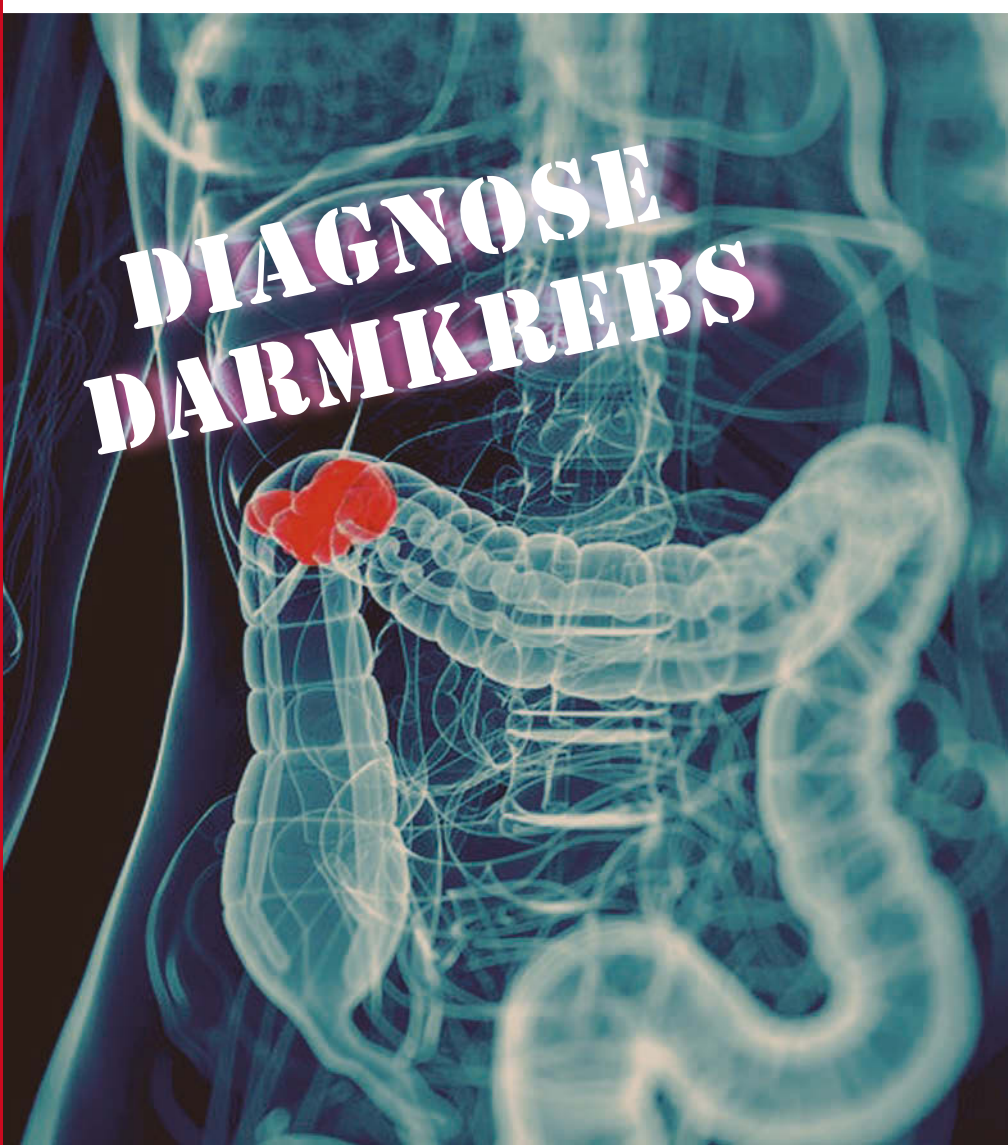




Aktuelle Gesundheits- Nachrichten

*Diagnose Darmkrebs
Integrative Onkologie
in der Schweiz
Krebsrisiko Übergewicht
Psychoonkologie
Eine Buchempfehlung
Prävention mit TimJan*



**DIAGNOSE
DARMKREBS**

Heute im Focus: Darmkrebs



Liebe Leserin, lieber Leser,

geht es Ihnen auch so – immer häufiger erreichen uns Nachrichten aus der eigenen Familie, aus dem Freundes- oder Bekanntenkreis: wieder hat der Krebs ein Opfer gefunden. Unser Mitgefühl und Beistand werden sofort wach. Aber wie kann ich helfen? Wie soll meine Begleitung aussehen?

Aus dem Wissen, das dieses Heft vermittelt, wird auch der Angehörige, der Freund, der Bekannte lernen, wie Körper und Geist des Betroffenen begleitet werden können. Wir können lernen, den Betroffenen mit all seinen Ängsten und Sorgen anzunehmen, ihn oder sie in der Therapie zu begleiten, ihm oder ihr zu zuhören und Mut zu geben.

Das **Thema heute** in diesem Heft ist **Darmkrebs**, gegenwärtig die zweithäufigste bösartige Krebserkrankung. Der Anstieg der Erkrankungen hat in den letzten 30 Jahren bei Männern um ein Drittel, bei Frauen um ein Viertel zugenommen. Erfreulicherweise ist die Zahl derer, die durch eine frühzeitige Diagnose geheilt wurden, bzw. lange mit guter Lebensqualität überlebt haben, ebenfalls angestiegen.

Auch in diesem Heft machen wir Sie wieder mit aktuellen kompetenten wissenschaftlichen Erfahrungen und Behandlungsergebnissen der **Integrativen Krebstherapie** vertraut. Wir stellen Ihnen eine Klinikeinrichtung, Wissenschaftler und Therapeuten vor, die erfolgreich forschen und arbeiten. Und wir zeigen Ihnen Wege, die Sie als Betroffener trotz aller körperlichen und seelischen Erschütterung stark machen können.

Achtsamkeit gegenüber Ihrem Leben, Ihrer Gesundheit gehört zu den Grundsätzen der **Integrativen Krebstherapie**. Dazu zählt auch, Sie immer wieder an vorbeugendes Verhalten sowie einen gesunden Lebensstil zu erinnern. Darmkrebs kann durch Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen frühzeitig erkannt werden. Es gilt die Regel: je früher Darmkrebs erkannt wird, umso besser sind die Heilungs- und Überlebenschancen. Bitte überwinden Sie Ihre Zurückhaltung gegenüber der Vorsorge – werden Sie aktiv.

Mit diesem Heft geht unser Dank an die Günter und Regine Kelm Stiftung, die mit ihrer umfassenden Förderung der Integrativen Krebstherapie auch unsere Arbeit unterstützt.

Ihre *Dagmar Nicolaisen* Redaktionsleitung

■ Günter und Regine Kelm Stiftung – Ein Porträt	2
■ THEMA HEUTE	
Darmkrebs – eine Zivilisationskrankheit	4
Die Erkrankung verstehen, TNM-Klassifikation bei Darmkrebs	10
Bessere Heilungschancen durch Krebs-Früherkennung	12
■ IM BLICKPUNKT	
Integrative Krebsbehandlung – komplementär die Therapie unterstützen Aesculap Klinik, Brunnen/ CH	16
Stellenwert der Mikrowellenablation bei malignen Lungen- und Lebertumoren	24
Psychoonkologie als Integrativer Dialog zwischen Therapeut und Patient	31
■ WISSEN	
Krebsrisiko: Übergewicht	36
Stress schwächt das Immunsystem	38
Erfahrungen der Psychoimmunologie	
Stressbewältigung durch Achtsamkeitstraining	39
Ein Übungsprogramm	
■ ERFAHRUNGEN	
Es geht weiter, Erfahrungsbericht aus Patientensicht	42
„Der König aller Krankheiten Krebs – eine Biografie Eine Buchempfehlung	44
Erschöpfung und Schwäche überwinden	46
Krebs? Will ich nicht. Hab ich nicht. Steve Jobs, das Superhirn von Apple	47
Krebskranke suchen Rat – Der Krebsinformationsdienst	48
■ PRÄVENTION	
TIMJAN – das Wundergetränk aus Südafrika	51
■ AKTUELLES aus der Krebsforschung, Seiten: 9, 21, 22, 34, 35, 49, 50	

Günter und Regine Kelm Stiftung

Idee und Motivation für die Stiftung

Auf Grund von Erfahrungen und Beobachtungen aus der eigenen Krankheitsgeschichte und nachweisbaren Erfolgen mit naturheilkundlichen Zusatzverfahren bei der Behandlung eines Krebsleidens ist bei Regine Kelm der Wunsch entstanden, gemeinsam mit ihrem Ehemann Günter Kelm, eine gemeinnützige private Stiftung ins Leben zu rufen. Die „Günter und Regine Kelm Stiftung“ wurde Anfang März 2011 im Rahmen der Dachstiftung EMPIRIS in Zürich gegründet.

Die Grundidee der Stifter besteht darin, einen Beitrag zu leisten, damit die immer noch bestehende Kluft zwischen herkömmlicher Tumormedizin und Naturheilkunde überbrückt und der integrativen Krebstherapie zu größerer Bekanntheit und Akzeptanz und damit zu weiterer Verbreitung verholfen wird.

Die Stifter sind davon überzeugt, dass ein Umdenken in der Krebsbehandlung stattfinden sollte und dass dies von größtem Nutzen für die Patienten ist. Sie sehen ermutigende Anzeichen für eine Weiterentwicklung in der Krebsbehandlung: die Zahl der Krebskliniken mit Abteilungen für Integrative Onkologie und die Zahl der Lehrstühle für Naturheilkunde an den Universitäten wächst.

Ziele der Stiftung

Zweck der Günter und Regine Kelm Stiftung ist die Förderung von Lehre, Wissenschaft und Forschung sowie Aus- und Weiterbildung auf dem Gebiet der Krebsbehandlung unter Berücksichtigung und Anwendung der Möglichkeiten, die die Naturheilkunde zusätzlich zur Schulmedizin bietet. Es sollen im In- und Ausland Personen und Institutionen unterstützt werden, die nach individuellen und neuen Wegen in der Krebsbehandlung suchen, und zwar im Sinne einer ganzheitlichen Therapie, die schulmedizinische und komplementäre Behandlungsmethoden optimal verbindet.

Integrative Krebstherapie verbindet schulmedizinische, immunbiologische, psychologische, Methoden der Naturheilkunde, abgestimmt auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten. Dazu gehört neben der operativen Tumorbeseitigung, der Chemo-, Strahlen- und Hormontherapie, vor allem eine rechtzeitige intensive Stützung des Immunsystems, Normalisierung des Zellstoffwechsels, Stabilisierung der Psyche, körperliche Aktivierung, Anleitung in Ernährungsfragen und die Ergänzung fehlender, lebensnotwendiger Vitalstoffe.

Projektförderung

Die Stiftungziele sollen durch die Finanzierung von Projekten erreicht werden, mit denen die weitere Verbreitung der integrativen Krebstherapie gefördert wird. Dazu gehören z.B. Schulungsprogramme in integrativer Onkologie, Beobachtungsstudien zur Analyse der Wirksamkeit unterschiedlicher Therapieoptionen, Dokumentationssysteme, die Erstellung und Verbreitung von Broschüren und Informationsschriften, Patienteninformationen.

Projektanträge

Sie können an die Dachstiftung Empiris in Zürich mit Hinweis auf die Günter und Regine Kelm Stiftung, geschickt werden.

Informationen auch unter: www.empiris.ch

*„Den Wind kann man nicht verbieten.
Aber man kann Windmühlen bauen.“ (Niederlande)*

Darmkrebs - eine Zivilisationskrankheit



Dr. med. Andreas-Hans Wasylewski

„Sie fühlen sich großartig, Sie haben einen gesunden Appetit, Sie sind erst fünfzig ... – dann haben Sie die typischen Symptome von Darmkrebs“, mit diesen Worten hat die amerikanische Krebsgesellschaft die Bevölkerung in den USA im Rahmen einer Aufklärungskampagne beunruhigt. Dieser Satz ist bezeichnend für Darmkrebs. Darmtumoren verursachen zuerst keine Beschwerden, sie kommen schleichend und bleiben oft lange völlig unbemerkt. Erst im fortgeschrittenen Stadium

treten Alarmsignale wie Blut oder Schleim im Stuhl auf. Weitere Unregelmäßigkeiten wie: die Verdauung wechselt, mal Durchfall, dann wieder Verstopfung, der Stuhl ist dünn, Stuhldrang, aber dann keine Entleerung, krampfartige Bauchschmerzen; auch Übelkeit, Völlegefühl und Appetitlosigkeit; ebenso Müdigkeit, Abgeschlagenheit sowie ein auffälliger Leistungsabfall oder Gewichtsreduktion können Symptome sein. Sie alle sind leider untypisch und können auch eine ganz harmlose Ursache haben.

Um sich vor Darmkrebs zu schützen, darf man nicht auf seine Symptome warten. Deshalb spielt die Früherkennung bei Darmkrebs eine entscheidende Rolle, und sie ist die wirksamste Waffe gegen diese Erkrankung.

Unter dem **Oberbegriff Darmkrebs** (Kolonkarzinom) werden Krebserkrankungen des Dickdarms (Kolon), des Enddarms (Mastdarm/Rektum) und des Darmausgangs (Anus) zusammengefasst. Man bezeichnet sie auch als kolorektale Karzinome, die mehr als 95% der bösartigen Darmtumoren ausmachen. Die Statistik zeigt allerdings, dass

die meisten kolorektalen Karzinome in den letzten 30 bis 40 Zentimetern des Dickdarms entstehen. Dagegen ist der Krebs im Dünndarm eher selten, ebenso wie die Krebserkrankung der Afterregion (Analkarzinom).

Heute wissen wir, dass 85 bis 90% der bösartigen Darmtumoren Adenokarzinome des Dickdarmes sind, die sich aus den Drüsen der Darmschleimhaut ableiten. Andere bösartige Erkrankungen des Darms wie Karzinoid, Leiomyosarkome und

gastrointestinale Stromatumoren (GIST), die sich aus der glatten Muskulatur bzw. dem Bindegewebe der Darmschleimhaut ableiten, sind selten und machen zusammen weniger als 2% aller Darmkrebsfälle aus. Bei weniger als 1% der Patienten ist der Darmkrebs Folge einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung.

Das Alter leistet ebenfalls einen nicht zu unterschätzenden Beitrag zur Entwicklung des Darmkrebses. Ab dem 50. Lebensjahr steigt das Risiko erheblich an. 90% der Darmkrebsfälle treten nach dem 50. Lebensjahr auf.



Um die Erkrankung in ihrer Komplexität zu verstehen, hier noch ein wenig mehr gesicherte Erkenntnisse. Bei 5 bis 8% aller Erkrankungen liegt eine **erbliche Veranlagung** vor. Heute ist schon nachgewiesen, dass eine genetische Variation auf dem Chromosom 8 für diese Anomalie verantwortlich ist, die das Zellwachstum reguliert oder für Reparaturen am Erbgut zuständig ist. Das kann dazu führen, dass die Entwicklung vom gutartigen Adenom zum Karzinom in 1-2 Jahren durchlaufen wird, statt in 5-10 Jahren. Der häufigste erbliche Darmkrebs ist das HNPCC (hereditäres kolorektales Karzinom ohne Polyposis). Bei Trägern der sehr seltenen familiären adenomatösen Polyposis (FAP) entwickeln sich Hunderte von Polypen im Darm, aus denen in 60 bis 70 Prozent der Fälle Karzinome entstehen. Deshalb sind die regelmäßigen Kontrollen bei allen Familienmitgliedern dringend erforderlich.

Besonders Verwandte ersten Grades von Patienten mit Darmkrebs weisen ein doppelt so hohes Erkrankungsrisiko auf wie Personen ohne betroffene Angehörige.

Von entscheidender Bedeutung für die Diagnose eines Kolonkarzinoms ist die ausführliche Familienanamnese. Bei genetischen Ursachen sollte den Patienten bzw. ihren Familienangehörigen eine humangenetische Beratung empfohlen werden.

Bei Verdacht auf Veränderungen im Darm wird empfohlen, eine **Darmspiegelung (Koloskopie)** mit Biopsie oder Doppelkontrasteinlauf durchzuführen. Gibt es einen eindeutigen Befund des Kontrasteinlaufs, kann auf die Koloskopie verzichtet werden. Die Sonographie des Bauchraumes ist notwendig, um die Leber, Lymphknoten und Nieren darzustellen und anormale Strukturen aufzu-

zeigen. Bei unklarem sonographischen Befund ist eine Computertomographie oder Magnetresonanztomographie erforderlich. Der klassische Stuhltest auf verdächtige Blutspuren zeigt oft sehr viele falsche positive und negative Ergebnisse, deshalb ist derzeit ein Tumormarker-Stuhltest oder Tumormarkerbestimmung im Blut sehr hilfreich.

Die Bestimmung der Tumormarker CEA und CA19-9 hat schon bei Verdacht auf Darmkrebs großen Wert und kann bei positivem Befund zur Therapiekontrolle dienen. Bei einer mikroskopischen Untersuchung von Tumorgewebe kann neben der Tumorart auch die Aggressivität und Wachstumsgeschwindigkeit eines Tumors eingeschätzt werden.

Die sicherste diagnostische Methode bei Verdacht auf Darmtumor ist die Darmspiegelung (Koloskopie).

Diese Untersuchung zeigt Veränderungen und Wucherungen an der inneren Darmwand. Ein Anrecht auf eine kostenlose Darmspiegelung für alle Menschen in Deutschland besteht ab dem 55. Lebensjahr. Darmkrebs kann sehr gut schon in seinen Vorstufen und im frühen Stadium erkannt werden und ist dann heilbar. Im späten Stadium sind die Heilungsaussichten leider schlechter. Etwa ein Drittel aller Patienten mit Darmkrebs hat zum Zeitpunkt der Diagnose bereits Metastasen in anderen Organen. Am häufigsten findet man sie in der Leber und der Lunge. Bildgebende Verfahren sollten das abklären. Heutzutage gibt es gute Chancen, Tochtergeschwülste durch eine Operation oder örtlich zerstörende Verfahren zu bekämpfen. Welche Therapie bzw. Kombination von verschiedenen Therapie-Methoden in Frage kommt, muss individuell entschieden werden.

Anhand der **TNM-Klassifikation** können Darmtumoren nach ihrem Entwicklungsstadium und ihrer Ausbreitung eingeteilt und beurteilt werden. (siehe dazu Seite 10). Diese Einteilungen bestimmen den Krankheitsverlauf und die Heilungschancen. So haben kleine Tumoren ohne Lymphknotenbefall und ohne Tochtergeschwülste eine günstigere Prognose. Beim Dickdarmkrebs ist die Prognose zusätzlich abhängig von der Lage. Je tiefer der Tumor sitzt, desto ungünstiger sind die Heilungschancen, da dort die Streuung von Tochtergeschwülsten (Metastasen) über mehrere Lymphbahnen erfolgt. Um die Darmkrebsproblematik besser zu verstehen, jetzt etwas mehr über die **Ursachen und statistischen Ermittlungen**:

Je früher ein Darmkrebs oder sein Vorstadium entdeckt wird, desto größer sind die Heilungschancen. Trotz verschiedener Aufklärungsaktionen erkranken immer mehr Menschen an einem bösartigen Tumor im Darm. In Deutschland liegt die Zahl der Betroffenen jährlich bei über 70.000 Fällen. Und die statistische Prognose zeigt eine weiter steigende Tendenz. Rund 26.700 Menschen sterben jedes Jahr an dieser Krebsart. In der Liste der Häufigkeit von Tumorarten und in der Statistik der Krebstodesursachen steht der Darmkrebs schon auf Platz zwei. Seit den 1980er Jahren hat die Häufigkeit des Darmkrebs bei Männer und Frauen um 45% bzw. 25% zugenommen. Die Sterberaten nahmen dagegen seit 1980 bei Frauen um insgesamt 35% und bei Männern um 20% ab.

Mit der Krebsfrühdagnostik und besonders mit der Darmspiegelung kann der Arzt heute schon Krebsvorstufen entdecken und sofort entfernen. Würden alle, die Anspruch darauf haben, die Untersuchung machen lassen, könnte die Häufigkeit von Darmkrebs um 90 % sinken.

Derzeit nutzen nur 10% der deutschen Bevölkerung die Möglichkeit der Frühd Diagnose.

Die genaue Ursache für die Entstehung von Darmkrebs ist bis heute noch nicht geklärt. **Einige Risikofaktoren** konnten jedoch wissenschaftlich genau nachgewiesen werden. Ein **hoher Fettkonsum gilt bei Dickdarmkrebs, neben Alkohol und den Schadstoffen im Nikotin** als der größte Risikofaktor. Durch eine zu hohe Fett- und Cholesterinzufuhr werden zu viele Gallensäuren gebildet, die an der Krebsentstehung im Dickdarm beteiligt sind. **Weniger Fett, ausreichend Calcium** sowie **ballaststoffreiche Ernährung** können vorbeugen. Ballaststoffe sind pflanzliche Fasern und Quellstoffe. Sie werden vom menschlichen Körper nicht verdaut, sondern erhöhen lediglich die Stuhlmenge. Sie sorgen für eine kürzere Aufenthaltsdauer der Nahrung im Darm. Somit bewirken sie, dass schädliche Stoffe in relativ kurzer Zeit ausgeschieden werden oder gar nicht erst im Darm gebildet werden können. Zellschädigende Wirkungen werden damit gehemmt.

In unserer Nahrung kommen Ballaststoffe in zwei unterschiedlichen Arten vor. Unlösliche Ballaststoffe, die im Darm Wasser binden und somit quellen, sind in vor allem in Vollkorngetreide enthalten. Die löslichen Ballaststoffe finden wir in Früchten und Gemüse. Bleiben wir bei der Ernährung: Wer mit der Nahrung **viel Magnesium** aufnimmt, hat ein **geringeres Risiko für Dickdarmkrebs**. Das ergab eine US-Studie, die bei mehr als 35.000 Frauen im Alter von 55–69 Jahren

durchgeführt wurde. Frauen mit dem höchsten Magnesium – Konsum hatten gegenüber jenen mit der geringsten Aufnahme ein um 23% gesenktes Risiko, ein Kolonkarzinom zu entwickeln. Für die vor Krebs schützende Wirkung des Minerals Magnesium haben die Forscher folgende Erklärungen: Das Magnesium kann die Wucherungen von Zellen im Dickdarm hemmen.

Wissenschaftlich erwiesen ist auch die schützende Wirkung von Acetyl-salicylsäure (ASS, Aspirin). In kleiner Dosierung (75mg/Tag) kann das Darmkrebsrisiko bis zu 30% gesenkt werden.

In den bisherigen Veröffentlichungen haben wir über unsere Grundsatzgedanken, **Ideen und Ziele der Integrativen Krebstherapie** berichtet. Die Behandlungsmethode ist von der synergetischen Anwendung (Integration) aller sinnvollen schulmedizinischen, immunologischen, biologischen und psychologischen Erkenntnissen gekennzeichnet. Die persönlichen Bedürfnisse und die subjektiven Krankheitserlebnisse sollten sinngemäß berücksichtigt werden. Über die **Standardtherapien wie operative Tumorbeseitigung, Chemotherapie und Strahlentherapie** kann sich jeder in der medizinischen Fachliteratur ausführlich informieren. Von großer Bedeutung sind die begleitenden Behandlungsmaßnahmen, die **Normalisierung und Stabilisierung des Stoffwechsels, der Psyche**, die nicht zuletzt dem ganzen Menschen dienen.

Gegenwärtig gibt es darüber hinaus eine Reihe viel versprechender Therapien wie die Lasertherapie, Radiofrequenztherapie, die Kryo-therapie und nicht zuletzt die Immuntherapie. Aus diesen Therapiemöglichkeiten wird das behandelnde Ärzteteam den ganz persönlichen Behandlungsplan für den betroffenen Patienten entwickeln. In zertifizierten Darmkrebszentren, die es in Deutschland, der Schweiz und Österreich gibt, werden in den so genannten Tumorkonferenzen interdisziplinär Therapiepläne für den einzelnen Patienten erstellt. ■

Über neueste Therapieentwicklungen schreibt Prof. Vogl ab Seite 23

Die Gesundheit ist und bleibt einmalig, Krankheiten leider nie.

(Martin G. Reisenberg)

Zertifizierte Darmkrebszentren

Zertifizierte Darmkrebszentren existieren heute in Deutschland in allen Bundesländern, ebenso in Österreich in Linz sowie in der Schweiz im Kanton Baden. Um sich mit diesem Titel schmücken zu können, müssen Krebszentren zahlreiche Bedingungen erfüllen, die durch so genannte Fachexperten des Zertifizierungsverfahrens vorgegeben werden. Diese Fachexperten haben ebenfalls ein mehrstufiges Qualifizierungsverfahren durchlaufen, an dessen Ende in Deutschland die Ernennung zum Fachexperten durch die Deutsche Krebsgesellschaft steht.

Für die Medizinischen Einrichtungen, die sich um dieses Zertifikat bewerben, gilt es nachzuweisen, dass die Behandlungen im Einklang mit den aktuellen Leitlinien für Diagnostik, Therapie und Nachsorge stehen. Diese Leitlinien spiegeln den anerkannten Stand des Wissens weltweit wider. Im Focus dabei steht die interdisziplinäre Kooperation der Spezialisten.

Weitere Informationen: www.onkoziert.de

Quelle: DKG

Neuer Biomarker identifiziert

In einer Studie konnten Forscher in dem Gen TFAP2E einen neuen Biomarker identifizieren, der eine Vorhersage über das Ansprechen von Darmkrebspatienten auf die Chemotherapie erlauben soll. Das kann möglicherweise ein bedeutender Schritt für die individualisierte Behandlung von Darmkrebs sein. Die Wissenschaftler der II. Medizinischen Klinik der Universitätsmedizin Mannheim (UMM) haben diese Studie an 200 Patienten durchgeführt. Ihre Erkenntnisse für die Beziehung einerseits auf die Chemotherapie mittels 5-Fluorouracil (5-FU) und andere Chemotherapeutika sowie andererseits von 5-FU in Verbindung mit einer Strahlentherapie.

Prof. Dr. Matthias Ebert, Direktor der UMM und Leiter der wissenschaftlichen Studie will diese Ergebnisse weiter prüfen lassen und ist zuversichtlich, dass – sollte sich der neue Biomarker beweisen – der einzelne Darmkrebspatient zukünftig die für ihn passende Therapie erhalten kann.

Quelle: Uni Mannheim 05.01.2012

Die Erkrankung verstehen

TNM-Klassifikation bei Darmkrebs

Schon im Heft 4 mit dem Thema Brustkrebs hatten wir Sie mit der **TNM-Klassifikation** bekannt gemacht. Jeder Tumor hat seine eigene Klassifikation. Je nach Ausbreitung des Tumors spricht man von verschiedenen Stadien.

Für die Einteilung nach bestimmten Normen gelten drei Gesichtspunkte:

- die Tiefeninfiltration des Tumors (T)
- die Beteiligung der Lymphknoten (N)
- das Vorhandensein von Metastasen (M).

Hinter den Buchstaben stehen Ziffern, die Hinweise darauf geben, wie die Ausdehnung des Tumors, die Zahl und Lage der befallenen Lymphknoten und das Vorhandensein oder Fehlen von entfernten Metastasen diagnostiziert wurde.

Weitere Punkte werden bei der Einteilung berücksichtigt:

- die Beschaffenheit des Kleingewebes (Grading),
sie gibt Hinweise auf die Aggressivität des Tumors
- die Radikalität der Operation
 - R0** – Resektion = vollständige Entfernung des Tumors
bis ins gesunde Gewebe;
 - R1** – Resektion = Tumor wurde in knappen Grenzen entfernt,
d.h. Tumor wächst bis an die Geweberänder heran;
 - R2** – Resektion = Tumor wurde nicht vollständig entfernt,
d.h. sichtbare Tumorreste sind im Körper verblieben.

Die exakte Beurteilung des Krebses nach diesen Kriterien ist erst nach der Operation möglich. Sie hilft dem Arzt bei der individuellen Therapieplanung.

„Verlorene Zeit wird nicht wieder gefunden.“ (Benjamin Franklin)

Für **T (Tumor)** gelten folgende Bezeichnungen:

- **TX** = Primärtumor kann nicht beurteilt werden
- **T0** = Kein Anhalt für Primärtumor
- **Tis** = Carcinoma in situ (Tumor in einem sehr frühen Stadium)
- **T1** = Der Primärtumor erstreckt sich nur auf die innersten Schichten der Darmwand (Submucosa)
- **T2** = Der Primärtumor erstreckt sich zusätzlich auf die Muskulatur der Darmwand (Musculares propria)
- **T3** = Der Primärtumor erstreckt sich durch alle Darmschichten hinaus bis in die Subserosa oder in umgebendes Fettgewebe
- **T4** = Der Tumor erfasst direkt benachbarte Strukturen, Organe oder das Bauchfell
- **T4a** = Der Tumor durchbricht das Bauchfell (viszerale Peritoneum)
- **T4b** = Der Tumor erfasst direkt andere Strukturen oder Organe.

Für **N (Nodi = Knoten)** gelten folgende Bezeichnungen:

- **NX** = regionale Lymphknoten können nicht beurteilt werden
- **N0** = kein regionärer Lymphknotenbefall
- **N1** = Befall von ein bis drei benachbarten Lymphknoten
- **N1a** - Lymphknoten befallen
- **N1b** - 2-3 Lymphknoten befallen
- **N1c** - Tumorknötchen oder Satelliten in der Subserosa ohne Befall der regionären Lymphknoten
- **N2** - Befall von vier oder mehr benachbarten Lymphknoten
- **N2a** - 4-6 Lymphknoten befallen
- **N2b** - 7 oder mehr Lymphknoten befallen.

Für **M (Metastasen)** gilt folgende Einteilung:

- **M0** = kein Nachweis von Tochtergeschwülsten (Fernmetastasen)
- **M1** = Fernmetastasen nachweisbar
- **M1a** = Fernmetastasen in einem Organ
- **M1b** = Fernmetastasen in mehreren Organen oder im Tumorbefall des Bauchraumes. ■

(Quelle: DKG, Erkrankungsverlauf bei Darmkrebs)

Bessere Heilungschancen durch Krebs-Früherkennung



Dr. Kai Schulze-Forster
*Zentrum für molekulare Onkologie GmbH,
 Luckenwalde*

Krebs als sehr umfassende Krankheit mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln, angepasst an den Einzelfall zu bekämpfen, dies ist das zukunftsweisende Konzept der integrativen Tumorthherapie. Dabei lassen sich die Möglichkeiten viel weiter fassen als auf den ersten Blick erkennbar ist, denn das Problem Krebs kann von mehreren Seiten angegangen werden:

- **1. Vermeidung der Entstehung (z.B. gesunde Lebensweise, Impfung gegen krebsauslösende Viren)**
- **2. Ermittlung des persönlichen genetischen Risikos (z.B. für Brustkrebs, Hochrisikopatienten werden dann gezielter überwacht)**
- **3. Früherkennung (denn die Heilungschancen sind im Frühstadium bedeutend besser)**
- **4. Behandlung einer manifesten Tumorerkrankung.**

Dieser Beitrag soll sich näher mit dem dritten Punkt beschäftigen. Leider bleiben Tumorerkrankungen oft lange Zeit unentdeckt, weil sie im Frühstadium keine Beschwerden verursachen. Dabei sind die Heilungschancen bei früher Entdeckung besonders hoch: der Tumor ist noch klein und kann durch eine Operation gut und vollständig entfernt werden, es haben sich noch keine Tochtergeschwüre (Metastasen) gebildet, auf eine Chemotherapie kann oft verzichtet werden. Aber wer geht schon regelmäßig vorbeugend zum Arzt, ohne Beschwerden zu haben, um eine vielleicht als unangenehm empfundene Untersuchung (z.B. Darmspiegelung zur Darmkrebs-Früherkennung) durchführen zu lassen? Daher erfassen die gängigen Vorsorgeprogramme nur einen Teil der Bevölkerung.

Ein Traum vieler Forscher ist daher ein Krebstest, der aus einfach zugänglichem Probenmaterial (wie z.B. Blut, Urin, Speichel) mit 100% Sensitivität (d.h. bei allen Tumorerkrankten gibt der Test ein positives Signal, zeigt die Tumorerkrankung an) und 100% Spezifität (d.h. bei Gesunden ist das Testergebnis negativ, es gibt keine falsch-positiven Befunde) eine Tumorerkrankung anzeigt. Einen solchen Test gibt es zwar noch nicht, aber durch die Fortschritte in der Molekularbiologie stehen heute schon einige Methoden zur Verfügung, wie an drei Beispielen gezeigt werden soll.

Für viele Tumorarten gibt es noch keine zuverlässigen Früherkennungstests.

1. Septin 9 - Darmkrebs

Der **Septin 9**-Test wird seit wenigen Wochen in einer verbesserten Version **Epi pro Colon 2.0** von der Berliner Biotechfirma Epigenomics angeboten. Er weist epigenetische Modifikationen nach, d.h. zusätzliche Veränderungen an der Erbsubstanz DNA, in diesem Fall die Methylierung des DNA-Bausteins Cytosin. In kolorektalen Karzinomen (Darmkrebs) ist das Septin9-Gen methyliert, im gesunden Gewebe nicht. Ein sehr kleiner Teil der DNA ist auch im Blut zu finden und reicht aus, um mit einer sehr sensitiven Methode (PCR) diese nachzuweisen. Daher wird lediglich Blut benötigt, daß z.B. der Hausarzt abnehmen kann. Durchgeführt wird der Test dann in Speziallaboren wie dem Zentrum für molekulare Onkologie. Die Spezifität beträgt 99,3%, die Sensitivität 80,6%. Es werden also kaum Patienten durch ein falsch-positives Ergebnis verunsichert, gleichzeitig aber sehr viele Tumorpatienten erfaßt.

2. PCA 3 – Prostatakrebs

In den letzten Jahren wurde zunehmend der Screeningmarker PSA für das Prostatakarzinom kontrovers diskutiert. Dieser Marker ist ein gutes Beispiel für einen Marker mit schlechter Spezifität, denn der PSA-Wert kann durch verschiedene Ursachen erhöht sein (Krebs, Entzündung, körperliche Aktivität) und somit unnötige weitere diagnostische Maßnahmen nach sich ziehen. Eine Abklärung erfolgt normalerweise durch eine Biopsie (Entnahme von Gewebeproben). Wenn die Biopsie allerdings negativ ausfällt, der PSA-Wert aber hoch bleibt, bleibt die Unsicherheit: Hat die Biopsie nur zufällig den Tumor nicht getroffen, soll eine weitere (unangenehme) Biopsie durchgeführt werden oder ist tatsächlich kein Tumor vorhanden? In dieser Situation kann der Marker PCA3 eine Entscheidungshilfe geben. PCA3 ist ein prostataspezifisches Gen, das ausschließlich in Prostatazellen exprimiert wird.

Prostatakarzinomzellen bilden dabei 60-100fach mehr PCA3-mRNA als normale Zellen. Nach einer Tastuntersuchung der Prostata finden sich einige Zellen im Urin, die zur Analyse ausreichen. Auch hier ermöglichen es also die modernen molekulargenetischen Methoden, mit sehr wenig Probenmaterial auszukommen und auf invasive Methoden zu verzichten. Das Ergebnis beschreibt mittels eines Score das Risiko, dass ein Prostatakarzinom vorliegt. Wenn der Score niedrig ist, kann auf eine weitere Biopsie verzichtet werden.

3. KUBIX – Krebs im Verdauungstrakt

Die beiden vorgenannten Marker Septin9 und PCA3 sind jeweils nur für ein Gewebe spezifisch. Natürlich wäre es sinnvoll, mit einem Test verschiedene Tumorerkrankungen gleichzeitig erkennen zu können. Dies kann mit Hilfe von Expressionsprofilen erfolgen, bei denen mehrere Gene gleichzeitig analysiert werden (Chip-Technologie).

An der japanischen Kanazawa-University wurde ein Test entwickelt, der Tumoren des Verdauungstraktes (Magen/Bauchspeicheldrüse/Darm) nachweisen kann, darunter auch in der Bauchspeicheldrüse, für die bisher kein Früherkennungsverfahren existiert. Die bisher an einer kleinen Fallzahl ermittelten Vorhersagewerte sind äußerst gut (1). Als Probenmaterial werden nur 5 ml Blut benötigt. In Deutschland bereitet das Zentrum für molekulare Onkologie gegenwärtig zusammen mit medizinischen Hochschulen eine Studie vor, die die Übertragbarkeit der japanischen Daten auf Europa beweisen soll. Danach stünde dieser Test dann auch hier zur Verfügung. ■

(1) Differential gene expression profiling in blood from patients with digestive system cancers. Honda M, Sakai Y, Yamashita T, Yamashita T, Sakai A, Mizukoshi E, Nakamoto Y, Tatsumi I, Miyazaki Y, Tanno H, Kaneko S; Hokuriku Liver Study Group. Biochem Biophys Res Commun. 2010 Sep 10;400(1):7-15. Epub 2010 Aug 2.

Informationen auch unter: www.molekulare-onkologie.eu

AUS DER KREBSFORSCHUNG

In der westlichen Welt gehört Darmkrebs zu den häufigsten krebsbedingten Todesursachen. Die Dr. Mildred Scheel Stiftung für Krebsforschung bewilligte der Gießener Arbeitsgruppe um Prof. Dr. Elke Roeb (Justus-Liebig-Universität) 304.000 Euro für ein Forschungsvorhaben zur Entstehung von Dickdarmkrebs.

(Quelle: www.uni-giessen.de)

Krebs-Früherkennung verbessert die Heilungschance !

Moderne Methoden erlauben eine
Früherkennung aus Blut oder Urin

Septin9 Darmkrebs-Früherkennung aus dem Blut

PCA3 Prostatakrebs-Marker aus dem Urin

HPV mRNA (APTIMA) verbesserte Bewertung
von HPV-Infektionen (Risikofaktor für Gebärmutter-
halskrebs) aus Abstrich.

Und falls eine Chemotherapie notwendig ist:

Untersuchung der Tumor-Chemosensitivität (UTC)

Vorhersage der Wirksamkeit von Medikamenten ermöglicht
gezielte, individuelle Behandlung, vermeidet unwirksame
Therapien, reduziert so Nebenwirkungen

Weitere Informationen erhalten Sie hier:



Zentrum für Molekulare Onkologie GmbH
Im Biotechnologiepark, TGZ II
14943 Luckenwalde
Tel.: 03371/681-313 FAX: 03371/681-312
E-Mail: info@molekulare-onkologie.eu
www.molekulare-onkologie.eu

Integrative Krebsbehandlung – komplementär die Therapie unterstützen



*Prof. Dr. Marcus Schuermann,
Leitung Onkologie, Aeskulap-Klinik, Brunnen
(Schweiz)*

Krebserkrankungen zählen auch heute noch zu den häufigsten Krankheiten, die zum Tode führen. Dass ihre Behandlung jedoch mehr umfasst als „nur“ Chemotherapie, hat sich die Aeskulap-Klinik in der Schweiz zu ihrer Philosophie gemacht. Hier wird ein eigenständiger neuer Weg begangen, wel-

cher nebst der klassischen onkologischen Behandlung weitere, meist komplementäre Begleitmassnahmen anbietet.

Integrative onkologische Behandlung

Die Zunahme von Krebserkrankungen ist eine Herausforderung in unserer Zeit. Verbesserte Diagnostik, neue Therapieverfahren bzw. die stetige Verbesserung des Erreichten tragen dazu bei, dass Krebserkrankte heute mehr Lebenszeit erwarten dürfen. Demgegenüber steht jedoch das nicht unerhebliche Nebenwirkungspotential onkologischer Therapien. Verbesserte Therapieverfahren in der Onkologie bedeuten daher nicht automatisch einen Nutzen für den Patienten. Mit der besseren Kontrolle über das Tumorwachstum entwickelt sich paradoxerweise mehr das Bedürfnis nach komplementären Behandlungsmethoden. Dabei geht es den betroffenen Patienten in der Regel nicht um den Ersatz oder den Austausch von etablierten, konventionellen Therapiever-

In der Aeskulap-Klinik wird ein eigenständiger integrativer Weg begangen ...

fahren, sondern um deren sinnvolle Ergänzung mit der Hoffnung, die Überlebenschancen zu verbessern. In der Aeskulap-Klinik wird ein eigenständiger integrativer Weg begangen, welcher nebst modernsten Verfahren in der Krebsbekämpfung auch die Stützung des

Körpers als ein verbundenes Ziel sieht. Die vorurteilsfreie Wahl klassischer, aber auch naturheilkundlicher Verfahren in Therapie und Stützung folgt dem Prinzip „maximale Wirkung bei minimalen, vertretbaren Nebenwirkungen“.

Folgende Ansatzpunkte sind hier integraler Bestandteil:

- ➔ Wahrnehmung aller Behandlungschancen klassisch wie naturheilkundlich
- ➔ Abschätzen der onkologischen Massnahmen nach Wirkung und Nebenwirkung im Sinne einer ganzheitlichen Entscheidung unter Einbindung von fachlichen Notwendigkeiten und Patientenpräferenz, Aufzeigen von fachlichen Alternativen
- ➔ Wo möglich, Wirkungsverbesserung durch Einsatz ergänzender Verfahren. Beispiele hierfür sind die lokoregionale Tiefenhyperthermie oder eine eigene Magistralrezeptur (Sitosterol comp.) bei fortgeschrittenem Prostatakarzinom
- ➔ Frühzeitiger Einsatz eines onkologischen Begleitprogrammes zur Eindämmung von Nebenwirkungen mit klassischen wie eigenen komplementärmedizinischen Ansätzen
- ➔ Verbesserung der Lebensqualität durch zusätzliche Begleitmassnahmen aus den Bereichen der Schmerztherapie, Physiotherapie, Psychologie oder Ernährung

Die Onkologische Begleitung („Coaching“), Onko-Rehabilitation

Die Therapie von Krebserkrankungen überfordert die meisten Patienten. Ungewissheit in Bezug auf die Prognose, heftige quälende Nebenwirkungen, fortdauernde Müdigkeit sind seelisch wie körperlich belastend. Hier hilft das in der Klinik angebotene Programm der onkologischen Begleitung und Rehabilitation, das im Sinne eines modernen Coachings ganz auf den Patienten zugeschnitten ist.

Die Onkologische Begleitung und Rehabilitation umfasst:

- ➔ Umfassende Information vom onkologisch tätigen Facharzt
- ➔ Stützende Infusionen und Medikamente
- ➔ Ein auf onkologische Patienten abgestimmtes Physiotherapieprogramm
- ➔ Eine psychoonkologische Begleit- und Stütztherapie
- ➔ Verfahren zur Aktivierung des Immunsystems
- ➔ Den gezielten Einsatz von Vitaminen und Spurenelementen
- ➔ Hämatogene Oxydations- und Eigenbluttherapien
- ➔ Begleitende homöopathische Behandlung

Ziel des Programms ist die Beschleunigung der körperlichen und geistigen Regeneration, eine Intensivierung der Abwehrkräfte und vor allem Motivation für die Weiterführung der Therapie. In diesem Bereich sind wir die einzige anbietende Institution in der Schweiz.

**Eine neutrale
Zweitmeinung
dient der
Standortbe-
stimmung**

Die Verbindung von fachärztlichem Wissen und der Erfahrung der Komplementärmedizin erlaubt es, Krebserkrankte in jedem Stadium von beiden Seiten einzuschätzen. Das Ergebnis ist eine neutrale Zweitmeinung, die der Standortbestimmung und dem Abschätzen aller therapeutischen Möglichkeiten auf beiden Gebieten dient. Das hieraus abgeleitete integrative Behandlungskonzept kann dann am Heimatort umgesetzt werden und die Beratung in Intervallabständen im Sinne einer notwendigen Anpassung fortgesetzt werden. Je früher die Beratung aufgesucht wird, desto grösser sind die Erfolgsaussichten im Hinblick auf eine ganzheitliche Umsetzung.

Hyperthermie

Mit gezielter Wärme lassen sich Tumore wirksam bekämpfen. Eine Hyperthermiebehandlung auf Basis von Radiowellen unterstützt herkömmliche Therapieverfahren vor allem bei Weichteilkarzinomen wie auch in der Remissionserhaltung. **Die Aeskulap-Klinik in Brunnen besitzt hier ein Hyperthermiegerät der modernsten Generation.** Vorteil der Tiefenhyperthermie ist die praktische Freiheit von Nebenwirkungen und – dank der Flexibilität des Gerätes – die Möglichkeit, die Hyperthermie in vielen Bereichen des Körpers einzusetzen.

Magistralrezeptur gegen hormonrefraktären Prostatakrebs

Schon längere Zeit kennt man die wachstumshemmende Wirkung synthetischer Östrogene auf Prostatakrebszellen. Allein die Nebenwirkungen dieser Therapie sind begrenzend und daher heute weitgehend durch andere Medikamente ersetzt. In der Kombination mit pflanzlichen Präparaten, sogenannten Phytosterolen, sind Östrogene allerdings verträglicher und ebenso wirksam, so dass eine Dauerbehandlung möglich wird. Das Vielstoffgemisch ist als Magistralrezeptur in der Aeskulap-Klinik erhältlich. Einsatzgebiet ist das fortgeschrittene, inoperable Prostatakarzinom, vor allem nach Versagen einer antihormonellen Therapie.



Hyperthermie-Behandlung von Prof. Dr. M. Schuermann in der Aeskulap-Klinik

Schwerpunkte des interdisziplinären Programms der Aeskulap-Klinik

- Einbindung naturheilkundlicher Massnahmen in ein onkologisches Gesamtkonzept unter fachärztlicher Sichtweise (Integrative Onkologie)
- Solide Tumore: Kombination mit Hyperthermie
- Prostatakrebs: Interdisziplinäre Behandlung in allen Stadien, Schwerpunkt hormonrefraktäres Prostatakarzinom
- Brustkrebs: Integrativer Ansatz mit Naturheilkunde

Palliativtherapie

Das Dasein in der letzten Lebensphase

Ärztliches Handeln bei Tumorpatienten endet nicht, wenn operative Eingriffe, Strahlentherapie und zytostatische Chemotherapie sich als nicht mehr sinnvoll erweisen. Als ganzheitliche Mediziner sehen wir das Hauptziel unserer Massnahmen in der Erhöhung der Lebensqualität, d.h. in der Kontrolle von Schmerzen, Sicherung des ruhigen Atmens und des Essens, des Durchlebens von angstfreien ruhigen Tagen im Beisein von Freunden und Angehörigen. Die Aeskulap-Klinik ist dank ihrer Lage, ihres Hotelcharakters und ihres geschulten Personals der Ort der ersten Wahl.



Die Aeskulap-Klinik nimmt sich noch Zeit für die Patienten...

Ausgerichtet auf die vielfältigen Zusammenhänge der Krankheit werden die tumor- und therapiebedingten Symptome wie auch andererseits die Selbstheilungskräfte mit in die Therapie einbezogen.

In der Aeskulap-Klinik nehmen sich die Spezialisten Zeit für Ihre Patienten. Das ist die Grundlage unserer gelebten Philosophie. ■

Leistungsangebot der Aeskulap-Klinik

- ➔ Diagnostik
- ➔ Integrativ-onkologische Behandlung
- ➔ Zweitmeinung
- ➔ Vorsorge
- ➔ Nachsorge
- ➔ Rehabilitation nach bzw. während der Therapie
- ➔ Onkologische Begleitung
(ambulant oder stationär; inkl. Naturheilkunde)
- ➔ Einsatz von Hyperthermie-Behandlungen

BERLIN: KREBSKONGRESSE 2012 IM RÜCKBLICK

Wir haben für Sie zwei Kongresse beobachtet, die im Februar 2012 in Berlin stattfanden. Vom 4.-5. Februar waren wir für Sie auf dem **1. Kongress „Integrative Therapie des Mammakarzinoms“**. Erstmals begegneten sich Komplementär- und Schulmedizin in einem Diskussionsforum auf Augenhöhe. Unterstützt von den großen medizinischen Fachgesellschaften und der Deutschen Krebshilfe wurde in einer pluralistischen Dialogform an je einem Ärzte- und Patientinnentag eine Vielzahl von Themen diskutiert.

Begriffsvielfalt wie Alternative Therapie, komplementäre Onkologie oder Integrative Krebstherapie machte u.a. die noch vorhandenen unterschiedlichen Positionen im leidenschaftlichen Dialog zwischen Schulmedizinern und Vertretern Integrativer Medizin deutlich. Präsentationen erfolgreicher, leitliniengerechter Modelle im gemeinsamen Kampf gegen Krebs (Essener Modell) beeindruckten ebenso wie neue Erfahrungen in TCM-Methoden (wie Akupunktur) und viele andere Beiträge namhafter Mediziner und engagierter mutiger Patientinnen.

Die Integrative Krebstherapie erlebt einen anhaltenden Schub durch die Initiative der Patienten. Sie wählen ihren Weg zu naturheilkundlichen Behandlungsmethoden, die die konventionelle Medizin ergänzen sollen.

Am Ende des Kongresses bleibt für Patienten das Wissen und die Hoffnung, die Individualität Betroffener wird ernst genommen. In Therapieprogrammen geht es nicht mehr um das Entweder-Oder, sondern um die Chancen der Medizin als Ganzes zum Nutzen des Patienten als Ganzes.

**Vom 22. bis 25. Februar 2012 fand in Berlin
der 30. Deutsche Krebskongress statt.**

Das diesjährige Motto „Forschung fo(e)rdern – Qualität sichern“ signalisiert den Anspruch an die Krebsforschung, das hohe Niveau

der wissenschaftlichen Arbeit auf diesem Gebiet weiter zu steigern. Jeder Krebspatient soll die bestmögliche, individuell auf ihn abgestimmte Therapie erhalten. Weitere Einblicke in das Entstehen und Wachsen vieler Krebsarten sollen durch die Arbeit von Wissenschaftlern und Forschern geschaffen werden. Krebsfrüherkennung, Neuorganisation der Versorgungsstrukturen und Einbeziehung der Patienten mit personalisierten Therapien standen

im Focus der Diskussion. Der interdisziplinäre Austausch der ärztlichen Experten und der Austausch mit Patientenvertretern und Selbsthilfegruppen bereicherten den Erfahrungsaustausch.

Der Aufbau von Organkrebszentren und Onkologischen Zentren prägt in Deutschland die Versorgungslandschaft. Interdisziplinäre Netzwerke haben sich herausgebildet, nach denen die Ärzte in diesen Häusern arbeiten. In den Diskussionen der Wissenschaftler aus dem In- und Ausland stand jedoch eine Maxime im Zentrum des Austausches. Prof. Albers bemerkte dazu im Interview „ Ob die Versorgung an interdisziplinären Zentren aber auch langfristig Überlebensraten und Lebensqualität verbessert, muss noch umfassend abgesichert werden. Dazu brauchen wir flächendeckend vernetzte klinische Krebsregister, mit denen die Krankengeschichten der Patienten auch nach der Entlassung aus dem Krankenhaus möglichst lückenlos nachverfolgt werden kann.“

Quelle: DKZI Pressemeldungen, Febr.2012

WEITERE TERMINE IN DIESEM JAHR:

WIEN 21.03. – 24.03.2012: 8th European Breast Conference

BERN 29.03.2012: 14. Schweizer Onkologiepflege Kongress

GENF 18.04 – 21.04.2012: 3rd European Lung Cancer Conference

POZNAN 20.04. – 21.04.2012: 5th European Conference on Head & Neck
Oncology

BRÜSSEL 03.05. – 05.05.2012: 4th Breast Cancer Conference

BARCELONA 09.05. – 13.05.2012: European Society for
Therapeutic Radiology and Oncology

WIESBADEN 07.06 – 10.06.2012: 18. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft
für Radioonkologie

BARCELONA 27.06. – 30.06.2012: 14th World Congress on Gastrointestinal Cancer

VALENCIA 19.09. – 21.09.2012: 16th Congress of the European Society
of Surgical Oncology

WIEN 28.09. – 02.10.2012: 37th European Society of Medical Oncology

LONDON 05.10. – 08.10.2012: 44th Congress of the International
Society of Paediatric Oncology

Hitzetherapie statt Skalpell

Primäre Lebertumoren oder –metastasen lassen sich nicht immer chirurgisch entfernen. Mit verschiedenen Verfahren zur lokalen Hitzeanwendung kann es aber dennoch gelingen, den Tumor zu zerstören.

Die Leber kann nicht nur von primären Lebertumoren betroffen sein. Metastasen von Darmkrebs und Mammakarzinom können sich ebenfalls hier ansiedeln. Die chirurgische Resektion von Lebertumoren ist höchster Standard und bietet bei vollständiger Entfernung eine große Heilungschance. Nicht bei jedem Patienten kommt allerdings eine Resektion in Frage. Die Gründe dafür hängen mit der Lage des Tumors, der Ausdehnung der Läsionen zusammen.

Jetzt können neue Therapien die Überlebenschancen der Patienten verbessern. Neben den klassischen Verfahren wie der operativen Resektion, der Chemo- und Immuntherapie sowie der Radiatio werden zunehmend minimalinvasive Therapieverfahren wie Laser-, Radiofrequenz- und Mikrowellenablation erforscht.

In einer aktuellen Studie der Frankfurter Arbeitsgruppe „Interventionelle Onkologie“ unter der Leitung von Prof. Dr. Thomas Vogl, Leiter des Institutes für Diagnostische und Interventionelle Radiologie am Frankfurter Universitätsklinikum, wurde ein großes Patientenkollektiv mit der neuen Technik der Mikrowellenablation behandelt. Hierbei wird unter lokaler Betäubung eine Sonde durch die Haut geleitet. Sie dient dazu, die Mikrowellen direkt auf den Tumor zu leiten. Die Krebszellen verbrennen unter der Hitze der 5- bis 10-minütigen Bestrahlung. Mit der Hilfe von Echtzeitbildern aus dem Computertomographen (CT) wird der Eingriff jederzeit beobachtet. ■

(Quelle: Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt a.M., Medical Tribune, Nov.2011)

**Bitte lesen Sie weiter auf den folgenden Seiten
im wissenschaftlichen Beitrag von Prof. Dr. Thomas Vogl:
„Stellenwert der Mikrowellenablation von Lungen- und Lebertumoren“**

Stellenwert der Mikrowellenablation von Lungen- und Lebertumoren

Prof. Dr. med. Thomas J. Vogl, Nour-Eldin NE

Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie,

Klinikum der J.-W.-Goethe-Universität Frankfurt a. Main



Das Teilgebiet der interventionellen Onkologie ist eine neue Disziplin, die sich aus den Gebieten der interventionellen Radiologie in Kombination mit onkologischen Therapieverfahren entwickelt hat. Das Teilgebiet der interventionellen Onkologie bedeutet einen engen Zusammenschluss von Disziplinen der radiologischen Diagnostik, der radiologischen Intervention, der Pathologie und Molekular-

biologie in Richtung einer personalisierten Medizin. Der interventionelle Einsatz von medizinischen Instrumentarien trägt dabei zum Konzept der individualisierten Behandlung von onkologischen Erkrankungen bei. Grundsätzlich versteht man unter den interventionell-onkologischen Therapieverfahren bildgebend gestützte Therapieverfahren, die die Behandlungsoptionen bei onkologischen Patienten verbessern sollen.

Notwendig sind dabei detaillierte Kenntnisse der Tumorbilogie, der Molekularbiologie, der Topographie und neuer systemischer onkologischer Therapieverfahren, wie Wachstumsinhibitoren (Blocker, Growth Inhibitors) und auch monoklonale Antikörper. Die interventionelle Onkologie stellt dabei einen weiteren Schritt dar, der bei der in vitro-Diagnostik heute beginnt, die bildgebende Diagnostik beinhaltet und die konventionellen Therapieverfahren abrundet wie Chirurgie, konventionelle Onkologie und Strahlentherapie (Radioonkologie).

Viele neue minimalinvasive Therapieverfahren konnten in den letzten Jahren für die interventionelle Onkologie eingeführt werden. Basierend auf der bildgebenden Diagnostik, wie radiologische bildgebende Verfahren, Ultraschall, funktionelle bildgebende Verfahren wie die MRT werden weiter entwickelt.

Die traditionell passive Rolle des Radiologen wird aufgelöst und bedeutet einen engen Einsatz des Radiologen im klinischen Umfeld. Dies beinhaltet die Teilnahme an Tumorkonferenzen und interventionellen Therapieverfahren. Prinzipiell lässt sich die interventionelle Onkologie dabei aufteilen in Verfahren wie die perkutane Ablation von Tumoren, die palliativ oder kurativ zum Einsatz kommt, dies ergänzt die traditionelle onkologische Chirurgie. Die thermischen Ablationsverfahren beinhalten dabei die Kryotherapie (Kältetherapie), aber auch Hochtemperaturverfahren wie die Radiofrequenzablation, die Mikrowellenablation und die Lasertherapie. Damit können die chirurgischen Therapieverfahren ergänzt werden. Geeignete Patienten für diese Therapieverfahren sind Patienten, die keiner chirurgischen Intervention mehr unterzogen werden können oder bei Rezidiven nach chirurgischer Ablation.

Im Folgenden sollen die verschiedenen Therapietechniken für die interventionelle Onkologie mit dem Schwerpunkt Leber- und Lungentumoren vorgestellt werden.

Mehrere Gesichtspunkte sind für die locoregionalen Therapieverfahren wichtig:

1. Fragestellung einer Ortskontrolle von primären Tumoren oder auch von Metastasen durch die interventionelle Therapie.
2. Die Verbesserung der klinischen Symptomatik (Druckbeschwerden, Atemnot, Atembeschwerden).
3. Möglicher Einfluss auf das rezidivfreie Überleben.
4. Erhaltung einer guten Lebensqualität bei verbesserten Überlebensraten.

Das zweite Hauptarbeitsgebiet der interventionellen Onkologie stellen selektive regionale Behandlungsformen über einen Gefäßzugang dar, in der Regel wird die arterielle Mehrdurchblutung und Versorgung von Tumoren für diese Therapieverfahren ausgenutzt. Geeignet ist für die Leber das Verfahren der transarteriellen regionalen Chemoperfusion, kombiniert mit Okklusion (Verschließen der Arterie) und Embolisation, dazu gehören auch regional reine Chemoperfusionsverfahren und die transarterielle Embolisation ohne Zusatz von Chemotherapie. Ebenfalls werden diese Embolisationsverfahren zugeordnet im Rahmen von Notfallmaßnahmen, insbesondere bei spontanen Tumordurchblutungen, zur Okklusion des Gefäßbettes von Tumoren. Transvaskuläre regionale Therapieverfahren werden auch durchgeführt für Weichteiltumoren und

für die Lunge. Für die Lunge existieren dabei Verfahren wie die transarterielle, transbronchiale Chemotherapie und Embolisation sowie die transvenöse lungenarterielle Chemoperfusion mit Okklusion und Embolisation. Weiterhin gehören zu den regionalen transarteriellen Therapieverfahren auch die Radioembolisation. Dabei werden radioaktive Partikel (Yttrium 90-Partikel) selektiv in die Arterie injiziert.

Für alle Therapieverfahren gilt auch die Notwendigkeit einer optimierten Diagnostik, dies betrifft die präinterventionelle Diagnostik sowie auch die Diagnostik unter der laufenden Therapie, um ein mögliches Therapieansprechen zu verifizieren.

Im Vordergrund stehen dabei:

1. Die kontrastmittelverstärkte Ultraschall-Diagnostik.
2. Die kontrastmittelverstärkte Computertomographie mit modernen diagnostischen Techniken, wie Perfusionstechnik und Dual source-Technik.
3. Die PET-CT unter Einsatz von spezifischen Markern, wie dem FDG-PET-CT, der Cholin-PET-CT und spezielle Marker für die Diagnostik von neuroendokrinen Tumoren.
4. MRT-Verfahren, dazu gehören die MRT-Techniken wie MR-Perfusion, neue Techniken der MR-Diffusion, kontrastmittelverstärkte MRT-Verfahren, der MR-Spektroskopie (Phosphor- und Protonen-Spektroskopie).
5. Moderne Verfahren der angiographischen Diagnostik, dazu gehört die sog. Dyna-Computertomographie, die erlaubt Blutvolumen und Perfusionscharakteristika während der angiographischen Intervention zu bestimmen.

Methoden der transarteriellen Therapieverfahren (TACE – RFA und MWA – LITT)

1. Transarterielle Chemoembolisation (TACE)

Vorgehen

Über einen arteriellen Zugang in der Leiste wird unter Durchleuchtung ein Katheter bis in die locoregionäre Leberarterie vorgeschoben, gegebenenfalls auch selektiv in die jeweilige Segmentarterie. Hier erfolgt die Applikation der Chemotherapeutika und des Embolisates *(Görlich und Brambs 2001)*.

Wirkprinzip

Als Wirkprinzip macht man sich zunutze, dass die bösartigen Leberveränderungen fast ausschließlich arteriell versorgt werden, das Lebergewebe ist jedoch zu 75% portalvenös. Werden die Chemotherapeutika lokal appliziert, kann die Konzentration der applizierten Medikamente im Tumorgewebe deutlich erhöht werden im Vergleich zu einer systemischen Applikation, ohne dass jedoch die allgemeinen Nebenwirkungen erhöht werden. Die Belastung des gesunden Lebergewebes ist gering, da dieses zu großen Teilen portalvenös versorgt wird. Kombiniert wird dieses Verfahren mit einer Embolisierung der versorgenden arteriellen Gefäße mit Lipiodol, wobei es sich um 100 – 700 µm kleine, kugelförmige Polymere handelt, die kleinste Arterien und Arteriolen okkludieren (Sahm und Caspary 2003).

Indikationen und Kontraindikationen

Beim hepatozellulären Karzinom (→ Abb.1) ist die TACE ein anerkanntes Bridgingverfahren vor einer Lebertransplantation. Bei Metastasen sind die Indikationen in der Regel das Nichtansprechen auf eine systemische Chemotherapie sowie eine Inoperabilität. Zu den Kontraindikationen gehören Störungen der arteriellen Gefäßarchitektur, die den Eingriff technisch nicht möglich machen, eine Pfortaderthrombose, Flüssigkeitsansammlung, schlechte Leberfunktion oder ein schlechter Allgemeinzustand (Thomas J Vogl et al 2009).

Komplikationen

Hier ist insbesondere das Post-Embolisations-Syndrom (PES) zu nennen. Hier sind entzündliche Prozesse und Durchblutungsstörungen ursächlich. Die Klinik manifestiert sich mit Übelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen und Fieber. Dies kann so ausgeprägt sein, dass eine kurze stationäre Aufnahme notwendig wird.

Abb. 1 Thermoablation eines Leberzellkarzinoms

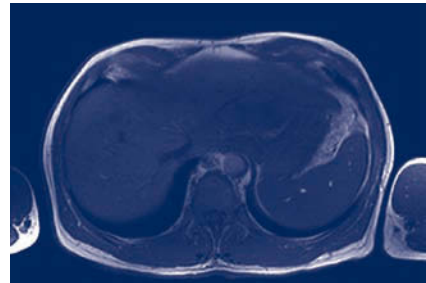


Abb. 1a MRT-Sequenz vor Ablation.



Abb. 1b CT-Kontrolle des Mikrowellenapplikationssystems innerhalb des Tumors.

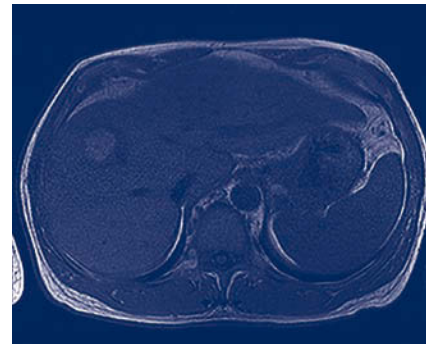


Abb. 1c MRT-Kontrolle 24 Stunden nach der Ablation, komplette Ablation erzielt, keine lokalen Komplikationen, keine Hämorrhagie, keine Einblutung.

2. Radiofrequenzablation (RFA) und Mikrowellenablation (MWA)

Allgemeines

Hier stehen sich zwei thermoablativen Verfahren gegenüber, die sich im Wesentlichen durch die physikalischen Prinzipien unterscheiden. Bei der Radiofrequenzablation (RFA) werden sehr hochfrequente Wechselströme (bis 500kHz) zwischen zwei Elektroden induziert, infolge dessen es zur Erwärmung des umgebenden Gewebes kommt. Bei der Mikrowellenablation (MWA) werden elektromagnetische Wellen ausgestrahlt, die zu einer lokalen Erwärmung der Wassermoleküle führen

(Thomas J Vogl et al 2009).

Vorgehen

In das zu zerstörende Tumorgewebe wird CT-gesteuert eine Sonde eingeführt. Bei der RFA handelt es sich um eine Elektrode, bei der MWA um eine Mikrowellenantenne. Durch die Elektrode wird Energie zugeführt, hierdurch kommt es zur Erhitzung und Zerstörung des Gewebes. Beide Verfahren werden in Lokalanästhesie durchgeführt.

Indikationen und Kontraindikationen

Die Indikationen zur Behandlung von Lebermetastasen ist die Herstellung eines operablen Stadiums, wenn z.B. ein Befall beider Leberlappen vorliegt, ferner Kontraindikationen für eine Operation, Progress der Filiae unter Chemotherapie, Rezidive nach Teilresektion oder wenn der Patient andere Verfahren ablehnt. Es maximal sollten fünf Herde vorliegen, wobei der größte Herd kleiner als 5 cm sein sollte. Für die Ablation von Lungenherden gelten ähnliche Indikationen wie für die chirurgische Resektion. Auch hier sollten

Abb. 2 – Lungenmetastase bei Z.n. Rektumkarzinom, minimalinvasive Ablation mittels Mikrowellenablation, Positionierung in Seitenlage.

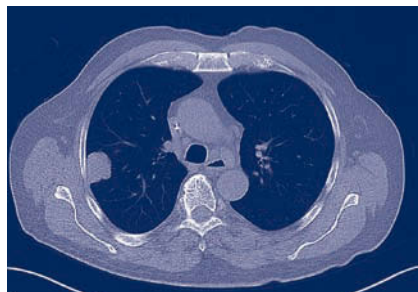


Abb. 2a CT-Kontrolle mit Raumforderung im rechten Mittellappen lateral gelegen, 30 x 35 mm messend.



Abb. 2b Mikrowellenablationssonde intratumoral mit beginnender Vaporisation. Folgende komplette Destruktion.



Abb. 2c Herdbildung bei Z.n. Ablation mit Residuum, 8 mm.

weniger als fünf Herde pro Lungenflügel, jeweils kleiner als 3 cm vorliegen. Allgemein kann man sagen, dass die Indikation gegeben ist, wenn bei Abwesenheit extrapulmonaler Herde die pulmonale Situation vollständig therapiert werden kann, oder wenn andere Verfahren z.B. aufgrund des schlechten Zustands nicht durchführbar sind. Aufgrund der zu Grunde liegenden Physik (→ Abb. 2) ist die Größe der Ablationsherde theoretisch beschränkt auf 2,5 cm bei der RFA und bis 3,5 cm bei der MWA: durch modernes Elektrodendesign können jedoch bis 5 cm erreicht werden. Aufgrund der Stromflüsse kann bei der RFA nur ein Herd gleichzeitig behandelt werden. Bei der RFA steigt mit Zunahme des absterbenden Gewebes die hemmende Wirkung, so dass sich dann die Energie schlechter ausbreitet.

3. Laserinduzierte Thermotherapie (LITT)

Allgemeines

Dieses Verfahren ist das am besten kontrollierbare Thermoablationsverfahren, jedoch auch das aufwendigste thermoablative Verfahren. Hier wird die Hitze durch ein Lasersystem appliziert und mittels MR-Thermometrie kontrolliert.

Vorgehen

Mittels CT-gesteuerter Punktion werden unter Lokalanästhesie ein oder mehrere Applikatoren in die Läsionen eingebracht. Nachdem der Patient mit liegenden Applikatoren in ein MRT positioniert wurde, wird das Lasersystem angeschlossen, die Energiezufuhr erfolgt dann unter Bildkontrolle. Dabei wird ein physikalischer Effekt ausgenutzt, der es möglich macht, im MRT die Temperatur zu messen. Somit kann die Energie sehr genau dosiert und die Größe des Ablationsgebietes gut gesteuert werden.

Indikationen

Die Indikationen für die LITT an der Leber sind prinzipiell dieselben wie für andere thermoablative Verfahren, oder wenn andere Thermoablationsverfahren ausscheiden. Jedoch muss der Patient zusätzlich MRT-tauglich sein (Grundmann et al 2008). Allgemein gilt die Größe der Herde bis zu einem maximalen Durchmesser von 5 cm.

Komplikationen

Als Komplikation thermoablativer Verfahren zählen insbesondere Blutungen, diese können gerade in der Lunge unbeherrschbar werden. Des Weiteren sind Schmerzen zu nennen, hier ist eine Grundkenntnis schmerztherapeutischer Verfahren

notwendig. Infektionen sind sehr selten. Ferner besteht prinzipiell die Möglichkeit, benachbarte Strukturen zu schädigen. Im Bereich der Leber wären dies u.a. die Gallenwege, die Pleura, Darm oder die Nebennieren bzw. Nieren. Bei Ablationen in der Lunge tritt ein Pneumothorax häufiger auf, meist jedoch ohne Interventionsbedarf. Des Weiteren wird extrem selten auch über eine Tumorzellverschleppung berichtet (Impfmetastasen). ■

Literaturhinweise: GÖRICH, JOHANNES, UND HANS-JÜRGEN BRAMBS. 2001. Interventionelle minimal-invasive Radiologie; GRUNDMANN, R T, P HERMANEK, S MERKEL, C-T GERMER, R T GRUNDMANN, J HAUSS, D HENNE-BRUNS, et al 2008. Diagnosis and treatment of colorectal liver metastases - workflow. Zentralblatt Für Chirurgie 133; SAHM, STEPHAN, UND WOLFGANG F. CASPARY. 2003. Gastroenterologische Onkologie. Klinischer Leitfaden für Diagnostik und Therapie; VOGL, THOMAS J, NAGY N N NAGUIB, THOMAS LEHNERT, UND NOUR-ELDIN A NOUR-ELDIN. 2009. Radiofrequency, microwave and laser ablation of pulmonary neoplasms: Clinical studies and technical considerations-Review article; VOGL, THOMAS J, NAGY N N NAGUIB, NOUR-ELDIN A NOUR-ELDIN, KATRIN EICHLER, STEFAN ZANGOS, UND TATIANA GRUBER-ROUH. 2010. Transarterial chemoembolization (TACE) with mitomycin C and gemcitabine for liver metastases in breast cancer; VOGL, THOMAS J, NAGY N N NAGUIB, NOUR-ELDIN A NOUR-ELDIN, PRAMOD RAO, ALBORZ HEDAYATI EMAMI, STEFAN ZANGOS, MOHAMED NABIL, UND AHMED ABDELKADER. 2009. Review on transarterial chemoembolization in hepatocellular carcinoma: palliative, combined, neoadjuvant, bridging, and symptomatic indications.

Tabelle: **GEGENÜBERSTELLUNG THERMOABLATIVER VERFAHREN**

	VORTEILE	NACHTEILE
RFA	Direkte, einfache Punktion der Läsion	Impedanzprobleme Kleine Ablationsvolumen Keine Thermometrie möglich
MWA	Direkte, einfache Punktion der Läsion Größere Ablationsvolumen Keine Impedanzprobleme	Keine Thermometrie möglich Verkohlung von Gewebe
LITT	Größere Ablationsvolumen Thermometrie möglich Keine Impedanzprobleme	Applikatoren werden über ein deutlich dickeres Koaxialsystem eingeführt Deutlich mehr Aufwand Verkohlung von Gewebe

Prof. Dr. med. Thomas J. Vogl (geb. 1958):

1976-1982 Humanmedizin in München; 1980 an der Hebrew University School of Medicine, Hadassah Hospital, Jerusalem. 1983 Promotion; Radiologische Klinik im Klinikum Großhadern in München. Forschungsaufenthalt am Massachusetts General Hospital Boston. 1989 Facharzt für Radiologie, Radiologische Diagnostik und Nuklearmedizin. Habilitation, leitender Oberarzt der Strahlenklinik der FU Berlin. 1993 Professur für Allgemeine Radiologie an der Charité Berlin. Es folgten: Facharzt für Neuroradiologie und die Professur für Allgemeine Röntgen Diagnostik an der Frankfurter Goethe-Universität, hier, seit 1999 Institutsdirektor für Diagnostische und Interventionelle Radiologie. Prof. Vogl erhielt mehrere Wissenschaftspreise und ist Mitglied zahlreicher Wissenschaftsverbände. Auch als Fachbuchautor ist Prof. Vogl international anerkannt.

Informationen auch unter: www.radiologie-uni-frankfurt.de

„Die Zeit verwandelt uns nicht, sie entfaltet uns nur.“ (Max Frisch)

Psychoonkologie als Integrativer Dialog zwischen Therapeut und Patient



Dr. Caroline Schmauser, Berlin

Schrittweises Ahnen und Erwartungsangst oder jäher Sturz aus der bisherigen Normalität – die Diagnose einer Krebserkrankung bedeutet immer auch das **Infragestellen der bisherigen existenziellen Sicherheit**. Die verschiedenen Phasen, die sich anschließen, stellen den Erkrankten selbst und die Menschen um ihn herum immer wieder vor **körperliche, seelische und geistige Herausforderungen**. Diagnose- und Behandlungsphase, Nachsorge- und Remissionsphase; eventuell

Rezidiv, Progredienz und palliative Phase. Eine zum Teil langjährige medikamentöse Behandlung mit Nebenwirkungen, das Damoklesschwert der Metastasen. Schock, Verleugnung, Wut, Depression, Verhandeln, Annahme – Entwicklungsverläufe und doch immer wieder auch ein Hin- und Her psychischer Zustände zwischen Angst und Hoffnung.

Psychoonkologie versucht, den unterschiedlichen Gegebenheiten Rechnung zu tragen, verankert sich in der onkologischen Medizin immer mehr und ist auch in jedem zertifizierten onkologischen Zentrum angesiedelt. Diese können jedoch keine ambulante Versorgung nach der Behandlungsphase übernehmen. Hier, oder wo keine andere Betreuung vorhanden ist, kann Hilfe bei einem Psychoonkologen außerhalb der Klinik gefunden werden. Dort gibt es je nach Therapeuten die unterschiedlichsten Ansätze und Methoden. Da bei einer Krebserkrankung immer der ganze Mensch betroffen ist, erscheint mir ein **integratives Konzept der Psychoonkologie** besonders wirksam.

Psychoonkologische Begleitung ist in jeder Phase möglich ...

Es kann in meinem Verständnis in zweifacher Weise greifen:

- ➔ Die Psychoonkologie versteht sich als Teil einer integrativen Gesamtbehandlungs- und Betreuungsstrategie des Patienten, da sie ergänzend zur „Körpermedizin“ die Seele in den Mittelpunkt stellt.
- ➔ Sie kann darüber hinaus jedoch auch innerhalb des psychoonkologischen Ansatzes selbst integrativ werden. So erscheint es sinnvoll, sich nicht wiederum nur isoliert auf die gedankliche und seelische Dimension zu konzentrieren, sondern direkt auch den Körper mit in die Arbeit einzubeziehen.

Ein einfaches Beispiel für die Sinnhaftigkeit eines solchen Vorgehens: Bereits die **Angst** als solche, im Laufe von Krebserkrankungen ein „normales“ Phänomen, wird seelisch und körperlich wahrgenommen. Die Symptome der Angst können sowohl kurzfristig im Moment als auch längerfristig wesentlich besser gelindert und kontrolliert werden, wenn **körperorientierte Verfahren wie Qi-**



gong oder Yoga integriert werden. Sie nehmen direkt und unmittelbar Einfluss u.a. auf das vegetative Nervensystem. Solche bereits in sich selbst integrative, über Jahrhunderte erprobte und weiterentwickelte Techniken können auch die **Achtsamkeit im konkreten Erleben und dem Leben insgesamt gegenüber** weiter entwickeln helfen.

Positive Gefühle und Befindlichkeiten können tiefer im Gedächtnis bleiben, wenn sie bewusst im Körper verankert werden und vom Einzelnen selbstständig reaktiviert werden können.

Statt einer Emotion oder einem Affekt ausgeliefert zu sein, kann der Mensch dann selbst aktiv auf sein Wohlbefinden Einfluss nehmen und seine Lebensqualität erhöhen. Heute wird in der Psychoonkologie viel vom **Aktivieren der Ressourcen** des Patienten und der **salutogenetischen Ausrichtung** gesprochen: Statt den Fokus auf die Reduktion der Problemkreise zu legen, werden die Anlagen und Fähigkeiten des Einzelnen freigelegt, allgemein menschliche wie individuelle **Kraftquellen** gefördert.

Die Orientierung erfolgt nicht auf die Krankheit hin, sondern auf die Gesundheit und Gesundheit des Menschen.

Die existenzielle Angst, die mit einer Krebserkrankung natürlicherweise einher geht, führt manchen Patienten jedoch auch zu einem hektischen Aktionismus („mehr ist besser als weniger“, „kann doch nicht schaden“) und einem Akkumulieren von Methoden, die zum Teil Kontraindikationen aufweisen können. Ebenso häufig und oft unbeobachtet entstehen daher auch unkontrollierte Interaktionen. Der Aktionsdruck kann von innen entstehen, heute aber auch oft von außen kommen: So sagen gerade Freunde und Verwandte von Erkrankten oft, der Patient müsse engagiert sein und „gegen die Krankheit kämpfen“. Ist Kampf aber das richtige Stichwort? Sprechen wir hier wiederum nicht besser von **innerer Ausrichtung auf Gesundheit**? Auch hier kann ein behutsamer psychoonkologischer Gesprächspartner entlastend sein.

Statt eines hektischen Aktionismus erscheint mir etwas anderes viel wesentlicher: Weitab von Gegenden der Welt, in denen der Mensch Naturkatastrophen, Kriegen und staatlicher Willkür ausgesetzt ist, glauben wir Menschen hier häufig, Kontrolle über alles erlangen zu können und zu müssen, uns gegen alle Widrigkeiten absichern zu können. Die Krebserkrankung macht mit einem Schlag **die menschliche Existenz als solche** mit ihrer Verletzlichkeit, ihrer Bedrohtheit deutlich. Sie lässt mit einem Mal den in der Normalität des Lebens gesellschaftlich tabuisierten und individuell meist verdrängten eigenen Tod am Horizont oder sogar in der Nähe sichtbar werden. Gerade wegen dieser existenziellen Herausforderung sind die **Chancen der persönlichen Reifung und eines tieferen Menschseins** immens. Sie gehen weit über einen erfolgreichen „Kampf“ gegen den Krebs hinaus.

Er kann einen geschützten Raum außerhalb des normalen familiären und beruflichen Umfelds bieten. Seine Fähigkeiten und sein Wissen, seine berufliche Erfahrung zur Verfügung stellen. Beraten, konkrete Hilfestellungen für den Alltag geben. Grundsätzlich jedoch: **Einfach da sein, den**

Was also kann ein psychoonkologischer Gesprächspartner für den Patienten tun?

Krisen standhalten. In einen Dialog treten, der alle Fragen zulässt, ohne immer Antworten finden zu müssen. Der die Gemeinsamkeit der existenziellen Bedingung als Mensch anerkennt. Die authentische Begegnung stellt über die Krebserkrankung hinaus **die Frage nach einem sinnhaften, ganzen Menschsein und lässt dabei alle Entdeckungen zu.** ■

Dr. Caroline Schmauser

Doktorin der Philosophie. Universitäre Forschung und Lehre. Psychotherapie (HPG). Psychoonkologin, Erfahrung mit der Betreuung Krebskranker seit über 30 Jahren.

Beschäftigung mit verschiedenen westlichen und östlichen Wegen der Meditation, Körpererfahrung, Selbst-Begegnung seit fast 30 Jahren. Qigong-Lehrerin der Deutschen Qigong Gesellschaft und der Münchner Qi Gong Akademie, Weiterbildungen im In- und Ausland. Krankenkassen zertifizierte Entspannungstherapeutin (Qigong, Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation).

Wissenschaftliche Studie zum Einfluss des Qigong auf die Lebensqualität onkologischer Patienten. Selbstständig seit 1999, eigene Praxis in Berlin. Langjährige Kooperation mit Kliniken und Praxen mit Lehrtätigkeit an Hochschulen (u.a. Rehabilitationspsychologie).

Informationen auch unter: www.drschmauser-psychoonkologie.de

„...das, was wir für unsere Stärke halten, kann etwas ganz anderes sein als das, was wirklich unsere Stärke ist.“ (R. N. Remen)

Darmkrebs besteht aus ganz unterschiedlichen Zellen

Wissenschaftler haben herausgefunden, dass nur bestimmte Darmkrebsstammzellen die Entstehung von Metastasen fördern. Den Forschern ist es gelungen, Unterkategorien von krebsauslösenden Zellen, die so genannten tumorinitiierenden Zellen (TIC), bei Darmkrebs zu definieren.

Bei Darmkrebs bestehen neben der großen Menge an Tumorzellen auch Bindegewebszellen, Blutgefäße, Immunzellen und Tumorstammzellen. Die Rolle der Tumorstammzellen wird seit längerem diskutiert und hinterfragt, ob Tumorstammzellen ähnlich wie Stammzellen im normalen Gewebe den Charakter der Erkrankung bestimmen und die lebensbedrohenden Metastasen bilden.

„Wir müssen herausfinden, welche Zellen auf welchen Wegen die Metastasenbildung vorantreiben. Denn dieses Wissen ist besonders wichtig, um die Zukunft der Behandlungserfolge auch bei denjenigen Darmkrebspatienten weiter verbessern zu können, in deren Körper sich der Krebs bereits ausgebreitet hat und eine Operation nicht mehr möglich oder sinnvoll ist.“, erklärte Dr. Hanno Glimm von der Abteilung Translationale Onkologie (NCT Heidelberg).

(Quelle: DocCheckNews, Nov.2011)

Wie Immunzellen Krebszellen zerstören

Wie effektiv ist eine Krebstherapie mit maßgeschneiderten Zellen des Immunsystems im Vergleich zu einer medikamentösen Therapie? Dieser Frage sind Forscher vom Max-Delbrück-Centrum (MDC) Berlin-Buch mit Forschern vom Beckmann Research Institute des City of Hope Krebszentrums in Duarte, Kalifornien/ USA nachgegangen. Sie konnten zeigen, dass beide Methoden bei Mäusen große Tumoren abtöten; doch zerstören die Immunzellen (T-Zellen) auch die Blutgefäße und so die Nahrungszufuhr der Tumoren. Dabei werden auch die Krebszellen abgetötet, die einer medikamentösen Therapie entkommen und für ein Wiederauftreten des Tumors verantwortlich sind.

Dr. Kathleen Anders und Prof. Thomas Blankenstein (beide MDC) hoffen, dass ihre Erkenntnisse in Zukunft zur Verbesserung der Therapie von Krebspatienten im Rahmen klinischer Studien genutzt werden können.

(Quelle: Max-Delbrück-Centrum für Molekulare Medizin (MDC) Berlin-Buch)

Starke Dynamik in der Therapie von Lebertumoren

In den letzten Jahren haben sich die therapeutischen Methoden bei Leberkrebs stark interdisziplinär entwickelt. Mit der chirurgischen Resektion, Transplantationen, interventionellen Verfahren sowie neuen systemischen Ansätzen steht ein breites Spektrum an Therapieoptionen zur Verfügung. Das Universitätsklinikum Regensburg organisierte eine Fortbildungsveranstaltung „Update Lebertumorthherapie“. Hier berichteten die Wissenschaftler über neue Forschungsergebnisse und klinische Interventionen, diskutierten über anzustrebende Ziele und notwendige Verbesserungen. Zu den wichtigen Erkenntnissen der Teilnehmer gehört auch, die Patientenversorgung soweit zu verbessern, dass die Resektabilität von Metastasen durch einen Spezialisten der Metastasenchirurgie bewertet wird. Es sei auch wichtig, alle Patienten vor einer Chemotherapie in der Chirurgie vorzustellen und jeden Fall interdisziplinär zu beraten.

Alternativ und ergänzend stehen neben den operativen Maßnahmen regionale Therapieverfahren wie die Radiofrequenzablation (RAF), die transarterielle Chemoembolisation (TACE) oder die selektive interne Radiotherapie (SIRT) zur Verfügung. Ziel dieser Therapien ist eine Lebenszeitverlängerung. In Studien werden gegenwärtig mehrere Kombinationstherapien geprüft.

(Quelle: Update Lebertumorthherapie, Universitätsklinikum Regensburg, 16.11.2011)

Entwicklung neuer medikamentöser Krebstherapien

Eine Studie hat die neun Nationen verglichen, die auf dem Gebiet der Entwicklung neuer medikamentöser Krebstherapien am aktivsten sind. Dazu zählen: Österreich, Dänemark, Frankreich, Deutschland, Italien, Norwegen, Schweden, Schweiz und Großbritannien.

Seit dem Jahr 2000 standen diesen Ländern rund 10 Milliarden Euro zur Verfügung, wobei Deutschland in den Genuss von 24% dieser Mittel kam. Im Bereich der Onkologie wurden in Deutschland 29 Biotechnologie-Unternehmen erfasst. Schwerpunkt ihrer Arbeit ist die Entwicklung von antikörperbasierten Therapien zur Behandlung von Krebserkrankungen. Damit kann in Deutschland eine Vielzahl von onkologischen Projekten vorangetrieben werden.

(Quelle: Journal Onkologie, Febr.2012)

Krebsrisiko: Übergewicht!

Wir wissen aus Gesprächen mit Krebspatienten, dass sie nach der Krebsdiagnose und der Suche nach den Ursachen, an der Frage der eigenen Schuld oft nicht vorbeikommen. Mit der Erkenntnis, dass Wissen dem Begreifen, dem Annehmen der Krankheit zumindest ein wenig die Angst nehmen kann, wollen wir Sie mit den aktuellen Erfahrungen der Krebsforschung vertraut machen.

Übergewicht und Fettleibigkeit sowie die damit verbundenen Stoffwechselstörungen können bei einer Vielzahl von Krebserkrankungen auslösende Ursache sein. Diese Erkenntnis veröffentlichten Wissenschaftler aus dem Deutschen Krebsforschungszentren (DKFZ) anlässlich des Weltkrebstages am 4. Februar 2012. Zu den Erkrankungen, bei denen es gesicherte Zusammenhänge zum Übergewicht gibt, zählen Nierenkrebs, Darmkrebs, Brustkrebs nach den Wechseljahren sowie Krebs der Speiseröhre und der Gebärmutter Schleimhaut.

Eine viel zitierte Untersuchung der Harvard-University aus dem Jahr 1996 schreibt dem Rauchen und der Ernährung jeweils einen Risikoanteil von 30% zu; über Übergewicht wird in dieser ersten Studie nur vage spekuliert. Im aktualisierten Report im Jahr 2002 dagegen schätzen die Autoren den Risikobeitrag von Übergewicht bei Männern mit 10% und bei Frauen mit 15-20% ein.

Wird Übergewicht das Rauchen in der Rangfolge der Krebsrisiken verdrängen?

Prof. Dr. Otmar D. Wiestler, Vorstandsvorsitzender des Deutschen Krebsforschungszentrums, vermerkt: „Inzwischen sind wir an einem Punkt, an dem wir die Fettleibigkeit als Krebsrisikofaktor mindestens genauso ernst nehmen müssen, wie das Rauchen“. Allerdings plädieren die Forscher für eine differenzierte Betrachtungsweise der Zusammenhänge. Fragen nach Definitionen des

Übergewichts sind zu klären. Stoffwechselexperten des DKFZ diskutieren den veränderten Insulin- und Geschlechtshormonspiegel als Ursache. Inzwischen weiß man, dass auch die so genannten Adipokine, Hormone, die das Fettgewebe selbst ausschüttet, das Krebswachstum fördern. Unter Stoffwechselfachleuten gilt Fettleibigkeit als chronisch-entzündlicher Zustand; die zahlreichen Entzündungszellen im Fettgewebe geben entzündungsfördernde Botenstoffe ab, was die Krebsentstehung begünstigt.

Untersucht wurden auch die Effekte von körperlicher Aktivität bei Krebs. Prof. Dr. Karen Steindorf (NC) Heidelberg weist darauf hin. „Belebte Menschen können ihr Krebsrisiko durch Sport auch dann senken, wenn sie dabei gar nicht deutlich abnehmen“.

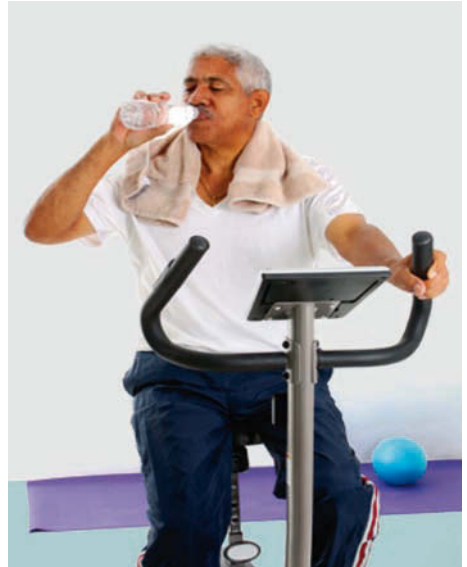
Körperliche Aktivitäten können nicht nur vor Krebs schützen, indem sie Menschen abnehmen lassen, sondern sie setzen auch vielfältige physiologische Mechanismen in Gang.

Eine aktuelle Studie aus Kalifornien untersucht den Einfluss von Übergewicht auf Brustkrebs. Die Wissenschaftler sind der Ansicht, dass es nicht allein das Körpergewicht und die Frage, ob Übergewicht vorliegt oder nicht, entscheidend ist. Wichtig scheint bei Frauen nach den Wechseljahren, in welchem Lebensalter sich das Körpergewicht erhöht hat. Hormonabhängige Tumoren scheinen davon befördert zu werden.

Die Forscher untersuchten den Zusammenhang zwischen Körpermaßen und der Häufigkeit von Brustkrebs bei einer großen Zahl von Frauen, die die Wechseljahre bereits hinter sich hatten. Sie stellten fest, dass sehr starkes Übergewicht und eine Zunahme des Körpergewichts im Erwachsenenalter von mindestens 20 kg, vermehrtes Bauchfett und eine größere Körperlänge das Risiko für hormonempfindlichen Brustkrebs erhöhten. Nur bei Frauen nach den Wechseljahren beeinflusste dabei Fettleibigkeit das Brustkrebsrisiko, die keine Hormonersatztherapie durchführten, sowie bei Frauen, die mit 18 Jahren weder übergewichtig noch fettleibig gewesen waren.

Am Ende bleibt die Erkenntnis der Forscher, dass es bei der Untersuchung der Risikofaktoren hinsichtlich der verschiedenen Tumorarten und -eigenschaften absolut notwendig ist, die individuellen Gegebenheiten der Patienten differenziert zu betrachten. ■

(Quelle: Body size and the risk of postmenopausal breast cancer subtypes in California Teachers Study cohort. Cancer Causes and Control, und DKG, Jan.2012)



Stress schwächt das Immunsystem

Die **Psychoimmunologie** beschäftigt sich unter anderem auch mit dem Einfluss von Stress auf das Immunsystem. Heute weiß man, dass die Botenstoffe von Nerven und Immunsystem in aktiver Wechselwirkung stehen. Unklar ist allerdings bisher, ob eine instabile Psyche das Immunsystem schwächt oder ein angeschlagenes Immunsystem die Psyche aus dem Gleichgewicht bringt. In den 90er Jahren zeigte eine Studie an 17 Fußballtrainern nach dem Ende des Spiels einen dramatischen Anstieg eines bestimmten Typs von Antikörpern in der Mundschleimhaut. Nach einer Stunde waren die Werte wieder auf ihr ursprüngliches Niveau zurückgegangen.

Andere Untersuchungen kamen zu dem Ergebnis, dass das Immunsystem unter Stress kurzfristig aktiviert wird, langfristig kommt es unter chronischem Stress zu einer Schwächung des Immunsystems. Mit diesen Ergebnissen unterstrich die Internistin und Psychotherapeutin Dr. Cora Stefanie Weber von der Charité Berlin erneut die Erkenntnis der Einheit von Körper und Geist.

Neueste Studien belegen, dass Menschen je nach Persönlichkeitstyp unter Stress grundsätzlich verschieden reagieren. Bei Personen mit einem kämpferischen Naturell wird das Hormon Noradrenalin freigesetzt, um den Belastungen die Stirn bieten zu können. Ängstliche Menschen dagegen schütten vermehrt Adrenalin aus und möchten am liebsten weglaufen. Große Mengen Kortisol findet man im Organismus von depressiven und introvertierten Menschen. Der erhöhte Kortisolspiegel wirkt direkt auf das Immunsystem und schwächt die körpereigene Abwehr.



Chronischer Stress führt zu einer Erschöpfung der zentralen Hormonsteuerungsfunktionen. Dadurch werden wichtige Funktionsbereiche des Immunsystems negativ beeinflusst. Die Aktivität der so genannten Killerzellen nimmt spürbar ab und die Abwehr ist noch mehr geschwächt. ■ *(Quelle: 3sat.online/ bevert.de)*

Stressbewältigung durch Achtsamkeitstraining

Was bedeutet Achtsamkeit – was kann dieses Training erreichen? Achtsamkeitstraining ist ein Übungsprogramm, das von dem US-Mediziner Dr. Jon Kabat-Zinn entwickelt wurde. „**Mindful-Based Stress Reduction Programm**“ (MBSR) ist eine Form des Geistesstrainings, die das Ziel verfolgt, den gegenwärtigen Moment ohne eine bewertende Haltung wahrzunehmen. In der Therapie ist das Erlernen der Achtsamkeit ein Weg, körperliches Leiden besser zu bewältigen. Anders als bei den bekannten therapeutischen Verfahren geht es nicht darum, Schmerzen und Leiden so weit wie möglich zu reduzieren, sondern sich der gegenwärtigen Erfahrung, auch wenn sie schwierig und schmerzhaft ist, mit Akzeptanz zuzuwenden. Achtsamkeitstraining soll eine Selbsthilfemethode vermitteln, die sich gut als Ergänzung von medizinischen und psychotherapeutischen Behandlungen eignet. Selbst auf das Befinden Einfluss nehmen zu können, und wer hat diese Erfahrung nicht schon selber gemacht, geht einher mit grundlegenden positiven Veränderungen in der eigenen Lebenseinstellung.

In den USA wurde in den letzten Jahren die Effektivität des Programms in mehreren Studien wissenschaftlich untersucht. Eine Reihe dieser Untersuchungen konnten nach acht Wochen eine deutliche Verbesserung von Krankheitssymptomen und psychischen Beschwerden bei den Probanden aufzeigen. Eine dieser Studien konnte sogar nachweisen, dass Patienten mit chronischen Schmerzen eine Symptomreduktion zwischen 30 bis 55% erreichen konnten. Auch in Deutschland, Österreich und der Schweiz wurden wissenschaftliche Studien zur Achtsamkeit durchgeführt. Auch sie kamen zu dem Ergebnis, dass besonders Patienten mit chronischen Schmerzen eine Reduktion der Symptome sowie eine Erhöhung der subjektiv empfundenen Lebensqualität und Lebensfreude erleben konnten.

Aber noch einmal zurück zum Grundgedanken. Achtsamkeit ist eine von Moment zu Moment aufrechterhaltene Aufmerksamkeit. Wir schenken Dingen Aufmerksamkeit, an die man oft keine Gedanken verschwendet. Wie kann ein Leben ohne Achtsamkeit aussehen? Wir hetzen von Termin zu Termin, ohne die Pause, den Weg wahrzunehmen. Wir schlingen eine Mahlzeit hinunter, ohne wahrzunehmen, wie sie schmeckt. Wir sind mit dem beschäftigt, was morgen sein wird, was gestern gewesen ist – und dabei geht ein Stück Leben vorbei – das Hier und Jetzt.

**Achtsam dagegen handelt
derjenige, der sich voll und
ganz dem zuwendet, was er
gerade macht, was gerade
passiert – allerdings ohne die
Geschehnisse und Gedanken
zu bewerten. Diese
bewusste Wahrnehmung
reduziert Stress,
Ruhe und Gelassenheit
dagegen verstärken sich.**



In den Übungen, die das Training vermittelt, spielt der Atem als Anker in den Moment eine zentrale Rolle. Er ist etwas ganz Selbstverständliches und kann etwas Bedeutendes: er kann den Körper entspannen, dem Stress entgegenwirken. Wenn wir uns auf den Atem konzentrieren, empfinden wir, wie uns das Leben durchströmt. Ein erster Schritt zu mehr Achtsamkeit in unserem Leben.

Der Hirnforscher Prof. Richard Davidson hat bei Teilnehmern seines Achtsamkeitstrainings eine erhöhte Aktivität in der linken frontalen Hirnhälfte feststellen können. Kernspin-Aufnahmen, die vor und nach dem Training gemacht wurden, zeigten diese Ergebnisse. Bestimmte Hirnregionen hatten sich messbar verändert. Dieser linke vordere Bereich ist für die positiven Gefühle wie Optimismus, Mitgefühl, Liebe zuständig. Diese Region spielt auch für das Gedächtnis, das Lernen sowie die Verarbeitung von Emotionen wie Selbstgefühl und Empathie eine wichtige Rolle. Im Vergleich zu einer Kontrollgruppe zeigten die Teilnehmer des Trainings außerdem eine vermehrte Antikörperproduktion gegen den am Ende des Trainings verabreichten Grippewirkstoff.

Wissenschaftler und Forscher können viele Ergebnisse ihrer Arbeit und Studien heute noch nicht komplex deuten. Hirnforschung in diesem Kontext ist noch ein junges Forschungsfeld.

*„Der gegenwärtige Moment ist der einzige Moment,
in dem wir wirklich lebendig sind.“ (Jon Karbat-Zinn)*

Mit der Diagnose Krebs treten bei Betroffenen vermehrt Angst und depressive Reaktionen auf. Um dem therapeutisch zu begegnen, sieht die Integrative Krebstherapie zahlreiche Ansätze aus dem Bereich der Mind-Body-Medizin. (siehe auch Heft 4) Pioniere der Mind-Body-Medizin wie der Kardiologe Herbert Benson und der Molekularbiologe Jon Kabat-Zinn, ebenso wie profilierte Therapeuten in Deutschland, der Schweiz und Österreich, haben diesen therapeutischen Ansatz in heutige Behandlungsmöglichkeiten integriert. Gegenwärtig gibt es in Deutschland und Österreich ausgebildete Trainer und Kursangebote, die Sie neben vielen weiteren Informationen über www.mbsr-verband.org finden. Dieses Portal enthält auch einen Link für die Schweiz, die einen eigenen Verband besitzt. ■

(Quellen: Deutsches Ärzteblatt, www.achtsamkeitlernen.de, Gesundheit und Medizin, Berliner Zeitung, Jan. 2012)

Informationen auch unter: www.mbsr-verband.org

AUS DER KREBSFORSCHUNG

Kampf gegen erblich bedingten Darmkrebs

Im Rahmen des 30. Deutschen Krebsskongresses im Februar 2012 in Berlin wurde der Marburger Mediziner Dr. Ralph Schneider mit dem Darmkrebs-Kommunikationspreis geehrt. Dr. Ralph Schneider erhielt den Preis für das Projekt „Familiärer Darmkrebs“ in Deutschland, in dessen Zentrum eine Analyse von Information, Beratung und Vorsorge in Familien mit Lynch-Syndrom steht.

„Mit einem Anteil von rund fünf Prozent aller Darmkrebserkrankungen ist das Lynch-Syndrom zwar die häufigste genetische Tumorerkrankung des Darms, doch die Betroffenen gehören zu einer in der Bevölkerung nicht sehr bekannten Gruppe“, so Dr. Schneider. Es muss noch viel geleistet werden, damit Träger dieses mutierten Gens rechtzeitig erkannt und entsprechend behandelt werden.

Gemeinsam mit dem Regensburger Professor Dr. Alois Fürst und der Professorin Dr. Gabriele Möslin aus Bochum-Linden wird sich der Ausgezeichnete weiter mit dem Lynch-Syndrom beschäftigen und das Bewusstsein von Ärzten und Patienten dafür weiter steigern.

(Quelle: Philipps-Universität Marburg)

Es geht weiter!

Erfahrungsbericht aus Patientensicht von H. P. Bieber

Im Dezember 2003 erhielt ich die Diagnose eines weit fortgeschrittenen Multiplen Myeloms (Krebs des Knochenmarks). Mein Zustand machte eine sofortige intensive Behandlung mit diversen vorbereitenden Chemotherapien, kombiniert mit Kortison, sowie zwei dann folgenden Hochdosis-Chemotherapien plus Ganzkörperbestrahlung, jeweils mit anschließender Stammzelltherapie (eigene Stammzellen) notwendig. Die Behandlungsdauer betrug zehn Monate und fand in einer Klinik statt. Es erfolgte daraufhin eine Teilremission. Körperlich hatte ich in der Zeit deutlich abgebaut. Psychisch befand ich mich, nach dem anfänglichen Sturz ins Bodenlose, inzwischen in einem Zustand einer hoffnungsarmen Gleichgültigkeit.

Die Blutbefunde waren nicht so gut wie vorhergesagt. Mir wurde klar, dass nach der Zeit der intensivmedizinischen Behandlung, in die ich mich passiv gefügt hatte, eine neue Qualität hinzukommen musste, um gesünder zu werden. Ich fand eine hämatologisch-onkologische Praxis, die zusätzlich psychoonkologische Gespräche anbot. Dort fühlte ich mich sofort gut aufgehoben, auch mein Wunsch nach „Eigenarbeit“ passte in die Ausrichtung der Praxis. Neben den Gesprächen wurde ich in die Visualisierungstechnik nach Dr. Simonton eingeführt. Diese praktizierte ich erfolgreich über Jahre und erholte mich körperlich und psychisch.



Nach einem Rezidiv und der bei mir nachlassenden Motivation zur Visualisierung suchte ich andere Möglichkeiten, weiter aktiv zu meiner Gesundheit beizutragen. Im Qigong fand ich eine neue Perspektive. Hier konnte ich Visualisierungen mit körperlichen Übungen verbinden und verknüpfen. Besonders intensiv gelang dieses in der Zeit der wöchentlich stattfindenden Gruppen unter Leitung einer kompetenten Psychoonkologin und Qigongtherapeutin. Neben dem reinen Trainieren der Übungen wirkte hier besonders intensiv die Gesprächsebene, die mich immer wieder auf eigene Verhaltensmuster hinwies und meine Übungsintensität beförderte.

Mein körperlicher Zustand ist seitdem besser geworden, auch die innere Kraft, die seelische Verfassung, haben sich stabilisiert, die Lebensqualität ist eine deutlich bessere. Ich kann nun die Nebenwirkungen der immer wieder notwendig werden den Behandlungen besser verkraften. Meine Lebenseinstellung ist trotz der weiter bestehenden Krankheit positiver geworden. Ich führe die Qigongübungen jetzt (nicht ganz regelmäßig) alleine und selbstständig durch, hoffe aber bald wieder im Gruppenverband üben zu können. ■

AUS DER KREBSFORSCHUNG

Mehr Dickdarmkrebs bei Rauchern

Rauchen lässt nicht nur die Haut altern, sondern schadet auch dem Darm. Italienische Forscher haben in einer groß angelegten Analyse mit Daten aus über 120 Studien belegen können, dass Raucher ein über 20% höheres Risiko haben, an Dickdarmkrebs zu erkranken.

Im Ergebnis dieser Analyse vom Europäischen Krebsinstitut in Mailand stellte sich heraus, dass der Giftcocktail im Tabakrauch bei Rauchern eine jährliche Erkrankungsrate von 66 pro 100.000 ergibt; bei Nichtrauchern lag die Rate bei 55 pro 100.000 Personen. Die Forscher haben dabei eine weitere signifikante Erkenntnis gewonnen: Das Krebsrisiko steigt mit der Zahl der jährlich konsumierten Zigaretten.

(Quelle: Sonic Healthcare 1/2012)

„Der König aller Krankheiten Krebs – Eine Biografie“



Autor: Siddhartha Mukherjee
Verlag: DuMont Buchverlag, Köln
Aus dem Englischen
von Barbara Schaden

Inmitten unserer redaktionellen Arbeit überraschte uns die Ankündigung dieses ungewöhnlichen Buches. Fritz Pleitgen, Präsident der Deutschen Krebshilfe, stellte den Autor Siddhartha Mukherjee und sein Buch „Der König aller Krankheiten“ im Februar in den Räumen des Berliner Verlages vor, zeitgleich mit dem 30. Deutschen Krebsskongress. Die Presse reagierte begeistert. Wir auch.

Wir wollen Ihnen dieses Buch ans Herz legen. „Krebs – eine Biografie“ ist ein gelungener Versuch, diese scheinbar unsterbliche Krankheit verstehen zu lernen, einzudringen in menscheitsgeschichtliche Dimensionen. Die alles und jeden bewegenden Fragen: wird es irgendwann ein Ende des Königs Krebs geben, wird es irgendwann möglich sein, diese Krankheit auszumerzen, stellt der Autor, der selbst Krebsforscher und Onkologe in den USA ist. Mit großem Einfühlungsvermögen erzählt Mukherjee von der Leidenschaft der Forscher, von den radikalen Therapien, von den verlorenen Kämpfen der Erkrankten gegen den Feind Krebs. Er geht in der Geschichte dieser Krankheit über 5000 Jahre zurück und erzählt unter anderem von der Königin von Persien, die ihre kranke Brust in Tüchern verhüllte und sie schließlich in einem Anfall von weitblickender Wut, wahrscheinlich von einem Sklaven abschneiden ließ. Dieses Buch ist in seiner demütigen Ehrlichkeit, seiner durch Erfolge und Niederlagen im Kampf gegen den Krebs geprägten Menschlichkeit grandios und fesselnd geschrieben. Ein komplexes kulturhistorisches Epos, wie „Der Freitag“ schreibt. Seit seinem Erscheinen im Jahr 2010 in den USA war es weltweit auf der Bestsellerliste.



Eine Schicksalsgeschichte durchzieht das Buch: Die Geschichte der 30-jährigen Carla, die an akuter lymphoblastischer Leukämie (ALL) erkrankte. Sie war eine der ersten Patientinnen von Mukherjee.

Die Erkenntnis von Robert Virchow bringt die Geschichte des Krebses auf den Punkt: „Alle Zellen gehen aus Zellen hervor – Omnis cellula e cellula“. Die Zellen teilen, spezialisieren und organisieren sich nach einem genauen Plan, sie sind das Fundament des Lebens. Der Krebs entzieht sich diesem organisierten Gefüge, er durchkreuzt den Plan.

Siddhartha Mukherjee ist Krebsforscher und Assistenzprofessor in der Columbia University und arbeitet am New York Presbyterian Hospital. Er studierte an der Stanford University, der University of Oxford, der Harvard Medical School. 2011 erhielt er für sein Buch „König aller Krankheiten“ den von den Journalisten hoch begehrten Pulitzer-Preis. ■

Dagmar Moldenbauer

(Quellen: Deborah Feingold (Porträt),

Quagga Illustrations, Berlin (Umschlagabbildung)

„Der Freitag“, Tagesspiegel, Berliner Zeitung und das Buch selbst.)

„Selbst ein Weg von tausend Meilen beginnt mit dem ersten Schritt.“

(Japanische Weisheit)

Erschöpfung und Schwäche überwinden

Quälende Müdigkeit und das Gefühl ständiger Erschöpfung begleiten bei vielen Patienten den Alltag während der Behandlung und oft auch die Zeit danach.

Dieser Zustand kann durch Chemotherapie, Strahlentherapie oder Immuntherapie ausgelöst werden und beeinträchtigt die Lebensqualität spürbar. Den krebszerstörenden Substanzen und ebenso der Ansammlung von schädlichen und giftigen Stoffwechselprodukten wird eine ursächliche Bedeutung zugeschrieben. Nicht jeder Patient muss von Fatigue (sprich: Fatieg) betroffen sein.

Gehört man allerdings zu den Betroffenen, dann sollte mit dem behandelnden Ärzteteam nach einer individuellen Klärung und Behandlung gesucht werden. Trotzdem, Schonung und Bewegungsmangel sind nicht hilfreich. Natürlich ist ein von Krebs Betroffener während der Therapien nicht zu Höchstleistungen in der Lage. Dennoch ist eine regelmäßige körperliche Aktivität anzuraten. Bewegungsmangel kann eher negativ auf die Lebensqualität wirken. Die Abnahme der Muskelmasse und der darin gespeicherten Energieträger, die Reduzierung der Leistungsfähigkeit des Herz-Kreislauf-Systems sind die Folge.



Anzuraten sind Ausdauersportarten wie Walken, Joggen, Radfahren oder Schwimmen.

Schon mit regelmäßigem Spaziergehen, möglichst mehrmals in der Woche, kann bereits ein positiver Effekt erzielt werden.

Wichtig ist auch in jedem Fall, den individuellen Empfehlungen des Arztes zu folgen. ■

(Quelle: 3sat.online/ bevert.de)

Krebs? Will ich nicht. Hab ich nicht.

Steve Jobs, das Superhirn von Apple, verhielt sich nicht gerade genial, als bei ihm Bauchspeicheldrüsenkrebs diagnostiziert wurde. Seine Erkrankung wurde zufällig und in einem frühen Stadium entdeckt. Jobs ließ sich wegen Nierensteinen untersuchen, als die Ärzte ernste Hinweise auf einen neuroendokrinen Tumor fanden. Die Diagnose hörte sich positiv an: „Das ist eines von diesen langsam wachsenden Pankreaskarzinomen, die tatsächlich geheilt werden können.“ Aber Steve Jobs entschied sich gegen eine OP und gegen eine Chemotherapie. Der geniale Mann versuchte, mit unsinnigen Diäten gegen den Krebs vorzugehen. Und er wandte sich an spirituelle Heiler. Nach neun Monaten hatte sich das Tumorgewebe stark ausgebreitet. Jobs Verdrängung der Erkrankung ging noch weiter. Er erzählte, er sei geheilt und damit machte er anderen Betroffenen auch noch Mut. Bald war seine Krankheit nicht mehr zu übersehen aber es gab kein Zurück mehr. Zahlreiche Metastasen hatten sich gebildet, eine Lebertransplantation war die letzte Chance. Die Schwere seiner Erkrankung hatte ihn auf Platz eins der Warteliste gebracht. Dennoch starb Steve Jobs am 05. Oktober 2011. Diese Geschichte ist nicht ungewöhnlich. Mit der Krebsdiagnose beginnt ein Chaos. Angst, Hilflosigkeit, Verzweiflung und Wut spüren die einen, andere verdrängen ihre Erkrankung, meinen, die Ärzte haben sich geirrt oder Daten oder Proben seien vertauscht. ■

AUS DER KREBSFORSCHUNG

Strukturierte Fortbildung für onkologische Praxisarbeit

Im Rahmen des Projektes an der Uni Heidelberg „Unterstützung und Optimierung der Arzt-Patient-Beziehung durch strukturierte Fortbildung und Training kommunikativer Kompetenz von onkologisch tätigen Ärzten“ (KoMPASS) werden Grundlagen geschaffen, die die Therapeuten qualifizieren, Diagnose und Therapie patientengerecht zu erklären, Hilfen bei Entscheidungen zu geben, die individuellen Ressourcen zu aktivieren, um die seelische Widerstandskraft der Betroffenen zu erhöhen.

Problematisch bleibt allein die Finanzierung. Doch auch hier sollten Betroffene das Gespräch mit ihren Ärzten und Kostenträgern suchen.

(Quelle: DocCheck News, 23.11.2011)

Krebskranke finden Rat

Vor 25 Jahren startete das Deutsche Krebsforschungszentrum mit Unterstützung des Bundesgesundheitsministeriums den Krebsinformationsdienst (KID). Von den Beschäftigten wurde neben aktuellem Fachwissen vor allen Dingen Finger-spitzengefühl für den Umgang mit den Ratsuchenden gefordert. Heute verfügen die KID-Beraterinnen über eine umfangreiche onkologische Wissens- und Ad-ressdatenbank.

Die Eigenverantwortung der Ratsuchenden kann nur dann wirklich wahrge-nommen werden, wenn sie mit verlässlichen und kompetenten Informationen ausgestattet werden. Nur so können sie ihre Souveränität im Kampf gegen den Krebs in der Allianz mit ihrem behandelnden Ärzteteam för-dern, können mitbestimmen und mitentscheiden.



Das KID will keine Konkurrenz zum behandelnden Arzt sein; es versteht sich als Ergänzung zur ärztlichen Beratung. Fragen und Nachhaken von Patienten soll von den Ärzten als Koope-rationsangebot verstanden werden. Für die Komplexität von Krebserkrankungen ist es von Vorteil, wenn der Arzt einen gut informierten Patienten behandelt, einen Patienten, der um die Chancen und die Risiken seiner Erkrankung weiß.

**Ratsuchende erreichen das KID
über die Telefon-Nr. 0800 – 420 30 40 (tägl. von 8-20 Uhr)**

Noch einige Hinweise zum **Thema Darmkrebs**. Die Deutsche Krebsgesell-schaft hat im März 2011 auf dem Online-Portal **www.darmkrebszentrale.de** eine neue Themenreihe gestartet. Hier bekommen Betroffene und ihre Angehö-rigen eine Vielzahl von hilfreichen Informationen.

In der Mediathek sind alle Folgen der Filmdokumentation „Ein Tag wie jeder andere? Mein Weg mit Darmkrebs“ archiviert. Die Filme werden ergänzt durch Patientenberichte. Dieses Onlineportal hält ebenso Antworten zu Fragen der So-zialversicherung und anderer Unterstützungen für Ratsuchende bereit. ■

Leitlinien der Onkologie

Das Journal Onkologie hat ein Interview mit Prof. Dr. Dr. h.c. Werner Hohenberger, Chirurgische Universitätsklinik Erlangen, veröffentlicht. Prof. Hohenberger antwortet hier auf Fragen nach dem Nutzen einer Krebstherapie mit einer eindringlichen Aussage: Dreh- und Angelpunkt ist die Qualität! Und er fährt fort: „Wenn die Qualität erhöht wird, dann werden die Kosten definitiv gesenkt.“ Und weiter: „Wer primär die Kosten betrachtet, senkt die Qualität“. Kritisch werden die noch immer vorhandenen Unterschiede in der Versorgungsqualität in der chirurgischen Behandlung in Deutschland analysiert.

Die Deutsche Krebsgesellschaft hat zur Sicherung der onkologischen Versorgung evidenzbasierte Leitlinien erstellt, die auch die Integrative Krebstherapie unterstützen. Diese Leitlinien sind für die komplexen Versorgungsstrukturen entwickelt und gelten damit auch für die interdisziplinäre Arbeit der Integrativen Krebstherapie.

Prof. Hohenberger räumt allerdings auch ein, dass nicht jeder Patient leitliniengerecht versorgt werden kann. Die verantwortungsvolle Entscheidung der Therapeuten verlangen nicht selten gut begründete und manchmal sogar abweichende Einzelentscheidungen.

(Die Deutsche Krebsgesellschaft hat in einer Publikation diese Leitlinien der Onkologie veröffentlicht.)

Schluckimpfung gegen Bauchspeicheldrüsenkrebs

Die Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg bietet im Rahmen einer Studie erstmals eine Schluckimpfung zur Behandlung von Krebs an. Teilnehmer dieser Studie können Patienten mit Bauchspeicheldrüsenkrebs (Pankreaskarzinom) werden, deren Erkrankung nicht operiert werden kann oder die bereits Metastasen gebildet hat.

Der neuartige Impfstoff VXM01 soll das körpereigene Immunsystem dazu stimulieren, die Blutgefäße des Tumors anzugreifen und zu zerstören. Dieses Gefäßsystem ist wichtig für die Nährstoffversorgung und damit für das Wachstum des Tumors sowie für das Abwandern von Tumorzellen in andere Organe.

Der neue Impfstoff wurde von dem schweizerisch-deutschen Biotechnologie-Unternehmen VAXIMM, einer Ausgründung der Merck KGaA, in Zusammenarbeit mit Dr. Schmitz-Winnenthal entwickelt. Eine Weiterentwicklung des Impfstoffes für die Anwendung bei anderen Krebsarten ist vorgesehen. *(Quelle: Universitätsklinik Heidelberg)*

Zehn Leitsätze der Landeskrebsgesellschaften zur Krebsberatung

Die Landeskrebsgesellschaften der Deutschen Krebsgesellschaft sehen in der ambulanten psychoonkologischen Beratung die wesentliche Aufgabe ihrer gegenwärtig 72 Krebsberatungsstellen in Deutschland.

Als Teil der Krebsgesellschaft sind die Beratungsstellen nahe an den wissenschaftlichen Informationsquellen und auch gut vertraut mit dem Alltag der Krankenversorgung:

1. Die Beratung gibt Patienten und Angehörigen Informationen zur Krankheit, Orientierung im Gesundheits- und Sozialsystem und Unterstützung bei psychischen und sozialen Problemen.
2. Die Beratung unterstützt in allen Phasen des Krankheitsverlaufs.
3. Die Beratung orientiert sich an den individuellen Bedürfnissen, Fragen und Belastungen jedes Einzelnen; sie ist vertraulich und unabhängig.
4. Die Beratung ist kostenlos und leicht und zuverlässig erreichbar.
5. Die Beratung wendet sich an Krebskranke und Angehörige sowie an Selbsthilfegruppen, professionelle Helfer und Interessierte.
6. Die Beratung geschieht durch Fachkräfte aus Sozialpädagogik, Psychologie und Medizin mit zusätzlicher psychoonkologischer Qualifikation.
7. Die Beratung erfolgt durch persönliche und telefonische Gespräche oder auch schriftlich. Ergänzend kommen Gruppenangebote, Vortragsveranstaltungen und Informationsmaterialien hinzu.
8. Die Beratung umfasst die Aufklärung der Öffentlichkeit über das Thema Krebs, besonders zu Prävention und Früherkennung.
9. Die Beratung ist eng mit allen anderen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens sowie den Selbsthilfegruppen verknüpft.
10. Die Beratung arbeitet qualitätsgesichert und orientiert sich an den Leitlinien der psychoonkologischen Fachgesellschaften.

Ihre zuständige Beratungsstelle finden Sie unter www.krebsgesellschaft.de

TimJan – das Wundergetränk aus Südafrika



Seit 1998 wird TimJan hergestellt und ist doch relativ wenig bekannt. Zu Unrecht – denn dieses Getränk ist ein wirkliches Wunder. Das Getränk wird aus dem Saft der Aloe-Ferox-Pflanze und Rotwein aus südafrikanischem Anbau hergestellt. Durch diese komprimierte Zusammensetzung von rund 160 Vital- und Nährstoffen wird TimJan zu einem Getränk mit einer unvergleichbaren Wirkung auf den menschlichen Organismus. Das Mischungsverhältnis des Saftes der Aloe-Ferox Pflanze und des Rotweins bleibt allerdings ein

Geheimnis der Hersteller Tim Pollard und Jannie van Wyngaard, aus deren Namen sich TimJan ableitet.

Die Inhaltsstoffe von Aloe Ferox haben eine direkte Auswirkung auf die Zellen, auf unser Immunsystem. Durch den entscheidenden Stoff Acemannan und seine antiviralen, antibakteriellen und antimykotischen Eigenschaften kann unter anderem die natürliche Bakterienflora der Verdauungsorgane beeinflusst werden. Ein weiterer Wirkstoff der Aloe Ferox, das Aloeresin, hat eine vierfach höhere Konzentration als die bekannte Aloe Vera. Damit ist dieser Wirkstoff in seiner antioxidativen Wirkung viermal stärker als Grüner Tee und Traubenkernextrakte – und dreimal stärker als Vitamin E und C.

Diese besondere Heilpflanze, die Aloe Ferox, (nicht zu verwechseln mit der Aloe Vera) wächst in einer wüstenähnlichen, sonnigen Region in der Nähe des Kap; weit weg von Umweltverschmutzung und Zivilisation. Da Wildpflanzen langsamer wachsen, können sich die wertvollen Inhaltsstoffe ohne chemische Dünge- und Pflanzenschutzmittel weitaus wirksamer ausbilden. In der Biophotonanalyse (nach Prof. Popp) konnten Wissenschaftler eine zehnmal höhere Bioverfügbarkeit der Inhaltsstoffe nachweisen als bei herkömmlichen Anbauarten.

Zum Erhalt der wertvollen Inhaltsstoffe wird Aloe Ferox für TimJan schonend gewonnen und dann ohne Wärmebehandlung mit Rotwein vermischt. Dieser



Rotwein wirkt als Konservierungsmittel. Aber Achtung: das Getränk hat einen Alkoholgehalt von 16,5%. Mit dem Wein gelangen weitere gesunde Inhaltsstoffe, die bekannten Phenole wie Quercetin, Catechin, Epicatechin und Resveratrol, in das Getränk.

TimJan kann folgende Wirkungen aufweisen:

Reduzierung von Infektanfälligkeit und Verbesserung der Immunabwehr – schnellere Wundheilung nach Operationen, Verletzungen und Verbrennungen – unterstützende Behandlung bei Diabetes, bei Gelenkschmerzen, Rheuma und Arthritis – Verzögerung der Zellalterung und Schutz vor freien Radikalen. TimJan kann über mehrere Monate konsumiert werden. ■

Weitere Informationen über www.timjan.de

TimJan

heißt in Südafrika – WonderJuice

TimJan ist reich an gesunden Inhaltsstoffen.

Der Saft aus der Aloe-Ferox-Pflanze und südafrikanischem Rotwein wirkt direkt stimulierend auf das Immunsystem.

Wertvolle Vitalstoffe sorgen für eine gesunde Befindlichkeit, bessern den Allgemeinzustand und wirken positiv auf den Stoffwechsel.

TimJan – Ihr Schluck Gesundheit und Vitalität für Körper und Seele, am besten abends vor dem Schlafengehen.

Mehr Informationen
über:

www.timjan.de

oder

info@timjan.de





Europäische Akademie für Naturheilverfahren und Umweltmedizin

Partner für einen kompetenten Dialog zur Integrativen Krebstherapie

DIAGNOSE KREBS ?

Unsere Hefte stehen Ihnen als Betroffener
sofort kostenlos zur Verfügung. Gegen Angst und
Orientierungslosigkeit helfen Information und Aufklärung:

Mehr Wissen macht Mut und gibt Kraft.

Bitte melden Sie sich – Sie erhalten unser Heft umgehend per Post.
Ihre Ideen, Hinweise und Wünsche an unsere Redaktion sind jederzeit
willkommen. Bitte richten Sie Ihre Heftbestellungen für diese und alle
vorherigen Ausgaben 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: akademie@dr-wasylewski.com; www.eanu.de

Sind Sie an unserem **NEWSLETTER** interessiert?
Melden Sie sich bitte über unsere E-Mailadresse an.

IMPRESSUM: Aktuelle Gesundheitsnachrichten, Heft 5/2012
Herausgeber: Europäische Akademie für Naturheilverfahren und Umweltmedizin (EANU)
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
Bild: www.fotolia.com: Sebastian Kaulitzki (Titel), Chepko Danil, Gina Sanders, Volff, Danel,
Xiangdong Li, Joshua Resnick; Joachim Kirchmair/Fotodesign; Aeskulap Klinik.

ISSN (Print) 2199-9791
ISSN (Internet) 2199-9805

Produktion:



Es gelten die AGB der Saxoprint GmbH (einsehbar unter www.saxoprint.de/impressum.aspx)

Flyer • Prospekte • Broschüren • Visitenkarten • Briefbögen • Postkarten • Plakate

Saxoprint GmbH
Digital- & Offsetdruckerei
Enderstraße 92c
01277 Dresden

Telefon: 0800 66 45 413
Telefax: +49 351 20 56 747
Internet: saxoprint.de

service@saxoprint.de
Druckdaten an:
daten@saxoprint.de

HRB 18253
Amtsgericht Dresden
Geschäftsführer: Thomas Bohn
Klaus Sauer
USt-IdNr.: DE206107049

Commerzbank
BLZ: 850 800 00
Konto: 480 435 107
IBAN: DE74 8508 0000 0480 4351 07
BIC: DRES DE 33 030