durch Infusionen mit Vitaminen und Mineralstoffen) vorweisen. „Es sind Erfolge, die mir – trotz Rückschlägen – eine wunderbare, lebenswerte Zeit geschenkt haben“.

Die Naturheilkunde war für die Stiftungsgründerin schon immer ein Thema, das sie faszinierte. Seit ihrem ersten Gehalt ist sie Mitglied der Carstens-Stiftung. Veronica Carstens gehört zu den Pionieren, die dazu beigetragen haben, dass das Zusammenspiel von Natur und Medizin mit den Jahren immer größere Resonanz und Interesse erfuhren. Schon früh besuchte sie Vorträge und Kurse und befasste sich intensiv mit der damals noch spärlich vorhandenen Fachliteratur.

Regine Kelm ist in Schlangenbad bei Wiesbaden mit zwei Schwestern sehr naturnah aufgewachsen. Ihre Mutter war Kriegswitwe und gezwungen, allein für ihre drei Kinder zu sorgen. Schon früh musste Regine als Älteste Verantwortung übernehmen. Hilfe und Selbsthilfe standen für sie immer an erster Stelle. Seltsamerweise waren es immer wieder an Krebs erkrankte Nachbarn und Freunde, die Hilfe brauchten. Oft musste sie hilflos zuschauen, wie sehr diese Menschen litten und sich oft innerhalb extrem kurzer Zeit verabschiedeten.

Auch an ihrem jetzigen Wohnort am Bodensee machte sie die Erfahrung, dass die herkömmliche Medikation allein für Krebskranke nicht unbedingt die beste und einzige Form einer erfolgreichen Behandlung ist. Kritik übt Regine Kelm auch daran, dass den Patienten gesagt wird: „Sie können essen, was Ihnen schmeckt“. Die Frage, was könnte die Krankheit verursacht haben – wie Rauchen, Alkohol, zu hoher Fleischkonsum, Stress – wird kaum gestellt.

Eine Rehabilitation, in der diese Fragen behandelt werden und wichtig für's Weiterleben sind, wird – im Gegensatz zu jeder Knieersatzoperation – nicht angeboten. Manchmal erinnert sie sich an ihre eigene Vorgeschichte, an eine Nacht, in der sie mit Schmerzen in Brust und Arm aufwachte, die bis in den Hals ausstrahlten. Wenige Tage später ertastete sie einen Knoten in der Brust. „Aber ich war doch erst vor vier Wochen in der Vorsorgeuntersuchung“, hatte sie versucht, sich zu beruhigen.



Es handelte sich um einen schnell wachsenden, aggressiven Tumor, der umgehend entfernt werden sollte. Nach der Operation kam der Anruf ihrer Ärztin: „Sie müssen sich nachoperieren lassen und vermutlich einer Brustamputation zustimmen. Laut pathologischem Befund ist noch restliches Tumorgewebe in Ihrer Brust zurückgeblieben“. Nun nahm das Schicksal seinen Lauf: Amputation, ein falsch sitzendes Implantat, das zur Plage wurde und wieder entfernt werden musste, verschiedene Klinikaufenthalte.

Eine Chemotherapie kam nicht infrage. Aufgrund einer schweren, lange verschleppten Hepatitis in der Kindheit mit anhaltend schlechten Leber- und Blutwerten, wollte sich Frau Kelm auf die strapaziösen Verfahren, die folgen sollten, nicht einlassen. Was nun? In sehr schlechtem Allgemeinzustand führte sie das Glück zu einem Arzt, der als Ganzheitsmediziner mit Praxis an ihrem Wohnort, schon viele Jahre sehr erfolgreich Krebspatienten behandelt hatte.

Mit Hilfe von Infusionen, die ihr neuer Arzt gab, zur Stärkung des Immunsystems – jedesmal war es eine andere, individuelle Mischung – stand sie nach und nach wieder mitten in ihrem schönen Leben, mehr oder weniger beschwerdefrei. Acht Jahre mit Hausbau, Bergwandern, Reisen, Segeln, Skifahren, Gartenarbeit und Enkeln wurden ihr geschenkt. An die Krankheit dachte niemand mehr.

Dann 8 Jahre später der Rückfall mit zwei Rezidiven, erheblicher Gewichtsabnahme und letztendlich Metastasen in Knochen und Lymphknoten. Bei der operativen Entfernung des malignen Gewebes ging der Chirurg auf ihre Bitte ein und schickte eine Gewebeprobe an ihren Arzt. Daraus wurde ein Impfstoff hergestellt. Die Spritzen gab sie sich teilweise selbst, ein ganzes Jahr lang. Dazu kamen wieder regelmäßige Blutkontrollen und Infusionen zur Stärkung der Abwehrkräfte. Bei der Kontrolluntersuchung einige Wochen später waren die CA-Herde verkapselt, d.h. erst einmal unschädlich.

Später machte Regine Kelm erste Erfahrungen mit Hyperthermie. Danach konnte sie bei einer schweren Grippe erstmalig selbständig hoch fiebern und die Krankheit somit ohne Komplikationen und harte Medikamente überwinden. Hyperthermie gehört seitdem in die Reihe der durch die Stiftung getragenen Forschungsprojekte.

Die Stiftung wurde 2011 gegründet. Regine und Günter Kelm hatten zeitlebens hart gearbeitet und haben – auch mit etwas Glück – vom Schicksal mehr geschenkt bekommen als für ein finanziell sorgloses Leben gebraucht wurde. Für die Idee, Geld zum allgemeinen Nutzen sinnvoll anzulegen, hatte sich zunächst ihr Arzt begeistert. Auch unter Medizinern aus dem Bekanntenkreis fand der Gedanke Anklang.

Regine Kelm ist überzeugt vom Erfolg des Zusammenspiels von klassischer onkologischer Medizin und Zusatzbehandlung, „Ich habe bis jetzt fast 15 Lebensjahre gewonnen und erfahren, auch durch Mitpatienten auf meinem/unserem Weg, dass Lebensverlängerung und Lebensqualität auch in schwierigen Fällen möglich sind. Unsere Stiftung ist vergleichsweise klein, aber wir können uns auch vorstellen, mit anderen Stiftungen zusammen zu arbeiten.“

„Wir suchen nach weiteren Medizinern und Therapeuten, die an einer Zusammenarbeit mit uns interessiert sind oder als Co-Autoren in den **Aktuellen Gesundheitsnachrichten** (einem Projekt der Stiftung) eine Plattform wahrnehmen möchten“, kommt Regine Kelm zum Abschluss unseres Gespräches. ■

Die Günter und Regine Kelm Stiftung (www.kelm-stiftung.ch)

Folgende Persönlichkeiten, die auch für neue Wege der Krebstherapie aufgeschlossen sind, konnten für eine Mitarbeit in der Stiftung gewonnen werden:

ADVISORY BOARD:
(beratendes Organ)

Prof. Dr. med. Thomas Cerny, St. Gallen
Präsident der Krebsforschung Schweiz
und Chefarzt der Onkologie im
Kantonsspital St. Gallen

Prof. Dr. med. Marcus Schürmann,
Richterswil,
Leitender Arzt im Zentrum für Onkologie
Paracelsus Spital Richterswil

Dr. med. Andreas Wasylewski, Berlin
Facharzt für Allgemeinmedizin,
Naturheilkunde, Umwelt- und
Nuklearmedizin

Vergabungskommission (Entscheidungsorgan)

Günter Kelm, Kreuzlingen
Stifter und Vorsitzender

Regine Kelm-Protolsky, Kreuzlingen
Stifterin

Dr. med. Robert Kelm, Saulheim
Facharzt für Anästhesie
Universitätsklinik Mainz

Peter Brodbeck, Radolfzell
Praxis für Naturheilkunde

Prof. Dr. med. Felix Gutzwiller, Zürich
Emeritierter Professor für Präventivmedizin und ehemaliger Direktor
des Institutes für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich

Die Stifter sind diesen Herren für ihre wertvolle Unterstützung äusserst dankbar.

Projektunterstützung finden vor allem Personen und Institutionen, die nach individuellen und neuen Wegen in der Krebsbehandlung suchen und im Sinne einer ganzheitlichen Therapie idealerweise Schulmedizin und komplementäre Behandlungsmöglichkeiten optimal verbinden.

Zu den Projekten gehören neben der operativen Tumorbeseitigung die Chemo-, Strahlen- und Hormontherapie, soweit sie notwendig sind und vertragen werden, wie die rechtzeitige Stützung des Immunsystems, Normalisierung des Zellstoffwechsels, Berücksichtigung der psychischen Situation sowie körperliche Aktivierung, Anleitung in Ernährungsfragen und Ergänzung fehlender lebensnotwendiger Vitalstoffe.

Generell konzentriert sich die Stiftung auf die Finanzierung von Projekten, mit denen die weitere Verbreitung der Integrativen Krebstherapie gefördert wird.

Dazu gehören Beobachtungsstudien zur Analyse der Wirksamkeit unterschiedlicher Therapieoptionen, Dokumentationssysteme, die Erstellung und Verbreitung von Broschüren und Informationsschriften, Patienteninformationen und Symposien.

Als Geschäftsstelle der Kelm-Stiftung fungiert die Gemeinnützige Stiftung Empiris. Dorthin sind alle Anfragen zu richten. Alle Anfragen werden von dort an die Gremien der Stiftung weitergeleitet.

- **Gemeinnützige Stiftung EMPIRIS**, Bleicherweg 33, CH 8070 Zürich
- Tel.: +41 44 332 0501; Fax: +41 44 332 0502; www.empiris.ch; info@empiris.ch

Antrag für eine Förderung:

Um für ein Projekt eine Förderung zu erhalten, sind eine Reihe von Fragen zu beantworten:

- Entspricht es dem Stiftungszweck;
- Ist das Projekt gemeinnützig;
- Stimmt die Infrastruktur, um das Projekt durchführen zu können;
- Gibt es einen Bedarf für dieses Projekt oder sind Risiken erkennbar (ethische Aspekte, Reputationsrisiken);
- Ist die Zielsetzung eindeutig formuliert und realistisch;
- Welche Laufzeit hat das Projekt;
- Liegt eine nachvollziehbare Budgetkalkulation vor und welchen Anteil trägt der Gesuchsteller selbst; etc.

Bisher wurden und werden folgende Projekte gefördert:

- **Die Zeitschrift „Aktuelle Gesundheitsnachrichten“**
Projektleiter: Dr. Andreas Wasylewski, Berlin
- **Wissenschaftliche Therapiestudien zur Evaluation der integrativen Onkologie bei senologischen Patienten**
Projektleiter: Prof. Dr. med. Gustav Dobos, Essen
- **Retrospective analysis of mistletoe-induced fever in cancer patients**
Projektleiter: Dr. med. Marc Schlaeppli, St. Gallen
- **Hyperthermie in der multimodalen Behandlung von Krebs**
Projektleiter: Prof. Dr. med. Stephan Bodis/ Niloy Rajan Datta, Aarau
- **Best-case-oncology**
Projektleiter: Dr. med. Boris Müller-Hübenthal, Zürich
- **Intermittierendes Fasten begleitend zur Chemotherapie bei gynäkologischen Krebserkrankungen**
Projektleiter: Prof. Dr. med. Andreas Michalsen, Berlin
- **Entwicklung einer Mistel-Lektin-Messung zur Verbesserung der Misteltherapie bei Kindern**
Projektleiter: Dr. med. Tycho Zuzak, Essen

Weitere Informationen zu allen Projekten finden sich unter: www.kelm-stiftung.ch

Neben den genannten Projekten fördert die Stiftung eine Reihe von Weiterbildungsveranstaltungen wie z.B. des Kantonsspitals St. Gallen, des ESIO Zentrum für Integrative Onkologie, Zürich und der Hufeland Akademie, Bad Mergentheim.

Prävention und Gesundheitsförderung

Neue Strategien für Prävention und Gesundheitsförderung

Prävention und Gesundheitsförderung müssen noch stärker im Alltag der Bürger ankommen. Denn Vorsorge kann entscheidend dazu beitragen, dass bei Millionen Menschen chronische Volksleiden wie Herz-Kreislauf-Probleme, Diabetes Typ 2 einen schwächeren Verlauf nehmen. Dieses Fazit haben rund 300 Fachleute aus Politik und Gesundheitswesen auf dem Kongress „Zukunft Prävention – Neue Strategien zur Prävention chronischer Erkrankungen“ in Berlin gezogen.

Die BARMER GEK, der Kneipp-Bund e.V. und der Dachverband Anthroposophische Medizin in Deutschland (DAMiD) führten die Tagung in Berlin durch. Im vergangenen Jahr hat die Koalition das Präventionsgesetz verabschiedet, das unter anderem mehr Vorsorge in Schule, Kita und Betrieb vorsieht. „Das Präventionsgesetz wirkt. Vorsorge ist und bleibt aber eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. In der nächsten Legislaturperiode sollten die Weichen gestellt werden, um weitere Akteure stärker in die finanzielle Verantwortung einzubinden“, so Dr. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER GEK.

Nachhaltige Strategien und Konzepte für eine gesunde Ernährung

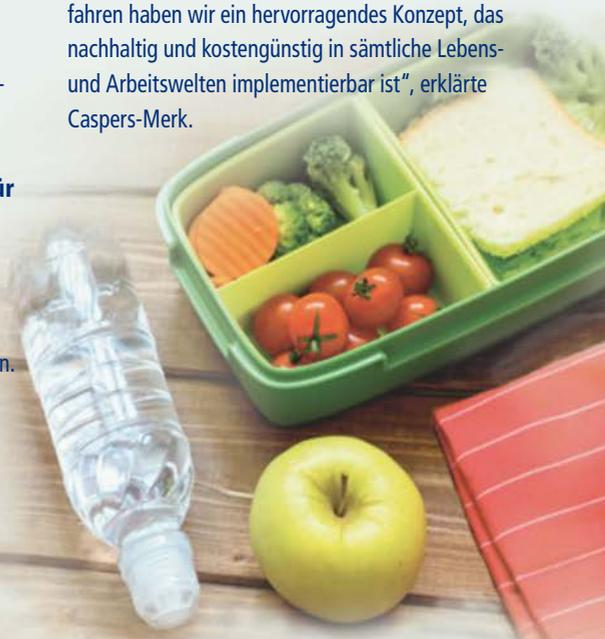
In diesem Zusammenhang sprach sich Straub für mehr Engagement für gesündere Nahrungsmittel aus. Denn eine ausgewogene Ernährung ist ein zentraler Bestandteil, um Volksleiden vorzubeugen. „Wir müssen mehr denn je nachhaltige Konzepte und Strategien entwickeln, damit gesundes Essen auf den Tisch kommt.“

Daher ist es wichtig, bereits in der Kita und der Schule beispielsweise weniger salz- und zuckerreiche Ernährung anzubieten“, so Straub.

Kneipp-Bund stärkt praktische Umsetzungsmöglichkeiten der Prävention

„Durch die verbesserten Lebensbedingungen und die demografische Entwicklung hat sich auch das Krankheitspanorama verändert“, betonte Marion Caspers-Merk, Präsidentin des Kneipp-Bundes. So seien ca. 80% der europäischen Krankheitslast durch chronisch degenerative Erkrankungen verursacht. „Diese Volks- oder Zivilisationskrankheiten sind oft sehr kostenintensiv und belasten unser Gesundheitssystem“, so die ehemalige Staatssekretärin des Bundesgesundheitsministeriums.

Da viele chronische Erkrankungen durch die Lebensführung beeinflussbar seien, ließen sich durch mehr Prävention sowohl die Krankheitslast verringern als auch einhergehende Kosten vermeiden. „Mit den Kneippischen Naturheilverfahren haben wir ein hervorragendes Konzept, das nachhaltig und kostengünstig in sämtliche Lebens- und Arbeitswelten implementierbar ist“, erklärte Caspers-Merk.



Ein Leben nach Kneipp könne den Ausbruch chronischer Erkrankungen, wie beispielsweise Diabetes Typ 2, verhindern, hinauszögern oder den Verlauf abflachen. „Wir müssen die Umsetzung in der Praxis weiter stärken. Dazu gehört vor allem Aufklärungsarbeit, Fachwissen und Informationsweitergabe – unser Kongress soll ein weiterer Schritt in diese Richtung sein“, so die Präsidentin des Kneipp-Bundes.

Die Anthroposophische Medizin fordert, Patienten stärker einzubeziehen

Für den Dachverband Anthroposophische Medizin in Deutschland (DAMiD) liegt in der stärkeren Berücksichtigung der Prävention zugleich die Chance, die Patientinnen und Patienten stärker im Gesundheitswesen einzubinden, so dessen Vorstandsmitglied Dr. Stefan Schmidt-Troschke: „Krankheiten, die die Menschen oft lebenslang begleiten, steigen deutlich an. Rund 30 bis 40% der Deutschen berichten über chronisches Kranksein.

Die Prävention vieler dieser Krankheiten ist nur möglich innerhalb der Lebens-, Bildungs- und Arbeitswelten. Einfache Lösungen greifen zu kurz und verschlingen Ressourcen, die dringend gebraucht werden. Wenn wir wirklich vorankommen wollen in der Prävention, so geht es auch um eine Stärkung der zivilgesellschaftlichen Potenziale. Wir müssen Menschen aktiver herausfordern, die Gestaltung ihrer Lebensbedingungen selbst in die Hand zu nehmen, so dass die Betroffenen zu Beteiligten werden.“

(Quelle: Presseinformation/www.damid.de)

Grippe bei Krebs

Der immungeschwächte Körper eines Krebskranken ist stark anfällig für Infektionskrankheiten wie z.B. eine Grippe.

Wird eine Grippe zu spät diagnostiziert und ist es zusätzlich zu Infektionen mit Bakterien und Pilzen gekommen, kann das zu einer höheren Sterblichkeit führen.

„Vielen Menschen ist nicht bekannt, dass Infektionen die häufigste Todesursache bei Krebsleiden sind“, so Prof. Marie von Lilienfeld-Toal vom Universitätszentrum Jena. Unter Leitung der Jenaer Ärzte wurden Daten von 203 Tumorpatienten aus acht Unikliniken zusammengefasst und analysiert. Das Ergebnis: Schwere Lungenentzündungen und Lebensgefahr drohen vor allem dann, wenn Virusinfektionen zu spät erkannt werden und Infektionen zusätzlich mit Bakterien und Pilzen vorliegen. Die Art des Tumors war dagegen nicht entscheidend. Eine frühe Diagnose und effektive Behandlung können lebensrettend für Krebspatienten sein.

Diese Studie wurde zur Jahrestagung der DGHO im Oktober 2016 in Leipzig vorgestellt und als eine der besten Beiträge prämiert.

(Quelle: PK Bayer AG, Uniklinik Magdeburg)



Individuelle Trainingsprogramme in der Reha-Klinik

Einfluss auf das körperliche Aktivitätsniveau von Brustkrebspatientinnen



*Prof. Dr. Monika A. Reuss-Borst,
Facharztpraxis am Rehabilitations-
und Präventionszentrum Bad
Kissingen/Bad Bocklet*



*PD Dr. Freerk T. Baumann,
Centrum für Integrierte Onkologie
Köln Bonn, Universitätsklinikum
Köln, Innere Medizin 1*

Die Zahl jährlich neu aufgetretener Krebserkrankungen ist in Deutschland von 1980 bis 2006 um 35 % angestiegen. Diese Zunahme ist vor allem auf die demographische Entwicklung und die bevorzugte Manifestation von Krebserkrankungen in höherem Alter zurückzuführen. Teilweise dramatische Fortschritte in der Tumortherapie, aber auch intensivierete Früherkennungsmaßnahmen haben eine deutliche Abnahme der alters-adjustierten Mortalität zur Folge. So hat sich in den letzten Jahren bei zahlreichen Krebserkrankungen die 5-Jahres-Überlebensrate deutlich verbessert und manche, früher rasch tödlich verlaufende Erkrankung, ist im Laufe der letzten Jahre zu einer chronischen Erkrankung geworden. Die Konsequenz dieser positiven Entwicklung ist, dass die Zahl der sogenannten Langzeit-Krebs-Überlebenden („Cancer Survivors“) auch in Deutschland kontinuierlich zunimmt. Insgesamt leben heute mehr als 50 % aller Krebspatienten noch 5 Jahre nach der Diagnose.

Fast alle Krebs-Langzeitüberlebenden leiden (oft über Jahre) an psychischen und physischen Symptomen als Folge der Grunderkrankung und/oder der Therapie. Auch die Folgeerkrankungen wie die Osteoporose und Ko-Morbiditäten spielen eine immer größere Rolle im klinischen Alltag.

Bis etwa zur Jahrtausendwende wurde Tumorpatienten während und nach der Akuttherapie von Sport abgeraten. Nach der Akuttherapie wurden sie meist in die ambulante Weiterbetreuung mit dem gut gemeinten Ratschlag entlassen, sich nunmehr erst einmal von der schweren Erkrankung zu erholen. Sport galt über lange Jahre als kontraproduktiv, für Tumorpatienten sogar gefährlich.

Aufgrund einer Vielzahl von hervorragenden Studien, die die positiven Effekte von Sport auf Körper und Seele eindeutig belegen, wird heute Patienten mit Krebserkrankungen schon frühzeitig im Krankheitsverlauf Sport empfohlen. Dabei sei jedoch hervorgehoben, dass dieser Vorschlag bei Betroffenen oft zunächst negative Assoziationen weckt, was sich bei der Umsetzung der Empfehlungen sogar kontraproduktiv auswirken kann. So verbinden viele Betroffene Sport mit schweißtreibender Anstrengung, mit Wettkampf oder Niederlagen, insbesondere auch bei negativen Erfahrungen z.B. im jungen Alter (Schulsport). Deshalb ist es aus klinischer Erfahrung sinnvoll, (zumindest) zunächst von (ressourcenorientierter) körperlicher Aktivität zu sprechen, wenn es darum geht, den aktuellen Status beim Patienten zu erfragen und ihn zu einem „Mehr an körperlicher Aktivität“ zu motivieren.

Die Motivation zu einer Änderung des meist sedativen Lebensstils ist der entscheidende Schritt bei der langfristigen Umsetzung eines aktiveren Lebensstils.

Eine Vielzahl von Studien und Meta-Analysen haben in den letzten Jahren vielfältige positive Effekte einer moderaten körperlichen Aktivität bei Tumorpatienten nachgewiesen. Körperliche Aktivität steigert die kardiovaskuläre Fitness, insbesondere die aerobe Ausdauerleistungsfähigkeit, verbessert Körperzusammensetzung, Muskelkraft und Muskelmasse und auch Schlafqualität.



Unbestritten ist auch die Besserung der Fatigue-Symptomatik durch körperliche Aktivität. Ergänzt werden diese somatischen Effekte durch eine Vielzahl von positiven psycho-sozialen Auswirkungen körperlicher Aktivität.

So konnte in Studien auch eine Steigerung der mentalen Fitness und kognitiven Leistungsfähigkeit, der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sowie Abnahme von Angst und Depressivität beobachtet werden. Patienten gewinnen durch regelmäßige körperliche Aktivität ihre Selbstständigkeit und Selbstachtung zurück, profitieren von mehr sozialen Kontakten und Informationsaustausch und fühlen sich daher oft weniger sozial isoliert. Dies alles sind Faktoren, die wesentlich zu einer besseren Krankheitsbewältigung („Coping“) beitragen.

In den letzten Jahren weist eine wachsende Zahl von Beobachtungsstudien darauf hin, dass körperliche Aktivität auch die Prognose der Krebserkrankung günstig beeinflussen kann. Die beste Evidenz besteht dabei bislang für das (Hormonrezeptor-positive) **postmenopausale MammaCarcinom** sowie für **kolorektale Carcinome**.

Über die genauen biologischen Mechanismen, was den Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und Krebsprognose anbelangt, ist bislang noch nicht sehr viel bekannt. Diskutiert wird sowohl in der Primär- als auch Tertiärprävention eine Vielzahl von biologischen Mechanismen. Dabei scheint dem Fettgewebe als Produktionsort zahlreicher Mediatoren (z.B. Adiponektine), Hormone (z.B. Östrogene) sowie Zytokine (z.B. TNF-alpha, Interleukin-6) eine wichtige Bedeutung zuzukommen, die durch körperliche Aktivität zu modulieren ist. So hat körperliche Aktivität z.B. anti-inflammatorische Wirkungen, auch lässt sich der Insulinstoffwechsel durch körperliches Training positiv beeinflussen.

Trotz der Fülle von wissenschaftlichen Daten nimmt bei den meisten Patienten die körperliche Aktivität krankheits- und/oder therapiebedingt zunächst deutlich ab. Eine Rehabilitation nach einer Krebserkrankung ist daher grundsätzlich eine geeignete Maßnahme, Patienten zu mehr körperlicher Aktivität zu motivieren, bietet die Krebserkrankung doch für viele Betroffene eine „zweite Chance“, ihr Leben neu zu justieren. **Allerdings scheinen herkömmliche Rehabilitationsverfahren von fixer dreiwöchiger Dauer mit vorgegebenen Therapiestandards (meist Gruppentherapie) eher weniger geeignet, eine langfristige Änderung des Verhaltens unter besonderer Berücksichtigung der individuellen Ko-Morbiditäten, persönlichen Vorerfahrungen und individueller Ziele zu erreichen.** Aus diesem Grund wurde von uns ein individualisiertes Trainingsprogramm für Mamma-Carcinom-Patientinnen entwickelt, mit dem Ziel, dass Patientinnen in einem Trainingsbereich von 15-25 MET-Std. trainieren und dies auch langfristig in ihrem Alltag umsetzen können.



In diesem Kontext generierte die Deutsche Sporthochschule Köln (heute Uniklinik Köln) unter der Leitung von PD Dr. Freerk T. Baumann in Kooperation mit Frau Prof. Monika Reuss-Borst, **eine prospektive, kontrollierte, quasi-randomisierte Studie, um durch ein personalisiertes Bewegungsprogramm in der onkologischen Rehabilitationsklinik eine nachhaltige Änderung des Bewegungsverhaltens zu belegen.**

Dazu wurde zunächst eine detaillierte Anamnese im Bewegungssegment (Gewohnheiten, Vorlieben, Möglichkeiten vor Ort) durchgeführt, um ein hierauf aufbauendes **personalisiertes Bewegungsprogramm** in der Rehabilitationsklinik aber auch am Wohnort zu erstellen. Ergänzend zum personalisierten Bewegungsprogramm wurden die Patienten der Interven-

tionsgruppe (IG) 4 und 8 Monate nach Abschluss der Rehabilitation für je eine weitere Woche in die Rehabilitationsklinik aufgenommen.

Zu Beginn der Reha erhielt die IG (n=11) eine ausführliche Diagnostik u.a. bezüglich ihrer Bewegungs- und Sportgewohnheiten. Entsprechend der Ergebnisse wird der Schwerpunkt der Therapieeinheiten des Bewegungssegments auf die bevorzugte Bewegungsart gelegt und hierfür ein individuelles Übungsprogramm während der Reha aber auch am Wohnort erarbeitet. Fester Bestandteil war auch die Vermittlung in „Sport-nach-Krebs“-Gruppen oder anderen geeigneten Sportgruppen am Heimatort. Die Kontrollgruppe (n=83) erhielt eine leitliniengerechte Standard-Reha ohne weitere Nachbetreuung durch die Klinik. Postalische Nachbefragungen zu körperlicher Aktivität, Lebensqualität, Fatigue und krankheitsbezogenen Ereignissen wurden 4, 8, 12, 18 und 24 Monate nach Beginn der Reha durchgeführt.

Folgende Fragestellungen wurden untersucht:

- 1. Gibt es zu den Katamnesezeitpunkten (4, 8, 12, 18 und 24 Monate nach Beginn der Studie) signifikante Unterschiede bezüglich des Bewegungsverhaltens im Vergleich zu der Kontrollgruppe?**
- 2. Gibt es zu den Katamnesezeitpunkten signifikante Unterschiede im Verlauf von Lebensqualität und Fatigue zwischen Interventions- und Kontrollgruppe?**

Die Ergebnisse zeigen, dass das körperliche Aktivitätsniveau (MET-gesamt) nach 2 Jahren signifikant von 2733.16±2547.95 (t0) auf 4169.71±3492.27 (t5) MET-min/Woche in der Interventionsgruppe anstieg, aber nur leicht von 2858.38±2393.79 (t0), 2875.74±2590.15 (t5) MET-min/Woche in der Kontrollgruppe (Mittel ± Standardabweichung). Darüber hinaus zeigte der Intergruppen-Vergleich nach 2 Jahren ebenfalls signifikante Unterschiede. **Diese Ergebnisse gehen einher mit einem signifikant reduzierten Fatigue-Syndrom und einer erhöhten gesundheitsbezogenen Lebensqualität.**

Schlussfolgerungen: Die Daten zeigen, dass ein personalisiertes, den individuellen Präferenzen und Ressourcen angepasstes Bewegungsprogramm einen nachhaltigen Einfluss auf das körperliche Aktivitätsniveau bei Brustkrebspatientinnen hat. **Es scheint, dass die Personalisierung in der Rehabilitation der Schlüssel für die Nachhaltigkeit positiver Effekte bei Patientinnen nach Brustkrebs ist. ■**

Weitere Informationen: www.reuss-borst-medizin.de

Lachyoga – eine begleitende Therapie

notiert von
Karin Lenk

*Ob man das Leben lachend oder weinend verbringt,
es ist dieselbe Zeitspanne.* (Buddhistische Weisheit)

Diese weisen Gedanken stimmen, denn es ist unser einmaliges Leben, unsere Zeit. Und wer verbringt das Leben schon gerne weinend? Aber Lachen, wenn Mann oder Frau vom Arzt erfahren hat, der Tumor ist bösartig, sie haben Krebs?! Den Betroffenen ist garantiert nicht zum Lachen zumute. Zu Recht. Hilflosigkeit macht sich zunächst breit und das Weinen überwiegt.

Auch das ist normal, denn Tränen sind die Waschanlage der Seele, also raus damit. Wie sagt man: „Rotz und Wasser heulen“. Doch irgendwann sind keine Tränen mehr da und diese Traurigkeit ändert an der Situation nichts; nein, sie schwächt das Immunsystem noch mehr, denn Krebs ist auch Immunschwäche.

Ich weiß, wovon ich schreibe, siehe Krankheitserfahrungen Heft 23/2016. Damals und schon einige Zeit vorher meditierte ich regelmäßig und beschäftigte mich mit der Wirksamkeit dieser und anderer Entspannungsmethoden. Damals, nach der Diagnose Brustkrebs, erkannte ich schnell, ohne Humor geht es hier nicht – auch wenn es Galgenhumor ist. Lachyoga oder Lachen bei einer Erkrankung kannte ich damals nur aus Geschichten und Hörbüchern.

In dem Hörbuch von Rhonda Byrne „The Secret“ hörte ich davon, wie eine Frau nur durch Lachen den Brustkrebs besiegt hatte, also ohne Bestrahlung und Chemotherapie. Sie beschreibt, wie sie alle Negativität aus ihrem Leben verbannt hatte. Ich bin ehrlich, ich war sehr skeptisch, zu viele andere Fälle waren mir bekannt. Aber es soll sie geben, diese Spontanheilungen.

Meine Gedanken waren mit diesem Thema: Lachen gegen Krankheiten in Resonanz. Zu Hilfe kam mir damals meine Anschlußheilbehandlung, dort hatte man das Lachyoga angeboten. Lachyoga in der Onkologischen Rehabilitation. Also ist doch was daran, dass es Therapie ist. Ich war dabei, und für die Psychologin Frau Hoffmann waren diese LY-Stunden eine Herausforderung.

Das Lachyoga in der Reha war für mich von Anfang an sehr hilfreich. Ich fühlte mich gut und spürte mich gut, ich fand es super, richtig ausgelassen zu sein und ich lachte sehr laut und viel. Es war ein schönes Gefühl. Besonders angenehm fand ich die Entspannungsübung nach dem Kichern und Glucksen. Aber ich beobachtete auch die anderen Patienten, ohne jedoch zu urteilen. Da merkte ich schon, für einige ist es gar

nicht so einfach, alles hinter sich zu lassen und zu lachen – ohne Grund. Einige schämten sich, waren peinlich berührt oder voller Widerstand. Frau Hoffmann hat sie einfühlsam aufgefangen. Viele sind zum nächsten Termin nicht wieder gekommen. Ich war weiter dabei, war wissbegierig und wollte die Geschichte der Lachbewegung genau erkunden.



Wie war das mit Krankheiten, die man besiegt hat, hinterher? Man ist offen für Neues, sucht, was hilft, alles zu verstehen. Und es soll nachhaltig stärken. Die Betreuung durch Onkologen war damals nicht so gut, eigentlich hat mich niemand beraten. Ich kümmerte mich selbst, im Juni 2014 ließ ich mich zur Lachyogaleiterin ausbilden. Ich lernte in der

Ausbildung viel und verstand endlich alle Zusammenhänge. Jetzt durfte ich einen Lachclub leiten. HAHA leicht gesagt! Erwachsene lachen am Tag nur noch 15mal, aber Kinder 400mal. Und ich wusste, ich musste aufklären und Geduld haben. Meine Lachübungen machte ich mit einer Kollegin in der Apotheke und mit mir alleine. In Beratungsgesprächen bei Patienten erzählte ich auch davon. Seit Januar 2015 leite ich einen kleinen Lachclub, wir treffen uns regelmäßig. Es kommen auch mal Neue dazu, aber es bleiben manche auch wieder fern. Es gibt noch viel aufzuklären, für mich eine Herausforderung, ich habe Geduld.

In Wien gibt es eine Lachyogaapotheke und viele Firmen organisieren durch das betriebliche Gesundheitsmanagement „Firmenlachyoga“. Das sind die gesundheitlichen Wirkungen des Lachyogas:

- Lachen stärkt das Immunsystem – freie Radikale werden neutralisiert
- Lachen verringert die Schmerzempfindung, da der Körper entzündungshemmende Stoffe produziert
- Lachen fördert Heilungsprozesse
- Lachen lässt die T-Zellen ansteigen – gut für den Zellstoffwechsel
- Lachen normalisiert die Insulin- und Cholesterinwerte
- Regelmäßiges Lachen stimuliert Herz und Kreislauf, der Blutdruck normalisiert sich, die Herzinfarktgefahr wird halbiert
- Lachen regt den Stoffwechsel an und damit die Entschlackung des Körpers
- Lachen verbessert die Funktion der gesamten Atemwege
- Lachen reduziert Stresshormone, setzt Glückshormone frei, Entspannung setzt ein

Und für alle Skeptiker oder für die Akademiker: Es gibt sie, diese Wissenschaft vom Lachen, die Gelotologie. Diese junge Wissenschaft hat das oben Erwähnte nämlich durch Studien erforscht. Wissenschaftler sind davon überzeugt, dass Lachen sowohl einen präventiven als auch einen therapeutischen Wert hat. Die Leichtigkeit des Seins ist für Kinder eine Selbstverständlichkeit. Haben die Erwachsenen in dieser Leistungsgesellschaft schon mal darüber nachgedacht, dass eine Negativspirale, ein „Warum soll ich lachen, wenn es nichts zu lachen gibt?“ an der Situation nichts ändert, sondern noch mehr negative Grundstimmung für die Gesundheit erzeugt und nicht förderlich ist? Unsere Zellen wollen glücklich sein.

Wir müssen unser eigenes „Drogenlabor“ hinter unseren Ohren aktivieren. Endorphine pur! Wer locker ist, offen für neue Sichtweisen und seine Einstellung ändern kann, möchte sie nicht mehr vermissen, diese Glücksmomente. Da ich in einer Apotheke arbeite, weiß ich, dort gibt es keine Glücksspielen, die ohne Nebenwirkungen sind. Pharmabenzodiazepine, Antidepressiva, ... wer Lachyoga regelmäßig praktiziert, der braucht das nicht. Nein, wir müssen unsere kindliche Verspieltheit zulassen. Lachyoga kostet nicht viel, nur Überwindung. Es kann jeder lernen und probieren. Wie wirkt eine Lachsession auf mich und was strahle ich danach auf meine Mitmenschen aus. Es ist spannend und soooo gesund.

Das Lachyoga nach Dr. Madan Kataria, einem Arzt aus Indien, besteht aus Lach-, Klatsch-, Atemübungen und der Albernheit mit Faxen machen, der kindlichen Verspieltheit. Spaß haben und lustig sein. Jeder Teilnehmer, wie er es für sich empfindet, denn es ist kein Lachwettbewerb. Wir lachen miteinander und nicht übereinander. Die Atmung zum Beispiel ist ein wesentliches Merkmal des Lachyogas, eigentlich das wertvollste. Das hohohahaha und das sehr gut, sehr gut yeah sind die anderen typischen Erkennungszeichen einer Lachübung. Das prägende aber ist das he, ha, hu, hi kichern und lachen, Lachen mit Blickkontakt zu den anderen, den Rest erledigen dann die Spiegelneuronen, die Neurowissenschaft erklärt das verständlich.

Es ist erfreulich, dass immer mehr Rehakliniken das Lachyoga im Therapieplan haben. Eine von der Deutschen Krebshilfe herausgegebene DVD „Begleitende Therapien bei Krebs“ macht mir auch Hoffnung auf mehr Bekanntheit. Denn auch da wird Lachyoga bei Krebspatienten genannt. Lachyoga ist eine integrative Krebstherapie. In diesem Sinne: Hohohahaha, lacht Karin Lenk. ■

*„Der Mensch hat gegenüber den Widrigkeiten des Lebens
drei Dinge zum Schutz, die Hoffnung, den Schlaf und das Lachen.“
(Immanuel Kant)*

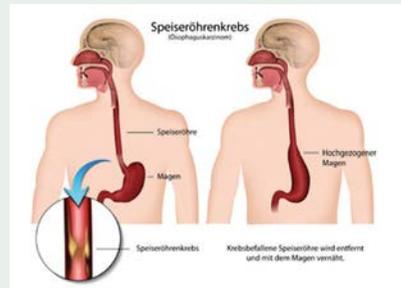
Sodbrennen – ein Risikofaktor für Speiseröhrenkrebs

Wiederholtes Sodbrennen, sogenannter Reflux, erhöht das Risiko, an Speiseröhrenkrebs zu sterben. Das absolute Risiko für die Krankheit bleibt allerdings gering. Das ist das Ergebnis einer Studie in der Fachzeitschrift *Gut*. Als Reflux wird das wiederholte Zurückfließen von Speisebrei in die Speiseröhre aus dem Magen bezeichnet.

Die Wissenschaftler analysierten die Daten von mehr als 4.700 Personen, die starke Refluxsymptome aufwiesen, und rund 51.400 Personen ohne Reflux, die in den Zeiträumen 1995-1997 und 2006 bis 2008 im norwegischen Krebsregister bzw. Krebssterberegister erfasst worden waren. Bei Männern war schwerer Reflux mit einer sechsfach höheren Sterblichkeit am Adenokarzinom der Speiseröhre verbunden, die Sterberate betrug 0,27 pro 1.000 Personenjahre (Zeitdauer-Risiko-Faktor).

Bei Frauen mit Reflux war die Speiseröhrensterblichkeit zwar auch dreieinhalbfach höher als bei Frauen ohne Reflux, jedoch war diese Erhöhung nicht signifikant. Die Sterberate betrug 0,13 pro 1.000 Personenjahre. Auf die allgemeine Krebssterblichkeit, auf die Gesamtsterblichkeit und auf die Sterblichkeit an bösartigen Kopf-Halstumoren oder Lungenkrebs hatte Reflux dagegen keinen Einfluss.

(Quelle: Ness-Jensen, E. et al.: All-cause and cancer-specific mortality in GORD in a population-based cohort study (the HUNT study). Gut, Onlinevorabveröffentlichung am 27. Oktober 2016, doi:10.1136/gutjnl-2016-312514)



Eisenmangel und Lebensqualität

Bei Eisenmangel handelt es sich um die häufigste ernährungsbedingte Erkrankung weltweit, so die übereinstimmende Meinung der Teilnehmer der 3. European Iron Academy. Die Ursachen können in einer streng vegetarischen Diät, Blutverlusten aber auch entzündlichen und tumorösen Prozessen liegen. Eisenmangel zeigt sich mit vielfältigen Symptomen. So können Müdigkeit, Kopfschmerzen oder auch eine erhöhte Infektneigung Anzeichen dafür sein.

Bei vielen Erkrankungen kommt es zu Eisenmangel – eine Korrelation zeigt sich auch in der Häufigkeit von Klinikaufenthalten, der Lebensqualität und auch der Mortalitätsrate. Eine Früherkennung von Eisenmangel ist für eine Reihe von Krankheiten empfehlenswert. Herzinsuffizienz, chronischen Nierenerkrankungen und auch Patienten mit chronischen Darmerkrankungen gilt besondere Aufmerksamkeit.

(Quelle: Quelle: 3. Jahrestagung der European Iron Academy)

Kurkuma gegen Krebs



Dr. med. Andreas-Hans Wasylewski

Die Kurkuma, auch *Curcuma longa* genannt, ist eine aus Südostasien stammende Pflanze. Sie gehört zu den Ingwergewächsen und wird besonders in Indien angebaut. Kurkuma ist ein gelb-oranges Gewürz mit moschusartigem Geschmack, das gemahlen dem bekannten Currygewürz seine gelbe

Farbe gibt. Kurkuma ist jedoch viel mehr als ein Gewürz, es ist bereits seit fünftausend Jahren ein traditionell ayurvedisches Heilmittel mit herausragender Wirkung vor allem als gallenflussanregende und verdauungsfördernde Heilpflanze bekannt.

Indische Wissenschaftler haben festgestellt, dass die Bewohner von Regionen, die eine hohe Menge von Kurkuma speisen, selten krebskrank werden. Auch in bestimmten Regionen Japans, wo Kurkuma regelmäßig als Tee getrunken wird, ist die Lebenserwartung auf den Inseln am höchsten. Frauen leben im Durchschnitt 86 Jahre und Männer 77 Jahre. Die Zahl von 100-jährigen beträgt 34 auf 100.000 Einwohner. Zum Vergleich sind es in den USA nur 10 Personen auf 100.000 Einwohner.

Im internationalen Vergleich der prozentualen Krebserkrankungen pro 100 Einwohnern eines Landes fällt statistisch gesehen die Erkrankungsquote von Brust-, Prostata-, Dickdarm- und Lungenkrebs in Indien zehnmal niedriger aus als in den USA.

Prof. Dr. Bharat B. Aggarwal, US-Amerikaner indischer Herkunft vom Krebszentrum MD Anderson der University of Texas MD in Houston, hat mit seinem Team in jahrelanger Forschung diese Antikrebseffekte nachgewiesen. Die Wirkung von Curcumin wurde von ihm bei allen bekannten Krebsarten getestet und untersucht. Die Ergebnisse zeigen, dass es keine Krebsart gibt, die nicht auf Curcumin anspricht. Er fand heraus, dass es direkt auf die Krebsstammzellen wirkt, sie am Überleben hindert und das Tumorstadium stoppt.

Er hat über 500 Artikel veröffentlicht und ist einer der meist zitierten Wissenschaftler zu diesem Thema. Insgesamt wurde die Wirkung von Curcumin bei Krebs in über 3.000 Studien mit fast allen Krebsarten eindeutig belegt. Schon vor 10 Jahren wurde Kurkuma auf einem Ärztekongress in den USA als einziges Naturheilmittel anerkannt, das zur vorbeugenden und therapeutischen Behandlung von Krebs eingesetzt werden kann – und zwar unabhängig von der jeweiligen Krebsart! Die Einnahme von Kurkuma sollte möglichst hochdosiert und unter ärztlicher Kontrolle erfolgen.

Die bewiesenen Wirkungen des Curcumin bei Krebspatienten:

1. Curcumin hemmt die Entstehung und Ausbreitung von Metastasen (Proliferation)
2. Es aktiviert Gene, die für das Selbstmordprogramm der Krebszelle (Apoptose) zuständig sind
3. Curcumin verhindert die Entwicklung von Blutgefäßen im Tumorgewebe
4. Es macht die Zellmembran der Krebszellen durchlässiger und damit wird die Wirksamkeit der Chemotherapie und Bestrahlung erhöht
5. Es aktiviert auch die Proteine, die auf natürliche Weise die Tumorbildung verhindern.
6. Curcumin wirkt Entzündungen entgegen, in dem es das Protein NF-kB deaktiviert
7. Curcumin stimuliert das Immunsystem gegen Bakterien, Viren, Pilze und Krebszellen
8. Es verhindert die Mutation von vorbelasteten Zellen in Krebszellen
9. Als starkes Antioxidans wirkt es in allen Krebsstadien der Krebsentstehung positiv entgegen
10. Curcumin als Nahrungsergänzungsmittel oder Kurkuma im Essen kann der ganzen Familie helfen, Krebs zu verhüten

Die Dosierung von Kurkuma sollte individuell angepasst werden. Die Studien an Krebspatienten haben ergeben, dass eine Dosis von ungefähr 3.600 mg (3,6 Gramm) eine Apoptose einleitete, die Mitochondrien von Krebszellen gezielt zerstörte, den Zellzyklus von Krebszellen und die Entwicklung von Stammzellen stoppte.

Laut der University of Maryland, werden folgende Dosierungen von Kurkuma empfohlen:

- Wurzel: 1.5 – 3 g pro Tag
- Getrocknet, Pulver: 1 – 3 g pro Tag
- Extrakt (flüssig, 1:1) : 30 – 90 Tropfen pro Tag
- Tinktur (1:2) : 15 – 30 Tropfen, 4 mal am Tag

Die empfohlene Dosis an Curcuminpulver-Supplementen beträgt:

- 400 – 600 mg,
- 3 mal am Tag.

Zahlreiche wissenschaftliche Studien der letzten Jahre haben ergeben, dass die regelmäßige Einnahme von Kurkuma tatsächlich das Leben verlängern und die allgemeine Lebensqualität verbessern kann. Für einen bestmöglichen Schutz gegen Bakterien empfehlen Fachleute täglich 500 mg eines Curcumin-Ergänzungsmittels und 2000 bis 5000 IU Vitamin D einzunehmen.

Kurkuma kann in wohl allen Speisen verwendet werden. Es ist ratsam, sparsam zu dosieren und zu testen, inwieweit man den typischen Kurkumageschmack mag. Eine Überdosis äußert sich in Bitterkeit.



Aus Kurkuma lässt sich außerdem ein sehr gesundheitsförderlicher und leberschützender Tee bereiten, der die Verdauungskräfte harmonisieren und die Entgiftungsfähigkeit des Organismus steigern kann. Dazu rührt man einfach $\frac{1}{4}$ Teelöffel Kurkuma in eine große Tasse Wasser – das Wasser sollte höchstens 80 Grad warm sein – und trinkt diesen Tee mindestens eine halbe Stunde vor den Mahlzeiten.

Gerade für Kinder aber wäre ein Curcuma-Smoothie sehr viel besser geeignet, weil viel köstlicher. Das Rezept für einen leckeren Curcuma-Smoothie besteht aus Mandelmilch, Zimt, Vanille und natürlich Kurkuma.

Breite Anerkennung findet Kurkuma insbesondere durch die positive Wirkung bei vielen Beschwerden und Krankheiten; so z.B. bei Sodbrennen, Blähungen, Verstopfung, Durchfall, Magenkrämpfen und Völlegefühl.

Auch bei Erkrankungen wie Mukoviszidose, Arthritis, Alzheimer-Krankheit, Allergien, erhöhten Fettwerten und Depressionen werden positive Wirkungen registriert.

Mögliche Nebenwirkungen bei Kurkuma Supplementation sind:

1. Bei Schwangeren, Curcumin regt den Uterus an und erhöht das Risiko einer Fehlgeburt
2. Kurkuma erhöht das Risiko für Blutungen und Blutergüsse.
Zwei Wochen vor einer Operation Kurkuma Tabletten absetzen
3. Bei Diabetikern kann Kurkuma den Blutzuckerspiegel absenken
4. Ein erhöhtes Risiko für Nierensteine bei anfälligen Menschen.
5. Kurkuma kann die Eisenaufnahme im Darm verschlechtern.

Fazit: Trotz dieser komplexen positiven Wirkungen des Kurkumas sollten Patienten ihren Arzt informieren, wenn sie Kurkuma als Supplement verwenden. ■

Virus-assoziiertes Krebs: Immunsystem als therapeutisches Werkzeug nutzen

Therapien, die auf die Stärkung des Immunsystems abzielen, um Krebszellen anzugreifen und die Immunevasion durch Viren umzukehren, haben sich in jüngster Zeit als erfolgreiche Strategien gegen verschiedene Krebsarten erwiesen.

Virus-assoziierte bösartige Tumoren machen 10% bis 15% aller menschlichen Krebsarten weltweit aus. Insbesondere wurden 7 Viren mit menschlichen Krebsarten in Verbindung gebracht: das Epstein-Barr-Virus (EBV), das humane Papillomavirus (HPV), die Hepatitis-B- (HBV) und Hepatitis-C-Viren (HCV), das humane Herpesvirus 8, das menschliche T-Zell-lymphotrope Virus und das Merkel-Zell-Polyomavirus (MCPyV).

Trotz einer hohen Prävalenz der Infektion mit diesen Viren entwickeln nur wenige infizierte Personen einen späteren malignen Tumor. Dies unterstreicht die bedeutende Rolle, die Wirts- und Umweltfaktoren bei der Krebsentstehung spielen.

Bei der Infektion machen sich virale Onkogene den Zellzyklus zu eigen und treiben die infizierte Zelle von der G₀-Phase, in der sie sich normalerweise nicht teilt, in die replizierende S-Phase, um die für die virale Genomreplikation und

-übertragung benötigten Bestandteile zu erzeugen. Durch die Zerstörung der Zellzyklus-Checkpoints und der antiapoptotischen Maschinerie können Viren direkt den onkogenen Prozess beeinflussen, indem sie die Zelle dem Risiko aussetzen, karzinogene Mutationen zu erwerben, die eine onkogene Transformation initiieren. Indirekt können Viren auch zur Krebsentstehung beitragen, indem sie einen chronischen Entzündungszustand und oxidativen Stress in den infizierten Geweben induzieren. Zunehmend deuten Hinweise darauf hin, dass die Umgehung der angeborenen und adaptiven Immunität einen fundamentalen Anteil an der viralen Tumorentstehung hat.

Immunevasionsmechanismen dieser Viren spielen bei der Kanzerogenese eine wichtige Rolle. Ein besseres Verständnis dieser Mechanismen hat den Weg für den Einsatz von Immuntherapie geebnet, die sich als eine nützliche Strategie bei der Behandlung von Virus-assoziierten Krebsarten erwiesen haben. Ein besseres Verständnis der Prozesse der Immunevasion bei chronischen Infektionen und bösartigen Tumoren wird auch weiterhin auf die Optimierung der Immuntherapie abzielen, um Remissionen und das langfristige Überleben dieser Patientenpopulation zu erreichen.

(Quelle: (übers. v. MA) JAMA Oncology 2016 Literatur: Rafael Santana-Davila, Shailender Bhatia, Laura Q. M. Chow. Harnessing the Immune System as a Therapeutic Tool in Virus-Associated Cancers JAMA Oncol. Published online November 3, 2016. doi:10.1001/jamaoncol.2016.4574 <http://jamanetwork.com/journals/jamaoncology/fullarticle/2578708>)

Von einem Tag auf den anderen



Wie sich plötzlich von einem Tag auf den anderen das Leben verändert – und nichts ist mehr wie es war

notiert von Ronald Brendel, Berlin

Es begann in unserem Urlaub auf Sardinien mit Schläppigkeit und Rückenbeschwerden. Wir schoben es auf die Anstrengungen einer Auto-Rundreise und ständig wechselnde Betten. Zu Hause verstärkten sich die Symptome, so dass ich es nicht mehr schaffte, ohne fremde Hilfe aus dem Bett aufzustehen. Drei Mal riefen wir die SMH (Schnelle Medizinische Hilfe) an. Nach Verabreichung von Schmerzmitteln wurde es besser und ich konnte in die Notaufnahme des Krankenhauses transportiert werden. Dort wurden Schmerzmitteltropfs verabreicht und schon ging es mir mit der Dröhnung besser. Sofort wurde ich wieder entlassen. Als die Wirkung nachließ, war alles beim Alten und die Qualen begannen von Neuem. Nach dem 3. Mal in der Notaufnahme bestanden meine Frau und ich auf einer stationären Aufnahme. Dort erfolgten eingehende Untersuchungen mit MRT und CT und man stellte Brüche an einigen Wirbelplatten fest. Ein Korsett zur Stabilisierung wurde verordnet und nach einer Woche war ich wieder zu Hause.

Durch Zufall bekamen wir Einsicht in die Befunde der MRT- und CT-Untersuchungen, Dabei stießen wir auf einen Satz mit dem Hinweis des Radiologen: Der Befund sollte durch einen Onkologen abgeklärt werden. Es war das erste Mal, dass im Rahmen der vielen MRT- und CT-Untersuchungen das Wort „Onkologie“ vorkam. Da wir mit dem Begriff nichts anzufangen wussten, konsultierten wir meinen Hausarzt. Dieser veranlasste sofort eine Überweisung in das onkologische Zentrum der DRK Klinik Berlin Köpenick. Sofort erfolgten entsprechende onkologische Untersuchungen.

Dann ging alles sehr schnell, Einweisung in die DRK Klinik Köpenick. Weitere onkologische Untersuchungen folgten und mir wurde die ganze Bandbreite meiner Krankheit erläutert.

Angst baute sich auf, Angst zu sterben, obwohl doch gerade jetzt ein neuer Lebensabschnitt begonnen hatte. Gerade war ich Rentner geworden. Sterben wollte ich nicht, hatte mich doch schon erfolgreich an der Prostata operieren lassen. Also tat ich alles, was in meiner Macht stand, um den Ärzten bei den Behandlungen behilflich zu sein. Die beruhigenden Worte von Frau Dr. Hesse werde ich nicht vergessen: „Sie haben in ihrem Leben nichts falsch gemacht!“ Zu ihr und ihrem Team hatte ich Vertrauen gefasst. Die Behandlung begann sofort, denn mein Körper war bis zu 70 % vom Myelom befallen. Keiner weiß woher, wieso und warum ich betroffen war. Der nächste Schock kam, als mir mitgeteilt wurde, dass diese Art des Krebses nicht heilbar ist. Ich war nun auf das fachliche Wissen der Ärzte und der Wissenschaft und den Zuspruch meiner Familie angewiesen. In meinem Kopf ratterte es.

Die Gedanken, mit denen ich mich beschäftigte, kann ich nicht beschreiben. Eigentlich war ich am Boden zerstört. Ich, der sonst immer alle Fäden des täglichen Lebens selbst in der Hand hielt und für viele Entscheidungen verantwortlich war, war nun abhängig. Es folgten viele Tage im Krankenhaus zur Chemotherapie, zwischenzeitlich mal zu Hause zur Erholung, wo ich mich am Computer noch mehr über diese Krankheit und die Therapien informierte. Immer in der Hoffnung, dass der Stand der medizinischen Entwicklung schon mein Problem lösen kann. Viel reden wollte ich nicht, die tägliche Anwesenheit meiner Frau reichte mir völlig aus.

Nach diversen, leider erfolglosen Chemotherapien wurde mir als weitere Therapie eine Stammzelltransplantation vorgeschlagen. Nach einer Strahlentherapie und einer 14-tägigen Vorbereitung auf die Entnahme der Stammzellen in Berlin-Buch wurde mir mitgeteilt, dass trotz anders lautender Zwischeninformation eine Kommission entschieden hatte, dass auf Grund meines Alters, meiner körperlichen und psychischen Verfassung eine Stammzellentnahme und Transplantation nicht erfolgen könne. Für mich eine unverständliche und niederschmetternde Aussage, die mir im Rahmen der Visite in einer sehr unschönen Art mitgeteilt wurde. Was für mich einem Todesurteil gleich kam. Und das kurz vor Weihnachten.

Auf Grund dieser Negativentscheidung haben wir uns wieder an das DRK-Krankenhaus gewandt, die dortigen Ärzte sind zu einer anderen Einschätzung gekommen und haben auch die empfohlene Weiterbehandlung mit Melphalan nicht verstanden. Nach Konsultation mit dem Vivantes-Klinikum Neukölln und Information medizinischer Studien ist man zu dem Schluss gekommen, diesen Weg nicht zu beschreiten, sondern mich doch auf die Stammzelltransplantation vorzubereiten.

Zum zweiten Mal hatten mir die Ärzte und Schwestern durch den menschlichen Umgang mit meiner Situation das Vertrauen in die Ärzte zurückgegeben und meinen Lebensmut wieder in Schwung gebracht.

Nach weiteren Chemotherapien und körperlicher Stabilisierung wurde ich dann ins Vivantes-Klinikum Neukölln überwiesen und es wurde mit der Vorbereitung für die Stammzellentnahme begonnen. Der behandelnde Arzt erklärte ausführlich und mit viel Geduld unsere Fragen und verscheuchte unsere Bedenken.

In der Charité wurden dann die eigenen Stammzellen entnommen und eingefroren. Im Laufe der letzten Monate habe ich natürlich viel Körpergewicht verloren. Vor allem war ich mit meinen 1,85 m Körpergröße und 85 kg ja nie ein „dicker“ Mensch. Meine Sachen schlotterten an mir herum. Deshalb versorgte mich meine Frau täglich zusätzlich mit Kuchen, um mich aufzupäppeln. Nach Zugabe der eigenen Stammzellen und dem Prozedere der Nachsorge, wo zunächst das Immunsystem heruntergefahren wurde und die Stammzellen wieder anwuchsen, konnte ich Ostern 2014 wieder das Krankenhaus verlassen. Aber immer wieder wird mir gesagt, dass dieser Krebs nicht heilbar ist, sondern in einen schlafenden Zustand versetzt wurde.

Inzwischen sind 2 ½ Jahre nach Wiedergabe der Stammzellen vergangen. Mein Leben ist nie wieder so geworden, wie es einmal gewesen war. Die tägliche Einnahme von Schmerzmitteln ist mein Begleiter, ebenso die Angst im Hinterkopf: Wann beginnt der Krebs wieder zu arbeiten? Mein aufrechter Gang ist einem gebeugtem Gang gewichen, eine von vielen Nebenerscheinungen. Meine Frau wagt es nicht, mit mir weit weg in den Urlaub zu fahren, auch aus Angst, nicht die richtigen Ansprechpartner zu haben, falls es mir schlechter geht. So sind wir weitestgehend auf unser Wohnumfeld angewiesen.

Es wird oft von unserem persönlichen Umfeld leichthin gesagt, lebt jetzt und genießt die Zeit die noch verbleibt. Das ist sicherlich als Aufmunterung und Mutmacher gedacht, aber wie in der Überschrift bereits steht, hat sich unser Leben verändert, da der Krebs unseren Lebensalltag vorgibt. ■

„Ohne Ehrfurcht vor dem Leben, hat die Menschheit keine Zukunft.“

(Albert Schweitzer)

Prostatakrebs: Zusätzliche Bestrahlungen bei Lymphknotenbefall

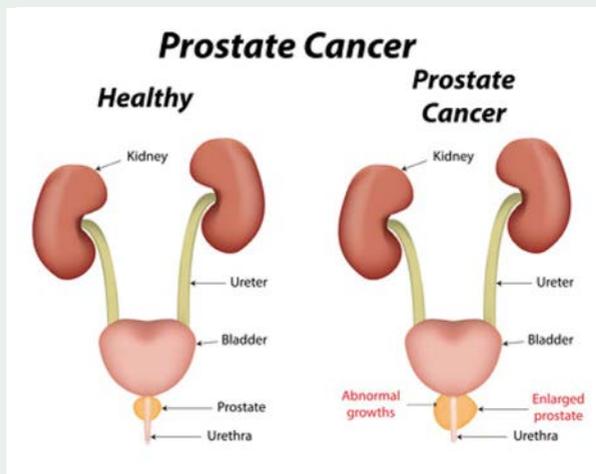
Sind bei Prostatakrebs die Lymphknoten befallen, kann nach der Operation eine Strahlentherapie zusätzlich zur Hormonenzugstherapie Überlebensvorteile bringen.

Wie intensiv Prostatakrebs, der bereits in die Lymphknoten, aber noch nicht in andere Organe gestreut hat, nach der Operation behandelt werden sollte, ist derzeit noch umstritten. In einer aktuellen Studie in der Fachzeitschrift *Cancer* zeigte sich, dass Patienten von

einer Strahlentherapie, die zusätzlich zur unterstützenden (adjuvanten) Hormonenzugstherapie angewandt wird, profitieren können.

An der Studie nahmen mehr als 2.500 Patienten teil, die sich in den Jahren 2003 bis 2011 wegen eines Adenokarzinoms der Prostata einer Operation unterzogen. Bei allen lag ein Lymphknotenbefall vor. Sie erhielten nach der Operation eine unterstützende, sogenannte adjuvante Hormonenzugstherapie, bei der die Wirkung der Androgene, der männlichen Sexualhormone, unterdrückt wird. Rund ein Drittel der Patienten erhielt zudem eine Strahlentherapie.

Die zusätzliche Strahlentherapie wurde häufiger Patienten verabreicht, die ihre Diagnose in den späteren Jahren erhalten hatten, die bei der Diagnose jünger als 65 Jahre waren, die weniger



befallene Lymphknoten aufwiesen oder bei denen bei der Operation positive Tumorränder übrigblieben. Die Patienten, die zusätzlich bestrahlt wurden, hatten ein signifikant besseres Fünf-Jahresgesamtüberleben als die Patienten, die keine zusätzliche Bestrahlung erhielten.

Dabei bestand keine Interaktion zwischen diesem Zusammenhang und anderen potenziellen Einflussfaktoren wie der Zahl der befallenen Lymphknoten, positiven Tumorrändern, dem Gleason-Score oder der Höhe des prostataspezifischen Antigens.

Offenbar verbesserte eine Strahlentherapie zusätzlich zur adjuvanten Hormonenzugstherapie bei Patienten mit Prostatakrebs und positivem Lymphknotenbefall die Prognose, so die Schlussfolgerung der Studienautoren.

(Quelle: Jegadeesh, N. et al.: The role of adjuvant radiotherapy in pathologically lymph node positive prostate cancer. Cancer, Onlinevorabveröffentlichung am 8. November 2016, DOI: 10.1002/cncr.30373)



Europäische Akademie für Naturheilverfahren und Umweltmedizin

Partner für einen Dialog zur Integrativen Krebstherapie

Die „Aktuellen Gesundheitsnachrichten“ und die „News“ werden von der Stiftung Günter und Regine Kelm gefördert. Falls Sie noch nicht registriert sind: **Bitte bestellen Sie die Zeitschrift und die News kostenlos über www.eanu.de** Sie können die Zeitschrift in gedruckter Form oder online bestellen. Alle Anfragen und Hinweise richten Sie bitte an unsere Kontaktadresse:

Europäische Akademie für Naturheilkunde und Umweltmedizin
Grottkauer Straße 24, 12621 Berlin
Tel. +49(0)30 – 55 15 82 48, Fax: +49(0)30 – 55 15 82 49
E-Mail: info@eanu.de; www.eanu.de



In eigener Sache: Wir danken den ehrenamtlichen Helfern, die uns in unserer Arbeit auch für diese Ausgabe wieder unterstützt haben.

IMPRESSUM: Aktuelle Gesundheitsnachrichten, Heft 24/2017

HERAUSGEBER: Europäische Akademie für Naturheilverfahren und Umweltmedizin (EANU),

V.i.S.d.P.: Dr. med. Andreas-Hans Wasylewski,

Dr. Wasylewski GmbH, Grottkauer Straße 24, 12621 Berlin, Tel. +49(0)30-55 15 82 48;

REDAKTIONSTEAM: Dagmar Moldenhauer, Dr. med. A.-H. Wasylewski, Jochen Friedrich, Regine Kelm

Bild: Fotolia.com: Monkey Business (Titel), Robert Knetschke (24), Seralex (28), Kzenon (31), volff (32), 279photo (40), photographee.eu (41), dasuwan (50), rdzi (51), psdesign (53), bilderzweig (49), joshya (57)

Weitere Bildquellen: DKFZ (8-9), DKMS (25), Autoren der Uniklinik Kiel, Prof.Reuss-Borst, Karin Lenk, Regine und Günter Kelm, Joachim Kirchmair, R.Brendel

Redaktionelle Texte und Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers wieder. Sie enthalten Erkenntnisse aus Medizin und Forschung, die einem steten Wandel unterliegen. Für die Aktualität und die Inhalte der Texte sind die Autoren verantwortlich.

Besuchen Sie uns
auf Facebook:

www.facebook.com/EANU.Berlin



ONLINE GEDRUCKT VON

SAXOPRINT

ISSN 2199-9791

(Internet)

ISSN 2199-9805

