

Perspektive LEBEN

DAS MAGAZIN FÜR MENSCHEN
MIT KREBSDIAGNOSE UND IHRE ANGEHÖRIGEN

JUNI 2021

Diagnose Hautkrebs

Dynamik der Möglichkeiten

**Sinnvoll oder
gefährlich?**

Vorsicht bei Eigentherapie

Prostatakrebs

Abwarten – und beobachten

Schwerpunkt
THEMA

Krebs und
Soziales

Selbsthilfe in der Pandemie

Warum die Gruppe Ihnen jetzt Halt gibt

Wie körperliches Training in allen Krankheitsphasen hilft
Auf den Beinen bleiben!



Jetzt kostenlos
abonnieren



Foto: tabitazn - stock.adobe.com

Versand monatlich

PerspektiveLetter

Medical Tribune hält Sie auf dem Laufenden!

Der PerspektiveLetter der Medical Tribune richtet sich an Menschen mit Krebsdiagnose und ihre Angehörigen – und unterstützt den Arzt in der oft schwierigen Aufklärung. Die Themenschwerpunkte lassen sich in folgende Rubriken einteilen:

- Menschen & Erfahrungen
- Krebs & Therapie
- Rat & Hilfe
- Leben & Gesundheit
- Fachwörter-Lexikon
- Service

Bestellcoupon

Einfach ausfüllen und **per Post** senden oder über unsere **Webseite: www.perspektive-leben-mit-krebs.de/nl** registrieren.

Bitte vergessen Sie nicht, Ihre E-Mail-Adresse anzugeben!

Ja, ich abonniere kostenlos
den PerspektiveLetter

Medical Tribune
Verlagsgesellschaft mbH
Online-Redaktion
Unter den Eichen 5
D-65195 Wiesbaden

MPL 2/2021

E-Mail-Adresse

Name

Datum, Unterschrift

Warum wir gerade jetzt vorsorgen sollten

Liebe Leserin, lieber Leser,

ich wende mich heute mit einer Bitte an Sie, die Sie vielleicht auf den ersten Blick für merkwürdig halten. Es ist die Bitte, jetzt eine Vorsorgevollmacht, jetzt eine Patientenverfügung, jetzt eine Betreuungsverfügung aufzusetzen. Ja, Sie haben richtig gelesen. Sie. Jetzt. Und zwar schnell und konsequent.

Was für eine Zumutung! – höre ich manchen von Ihnen jetzt sagen. Warum sollte ich dafür Zeit und Energie verschwenden? Ich bin doch gesund, fit, kräftig. Warum sollte ich gerade jetzt, wo es mir so gut geht, an solche Vollmachten denken. Die braucht man doch frühestens dann, wenn man all das nicht mehr ist.

Richtig. Genau dann brauchen wir alle sie. Aber wenn es schon so weit ist, ist es für jeden von uns zu spät, diese entscheidenden Vollmachten auszufüllen und rechtskräftig werden zu lassen. Denn die drei Formulare sind eine Vorsorge im besten Sinne des Wortes – sie sorgen vor für jeden von uns. Diese Vollmachten regeln das, was wir nicht mehr regeln können, wenn erst einmal der Ernstfall eingetreten ist. Und der kann rasch kommen: Sollten Sie unglücklich beim Mountainbiken stürzen, beim

Äpfelpflücken von der Leiter fallen oder beim Hausputz stürzen, dann könnte schon der Fall eintreten, dass Sie bewusstlos am Boden liegen – und nicht mehr alleine für sich entscheiden können.

»Mein Rat:
Nutzen Sie die
Zeit – jetzt!«



Jochen Schlabing
Herausgeber
Perspektive LEBEN

»Mit drei Formularen
ist für jeden für uns eine
Vorsorge möglich«

Aber diese Fähigkeit sollten Sie wenigstens indirekt behalten: Dadurch, dass Sie in Zeiten, in denen Sie sich klar entscheiden können, den entsprechenden Sachwalter für eine solche ungewöhnliche Situation einsetzen: Ihren Lebenspartner, Ihre Kinder, einen guten Freund, einen Anwalt, dem Sie vertrauen.

Unser Autor des Artikels zur Vorsorgevollmacht auf Seite 22 in dieser Ausgabe hat mir anvertraut, dass er – durch die Recherche angeregt – selbst begonnen hat, die drei Vorsorgepapiere auszufüllen und beglaubigen zu lassen: Mit dem festen Vorsatz, dass nie der Tag kommen möge, dass sie benötigt werden. Er fühle sich jetzt beruhigt: Denn für den Fall der Fälle, ist er auf der sicheren Seite.

Deshalb mein Rat: Nutzen Sie die Zeit – jetzt!

Herzlich grüßt Sie
Ihr Jochen Schlabing

Impressum

MEDICAL TRIBUNE

Perspektive LEBEN

© 2021, Medical Tribune Verlagsgesellschaft mbH

Alleiniger Gesellschafter: Süddeutscher Verlag
Hüthig Fachinformationen GmbH, München

Verlag: Medical Tribune Verlagsgesellschaft mbH

Anschrift:

Unter den Eichen 5, 65195 Wiesbaden
Telefon: 0611 9746-0
Telefax Redaktion: 0611 9746 480-303
E-Mail: kontakt@medical-tribune.de
www.medical-tribune.de

CEO: Oliver Kramer

Geschäftsführung: Stephan Kröck, Markus Zobel

Herausgeber: Jochen Schlabing

Geschäftsleitung: Rüdiger Sprunkel

Chefredakteur: Prof. Dr. phil. Christoph Fasel (V.i.S.d.P.)

Redaktion: Hannes Eder, Maria Fett, Dr. Moyo Grebbin,
Dr. Ines Jung, Thomas Kuhn, Andreas Kupisch,
Dietmar Kupisch, Ingrid Meyer, Jochen Schlabing,
Felix Schlepps, Heiko Schwöbel

Leitung Layout: Andrea Schmuck

Layout: Laura Carlotti, Christina Mähler,
Beate Scholz, Mira Vetter

Herstellung: Holger Göbel

Verkauf: Tina Kuss

Media- und Vertriebsleitung: Björn Lindenau

Anzeigen:

Alexandra Ulbrich, Telefon: 0611 9746-121
Julia Paulus, Telefon: 0611 9746-123
Telefax: 0611 9746 480-112
E-Mail: anzeigen@medical-tribune.de

Vertrieb und Abonnentenservice:

Ute Groll, Telefon: 0611 9746-166
Telefax: 0611 9746 480-228
E-Mail: abo-service@medical-tribune.de

Druck: Vogel Druck und Medienservice GmbH & Co. KG
Leibnizstraße 5, D-97204 Höchberg

Mit der Einsendung eines Manuskriptes erklärt sich der Urheber damit einverstanden, dass sein Beitrag ganz oder teilweise in allen Printmedien und elektronischen Medien der Medical Tribune Group, der verbundenen Verlage sowie Dritter veröffentlicht werden kann. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beiderlei Geschlecht.



11
Wie kann ich als Patient die Behandlung unterstützen?

GERMAN CANCER SURVIVORS WEEK 2021, ONLINE

8
Zur Behandlung von Brustkrebs gibt es immer mehr Optionen



20
Medikamente bei Lungenkrebs



14
Warum Selbsthilfe in Zeiten von Corona so wichtig ist



MENSCHEN & ERFAHRUNGEN

6 DARMKREBS. Ein Arzt als Patient
Intensive Tage

KREBS & THERAPIE

- 8** BRUSTKREBS. Systemische Therapien
Immer mehr Optionen
- 11** MITHELFFEN. Komplementäre Medizin bei Krebserkrankungen
Leben – den Alltag nutzen!
- 16** MALIGNES MELANOM. Behandlung im Überblick
Enorme Fortschritte in allen Krankheitsstadien
- 20** LUNGENKREBS. Eine Übersicht
Neue Medikamente – für bessere Prognosen
- 24** PROSTATAKREBS. Entscheidungsfindung
In vielen Fällen sinnvoll: abwarten – und beobachten
- 26** IMMUNTHERAPIE. Medizinischer Fortschritt
Die Tarnung aufheben

LEBEN & GESUNDHEIT

28 BEWEGUNG. Schon nach der Krebsdiagnose damit beginnen
Warum körperliches Training hilft – in allen Krankheitsphasen

RAT & HILFE

- 14** SELBSTHILFE. Corona und Krebs
Warum die Gruppe jetzt noch wichtiger ist
- 22** VOLLMACHTEN. Wichtige Fragen – hilfreiche Antworten
Vorsorgen für den Ernstfall
- 30** TUMORKONFERENZ. Digital gebündeltes Fachwissen
Alle (online) für einen

SERVICE-RUBRIKEN

- 3** Editorial
- 3** Impressum
- 18, 35** Meldungen
- 33** Fachwörter-Lexikon
- 34** Links für Patienten
- 35** Unsere Experten

Möchten Sie uns Ihre persönliche Frage stellen?

info@medical-tribune.de

Krebs erforschen. Zukunft spenden.



JUNGE ERWACHSENE MIT KREBS BENÖTIGEN EINE SPEZIELLE MEDIZINISCHE BEHANDLUNG UND VERSORGUNG. UNSER ZIEL IST ES, THERAPIEMÖGLICHKEITEN UND VERSORGUNG ZU VERBESSERN. HELFEN SIE UNS DABEI!

www.junge-erwachsene-mit-krebs.de

SPENDEN SIE BITTE!

Unterstützen Sie die „Deutsche Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs“ und ermöglichen Sie damit die notwendige Forschung!



SPENDENKONTO:

Postbank

BIC: PBNKDEFF

IBAN: DE57 1001 0010 0834 2261 04

Deutsche Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs
Alexanderplatz 1 · 10178 Berlin
Telefon: 030 28 09 30 56 0 · Fax: 030 28 09 30 56 9
info@junge-erwachsene-mit-krebs.de
www.junge-erwachsene-mit-krebs.de

Die Arbeit der Stiftung ist als gemeinnützig anerkannt und wird ausschließlich durch Spenden finanziert.

Ein Arzt als Patient

Intensive Tage

DARMKREBS. Vor fünf Jahren traf die Diagnose Darmkrebs den Allgemeinmediziner Thomas S. aus Hannover völlig unvorbereitet. Doch trotz der lebensbedrohlichen Erkrankung blieb er recht gelassen – zumindest äußerlich. Was ihm während dieser intensiven Phase durch den Kopf ging, schildert er in Perspektive LEBEN.

Bis auf einige wenige Erkältungen im Herbst oder mal einen verknacksten Knöchel nach einem Tennisspiel war ich mein Leben lang nie ernsthaft krank. Ich achtete auf mich. Gesunde Ernährung, regelmäßige Bewegung und ausreichend Freizeit prägten meinen Lebensstil.

Alles war perfekt

Nach meinem Medizinstudium ging ich in die USA und arbeitete in verschiedenen Krankenhäusern im Großraum New York. Ich heiratete meine damalige Freundin. Die Ehe wurde nach fünf Jahren einvernehmlich geschieden. Anschließend

kehrte ich nach Hannover zurück und führte mit meiner zweiten Frau eine glückliche Beziehung. Als unser erstes Kind geboren wurde, war ich 48 Jahre alt. Das zweite folgte drei Jahre später. Alles war perfekt: Meine Praxis lief gut, meine Work-Life-Balance war ausgewogen und ich kümmerte mich viel um unsere geliebten Kinder.

Ich sah den Tumor sofort

Mit 57 ging ich das erste Mal zur Darmkrebsvorsorge. Sicherlich etwas spät. Aufgrund meines Lebenswandels allerdings nicht zu spät, dachte ich damals. Während der Darmspiegelung ließ ich mich nicht betäuben. Man kann so die

»Es fiel mir schwer, alles herunterzuspielen«



Reise durch den Darm live verfolgen. Nach fünf Minuten war die erste Hälfte des Darms erkundet. Dann der Schock: Ich sah den Tumor sofort, noch bevor der behandelnde Kollege mich darauf hinweisen konnte. Mir wurde schummrig und ich bombardierte ihn umgehend mit Fragen, die Menschen mit einer Krebsdiagnose üblicherweise stellen. Die Wichtigste, zu meiner Prognose, konnte er nicht beantworten. Erst müssten weitere Untersuchungen folgen. Der Tumor hatte nämlich eine Größe, bei der man eine Metastasierung nicht ausschließen konnte. Mit dieser Information verließ ich die Praxis – völlig aufgelöst.

Die Wahrheit musste warten

Ich rief meine Frau an und konfrontierte sie mit der Diagnose, achtete aber auf einen gelassenen Tonfall, denn ich sagte ihr, es handle sich um ein frühes Stadium. Für meine Gesundheit bestünde keine Gefahr. Die Wahrheit hätte meine Frau aufgrund ihres Naturells schwer verkraftet. Zugleich befürchtete ich, dass unsere Kinder etwas merken könnten. Das wollte ich unbedingt vermeiden. Sie sollten nichts von meiner Erkrankung erfahren. Als wir uns zwei Stunden später in unserem Haus trafen, löcherte meine Frau mich mit Fragen. Es fiel mir schwer, alles entsprechend herunterzuspielen. Sie hatte gewisse Kenntnisse rund um onkologische Erkrankungen, denn ihre Mutter war einige Jahre zuvor an Krebs erkrankt und leider auch daran gestorben. Sie wirkte skeptisch und war recht aufgeregt.

“ MIT 57 GING ICH DAS ERSTE MAL ZUR DARM-KREBSVORSORGE. SICHER ETWAS SPÄT, ABER AUFGRUND MEINES GESUNDEN LEBENSSTILS NICHT ZU SPÄT, DACHTE ICH. BEI DER DARMSPIEGELUNG SAH ICH DEN TUMOR SOFORT. “

Foto: iStock/saicle

Schwierigste Tage meines Lebens

Die zwei Tage bis zu den weiterführenden Untersuchungen waren die schwierigsten meines Lebens. Ständig musste ich mich zusammenreißen. Niemand sollte merken, dass es mir schlecht ging. Die Ungewissheit zerrte dermaßen an meinen Nerven, dass ich körperliche Auswirkungen spürte. Ich konnte nicht schlafen, nichts essen und mein Kreislauf war irgendwie ständig instabil. Glücklicherweise lag das Wochenende vor mir und ich musste nicht arbeiten. Das hätte sicherlich nicht funktioniert.

Schlechtes Gewissen

Am Montagmorgen begannen die Untersuchungen. Mit speziellen Röntgenverfahren suchte man nach Metastasen. Zudem schauten sich Experten den Tumor selbst ganz genau an. Es ging darum, wie weit er bereits in die Darmwand eingedrungen war. Je tiefer, desto schlechter. Irgendwann saß ich dann wieder im Warteraum. Allein. Ich sehnte mich nach meiner Frau, deren Begleitung ich zuvor abgelehnt hatte – damit wollte ich erneut Gelassenheit demonstrieren. Ein Fehler, dachte ich in dem Moment. Zugleich bekam ich ein schlechtes Gewissen: War es richtig, ihr nicht die volle Wahrheit gesagt zu haben? Dann der Aufruf ins Besprechungszimmer Nummer 3. Meine Anspannung war unerträglich. Die abschließende Diagnose lautete Darmkrebs im Stadium II. Keine Metastasen! Alles fiel von mir ab. Ich war wieder da.

»Eine halbe Stunde später lagen wir uns im Arm«

Der Respekt bleibt

Sofort rief ich meine Frau an und entschuldigte mich bei ihr. Sie gestand mir, dass sie meine Unruhe der vergangenen Tage gespürt hatte. Eine halbe Stunde später lagen wir uns in den Armen. Die Operation folgte zwei Tage später. Danach kam die Chemotherapie. Ich verkraftete alles sehr gut. Konnte sogar früh wieder Sport treiben – auch wenn das häufig viel Überwindung kostete. Alles in allem war ich nach sechs Monaten wieder voll auf dem Damm. Heute – fünf Jahre später – gelte ich als geheilt. Und so fühle ich mich auch. Nur der Respekt vor der Krankheit bleibt. Nicht schlimm. *Leonie Kommerell*

»Gesunde Ernährung, Sport, ausreichend Freizeit: Der Krebs kam trotzdem«

Fotos: AVTG – stock.adobe.com, iStock/Morsa Images

Brustkrebsbehandlung

Immer mehr Optionen dank systemischer Therapien

BRUSTKREBS. Die Aussichten Betroffener sind im Vergleich recht gut: In einem frühen Stadium entdeckt, werden mittlerweile mehr als 90 Prozent der Erkrankten geheilt. Selbst über alle Tumorstadien hinweg, liegt die Quote bei etwa 80 Prozent, und seit einigen Jahren sinkt die Brustkrebssterblichkeit kontinuierlich. Einen großen Anteil an diesem Erfolg haben die sogenannten systemischen Therapien. Perspektive LEBEN berichtet über den aktuellen Stand der Behandlungsmöglichkeiten.

Zur wirksamen Bekämpfung des Tumors stehen unterschiedliche Therapien zur Verfügung. Nach wie vor ist eine Operation bei Brustkrebs in der heilbaren Situation das Mittel der ersten Wahl. Daneben nutzen die Experten aber noch viele weitere Möglichkeiten, die abhängig von der genauen Klassifikation des Tumors und meist ergänzend zur Operation durchgeführt werden, wie zum Beispiel die Bestrahlung. Neben diesen lokalen Therapien kommen sogenannte systemische Therapien zum Einsatz. Hierzu zählen beispielsweise die Chemotherapie, Antihormontherapie und zielgerichtete Therapien, wie die Immuntherapie, die häufig bereits

»Neben der OP
gibt es viele weitere
Möglichkeiten«





»Die Therapien werden
individueller:
Zielgerichtete Behand-
lungen kommen
vermehrt zum Einsatz«



Prof. Dr. Peter Mallmann
Direktor der Klinik und Poliklinik
für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe am Universitäts-
klinikum Köln

»Die Heilungschancen steigen
dank wirksamerer Therapien«

UNSER EXPERTE:

vor der Operation, also neoadjuvant, eingesetzt werden. Alle entfalten ihre Wirkung systemisch, das bedeutet im ganzen Körper.

Optimale Behandlung in zertifizierten Brustzentren

„Die Krebsforschung zeigt, dass die Heilungschancen dank neuer beziehungsweise wirksamerer Therapieansätze steigen. Vor allem Frauen mit Brustkrebs, die entsprechend der wissenschaftlichen Leitlinien für Diagnostik, Therapie und Nachsorge behandelt werden, haben eine deutlich bessere Überlebenschance sowie ein niedrigeres Risiko einer Wiedererkrankung“, weiß Professor Dr. Peter Mallmann. Der Brustkrebsexperte ist Direktor der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am Universitätsklinikum Köln. Er betont: „Eine optimale Behandlung auf Basis von interdisziplinär entwickelten Strategien erhalten Betroffene nur in speziellen, zertifizierten Brustzentren“.

Tumortyp bestimmt Strategie

Die Wahl der Behandlungsstrategie hängt heutzutage von der Biologie des Tumors beziehungsweise vom Tumortyp ab – weniger vom Lymphknotenbefall, der früher als zentrale Entscheidungsgrundlage galt. Meist entfernen Brustoperateure somit nur noch den sogenannten Wächterlymphknoten, also den im Lymphabflussgebiet eines Primärtumors an erster Stelle liegenden Lymphknoten. Voraussetzung ist allerdings, dass die Lymphknoten in der Achselhöhle nach Tast- und Ultraschallbefund unauffällig sind.

»Auch mit Lymph-
knotenbefall geht es
teils ohne Chemo«

„Aktuelle Studien zeigen, dass die Entfernung weiterer Lymphknoten aus der Achselhöhle auch bei Befall des Wächterlymphknotens in vielen Fällen nicht mehr notwendig ist“, erklärt Prof. Mallmann. „Früher war außerdem bei Befall der Lymphknoten die Durchführung einer Chemotherapie angezeigt, heutzutage kann in bestimmten Fällen bei Patientinnen mit hormonrezeptorpositiven Tumoren auch bei befallenen Lymphknoten auf eine Chemotherapie verzichtet werden. Auf der anderen Seite wissen wir, dass besonders junge Patientinnen mit einem ausgedehnten Lymphknotenbefall in der Achselhöhle von einer intensiveren Chemotherapie profitieren.“

»

Als zusätzliche Entscheidungshilfe für die Wahl der Therapiestrategie nutzen die Ärzte auch Genexpressionsanalysen: Durch zusätzliche molekularbiologische Untersuchungen, die in speziellen Labors durchgeführt werden, kann bei Frauen mit hormonrezeptorpositiven Tumoren in einem frühen Erkrankungsstadium festgestellt werden, ob sie eine Chemotherapie benötigen oder ob eine Antihormontherapie ausreichend ist. Für diese Entscheidung wird häufig eine Antihormontherapie für wenige Wochen vor der Operation durchgeführt und das Ansprechen des Tumors bei Operation beurteilt.

Chemotherapie auch vor der Operation

Mittels einer Biopsie bestimmen die Experten den Tumortyp. Hierfür wird der Patientin Krebsgewebe entnommen, das anschließend genau untersucht wird. Je nach vorliegender Tumorbiologie entscheidet der Onkologe dann über die Behandlungsstrategie. „Ist eine Chemotherapie notwendig, sollte diese vor der Operation durchgeführt werden. Somit lässt sich das Ansprechen des Tumors auf die Therapie überprüfen und die Operabilität von größeren Tumoren verbessern“, erläutert Prof. Mallmann. Ärzte bezeichnen das Vorgehen fachsprachlich als neoadjuvante Therapie. Aufgrund molekularbiologischer Untersuchungen können die Onkologen den Erfolg der gewählten Chemotherapie bereits im Vorfeld gut einschätzen. Sollten nach präoperativer Durchführung einer Chemotherapie noch Reste des Tumors bei OP vorhanden sein, kann für die Patientin eine individuelle Behandlung für die Zeit nach der Operation geplant werden. Nebenwirkungen der Chemotherapie sind vor allem Haarausfall, Übelkeit, Müdigkeit und Kraftlosigkeit. Die gute Nachricht: Alles ist meist nur vorübergehend und lässt sich mithilfe von Medikamenten und supportiven Maßnahmen lindern. Nach Beendigung der Therapie sprießen die Haare wieder und die Energie kehrt zurück. Die operative Therapie im frühen Stadium kann in über 80 Prozent der Fälle brusterhaltend durchgeführt werden.

Chemotherapie ...

Antihormontherapie ...

Systemische Therapien

... Immuntherapie und mehr: Zu den klassischen Behandlungsarten kommen immer weitere hinzu.

»Neue Substanzen in klinischen Studien schon verfügbar«

Zur brusterhaltenden Therapie gehört stets eine Bestrahlung.

Individuelle Möglichkeiten

Die Therapien werden zunehmend individueller: Neben der klassischen endokrinen Therapie, der Antihormontherapie, die seit Jahrzehnten etabliert ist und durch Hormonentzug das Wachstum hormonrezeptorpositiver Tumoren stoppt, kommen immer mehr zielgerichtete Therapien zum Einsatz.

Anders als bei einer konventionellen Chemotherapie wirken hier spezielle Medikamente gezielter auf den Tumor und schonen gesunde Zellen. Sie blockieren spezielle Rezeptoren, verhindern weiteres Wachstum des Tumors und lassen ihn absterben. Diese Medikamente sind häufig Antikörper, die in Kombination mit einer Chemotherapie verabreicht werden.

Bei Patientinnen mit einem Tumor, der nicht für eine Hormontherapie infrage kommt, kann eine Immuntherapie in Kombination mit einer Chemotherapie die Krankheit bekämpfen.

„Immuntherapien kommen bereits bei anderen Krebsarten zu Einsatz, nun auch in bestimmten Fällen zur Behandlung von Brustkrebs“, erklärt Prof. Mallmann.

„Patientinnen mit einem triple-negativen Mammakarzinom im fortgeschrittenen Stadium behandeln wir etwa mit einer Chemotherapie in Kombination mit einem Checkpoint-PD-L1-Hemmer. „Auch bei Frauen mit fortgeschrittener Erkrankung, die bereits eine Hormontherapie erhalten haben, kann durch neue Medikamente, wie die sogenannten CDK-4/6-Inhibitoren, eine weitere Form der Hormontherapie erfolgen. Patientinnen in einem frühen Erkrankungsstadium können wir diese neuartigen Substanzen bereits im Rahmen von klinischen Studien anbieten“, sagt Prof. Mallmann.

Dietmar Kupisch

Hier finden Sie weitere Antworten

Nach einer Brustkrebsdiagnose gehen den meisten Patienten eine Menge Fragen durch den Kopf: Wie geht es jetzt weiter, was kommt auf mich zu und haben meine Kinder vielleicht auch ein erhöhtes Krebsrisiko? Der Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungs-

zentrums in Heidelberg bietet auf seiner Internetseite www.krebsinformationsdienst.de aktuelle, fundierte Informationen rund um die Krankheit. Sollten dennoch Fragen offen bleiben, berät der Dienst Patienten und Angehörige sogar kostenlos am Telefon.

Komplementäre Medizin bei Krebs

Leben – den Alltag nutzen!



GERMAN CANCER
SURVIVORS WEEK
2021, ONLINE

MITHELFEN. Krebs und seine Folgen müssen von Medizinern behandelt werden. Sogenannte alternative und ergänzende Behandlungen von Heilern helfen nicht. Lesen Sie in Perspektive LEBEN, was Sie selbst im Alltag tun können, um Ihre Behandlung zu unterstützen und damit die Erkrankung und ihre Folgen besser zu bewältigen. »

Foto: michaeljung – stock.adobe.com

Oft fragen sich Patienten und Angehörige, ob es Alternativen zu der konventionellen Behandlung bei Krebs gibt. „Die Antwort darauf ist ganz einfach. Ein klares Nein!“, sagt Professor Dr. Jutta Hübner von der Klinik für Innere Medizin II der Universitätsklinik in Jena. „Die auf Leitlinien gestützte Behandlung von Krebs ist und bleibt das Maß der Dinge.“ Leitlinien beschreiben wissenschaftlich begründete und praktikable Vorgehensweisen und Behandlungskonzepte. Sie decken auch die Supportivtherapien ab, sprich die Behandlung der Nebenwirkungen.

»Schlechtere Prognose durch alternative Medizin«

Im Gegensatz zu den sogenannten alternativen Behandlungen soll die ergänzende oder auch komplementäre Medizin die eigentliche medizinischen Therapie sowie die Behandlung der Nebenwirkungen unterstützen. Sie sind oft fester Bestandteil im Therapieplan. „Al-

lerdings werden unter den komplementären Ansätzen auch Methoden angeboten, deren Wirksamkeit wissenschaftlich nicht nachgewiesen ist“, sagt Prof. Hübner. In Kürze wird die Leitlinie Komplementärmedizin veröffentlicht. Ihr zugrunde liegen wissenschaftliche Ergebnisse aus Studien. „Diese zeigen sehr deutlich, dass alternative Ansätze zu einer schlechteren Prognose der Patienten führen. Für viele durchaus häufig verwendete Methoden wie zum Beispiel homöopathische und anthroposophische Konzepte fehlt der Beweis einer Wirkung, die über den Placeboeffekt hinausgeht. Fachleute sprechen in diesem Zusammenhang von der fehlenden wissenschaftlichen Evidenz der Wirksamkeit. Daher rate ich von diesen Methoden ab. Das spart Geld und wertvolle Zeit“, so Prof. Hübner.

„Diese zeigen sehr deutlich, dass alternative Ansätze zu einer schlechteren Prognose der Patienten führen. Für viele durchaus häufig verwendete Methoden wie zum Beispiel homöopathische und anthroposophische Konzepte fehlt der Beweis einer Wirkung, die über den Placeboeffekt hinausgeht. Fachleute sprechen in diesem Zusammenhang von der fehlenden wissenschaftlichen Evidenz der Wirksamkeit. Daher rate ich von diesen Methoden ab. Das spart Geld und wertvolle Zeit“, so Prof. Hübner.

Glauben durch Wissen ersetzen

Zudem wird bei diesen Konzepten medizinisches Fachwissen des Arztes durch den Glauben an den Homöopathen oder Heiler verdrängt. Dies kann in ungünstigen Fällen unerwünschte Wechselwirkungen mit der evidenzbasierten Behandlung hervorrufen oder dringend notwendige Therapien verzögern. Seriöse Behandler

werden daher immer diese Gefahren benennen und darauf hinweisen, dass für keine alternative Therapie ein Wirksamkeitsnachweis erbracht wurde.

Wenn dieser Nachweis fehlt, fällt bei alternativen und komplementären Behandlungen häufig das Stichwort Placeboeffekt. „Dies ist deshalb ein schlechtes Argument, weil kein Betroffener mit dem Glauben an diesen Scheineffekt eine wirkungsvolle Behandlung ersetzen würde, wenn er vollständig um die Unwirksamkeit und Risiken der Methode weiß“, führt Prof. Hübner aus. „Daher versuche ich in meinen Beratungen immer, das Selbstvertrauen der Patienten und ihrer Angehörigen zu stärken. Wenn die Betroffenen selbst wissen, was ihnen gut tut und wie sie sich stärken können, braucht es keinen Glauben in unbewiesene Heilversprechen von Homöopathika oder dergleichen.“

In vielen Studien bewiesen

Die Frage ist dann: Was kann ich selber tun? „Ganz einfach: Ausgewogene Ernährung und körperliche Aktivität sind die wesentlichen Elemente

der seriösen komplementären und integrativen Onkologie“, betont Prof. Hübner. „Mit diesen Mitteln – täglich angewendet – kann die Prognose erheblich verbessert werden. Dieser statische Wert ist in vielen Studien wissenschaftlich belegt.“

Ebenso sind positive Effekte in Bezug auf Stimmung, Schmerzen, Nebenwirkungen und Heilprozesse bewiesen.

Ebenso sind positive Effekte in Bezug auf Stimmung, Schmerzen, Nebenwirkungen und Heilprozesse bewiesen.

Gesunde Ernährung

„Wer von allem ausreichend isst, ernährt sich gesund und ausgewogen“, sagt Prof. Hübner. „Das heißt, keine Diäten oder Lebensmittel ausschließen, dazu selten Fertig- oder Halbfertiggerichte. Am besten nimmt man sich ein gutes altes Kochbuch und kocht wie die Großmutter

mit regionalen und saisonalen Produkten, die es heute in jedem Supermarkt oder Laden um die Ecke gibt. Nahrungsergänzungsmittel können, abgesehen von ärztlichen Verordnungen, ebenso wie sogenanntes Superfood im Regal stehen bleiben. Das spart Geld und schont die Umwelt.“

Fordernde Bewegung

Zur Bewegung gehört jede körperliche Aktivität. Egal ob im Beruf, im Fitnessstudio oder im Garten. „Wichtig ist,

Eine ausgewogene Ernährung und körperliche Aktivität kann die Prognose bei Krebs erheblich verbessern

TIPP!

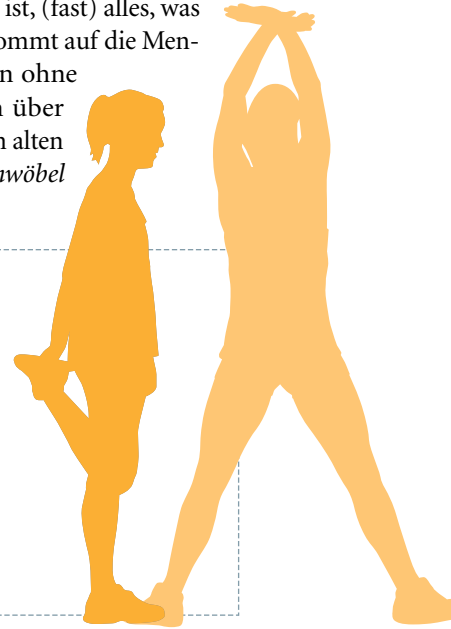


dass man sich so bewegt, dass der Körper gefordert wird“, erklärt Prof. Hübner. „Ein Beispiel macht dies deutlich: Wer sich bisher nicht oder kaum bewegt und körperliche Anstrengung eher nicht mag, fängt damit an, den einen oder anderen Kaffee nicht mehr zu Hause, sondern im Café um die Ecke zu trinken. In der zweiten Woche geht man dann ins Café an der übernächsten Ecke und so weiter.“
Für Fittere kann der flotte Spaziergang oder der Besuch im Fitnessstudio das Richtige sein. Eine kurze Rücksprache mit dem Arzt gibt Sicherheit, sich nicht zu über- oder

»Kochen wie die Großmutter: regional und saisonal«

unterfordern. Die Landeskrebsgesellschaften und Krankenkassen stehen mit Rat und Tat bereit, Sportgruppen zu finden, die sich speziell an Krebspatienten wenden und nach der Coronakrise wieder aktiv werden können.

Entsprechende Angebote finden sich zum Thema Kochen und Ernährung. „Das Motto dabei ist, (fast) alles, was Spaß macht, ist auch erlaubt – es kommt auf die Mengen an“, sagt Prof. Hübner. „Denn ohne Spaß, werden alle Vorsätze rasch über Bord geworfen und man fällt in den alten Trott zurück.“
Heiko Schwöbel



Mehr zum Thema Sport bei Krebs:

German Cancer Survivors Week 2021, online, www.deutsche-Krebsstiftung.de

Bewegung, Aktivierung und Entspannung

Krebs und Sport – geht das überhaupt zusammen? Auf jeden Fall!
Im Gespräch mit Expertinnen und Experten erfahren Betroffene, worauf bei sportlicher Betätigung zu achten ist und warum auch das Thema Entspannung zu einem guten Trainingsplan dazugehört.



Scheidentrockenheit? Da kann ich was tun!

Mit den Vaginalzäpfchen von Vagisan („Cremolum“) haben Brustkrebspatientinnen eine sehr gute Möglichkeit, die Beschwerden der Scheidentrockenheit hormonfrei zu lindern.

Das Cremolum Zäpfchen hat eine einzigartige Wirkweise: Es schmilzt in der Scheide und bildet dort eine pflegende Creme. Abends eingeführt – ohne Applikator – lindert es über Nacht, wie eine Intensivkur.

Bestrahlung und Chemotherapie haben oftmals Auswirkungen auf Haut und Schleimhäute. Eine Antihormontherapie soll östrogenabhängige Tumore im Wachstum hemmen, vermindert aber häufig auch die Produktion von Scheidenflüssigkeit.

Somit wird während einer Krebstherapie die Haut in der Scheide und im äußeren Intimbereich oft trockener. Jucken, Brennen und Schmerzen sind die Folge, und auch der Intimverkehr kann schmerzhaft werden.

Die gute Nachricht: es gibt unkomplizierte Hilfe!

Empfehlung

Zusätzliche Informationen erhalten Sie in der Apotheke oder unter www.vagisan.de



Medizinprodukt



Selbsthilfe und Corona

Warum die Gruppe jetzt noch wichtiger ist



SELBSTHILFE. Die seelische Belastung nach einer Krebsdiagnose ist groß. Betroffene sind oftmals überfordert, sowohl mit ihrer Erkrankung als auch mit der anstehenden Therapie. Es gibt einfach zu viele unbeantwortete Fragen und entstehende Ängste. Nicht alles kann der behandelnde Arzt ausräumen. Hinzu kommt aktuell die Corona-Pandemie, die für viele die Lage noch erschwert. Ein Gespräch mit Gleichgesinnten kann da erleichternd wirken – in einer Selbsthilfegruppe findet man sie. Perspektive LEBEN konnte mit drei Teilnehmern sprechen.

Die Klärung medizinischer Fragestellungen rund um die Erkrankung und Therapie ist für Betroffene ein dringendes Ziel. Verständlicherweise möchte man wissen, wie die gesundheitlichen Perspektiven aussehen und auf welche Behandlungen man sich einstellen muss.

Etwas anderes als Arzt oder Familie

Darüber hinaus brennen aber weitaus mehr Themen auf der Seele. Themen, die jedoch von der Ärzteschaft meist nicht beantwortet werden können, auch weil viele erst später, etwa während oder nach der Therapie, auftau-

»Menschen, die ähnliche Erfahrungen gemacht haben«

chen. Inge Schmidt aus Hannover erinnert sich: „Ich baute erst nach meiner Therapie den Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe auf. Ich merkte, dass mir der Wiedereinstieg in den Alltag Probleme machte. Ich suchte nach

Antworten, die mir weder Arzt noch Lebenspartner geben konnten. In der Gruppe wurde ich fündig.“

Der Austausch mit anderen Betroffenen ersetzt nicht das Gespräch mit Angehörigen oder Freunden, er bietet aber eine wichtige Ergänzung. So sieht das auch Dieter Hambach aus Hildesheim: „Bei bestimmten Problemen können nur Menschen helfen, die ähnliche Erfahrungen





Fotos: fotomek – stock.adobe.com, iStock/filo



bereits gemacht haben. Lebenspartner und Freunde spenden hingegen den wichtigen Trost beziehungsweise den seelischen Beistand, was nicht minder wichtig ist.“ Katharina Wagner aus Langenhagen ergänzt: „Mein Mann stand mir besonders zu Beginn der Erkrankung hilfreich zur Seite. Aber über einen langen Zeitraum wird es oft schwer. Das Verständnis für alle Sorgen und Nöte, wie es andere Betroffene in sich tragen, besitzt er einfach nicht.“

Offene Gespräche und praktische Tipps

Das Prinzip einer Selbsthilfegruppe beruht auf dem Erfahrungsaustausch zwischen den Betroffenen. Der Wissensschatz der Teilnehmer ist groß. Jeder kann über seine bisher gemachten Erlebnisse offen sprechen, wenn er möchte. Inge Schmidt erklärt: „Unsere Probleme während der Therapie, im Alltag oder in der Familie sind oft ähnlich, die Empfehlungen zum Umgang mit ihnen nicht selten unterschiedlich.“

Die regelmäßige Teilnahme an den Treffen hilft in vielen Krankheitsphasen ungemein bei der Bewältigung neuer Probleme. Frisch diagnostizierte Patienten profitieren be-

sonders von den erfahrenen Teilnehmern und bekommen so rasch die nötige Unterstützung. Doch nicht nur sie. „Für Patienten mit chronischen Krebserkrankungen sind solche Treffen von ganz großer Bedeutung. Einige sind dauerhaft in Therapie. In den ersten Jahren gibt es viel Klärungsbedarf“, sagt Dieter Hambach. Im Vordergrund stehen dann neue Entwicklungen und Therapien. Der Austausch darüber schafft einen großen praktischen Nutzen. Hilfreich können des Weiteren Tipps zur Beantragung eines Schwerbehindertenausweises, zur Reha oder Informationen über regionale Veranstaltungen sein.

Katharina Wagner ist der seelische Beistand, den sie in der Gruppe erhält, besonders wichtig: „Niemand kennt das Seelenleben eines Betroffenen besser als Menschen mit derselben Erkrankung.“ Gleichgesinnte wissen oft sogar unausgesprochen, was den anderen bedrückt. Das tut gut. Zudem gelingt in einer Selbsthilfegruppe der Austausch über Ängste, die man nicht in die Familie geben will, weil Angehörige nicht beunruhigt werden sollen. Hier haben Betroffene Zuhörer, die aufgrund von eigenen Erfahrungen Verständnis haben und Antworten geben können. Die Begleitung von Angehörigen und Freunden ist gerade zu Beginn sehr intensiv. Im Laufe der Zeit wird es immer schwerer und es kann zum Rückzug kommen, da für das Umfeld eine gewisse Normalität entsteht und für die Probleme der Patienten das Verständnis fehlt.

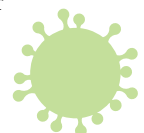
»Für das Umfeld entsteht eine gewisse Normalität«

In Corona-Zeiten den Dialog aufrechterhalten

Der persönliche Austausch in der Gruppe ist in Zeiten der Corona-Pandemie besonders schwierig. Treffen mit mehreren Personen aus verschiedenen Haushalten waren oder sind meist nicht erlaubt. Katharina Wagner empfindet die Situation als belastend: „Neben den Problemen mit unserer Krankheit tauchten Fragen rund um die Pandemie auf.“ Die Lösung: Viele Selbsthilfegruppenteilnehmer wichen auf Online-Sitzungen aus. „Das ersetzt zwar nicht ein persönliches Treffen, aber immerhin kann man so Informationen austauschen“, sagt Dieter Hambach. Er gibt jedoch zu bedenken: „Einige verfügen nicht über die technischen Möglichkeiten, an einer Internet-Sitzung teilzunehmen.“

Zu ihnen gehört Inge Schmidt. „In den Medien liest man viel Widersprüchliches, etwa über die Überlastungen der Krankenhäuser. Und wie sich Menschen mit unserem Krankheitsbild verhalten sollen, steht nirgends. Gruppentreffen sind daher wichtiger denn je.“ Inge Schmidt trifft sich mit unterschiedlichen Einzelpersonen aus der Gruppe, um möglichst viele Informationen zu sammeln. „Die Gespräche helfen, auch wenn sie die Gruppe nicht ersetzen können.“ Mittlerweile können teilweise – je nach Bundesland, Region und Inzidenz – wieder Gruppentreffen stattfinden. Voraussetzungen sind ein Hygiene-Konzept und ein gültiger Schnelltest.

Thomas Kuhn



Schwarzer Hautkrebs – Behandlung im Überblick

Enorme Fortschritte über alle Krankheitsstadien



MALIGNES MELANOM. Die Häufigkeit von malignen Melanomen, auch als schwarzer Hautkrebs bekannt, nimmt seit Jahren stetig zu. Experten rechnen mit einer Verdopplung der Erkrankungen in den nächsten 20 bis 30 Jahren. Die Medizin hält mit wirkungsvollen Behandlungsmethoden dagegen. Perspektive LEBEN gibt einen Überblick.

Das maligne Melanom ist die bösartigste Form des Hautkrebses. Die gute Nachricht lautet jedoch: Bei kaum einer anderen Krebsart schreitet die Therapieforschung so rasant und erfolgreich voran. Und das schlägt sich in den Heilungsraten nieder: Über 90 Prozent aller Patienten werden mittlerweile geheilt. „In den letzten Jahren hat sich viel getan. Wir können auf immer bessere Therapiemöglichkeiten zurückgreifen – und das über alle Tumorstadien hinweg“, sagt Professor Dr. Dirk Schadendorf. Der Hautkrebsexperte ist Direktor der Klinik für Dermatologie und Direktor des Westdeutschen Tumorzentrums am Universitätsklinikum Essen. Er betont: „Die Hautkrebs-Therapieforschung ist längst nicht am Ende.“

Sorgfältige Operation

Am Anfang einer jeden Behandlung steht die Operation: Der Chirurg entfernt das Melanom. Dabei hält er stets einen Sicherheitsabstand um das krankhafte Gewebe ein. Es gilt: Je tiefer der Tumor eingedrungen ist, desto größer der Sicherheitsabstand. So stellt er sicher, dass kein bösartiges Gewebe im Körper verbleibt. „Bei einem Melanom, das tiefer als 0,8 Millimeter in die Hautschicht eingedrungen ist, entnimmt der Chirurg zusätzlich den Wächterlymphknoten. Das ist der erste Lymphknoten in der Umgebung des Tumors, den Krebszellen auf ihrem Weg zu anderen Organen passieren“, erklärt Prof. Schadendorf. Befinden sich Tumorzellen im Wächterlymphknoten, so ist das ein erstes Zeichen einer Tumor-

Vorsorge wahrnehmen

Wird schwarzer Hautkrebs früh genug erkannt, kann er restlos entfernt werden. Die regelmäßige Teilnahme am Hautkrebs-screening hilft dabei, kleine Melanome rechtzeitig zu finden.

aussaat. „Der Patient befindet sich bei diesem Befund im Tumorstadium III. Er bekommt dann eine vorbeugende Therapie, um möglicherweise unerkannt im Körper verbliebene Krebszellen zu zerstören“, so Prof. Schadendorf.

Große Erfolge bei fortgeschrittenen Tumoren

Vorbeugende Therapien, die fachsprachlich adjuvante Therapien genannt werden, dauern bei fortgeschrittenen Tumoren im Stadium III ein Jahr. Grundsätzlich stehen Dermatoonkologen zwei Therapieansätze zur Verfügung, die Immuntherapie und die zielgerichtete Therapie. „Bei der Immuntherapie erhält der Patient alle drei bis sechs Wochen eine Infusion mit sogenannten PD1-Antikörpern“, erläutert Prof. Schadendorf. Diese Medikamente aktivieren das körpereigene Immunsystem, das daraufhin die Tumoren bekämpft.

Eine zielgerichtete Therapie erfolgt in Tablettenform. „Wir kombinieren hochwirksame Medikamente, die bei BRAF-Mutationen im Tumor zum Einsatz kommen. Etwa bei 40 Prozent aller Melanom-Patienten im Stadium III kann die Behandlung angewandt werden. Das Besondere bei all diesen neuen Medikamenten ist, dass sie das rezidivfreie Überleben deutlich verlängern. Die Gefahr einer Metastasierung wird nachhaltig gesenkt.“

Wirksame Medikamente auch für Stadium IV

Finden sich Metastasen nicht nur im Wächterlymphknoten, sondern auch in anderen Organen, wie Lunge oder Leber, liegt das Tumorstadium IV vor. Auch in diesen Fällen können Betroffene dank neuer Medikamente heutzutage gut behandelt werden. „Liegt eine BRAF-Mutation vor, setzen wir eine Kombination zweier zielgerichteter Medikamente ein“, sagt Prof. Schadendorf und ergänzt: „Die Überlebenszeit der behandelten Patienten kann bei



UNSER EXPERTE:

Prof. Dr. Dirk Schadendorf
Direktor der Klinik
für Dermatologie und
Direktor des Westdeutschen
Tumorzentrums
am Universitätsklinikum Essen

»Ausschau nach
laufenden Studien
halten«

dieser Kombinationstherapie gegenüber der alten Chemotherapie deutlich gesteigert werden, wobei mehr als 50 Prozent der betroffenen Patienten fünf Jahre oder länger überleben.“

Liegt die BRAF-Mutation nicht vor, erfolgt die Behandlung mittels einer Immuntherapie. „Wir setzen entweder PD1-Antikörper ein oder kombinieren auch hier unterschiedliche neue Medikamente miteinander“, berichtet Prof. Schadendorf. Alles deutet darauf hin, dass Patienten mit fernmetastasierten Melanomen mittlerweile auf ein Langzeitüberleben – vielleicht sogar auf Heilung – hoffen können. Vor einigen Jahren noch undenkbar, heute Realität. Und die Medikamentenforschung geht unermüdlich weiter. Prof. Schadendorf rät daher: „Betroffene sollten Ausschau nach laufenden Studien halten. Ständig entstehen so vielversprechende neue Therapiemöglichkeiten. Die Dynamik der letzten Jahre ist beachtlich.“

Dietmar Kupisch

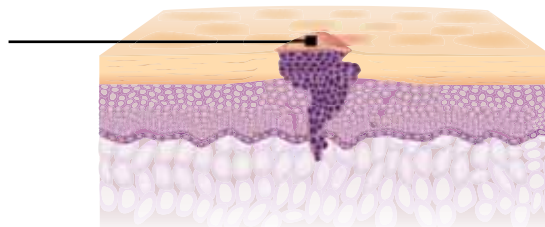
>> Nützliche Informationen rund um ihre Erkrankung finden Melanom-Patienten unter anderem auf den folgenden Seiten:

<https://melanominfo.com>

<https://infoportal-hautkrebs.de>

<https://ado-homepage.de>

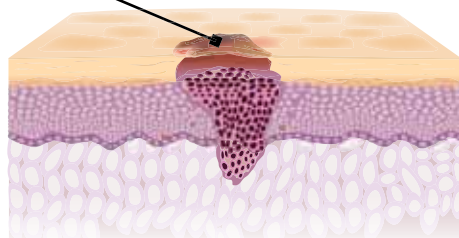
Stadium II



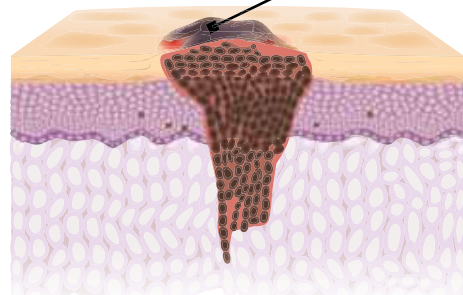
Unter den Krebsarten der Haut ist das maligne Melanom die gefährlichste: Es dringt tief in die Haut ein und streut früh.

Fotos: iStock/zoranm, iStock/solar22

Stadium III



Stadium IV



Die Blutbildung unter Kontrolle bringen

Mit Polycythaemia vera leben lernen

Im Gegensatz etwa zu akuten Leukämien gehört die Polycythaemia vera (PV) zu den langsam verlaufenden myeloproliferativen Erkrankungen. Bei Lebenserwartungen von 20, 30 oder mehr Jahren bei Erstdiagnose mag so mancher Arzt gar nicht so gerne von Krebs sprechen – obwohl die PV als seltene, bösartige Störung des blutbildenden Systems formal zu den Leukämien gehört.

Sie führt dazu, dass im Knochenmark zu viele Blutzellen entstehen, wobei rote und weiße Blutkörperchen ebenso betroffen sein können wie die Plättchen. Das lässt das Blut dickflüssiger werden. Die chronische Erkrankung wird im Laufe des Lebens erworben, Jahr für Jahr erkranken bis zu 1500 Menschen in Deutschland neu. Meistens sind es ältere Menschen ab 60 Jahre, die Krankheit kann aber auch früher auftreten. Wichtig zu wissen: Die PV kann heutzutage gut mit verschiedenen Maßnahmen und Medikamenten angegangen werden.

Zu Beginn der Behandlung steht vor allem der sogenannte Hämatokritwert im Fokus. Er gibt Auskunft

über den Anteil fester Blutbestandteile, hauptsächlich über die roten Blutzellen. „Dickes Blut“ ist Auslöser Nummer eins für schwere Komplikationen bei PV, also Gefäßverschlüsse wie Lungenembolien, Schlaganfälle und Herzinfarkte. Hämatokritwerte unter 45 % können das Risiko für Thrombosen und Herz-Kreislauf-Komplikationen deutlich reduzieren.

Die meisten Betroffenen sterben an thromboembolischen Ereignissen. Ein gesunder Lebensstil mit ausgewogener Ernährung, Rauchverzicht und ausreichender Bewegung beugt dem vor. Arzttermine sollten unbedingt wahrgenommen werden, Frauen mit PV sollten nicht mit der Anti-Baby-Pille verhüten. Um den Hämatokrit zu senken und die Symptome zu lindern – allem voran der oft quälende Juckreiz und eine lähmende, dauerhafte Müdigkeit –, steht eine ganze Reihe Maßnahmen und Strategien zur Verfügung.

Bei frühzeitiger Diagnose einer Polycythaemia vera können die Ärzte sowohl die Überproduktion der Blutzellen als auch die Krankheitszeichen the-

rapeutisch gut beeinflussen und die Erkrankung stabil halten. Mit einer guten Behandlung ist heute eine nahezu normale Lebenserwartung möglich. Dabei gilt es im Wesentlichen, eine akute Leukämie oder die sogenannten Myelofibrosen als späte Komplikationen der PV zu verhindern.

Manch einer erhält erst nach Monaten, manchmal auch Jahren die richtige Diagnose – vermutlich, weil die Erkrankung so selten und kaum im Bewusstsein der Ärzte ist. Im Grunde genommen ist sie bei entsprechendem Verdacht recht leicht zu erkennen. Meist fallen zuerst der hohe Hämoglobin- und Hämatokritwert auf. Auf eine Knochenmarkpunktion können die Ärzte heute unter gewissen Umständen verzichten.

Die Patienten sind gefordert, sich so weit wie möglich mit den Beschwerden zu arrangieren und mit der chronischen Erkrankung leben zu lernen. Anfangs kommen immer Aderlass – ein jahrhundertaltes Heilverfahren – und Acetylsalicylsäure zum Einsatz, um die Blutzellen zu reduzieren, die Fließeigenschaften des Blutes zu verbessern und seine Gerinnung zu

verlangsamen. Liegen besondere Risiken vor, kann zusätzlich zum Aderlass eine Therapie mit Hydroxyurea angezeigt sein, auch dies mit dem Ziel, die Anzahl

der Blutzellen zu verringern. Wenn diese Maßnahmen nicht weiterhelfen, wird der Arzt andere Medikamente einsetzen. Heutzutage stehen moderne Arzneistoffe wie die sogenannten Januskinase-Hemmer zur Verfügung, die bestimmte Enzyme und damit die Signale innerhalb der Zellen blockieren. Mit einer solchen zielgerichteten Therapie lassen sich neben dem Hämatokrit auch die belastenden Symptome kontrollieren.

MPL

Quelle: Informationsmaterial Novartis Pharma

»In Deutschland erkranken jährlich bis zu 1500 Menschen«

»Nahezu normale Lebenserwartung ist möglich«

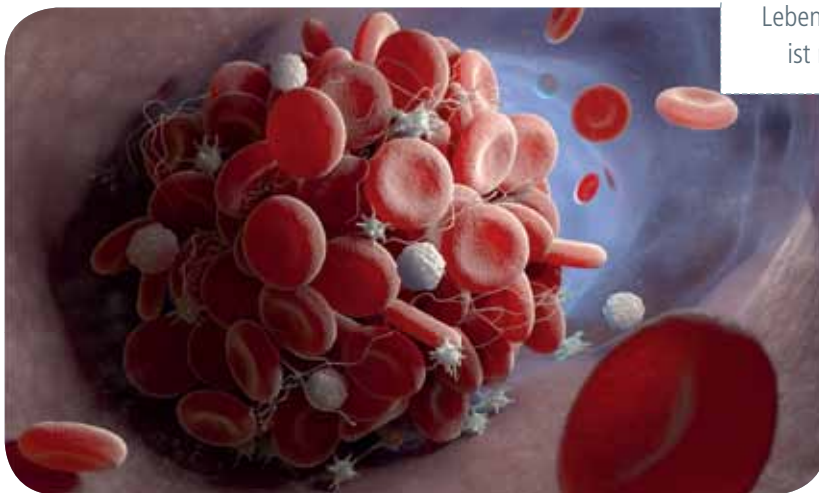


Foto: iStock/Lexx

Zu viel des Guten: Bei Polycythaemia vera werden Blutzellen im Übermaß gebildet. Das Blut wird dickflüssig und es kommt vermehrt zu Lungenembolien, Schlaganfällen und Herzinfarkten.

DKMS 

WIR BESIEGEN BLUTKREBS

WILLST DU JEMANDEM DAS LEBEN RETTEN?

Dann bestell' Dir auf dkms.de unser Registrierungsset und gib Blutkrebspatienten eine zweite Chance auf Leben. Denn immer noch findet jeder 10. Blutkrebspatient in Deutschland keinen geeigneten Spender.

Mund auf. Stäbchen rein. Spender sein.

Registrier' Dich jetzt auf dkms.de



Therapie im Überblick

Neue Medikamente – für bessere Prognosen

LUNGENKREBS. Steht die Diagnose Bronchialkarzinom fest, so wird für den Betroffenen die optimale Therapie gesucht. Sie richtet sich vor allem nach dem Tumor-Typ und danach, wie fortgeschritten die Erkrankung ist. Den Ärzten stehen dabei immer bessere Methoden zur Verfügung. Perspektive LEBEN stellt den aktuellen Stand der Behandlungsmöglichkeiten vor.

Vor einigen Jahren war die Prognose des Lungenkrebses noch deutlich schlechter. Doch die medizinische Forschung arbeitet unermüdlich. Das zeigt Erfolge, die Behandlungsoptionen werden vielfältiger und individueller. Bei immer mehr Patienten wird der Lungenkrebs in Schach gehalten. Vor allem dank neuer Medikamente.

Drei Therapieansätze

Zur Behandlung von Lungenkrebs stehen grundsätzlich drei verschiedene Ansätze zur Verfügung: die Operation, die Strahlentherapie und der Einsatz von Medikamenten. Die Operation galt davon lange als die einzige Behandlungsmöglichkeit mit einer Chance auf Heilung. Denn allein durch die vollständige chirurgische Entfernung des Tumorgewebes konnte der Krebs restlos beseitigt werden.

„Wir können Tumoren operieren, die sich in einem frühen Stadium befinden. Das trifft auf etwa ein Viertel der neu diagnostizierten Lungenkrebsfälle zu“, stellt Privat-

»Eine Operation
galt lange als
einzige Chance«

Die Lunge

Die Lunge sorgt dafür, dass der Sauerstoff aus der Atemluft in das Blut und damit in den gesamten Körper gelangt – und Kohlendioxid als Endprodukt des Körperstoffwechsels abtransportiert wird. Von der Luftröhre gehen rechts und links zu den beiden Lungenflügeln zwei Äste ab, die Hauptbronchien. Sie verzweigen sich in der Lunge in immer dünnere Bronchien, an deren Enden die Lungenbläschen, auch Alveolen genannt, sitzen. Dort findet der Gasaustausch statt. Die gesamten unteren Atemwege mit Ausnahme der Lungenbläschen sind mit einer Zellschicht ausgekleidet, die zur Immunabwehr und Reinigung der Lunge beiträgt.

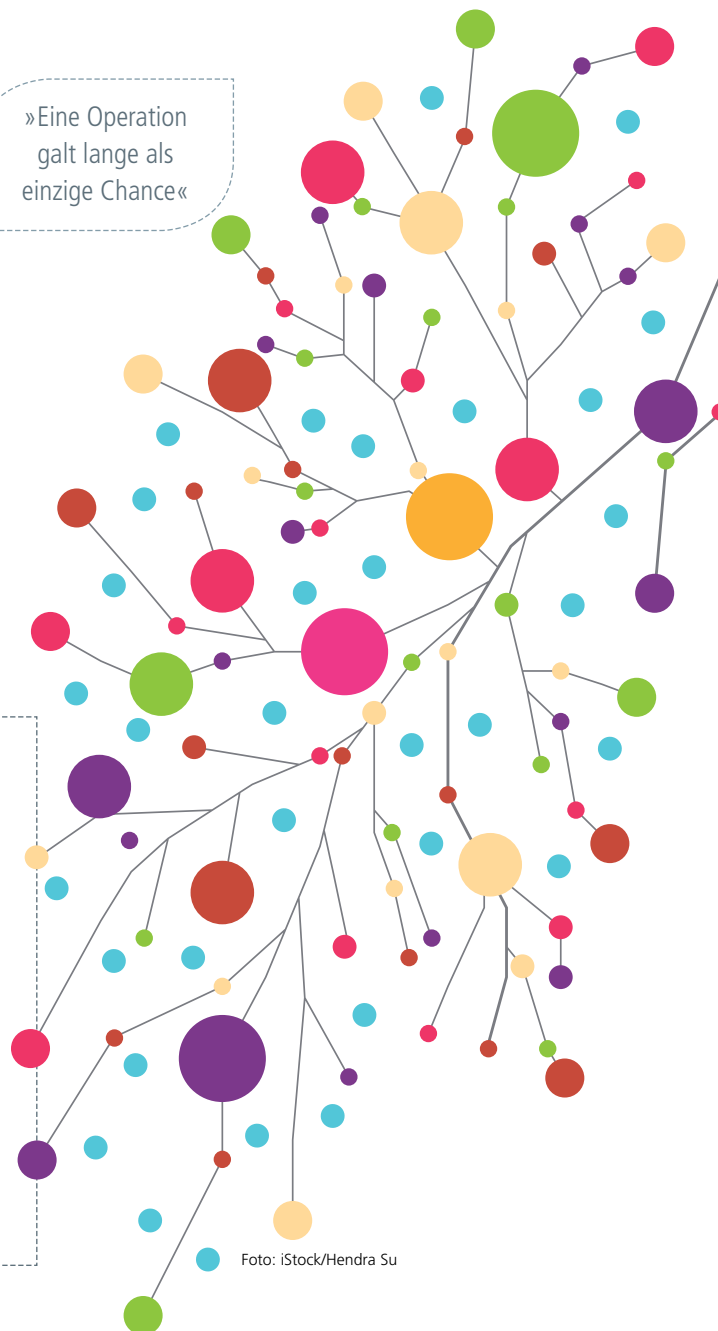


Foto: iStock/Hendra Su

dozent Dr. Heiko Golpon fest. Der Fachexperte leitet das Lungenkrebszentrum an der Medizinischen Hochschule Hannover. „Bei einem lokal-fortgeschrittenen Stadium können wir die Strahlentherapie durchaus kurativ einsetzen – und zwar in Kombination mit einer speziellen Chemotherapie.“ Onkologen sprechen dann von einer Radio-Chemotherapie.

Zielgerichtete Wirkstoffe versprechen gute Erfolge

Die konventionelle Chemotherapie bildet seit Langem das Rückgrat in der Behandlung fortgeschrittener Stadien. Immer wichtiger wurden allerdings in letzter Zeit spezifische Arzneimittel zur Behandlung des Lungenkarzinoms. „Es handelt sich um Medikamente, die im Vergleich zur Chemotherapie zielgerichteter wirken, laufend weiter entwickelt werden und so ständig bessere Behandlungs-



Privatdozent Dr. Heiko Golpon,
Lungenkrebszentrum an der
Medizinischen Hochschule
Hannover

»Die Immuntherapie verbessert die Prognosen in einem fortgeschrittenen Stadium deutlich«

UNSER EXPERTE:

erfolge liefern“, so Dr. Golpon. Forscher verstehen immer besser, wie ein Tumor beziehungsweise seine Biologie funktioniert. Bestimmte Wirkstoffe sind genau darauf zugeschnitten – z.B. sogenannte Tyrosinkinasehemmer. Sie wirken auf bestimmte Moleküle in den Krebszellen ein und verhindern etwa deren Zellteilung, während gesunde Zellen davon kaum betroffen sind. Der Tumor kann dann nicht weiter wachsen und stirbt ab.

Immuntherapie: Die eigene Abwehr aktivieren

Neben den zielgerichteten Therapien macht die Immuntherapie besonders viel Hoffnung: Spezielle Medikamente bewirken, dass das körpereigene Immunsystem die Tumorzellen wieder angreift. „Normalerweise tut es das auch: Es bekämpft permanent mutierte, beziehungsweise entartete Zellen im Körper. In seltenen Ausnahmen versagt es jedoch. Ein Tumor entsteht und kann ungehindert wachsen“, erklärt Dr. Golpon.

Bei den Wirkstoffen der Immuntherapie handelt es sich meist um Antikörper, die das Abwehrsystem zur Krebsbekämpfung mobilisieren. Das gelingt besonders gut bei Patienten, bei denen sich ein bestimmter Immunmarker mit der Bezeichnung PD-L1 auf den Krebszellen nachweisen lässt. Das so aktivierte Immunsystem erkennt den Tumor, greift an und zerstört ihn. „Seit einigen Jahren setzen wir die Immuntherapie auch in der Erstlinientherapie ein, anstelle der bisherigen Chemo-Standardtherapie. Die Immuntherapie verbessert die Prognosen von Lungenkrebspatienten in einem fortgeschrittenen Stadium deutlich“, sagt Dr. Golpon.

Seit einigen Jahren kombinieren Onkologen zudem unterschiedliche medikamentöse Therapieansätze miteinander. „Bei diesen Kombinationstherapien sehen wir weitere Behandlungserfolge. Wir führen beispielsweise die Immuntherapie mit einer Chemotherapie zusammen“, so Dr. Golpon. Diese Medikamente werden den Patienten über einen gewissen Zeitraum verabreicht. Anschließend bekommen sie als Erhaltungstherapie nur noch die Immuntherapie. Dr. Golpon betont: „Im Rahmen der Erhaltungstherapie gibt es keine Therapiepause. Patienten bekommen alle zwei bis sechs Wochen eine Immuntherapie via Infusion. Die gute Nachricht: Nebenwirkungen gibt es nur sehr selten.“

Dietmar Kupisch

»Weitere Erfolge durch Kombinationstherapien«

Wichtige Fragen – hilfreiche Antworten

Vorsorgen für den Ernstfall

VOLLMACHTEN. Jeden kann es treffen, in jedem Alter, in jeder Lebenslage: Unfall oder Krankheit können uns plötzlich in eine Situation führen, in der andere für uns entscheiden müssen. Lesen Sie in Perspektive LEBEN die wichtigsten Fragen und Antworten dazu, was jeder von uns einem vertrauten Menschen für den Fall des Falles mit an die Hand geben kann – und frühzeitig sollte.

? Welche unterschiedlichen Arten der Bevollmächtigung gibt es eigentlich?

Bei den Verfügungen für die Vorsorge unterscheidet man zwischen der Betreuungsverfügung, der Vorsorgevollmacht und der Patientenverfügung.

? Wofür brauche ich eine Betreuungsverfügung?

Durch Unfall oder Krankheit kann die Situation eintreten, dass man plötzlich nicht mehr selbst über medizinische Maßnahmen oder seinen Aufenthalt bestimmen kann. Das trifft zum Beispiel zu, wenn Menschen im Koma liegen und außerstande sind, Entscheidungen zu treffen. Doch trotzdem müssen Beschlüsse gefasst werden, zum Beispiel über die weitere Behandlung oder die Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung. Diese Dinge müssen dann stattdessen von einem Betreuer entschieden werden.

? Was geschieht, wenn ich keine Verfügung festgelegt habe?

Ist im Vorfeld kein Betreuer durch eine Betreuungsverfügung benannt worden, bestimmt das Betreuungsgericht eine Person. Dies kann ein Fremder sein, aber auch ein Freund,

Nachbar oder ein Verwandter. Der Benannte muss die anstehenden Entscheidungen treffen. Damit der Betreuer auch tatsächlich im Sinne des Betreuten entscheiden kann, sollte er die Wünsche für diese Situationen möglichst genau kennen. Dies wird in der Betreuungsverfügung festgehalten. Dazu gehört zum Beispiel, wer mit der Betreuung beauftragt werden soll – aber auch, wer nicht mit der Betreuung beauftragt werden darf. Desweiteren kann, z.B. in einer Vorsorgevollmacht, festgelegt werden, welche lebensverlängernden Maßnahmen zu ergreifen oder zu unterlassen sind und wo und wie man untergebracht werden möchte.

? Geht es bei der Betreuungsverfügung nur um Fragen der Gesundheit?

Nein. Dem Betreuer können in einer Betreuungsverfügung auch Wünsche und Verbote außerhalb der medizinischen Versorgung aufgetragen werden. Je genauer die Wünsche formuliert werden, umso leichter kann der Betreuer die anstehenden Entscheidungen treffen und die Wünsche im Rahmen der Möglichkeiten und im Sinne des Betreuten erfüllen. Die Betreuer werden vom Gericht bestimmt. Es

kontrolliert, ob die Verfügungen eingehalten werden. Formal muss die Betreuungsverfügung keine großen Bedingungen erfüllen – ein handschriftlicher Vermerk mit Ort, Datum und Unterschrift reicht aus. Dennoch raten Experten, sich auch bei dieser Verfügung von einem Rechtsanwalt oder Notar beraten zu lassen.

Gute Verfügungen und Vollmachten schützen Betreuten wie Betreuer vor Fehlentscheidungen aus Sicht des Patienten.

Foto: iStock/lemono



? Wie unterscheidet sich die Vorsorgevollmacht von einer Betreuungsverfügung?

Im Vergleich zu der Betreuungsverfügung ist die Vorsorgevollmacht, unter Umständen auch Generalvollmacht genannt, viel weitreichender. Mit einer solchen Vollmacht können die Bevollmächtigten fast alles im Namen des Vollmachtgebers erledigen. Ihnen ist nur das Wählen, Heiraten und Verfassen von Testamenten verboten. Damit ist

»Je genauer die Wünsche, umso leichter wird es«

die Vollmacht ein sehr umfassendes Instrument, wenn eine sogenannte Geschäfts- oder Einwilligungsunfähigkeit vorliegt.

Aus diesem Grund sollten Vollmachten nur einer Person erteilt werden, der man zu 100 Prozent vertrauen kann. Wichtig: Die Vollmacht kann vom Bevollmächtigten erst dann genutzt werden, wenn er die Urkunde auch tatsächlich in Händen hält. Daher gilt der Rat, die Vollmacht an einem bestimmten Ort aufzubewahren oder bei einer weiteren Vertrauensperson wie einem Rechtsanwalt oder Notar zu hinterlegen – und erst im Ernstfall an den Bevollmächtigten auszuhändigen.

General- und Vorsorgevollmachten können weitreichende Folgen für

den Vollmachtgeber und Bevollmächtigten haben. Daher sollte in diesen Fragen immer der Rat von einem Rechtsanwalt oder Notar eingeholt und die Vollmacht beurkundet werden. Da sich Lebensumstände immer wieder verändern können, sollten auch die Vollmachten immer wieder überprüft werden.

? Welche Rolle spielt bei diesen Vollmachten die Patientenverfügung?

Die Patientenverfügung wendet sich vor allem an die behandelnden Ärzte. Sie greift immer dann, wenn der Patient nicht einwilligungs- oder entscheidungsfähig ist. Mit ihr wird festgelegt, welche medizinischen und psychiatrischen Maßnahmen ergriffen oder unterlassen werden sollen. Das heißt, dass die Verfügung so abgefasst sein muss, dass Ärzte gut abschätzen können, was der Wille des Patienten ist. Daher empfiehlt es sich, dass die Verfügung mit dem Hausarzt gemeinsam entworfen und im zweiten Schritt mit einem Anwalt abgefasst wird. So wird sichergestellt, dass alle medizinischen Belange richtig erfasst und alle rechtlichen Erfordernisse erfüllt werden.

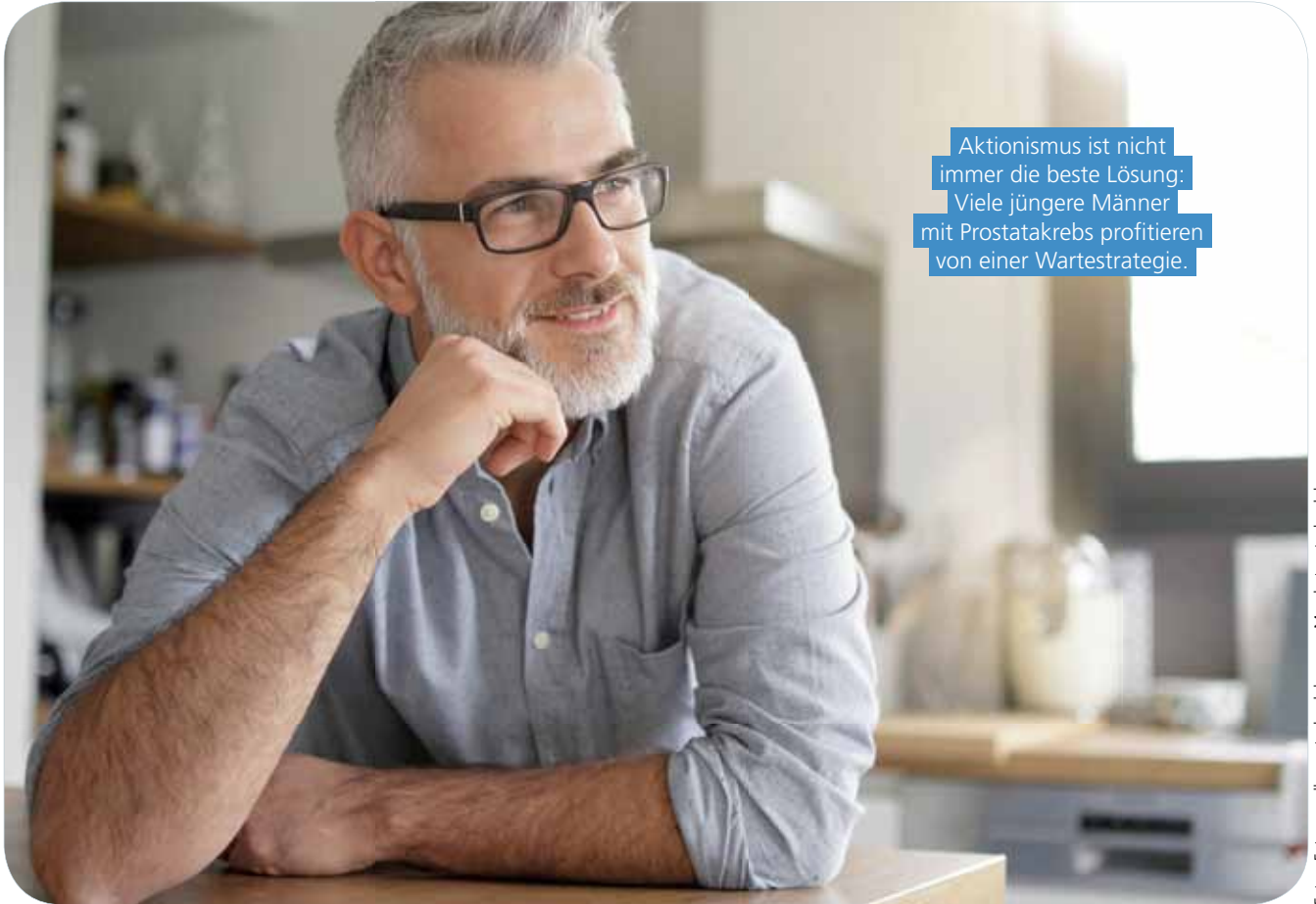
? Welche formalen Bedingungen sind für eine Patientenverfügung zu beachten?

Für die Patientenverfügung ist keine Beurkundung oder Beglaubigung vorgeschrieben. Trotzdem empfiehlt es sich, das Dokument zu beglaubigen. Denn das stellt für alle Beteiligten sicher, dass die Regelungen auch tatsächlich von dem Patienten formuliert wurden und seinem Willen entsprechen.

Möchten Sie uns Ihre persönliche Frage stellen?

Sie erreichen uns unter info@medical-tribune.de





Aktionismus ist nicht immer die beste Lösung: Viele jüngere Männer mit Prostatakrebs profitieren von einer Wartestrategie.

Fotos: Foto: goodluz – stock.adobe.com, Morakot – stock.adobe.com

Entscheidungsfindung beim Prostatakrebs

Abwarten – und beobachten!

PROSTATAKREBS. Was soll ich nun tun? Diese Frage stellen sich vor allem Männer in den Fünfzigern, die eine Diagnose Prostatakrebs bekommen haben. Perspektive LEBEN erklärt, was in der Behandlung von Prostatakrebs die sogenannte „aktive Überwachung“ bedeutet. Und zeigt auf, warum sie helfen kann, die Lebensqualität zu erhalten.

An den Tatsachen kommt kein Patient vorbei: Wird ein Prostatakrebs operiert, kann das die Lebensqualität von Männern stark beeinträchtigen. Dies gilt vor allem für die relativ jungen Patienten in den Fünfzigern.

Operationsfolgen wie Inkontinenz und Impotenz greifen oft tief in die Lebensumstände des Einzelnen ein. Daher sind Mediziner bei dieser Patientengruppe bemüht, die ak-

tive Behandlung des Tumors zu vermeiden oder, solange es geht, hinauszuzögern. Die Vorgehensweise der Ärzte ist im Prinzip einfach. Ist der Tumor noch nicht weit fortgeschritten und nicht sonderlich aggressiv, wird er aktiv in engen Zeitfenstern beobachtet. Die Betroffenen werden dafür in kurzen Abständen untersucht. Schreitet der Tumor dabei nicht voran, wird er stets

»Eine OP kann z.B. Inkontinenz verursachen«

weiter überwacht – ohne operiert zu werden. Beginnt er allerdings plötzlich zu wachsen oder seinen Charakter zu ändern, wird sofort eine aktive Behandlung eingeleitet.

Zwischen Lebensqualität und Sicherheit

Lebensqualität und Lebenserwartung des Patienten auf der einen Seite und eine Behandlung der Krebskrankheit auf der anderen Seite. Das sind die beiden Pole, zwischen denen die Ärzte bei einer Behandlung abwägen müssen. Es gibt Tumorarten, deren Art und Aggressivität der Krankheit dem Patienten und seinem Arzt kaum Spielraum lassen, wenn es um ein eventuelles Abwarten geht. Hier steht die rasche Beseitigung des Tumors bei der Behandlung im Vordergrund.

Doch gibt es keine Regel ohne Ausnahme: Bei Prostatakrebs haben die Patienten fast immer Zeit, sich mit der Erkrankung und den möglichen Behandlungen auseinanderzusetzen. Mehr noch, beim Prostatakrebs kann in bestimmten Fällen eine für Krebserkrankungen ungewohnte Entscheidung getroffen werden: Es wird schlicht auf eine Behandlung verzichtet. Dies prüft man gerade bei jüngeren Patienten besonders intensiv. Statt Operation, Strahlenbehandlung oder medikamentöser Therapie wird der Tumor nur beobachtet. Rund ein Drittel der Männer mit einer Prostatakrebsdiagnose könnten von dieser aktiven Überwachung profitieren, stellen Urologen fest.

»Etwa 30 Prozent müssen nicht sofort behandelt werden«

Gefahr erkannt, Gefahr gebannt

Doch eine solche Nachricht ist nicht für jeden Patienten eine Beruhigung. Urologen berichten davon, dass viele ihrer Patienten mit einer Prostatakrebs-Diagnose eher das dringende Bedürfnis zeigen, sofort einen radikalen Behandlungsschritt zu gehen. Der Gedanke „Ich will diese Krankheit nicht in meinem Körper haben!“ ist verständlich – doch manchmal eben auch zu kurz gedacht: In vielen Fällen genügt eine lückenlose Überwachung der Erkrankung, solange sie nicht weiter voranschreitet.

Schon 1981 erkannte der Arzt Dr. Julius Hackethal, dass eine Prostatakrebserkrankung unter gewissen Umständen in Ruhe gelassen werden kann. Er bezeichnete diese Art der Erkrankung als sogenannten „Haustierkrebs“. Damals war seine These stark umstritten. Aber inzwischen sind die Diagnostik und das Wissen über den Prostatakrebs so weit vorangeschritten, dass ungefähr 30 Prozent der Erkrankungen nicht sofort aktiv durch eine Operation oder Strahlentherapie behandelt werden müssen. Der Tumor wird in diesen Fällen engmaschig beobachtet.

Der Vorteil für die Patienten liegt auf der Hand: Sie haben keine Einschränkungen der Lebensqualität zu befürchten. Potenz und die Kontrolle über das Wasserlassen werden nicht beeinträchtigt. Durch die aktive Überwachung wird das Risiko in Schach gehalten. Und die Chance auf eine Heilung durch Operation oder Bestrahlung ist ja nicht vergeblich, sondern nur vertagt. Sie besteht weiterhin, so dies plötzlich nötig sein sollte. Der Wermutstropfen: Die

regelmäßigen Untersuchungen sind zuverlässig zu absolvieren, was manchen Patienten auf Dauer ein wenig lästig fallen kann. Aber besser als eine Operation sind sie allemal.

Was ist die richtige Entscheidung?

Im günstigsten Fall schreitet die Erkrankung der Prostata nicht oder nur sehr langsam voran. So kann bei diesen Patienten langfristig auf die aktive Behandlung mit einer Operation oder Strahlentherapie verzichtet werden. Wächst der Tumor während der aktiven Überwachung allerdings weiter, stehen dann alle therapeutischen Maßnahmen sofort zur Verfügung. In einem solchen Fall ist die aktive Überwachung also die Vorstufe einer aktiven Behandlung. Um sich seiner Entscheidung sicher zu sein, empfehlen Experten dringend – nach der Diagnose durch den Pathologen – das Gespräch mit dem behandelnden Urologen. Der nächste Schritt ist dann, ein Prostatazentrum aufzusuchen. In der interdisziplinären Sprechstunde, die dort angeboten wird, werden alle Optionen der Behandlung erläutert und besprochen. Hilfreich kann es sein, wenn Patienten nach dieser Abwägung nochmals zur persönlichen Absicherung ihrer Entscheidung ihren Urologen befragen. So können sie sicher sein, auf jeden Fall die für sie richtige Entscheidung getroffen zu haben.

Christoph Fasel



»Viele möchten direkt einen Behandlungsschritt gehen«

Medizinischer Fortschritt

Die Tarnung aufheben

IMMUNTHERAPIE. Ideen aus dem Feld der Immun-Onkologie verhalfen der Krebsmedizin in den letzten Jahren zu einigen ihrer größten Erfolge. Manche sind schnell zum Behandlungsstandard für eine ganze Reihe verschiedener Tumoren avanciert. Perspektive LEBEN sprach mit Professor Dr. Wolfgang Herr vom Universitätsklinikum Regensburg über den aktuellen Stand der Forschung.



UNSER EXPERTE:

Prof. Dr. Wolfgang Herr
Universitätsklinikum
Regensburg

»Tumoren nutzen die Checkpoints, um der Immunantwort zu entgehen«

Es war vor allem die Entdeckung der sogenannten Immuncheckpoints und die Möglichkeit, sie zu blockieren, die die Krebstherapie entscheidend vorangebracht haben: „Immuncheckpoint-Inhibitoren, die sogenannten ICPI, haben die Therapielandschaft revolutioniert“, sagt Professor Dr. Wolfgang Herr vom Universitätsklinikum Regensburg. Er ist dort seit 2013 Direktor einer Klinik für Hämatologie und Internistische Onkologie.

„Neben den ICPI rücken zudem die neuen Immuntherapien mit CAR-T- oder TCR-Zellen, Antikörper und die Tumorimpfung mit ihren zum Teil beeindruckenden Erfolgen immer mehr in den Fokus moderner Therapien“, ergänzt der Experte.

Grundlagen der Immun-Onkologie

Unser Immunsystem schützt uns vor Keimen wie Bakterien, Viren, Pilzen und anderen körperfremden Stoffen. Außerdem besitzt es die Fähigkeit, zwischen einer gesunden körpereigenen Zelle und einer – ebenfalls körpereigenen, aber genetisch veränderten – Krebszelle zu unterscheiden. Darüber hinaus können

»Als Fremdkörper erkannt, aber nicht effektiv bekämpft«

seine einzelnen Bestandteile miteinander kommunizieren und ihre Reaktionen gegenseitig regulieren. Und das Immunsystem kann sich sogar erinnern.

Das Problem dabei: Krebszellen werden von dem Abwehrsystem oft schlecht erkannt oder bremsen es aktiv aus und werden deshalb nicht ausreichend bekämpft. Daher suchen Wissenschaftler nach Möglichkeiten, das Immunsystem so zu unterstützen, dass es selbstständig und gezielt gegen den Krebs vorgehen kann. Ein Beispiel, wie seine Blindheit gegenüber Tumoren überwunden werden kann, sind die sogenannten monoklonalen Antikörper. Sie docken an einem für den Krebs typischen Eiweiß auf der Zelloberfläche an und dienen Abwehrzellen als Markierung. Aufgrund dieser Markierung erkennt das Immunsystem die Krebszelle als Fremdkörper und geht gegen sie vor.

Ein weiteres Ziel: Botenstoffe blockieren

Damit das Immunsystem in einer gesunden Balance aus dem Kampf gegen Fremdkörper und Schonung des körpereigenen Gewebes bleibt, müssen die Aktivitäten der Abwehrzellen reguliert werden. Diese Regulierung geschieht unter anderem mithilfe von Botenstoffen. Sie binden an bestimmte Rezeptoren auf der Zelloberfläche der Immunzellen und steuern so deren Aktivität. Dies nutzen manche Krebsarten aus, um sich vor den Angriffen der Abwehrzellen zu schützen. Dafür schütten sie Botenstoffe aus, die die Immunzellen abbremsen. Das hat zur



Forscher fanden heraus, wie Krebs dem Immunsystem entkommt – und reaktiviert es.

Foto: iStock/anilakkus

Folge, dass sie zwar als Fremdkörper erkannt, aber trotzdem nicht effektiv bekämpft werden.

Die Botenstoff-Rezeptoren auf den Abwehrzellen lassen sich jedoch mithilfe von Antikörpern besetzen. Die Strategie der Krebszelle bleibt damit wirkungslos – und die Immunzelle kann den Kampf gegen den Krebs ordnungsgemäß aufnehmen.

Den Tumor entlarven

Doch Botenstoffe sind nicht die einzige „Bremsen“ des Immunsystems.

Körpereigene Zellen verfügen über sogenannte Immuncheckpoints als Stoppsignale gegenüber Abwehrzellen.

Sie sind wichtig, um Autoimmunreaktionen zu verhindern. „Diese Checkpoints können sich die Tumoren

zu Nutze machen, um sich zu tarnen und so einer Immunantwort des Körpers, der sich wehrt, zu entgehen“, erklärt Prof. Herr. Hintergrund ist, dass Krebszellen oft noch viele Merkmale ihres Ursprungsgewebes aufweisen. Daher können sie auf diesem Wege gegen sie gerichtete Abwehrzellen ausschalten.

Gegen diese Tarnung setzen Mediziner die Immuncheckpoint-Inhibitoren (ICPi) ein. Prof. Herr erklärt: „Das sind Antikörper, die zu einer Unterbrechung der Checkpoint-Signale beitragen und damit eine Immunantwort im Patienten reaktivieren.“ Zugelassene ICPi zeigen einen klaren medizinischen Nutzen. Sie verlängerten zum Beispiel die mittlere Überlebensdauer von Patienten, die an einem metastasierten schwarzen Hautkrebs (Melanom) litten, von 6 Monate auf 10 Monate.

Mittlerweile hat sich die Therapierichtung mit großem Tempo entwickelt. Es gibt immer mehr Zulassungen neuer ICPi, deren Wirkung bei einer ganzen Reihe von Krebsarten als gesichert gilt. Allerdings spricht nur ein Teil der Patienten auf die Inhibitoren an.

Vollgas für das Immunsystem

Neben der Aktivierung einer vom Körper der Patienten ausgehenden Immunantwort ist ein weiteres Konzept der Immuntherapie die Verabreichung von gentechnisch veränderten T-Zellen. Solche CAR-T-Zellprodukte (CAR-T steht für chimäre Antigenrezeptoren) sind mit einem speziellen Rezeptor ausgestattet, der sie auf ein

Oberflächenmolekül der Krebszellen lenkt. Im Jahr 2017 wurde die Therapie in den USA zugelassen, und im August 2018 in Europa. Derzeit können bestimmte Formen von Lymphknotenkrebs (B-NHL) und akuter Leukämie (ALL) damit behandelt werden. Die Therapie erfolgt in spezialisierten Zentren, von denen es mittlerweile einige in Deutschland gibt.

Neben den genannten Möglichkeiten stellt die Impfung mit tumorassoziierten Antigenen eine weitere aussichtsreiche künftige Therapieform dar. Eine solche aktive Immunisierung zielt auf die Überwindung der mangelhaften Erkennung des Immunsystems gegenüber einem im Patienten vorhandenen Tumor. Voraussetzung für diese Therapie ist die Kenntnis geeigneter tumorassoziierten Antigene. In klinischen Studien, in denen Tumorpatienten im fortgeschrittenen Krankheitsstadium geimpft wurden, zeigte sich generell eine gute Verträglichkeit. Es gab sogar einzelne partielle

und auch komplette Tumorremissionen – das heißt: In wenigen Einzelfällen verschwand der Tumor ganz.

„Ein Nachteil einer Vakzination mit Tumor-Antigenen ist, dass diese zumeist individualspezifisch auftreten. Das macht daher in der Regel aufwendige Vorarbeiten zur Antigencharakterisierung und personalisierter Vakzineherstellung notwendig“, erklärt Prof. Herr. Aber die aktuelle Forschung zeigt, dass die Herstellung personalisierter Tumor-Impfstoffe beim metastasierten Melanom, dem schwarzen Hautkrebs und beim Glioblastom, einem Hirntumor, durchaus möglich ist. Bei beiden Krankheitsbildern zeigen jüngere Arbeiten, dass mithilfe dieser neuen Therapiestrategien bei einigen Patienten Tumorrückbildungen beobachtet werden konnten. Bisher findet die Behandlung ausschließlich in klinischen Studien statt, eine Zulassung existiert derzeit noch nicht.

Christoph Fasel

»Personalisierte Tumor-Impfstoffe in der Erprobung«

Zusammengefasst: Zwei Methoden stechen heraus

Neue Strategien wie die Immuncheckpointinhibitoren erweiterten die Krebstherapie und stellen in Einzel- oder Kombinationstherapien bei vielen Tumorarten heute den neuen Behandlungsstandard dar.

Die sogenannten CAR-T-Zellen zeigen insbesondere bei verschiedenen bösartigen Erkrankungen des Blutsystems wie Leukämien oder Lymphomen gute Ansprechraten. Allerdings darf man dabei nicht vergessen, wie Prof. Herr betont: „Der Herstellprozess und die Abläufe bei der CAR-T-Zell-Therapie sind komplex und bedürfen einer guten Koordination und Schulung des gesamten Behandlungsteams.“ Deshalb liegt diese Behandlung nicht umsonst am besten in der Hand darauf spezialisierter und zertifizierter Zentren.

Schon nach der Krebsdiagnose beginnen

Körperliches Training hilft in allen Krankheitsphasen

BEWEGUNG. Zahlreiche Studien belegen, dass körperliche Aktivität als begleitende Therapie den Krankheits- und Behandlungsverlauf von Krebspatienten positiv beeinflusst. Inaktivität hingegen fördert Folgeerkrankungen, schwächt den Bewegungsapparat und das Herz-Kreislauf-System. Perspektive LEBEN klärt auf.

„Wir wissen heute, dass eine bewusste Bewegungstherapie die wirkungsvollste Supportivmaßnahme im Rahmen einer onkologischen Erkrankung darstellt. Dies bestätigen Hunderte von Studien“, stellt Professor Dr. Freerk Baumann fest. Er ist Leiter der Arbeitsgruppe Onkologische Bewegungsmedizin im Centrum für Integrierte Onkologie (CIO) an der Uniklinik Köln. Seit dem Jahr 2007 forscht er mit seinem Team und ist sich sicher: „Keine andere unterstützende Therapie hat ein so vielseitiges Potenzial für Krebspatienten.“

Frühzeitig mit dem Training starten

Betroffene sollten möglichst früh nach ihrer Diagnose mit der Bewegungstherapie beginnen. „Das mildert die Nebenwirkungen der medizinischen Behandlung ab und verbessert den Verlauf“, erklärt Prof. Baumann. Untersuchungen zeigen, dass beispielsweise das Fatiguesyndrom gehemmt, die körperliche Leistungsfähigkeit gefördert und psychische Belastungen wie Angst und Depression reduziert werden.

»Aktivität im Alltag aufrechterhalten«

Ausreichende körperliche Aktivitäten im Alltag, kombiniert mit einer gezielten Bewegungstherapie, steigern die Lebensqualität der Patienten während ihrer Behandlung und in der Nachsorge. Prof. Baumann betont: „Es gibt Hinweise, dass bei einigen Krebserkrankungen auch das Gesamtüberleben verbessert werden könnte. Dies ist aber noch nicht abschließend belegt.“

Bewegungsmöglichkeiten des Alltags nutzen

Die dringende Empfehlung des Sportwissenschaftlers lautet: Patienten müssen versuchen, ihre Alltagsaktivitäten aufrechtzuerhalten, auch wenn das oftmals schwer fällt. Wenn möglich sollten sie sich genauso bewegen, wie vor der Krebsdiagnose. Dies beugt Erkrankungen vor, die durch einen Bewegungsmangel entstehen können. „Be-



»Gemeinsam Ziele formulieren für eine bessere Lebensqualität«

troffene sollten versuchen, ihren üblichen Wegen nachzugehen und Arbeiten weiterhin zu verrichten und diese nicht anderen überlassen“, sagt Prof. Baumann.

Neben diesen Alltagsaktivitäten rät der Experte zu einer professionell angeleiteten Bewegungstherapie durch geschulte Sport- oder Physiotherapeuten, die genau auf die Nebenwirkungen der medizinischen Behandlung abzielt. Ob Operation, Antikörper-, Antihormon-, Chemo- oder Strahlentherapie: Sie alle bringen Nebenwirkungen mit sich und beeinträchtigen die Betroffenen teilweise sehr stark. Diese gilt es zu mindern oder ganz zu vermeiden. „Dabei gibt die jeweilige Krebserkrankung den Behandlungspfad vor: Spezielle Therapeuten richten die Bewegungstherapie nicht nur an der körperlichen Fitness ihrer Patienten aus, sondern vor allem an der Art und Schwere der Krebserkrankung und ihrer medizinischen Therapie“, so Prof. Baumann. Er bietet regelmäßig Fortbildungen mit der Bezeichnung „Onkologische Trainings- und Bewegungstherapie – OTT“ für Physio- und Sporttherapeuten an. Diese werden nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und S3-Leitlinien geschult.

Individuelle Bewegungsprogramme

Dank der sportwissenschaftlichen Forschung werden solche Bewegungsprogramme immer individueller. „Das übergeordnete Ziel ist die Verbesserung der Lebensqualität der Patienten. Mittlerweile können wir so exakt arbeiten, dass eine genaue Definition der Ziele möglich wird“, berichtet Prof. Baumann und führt aus: „Hier müssen die Betroffenen helfen und gemeinsam mit uns im Dialog ein Ziel formulieren, damit wir fokussiert in die gewünschte Richtung gehen können. Wir nennen diese Weiterentwicklung personalisierte Bewegungstherapie.“ Wurde vor einigen Jahren noch eine Sportgruppe gebildet, die „irgendwie drauflos marschierte“, wählen Therapeuten heute passende Methoden der Trainingsintervention. Mit unterschiedlichsten Intensitäten, Inhalten und Regenerationsphasen schneiden sie dann für jeden Patienten ein individuelles Programm.

Moderne Trainingsgeräte helfen

Prof. Baumanns Team greift zudem auf alternative bewegungstherapeutische Konzepte zurück. „Wir nutzen beispielsweise das sogenannte EMS-Training. Mithilfe dieser Technik können auch Patienten, deren Bewegungsapparat eingeschränkt ist, ein Muskeltraining durchführen. Des Weiteren wird das Vibrationstraining eingesetzt, das die Patienten auf einer Vibrationsplat-



UNSER EXPERTE:

Prof. Dr. Freerk Baumann
Leiter der Arbeitsgruppe Onkologische Bewegungsmedizin im Centrum für Integrierte Onkologie (CIO) an der Uniklinik Köln

»Die Bewegungstherapie hat ein vielseitiges Potenzial«



Foto: iStock/Cecilie_Arcuis

te durchführen. Beginnend bei 18 Hz, einer Dauer von 40 Sekunden und vier bis sechs Wiederholungen dient das Training dazu, durch Chemotherapie induzierte Polyneuropathien (PNP) an den Händen und Füßen zu verhindern oder eine bereits vorhandene PNP zu reduzieren. Zwar sind die Mechanismen noch nicht vollständig geklärt. Man

weiß aber, dass die Vibrationen Nervenzellen anregen, wodurch sich vorhandene Restfunktionen wieder aktivieren lassen.

Alternativ kommt das sensomotorische Training bei einer PNP zum Einsatz, genauso das sogenannte Impact-Training. Ähnlich wie bei der Step-Aerobic stampfen die Patienten dabei auf der Stelle. Dieser plötzliche Abbruch der Bewegung hilft gegen Osteoporose, die als Nebenwirkung medikamentöser Therapien auftreten kann.

Kontrolliertes Training auch nach Therapieende

Egal ob das Ziel Gewichtsregulierung oder Steigerung von Kraft und Ausdauer lautet: Für alle Krebspatienten eignet sich nach einer Behandlung grundsätzlich ein Kraftaufbauprogramm kombiniert mit einem Ausdauertraining. „Das baut die Muskulatur wieder auf und bringt das Herz-Kreislauf-System in Schwung“, sagt Prof. Baumann. Wichtig dabei: Auch hier müssen Art und Umfang von einem Bewegungstherapeuten festgelegt werden. Möchte jemand zum Beispiel Wassereinlagerungen reduzieren,

sollte er die Belastungsintensität geringer wählen und stattdessen die Trainingszeit verlängern. Dies schwemmt die Gewebsflüssigkeit wieder aus. Genau das gegenteilige Programm ist beim Aufbau von Muskulatur angezeigt, heißt konkret: höhere Gewichte, die automatisch zu geringeren Wiederholungszahlen führen und den Muskel damit intensiv reizen. So wird sein Wachstum effektiv angeregt.

Dietmar Kupisch



Foto: iStock/Group4 Studio

»Kraftaufbau- und Ausdauertraining kombinieren«

Digital gebündeltes Fachwissen

Alle (online) für einen

TUMORKONFERENZ. Bei einer interdisziplinären Tumorkonferenz besprechen medizinische Experten verschiedener Fachrichtungen gemeinsam die individuellen Fälle von Krebspatienten. Ziel ist es, einen für den einzelnen Patienten optimalen Behandlungsplan zu erstellen. Oft finden die Treffen virtuell statt. Lesen Sie hier, weshalb Patienten von den Besprechungen profitieren und welche Voraussetzungen dafür erfüllt sein müssen.

Interdisziplinäre Tumorkonferenzen, auch Tumorboards genannt, sind regelmäßig stattfindende Treffen. Vertreter verschiedener Fachrichtungen besprechen dabei die Diagnostik-, Therapie- und Nachsorgestrategien für einzelne Tumorkonferenzen oft Chirurgen, Radiologen, Strahlentherapeuten und Pathologen dabei – manchmal auch z.B. Haut- oder Frauenärzte. Im Team versuchen sie für jeden Patienten maßgeschneidert die aussichtsreichste Strategie zu finden. Bei einer Online-Konferenz geschieht das Ganze unter dem Einsatz interaktiver Videokommunikation, der in der Onkologie derzeit wichtigsten telemedizinischen Anwendung. Die digitale Kommunikation ermöglicht die zeitnahe Erstellung abgestimmter Behandlungspläne.

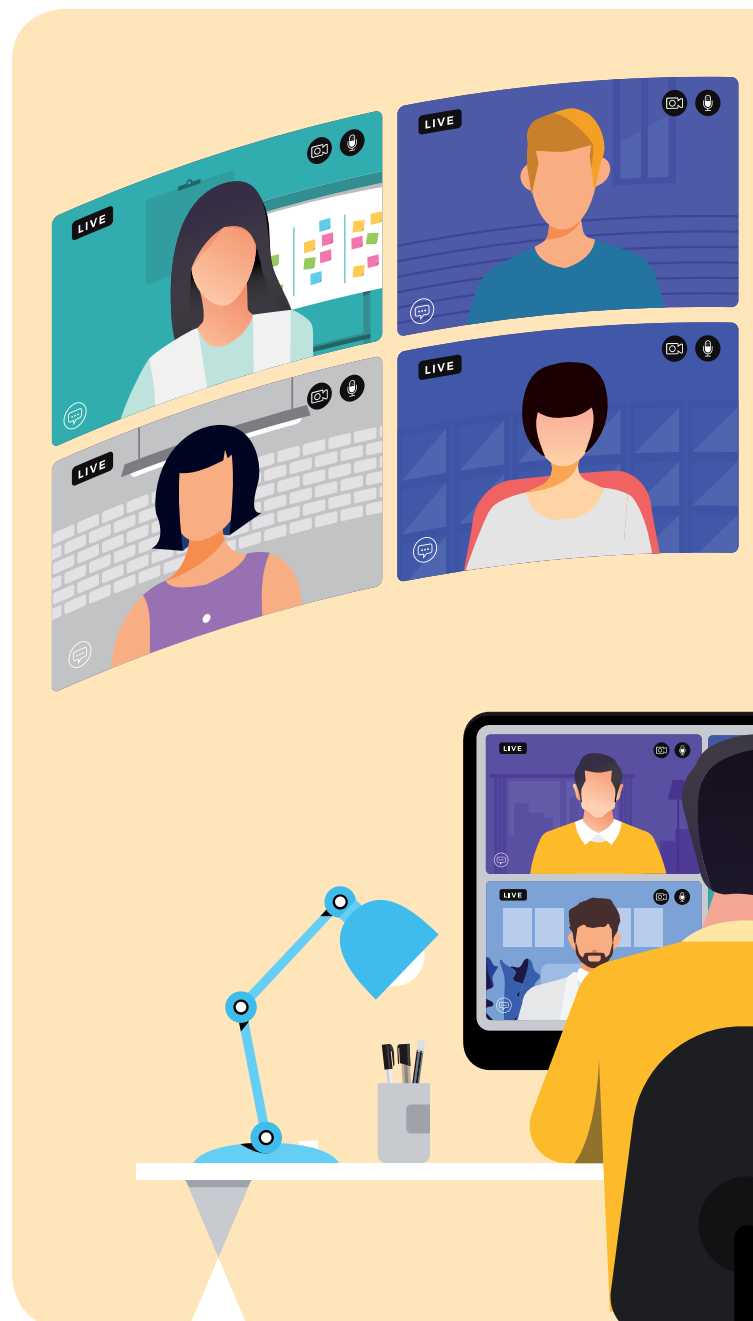
»Krebs ist eine sehr komplexe Erkrankung«

Die Technik muss stimmen

Die Teilnahme an einer Videotumorkonferenz kann unabhängig vom Ort erfolgen, bedarf jedoch bei den zugeschalteten Teilnehmern einer technischen Grundausstattung. Unabhängig davon, wie die IT-Lösung erfolgt, muss dabei gewährleistet sein, dass allen Teilnehmern stets exakt dasselbe Bildmaterial in gleicher Qualität zur Verfügung steht. Auch die Einhaltung des Datenschutzes muss gegeben sein, etwa durch Datenverschlüsselung. In Zukunft ist denkbar, dass sich die Telemedizin in der Onkologie über die Videotumorkonferenz hinaus auf das Feld des Telemonitoring erweitert. Beispielsweise um Vitalparameter oder Zwischenanamnesen bei ambulanten Patienten nach oder unter der Therapie zu erfassen oder um die psychoonkologische Betreuung zu verbessern.

Die Besprechung gehört zum Standard

Dass eine Fachdisziplin allein heute oft nicht mehr ausreicht, um festzustellen, welche Therapieoption in einem konkreten Behandlungsfall vorrangig ist, hat vor allem zwei Gründe: Zum einen liegt es daran, dass auf dem Gebiet der Tumorbiologie weltweit sehr viel geforscht wird.



Die vielen Neuerungen, die aus einem besseren Verständnis der Tumorbiologie resultieren, kann ein fachübergreifendes Gremium besser berücksichtigen. Zum anderen liegt es daran, dass Krebserkrankungen insgesamt sehr komplex sind. Sowohl im Nationalen Krebsplan der Bundesregierung als auch in Leitlinien der Fachgesellschaften werden daher multidisziplinäre Tumorkonferenzen (MDT) als Standard in der onkologischen Versorgung eingefordert.

Ein Beispiel macht das deutlich: Die aktuelle S3-Leitlinie für Darmkrebs stellt klar heraus, dass alle Patienten vor ihrer Behandlung in einem MDT vorgestellt werden sollen. Nur Patienten, die einen lokal begrenzten Tumor aufweisen, sollten aufgrund der unstrittigen primär chirurgischen Behandlungsempfehlung erst nach erfolgreicher

Primärtherapie in einer Tumorkonferenz besprochen werden.

Empfehlungen mit Wirkung

Im Deutschen Ärzteblatt machte die Medizinerin Kia Homayounfar schon vor Jahren darauf aufmerksam, dass die gemeinsame Diskussion der vorliegenden Befunde innerhalb eines MDT nachweislich Konsequenzen für die Behandlung hat. Die gemeinsamen Entscheidungen eines MDT unterscheiden sich tatsächlich in bis zur Hälfte aller Fälle von der Therapieplanung durch einzelne Fachärzte.

Die genaue Untersuchung der Empfehlungen zeigt: Eine multidisziplinär getroffene Entscheidung ist effektiver und die kollegiale Diskussion akkurater als die Summe der Einzelentscheidungen. Die Ableitung des sich aus der interdisziplinären Diskussion ergebenden bevorzugten Therapiekonzepts erhöht die Ergebnisqualität.

»Besser als die Summe der Einzelentscheidungen«

Guter Zugang zu neuen Therapien

Eine wesentliche Erwartung an eine Tumorkonferenz ist zudem, dass durch sie der Anteil der Patienten, die in klinischen Studien behandelt und denen somit innovative Therapieoptionen angeboten werden, steigt. Tatsächlich scheint die gebündelte Expertise der Konferenzteilnehmer dazu zu führen, dass neue Therapien rascher den von Krebs betroffenen Menschen zugänglich gemacht werden. Die Erfahrung zeigt, dass an Zentren, die eine intensive und transparente Diskussionskultur in MDT pflegen, die Bereitschaft zur Initiierung und Teilnahme an klinischen Studien besonders hoch ist.

Knappe Ressourcen

Allerdings bleibt auch zu bedenken: Tumorkonferenzen nehmen Zeit in Anspruch – denn sie wollen gut vorbereitet sein. So ist zum Beispiel die Anwesenheit eines radiologischen Facharztes in nahezu allen solchen Konferenzen unumgänglich.

Um die aktuelle Beanspruchung der Radiologie durch derartige Boards systematisch zu evaluieren, wurde eine Umfrage unter mehr als 80 Chefarzten und Lehrstuhlinhabern des Faches durchgeführt. Das Fazit der Studie: Der Arbeitsaufwand für diese Form von interdisziplinärem Austausch muss bei der in der Medizin vorherrschenden Ressourcenknappheit künftig noch besser eingeplant werden. Gerade weil die interdisziplinären Tumorboards die Patientenversorgung nachweislich verbessern.

Am sichersten, eine umfassende und multidisziplinäre Beurteilung zu erhalten, können Patienten nach wie vor sein, wenn sie sich für ihre Diagnose an ein spezialisiertes und zertifiziertes Behandlungszentrum wenden. Denn dort sind alle entscheidenden Experten derjenigen Disziplinen, die ihnen Hilfe bieten können, vertreten.

Thomas Kuhn



Foto: iStock/emojoez

HUNGER UND ARMUT

gehen nicht in Quarantäne!

Ihre Spende ist das wirksamste Gegenmittel.



[sos-kinderdoerfer.de](https://www.sos-kinderdoerfer.de)



SOS
KINDERDÖRFER
WELTWEIT

Fachwörter aus diesem Heft – leicht erklärt

ADENOKARZINOM: Bösartiger Tumor, der aus Drüsengewebe hervorgegangen ist.

ADJUVANTE THERAPIE: Zusätzlich unterstützende Behandlung nach operativer Entfernung eines Tumors, um möglicherweise unerkannt im Körper verbliebene Krebszellen zu zerstören.

ANGIOGENESE-HEMMER: Zielgerichtete Medikamente, die die Bildung neuer Blutgefäße in Tumornähe unterdrücken und dadurch das Tumorstadium hemmen.

BENIGNE: gutartig

CHEMOTHERAPIE: Die Behandlung mit zellwachstumshemmenden Substanzen, sogenannten Zytostatika, zur Tumorbekämpfung.

CHRONISCHE LYMPHATISCHE LEUKÄMIE: Eine Erkrankung, die die lymphatischen Zellen betrifft, abgekürzt CLL. Sie gehört zu den malignen Lymphomen. Hierbei sind entartete Zellen regelmäßig auch im Blut zu finden.

COMPUTERTOMOGRAPHIE: Computerunterstützte Röntgenuntersuchung, abgekürzt bezeichnet als CT, bei der bestimmte Körperregionen in einzelnen Schichten durchleuchtet werden.

ENDOSONOGRAPHIE: Variante der Sonographie, bei der der Schallkopf in den Körper eingebracht wird – häufig mithilfe eines Endoskops oder einer Sonde.

FATIGUE: Erschöpfungs-Symptom, das bei verschiedenen Erkrankungen auftreten kann. Unterschieden wird hierbei in chronische oder akute Fatigue. Eine chronische Fatigue liegt vor, wenn die Erschöpfung auch nach überwundener Erkrankung bleibt. Die akute Fatigue tritt nur in Zusammenhang mit der Behandlung auf und klingt dann wieder ab.

GRADING: Das Grading gibt den Differenzierungsgrad des Krebsgewebes an. Das heißt, das Ausmaß, in dem es von normalem Gewebe abweicht. Das Grading ist wichtig für Prognose und Therapie.

HOCHINTENSIVER FOKUSSIERTER ULTRASCHALL: Minimalinvasives Verfahren, bei dem mit der gezielten Bündelung von Schallwellen Gewebe erhitzt und zerstört wird. Die Abkürzung lautet HIFU und steht für High Intensity Focused Ultrasound.

HISTOLOGISCHE UNTERSUCHUNG: Als histologische Untersuchung bezeichnet man die Beurteilung von Zellen oder Gewebeproben unter dem Mikroskop.

HORMONTHERAPIE: Als Hormontherapie wird die Gabe von Hormonen als Arzneimittel bezeichnet. Sie wird oft zur Tumorbekämpfung eingesetzt.

IMMUN-CHECKPOINT-INHIBITOREN: Medikamente zur Immuntherapie gegen Krebserkrankungen.

IMMUNTHERAPIE: Bei dieser Therapieform wird das körpereigene Immunsystem aktiviert und so der Tumor gezielt bekämpft.

KERNSPINTOMOGRAPHIE: siehe Magnetresonanztomographie (MRT)

KOMPLEMENTÄRE ONKOLOGIE: Behandlungsmethoden, die die drei konventionellen Säulen der onkologischen Therapie, nämlich Chirurgie, Bestrahlung und Chemotherapie, sinnvoll ergänzen. Ziel ist es, die Nebenwirkungen der konventionellen therapeutischen Maßnahmen zu lindern oder zu verhindern.

LAPAROSKOPISCHE OPERATION: siehe minimal-invasive Operation

LYMPHATISCHES SYSTEM: Netzwerk aus den lymphatischen Organen und dem feinvandigen Lymphgefäßsystem. In ihm wird die Lymphe gebildet und transportiert. Das lymphatische System ist Teil des Immunsystems.

LYMPHKNOTENMETASTASEN: Lymphknotenmetastasen sind Absiedelungen von bösartigen Krebszellen in einem Lymphknoten. Hierbei handelt es sich um Krebszellen, die von einem Primärtumor aus in die Lymphknoten gelangten.

MAGNETRESONANZTOMOGRAPHIE (MRT): Auch als Kernspintomographie bekannte Untersuchungsmethode, mit der sich Schichtbilder vom Körperinneren erzeugen lassen. Basiert auf einem starken Magnetfeld und Radiowellen. Daher führt dieses Verfahren keine Strahlenbelastung mit sich.

MALIGN: bösartig

MAMMOGRAPHIE: Röntgenuntersuchung der Brust zur Früherkennung von Brustkrebs.

MALIGNES MELANOM: schwarzer Hautkrebs

METASTASEN: Metastasen sind von einem Primärtumor räumlich getrennte, gleichartige Tochtergeschwülste, die durch Absiedelung von lebensfähigen Tumorzellen entstehen.

METASTASIERUNG: der Prozess der Metastasenebildung

MINIMALINVASIVE OPERATION: Operativer Eingriff mit nur kleinster Verletzung von Haut und Weichteilen.

MRT: siehe Magnetresonanztomographie

MUKOSITIS: Entzündung der Schleimhaut, etwa als Nebenwirkung einer Chemotherapie

NEOAJUVANTE THERAPIE: Meist medikamentöse Therapie, die einer Operation vorgeschaltet wird, um den Tumor zu verkleinern und damit die Operation zu erleichtern oder überhaupt erst möglich zu machen.

PALLIATIVE THERAPIE: Ein wichtiger Bestandteil der Behandlung fortgeschrittener Tumorerkrankungen. Eine palliative Therapie hat nicht die Heilung einer Krebserkrankung zum Ziel. Sie dient in allererster Linie der Verbesserung der Lebensqualität der Patienten sowie der Schmerzbehandlung. Sie hat ein eigenes medizinisches Fachgebiet – die Palliativmedizin.

PLATTENEPIHELKARZINOM: Tumor, der vom Plattenepithel ausgeht.

POLYNEUROPATHIE: Systemisch bedingte Schädigung der Nerven. Kann als Nebenwirkung einer Chemotherapie auftreten.

PRIMÄRTUMOR: Als Primärtumor bezeichnet man bei einer Krebserkrankung die ursprüngliche Geschwulst beziehungsweise den Ursprungsort, von der die Metastasen ausgegangen sind.

PROSTATEKTOMIE: Operative Entfernung von Prostatawucherungen oder der Prostata selbst (radikale Prostatektomie).

PSA: Abkürzung für prostataspezifisches Antigen. Dabei handelt es sich um ein Protein, das lediglich in Zellen der Prostata gebildet wird. Es dient der Verflüssigung der Samenflüssigkeit.

PSA-WERT: Ein erhöhter PSA-Wert kann auf Entzündungen und bösartige Tumoren der Vorsteherdrüse (Prostata) hinweisen.

RADIO-CHEMOTHERAPIE: Die Kombination einer Strahlen- und Chemo-Therapie.

RESEKTION: Komplette oder teilweise Entfernung eines Organs oder Gewebeabschnitts durch eine Operation.

REZIDIV: Wiederauftreten von Tumoren (Tumorrezidiv) nach vollständiger Zerstörung. Ein Rezidiv wird meist durch eine unvollständige Entfernung

des Tumors verursacht, die nach einiger Zeit zu einem erneuten Auftreten der Krankheit führen kann.

ROBOTISCHE CHIRURGIE: Weiterentwicklung der minimalinvasiven Operation: Chirurgische Eingriffe werden mithilfe eines Operationsroboters durchgeführt.

SONOGRAPHIE: Auch Ultraschall oder Echographie genannte bildgebende Untersuchungsmethode. Mit Schallwellen werden – weit oberhalb der Hörschwelle – Bilder des Körperinneren erzeugt. Der Vorteil: keine Strahlenbelastung.

STAGING: Feststellung des Ausbreitungsgrades eines bösartigen Tumors. Hierzu werden unter anderem körperliche Untersuchungen oder Operationen durchgeführt und bildgebende Verfahren, wie MRT oder CT, eingesetzt. Das Staging liefert wichtige Entscheidungen für die Art der Therapie.

STRALENTHERAPIE: Gezielte Bestrahlung von Tumoren, um Krebszellen zu zerstören. Wird auch Radiotherapie genannt.

SUPPORTIVE ONKOLOGIE: Unterstützende Verfahren, die nicht primär der Heilung einer Krebserkrankung dienen, sondern den Heilungsprozess durch zusätzliche Behandlung beschleunigen oder die Symptomatik abschwächen.

SUPPORTIVE THERAPIEN: siehe Supportive Onkologie

SYSTEMISCHE THERAPIEN: Therapien, die ihre Wirkung systemisch, also im ganzen Körper entfalten.

TUMORBOARD: siehe Tumorkonferenz

TUMORMARKER: Substanzen, die das Vorhandensein und eventuell auch das Stadium oder die Bösartigkeit eines Tumors im Körper anzeigen. Werden von den Krebszellen selbst gebildet oder sind eine Reaktion anderer Körpergewebe auf das Tumorstadium. Messung im Blut, im Urin oder im Gewebe.

TUMORKONFERENZ: Planung der Behandlung von Krebserkrankungen. Teilnehmer sind Ärzte und Experten verschiedener medizinischer Fachrichtungen. Regelmäßig vertreten sind dabei Onkologen, Chirurgen, Radiologen, Strahlentherapeuten und Pathologen. Das Ergebnis der Behandlungsplanung wird als interdisziplinäre Meinung bezeichnet.

TYROSINKINASE-HEMMER: Zielgerichtete Medikamente, die in Signalwege des Tumorstoffwechsels eingreifen. Sie halten so das Tumorstadium auf. Siehe auch Zielgerichtete Therapie.

ULTRASCHALL: siehe Sonographie

WÄCHTERLYMPHKNOTEN: Als Wächterlymphknoten bezeichnet man die im Lymphabflussgebiet eines Primärtumors an erster Stelle liegenden Lymphknoten.

WIRKSTOFFGRUPPEN: Medikamente, die den gleichen Wirkmechanismus oder eine ähnliche chemische Struktur aufweisen.

ZIELGERICHTETE THERAPIE: Oberbegriff für die Krebsbehandlung mit verschiedenen Wirkstoffen, die in die Wachstumssteuerung von Krebszellen eingreifen, indem sie wichtige Vorgänge oder Signalwege blockieren. Ihre Anwendung erfolgt überwiegend in Kombination mit einer Chemo- oder Strahlentherapie.

ZYTOSTATIKUM: Arzneistoff, der bei einer Chemotherapie zur Behandlung von Krebserkrankungen eingesetzt wird. Ein Zytostatikum stört, verzögert oder verhindert den Zellzyklus und verhindert somit, dass Tumorzellen sich teilen und verbreiten.

Möchten Sie
uns Ihre persönliche
Frage stellen?

info@medical-
tribune.de

SIE WOLLEN KEINE KOSTENLOSE AUSGABE VERSÄUMEN?

Dann merken wir Sie gerne ohne Kosten fürs nächste Heft vor!

Senden Sie uns eine E-Mail an: info@medical-tribune.de oder schreiben Sie an:

Medical Tribune Verlagsgesellschaft mbH, Redaktion Perspektive LEBEN, Unter den Eichen 5, 65195 Wiesbaden

TIPP!

Online-
Informationen

Foto: Antohi Epexob – stock.adobe.com

Hilfreiche Webseiten für Patienten

Wer sich online zum Thema Krebs informieren will, muss sorgfältig auswählen. Inzwischen gibt es aber eine ganze Reihe von Webseiten, die begleitend zur Information des Arztes nützliche Hilfestellung geben können.

Wir stellen drei Beispiele vor:



Ein Leben retten – oder anderen dabei helfen

Stammzellspender werden oder Aktionen unterstützen

Mit einer Stammzellspende eine Chance auf ein neues Leben zu geben, fühlt sich unbeschreiblich toll an, berichten Spenderinnen und Spender auf der Webseite der DKMS. Die internationale gemeinnützige Organisation wurde in Deutschland gegründet und hat sich dem Kampf gegen Blutkrebs verschrieben. Sie betreibt die weltweit größte Stammzellspenderdatei. Wer selbst Zellen spenden möchte, kann sich hier informieren – und wer das nicht darf oder möchte, stattdessen Geld spenden oder an Aktionen teilnehmen.

www.dkms.de



Aufmerksamkeit für die Darmkrebsvorsorge

Gesund bleiben – durch Aufklärung

Die Felix Burda Stiftung verfolgt das Ziel, die Darmkrebsvorsorge im Bewusstsein der Menschen zu verankern, denn: „Bei keiner anderen Krebsart bietet die Früherkennung derart große Chancen wie bei Darmkrebs“, schreibt die Stiftung. Zu ihren jährlichen Projekten zählen der „Darmkrebsmonat März“, die Initiative für Betriebliche Prävention, Europas größtes Darmmodell und die Smartphone-App „APPzumARZT“. Auf der Seite kann man sich informieren, Geld spenden und einen Online Darmkrebs-Schnell-Check absolvieren.

www.felix-burda-stiftung.de



Vom Patienten zum Stifter

„Leukämie muss heilbar werden. Immer und bei jedem.“

Der weltberühmte Opernsänger José Carreras erkrankte auf dem Höhepunkt seiner Karriere an Leukämie. Dank guter Ärzte und neuer Erkenntnisse in der Medizin gelang es ihm, die Krankheit zu überwinden. Aus Dankbarkeit gründete er 1988 die „Fundación Internacional José Carreras para la lucha contra la leucemia“ mit Sitz in Barcelona. 1995 wurde der Deutsche Verein José Carreras Leukämie-Stiftung e.V. ins Leben gerufen. Die Stiftung fördert wissenschaftliche Forschungsprojekte sowie Infrastrukturprojekte und Sozialprojekte rund um die Leukämie – seit 1995 insgesamt 1360 an der Zahl.

www.carreras-stiftung.de

Mit Tumorgenomtests zur personalisierten Therapie

Molekulare Untersuchungsmethoden eröffnen neue Wege in der Krebsbehandlung

Bei allen Tumoren liegen im Erbgut der Krebszelle Veränderungen vor, die die Krankheit auslösen und antreiben. Das sind zum Beispiel die sogenannten KRAS-Mutationen beim Dickdarmkrebs oder Veränderungen in den BRCA-Genen bei Eierstocktumoren und bestimmten Typen des Hautkrebses.

Heute schon können bei einem Drittel der untersuchten Krebspatienten Genveränderungen festgestellt werden, die sich mit passenden Therapien angehen lassen. Besonders klar zeigt sich der Nutzen der modernen Methoden beim fortgeschrittenen Lungenadenokarzinom: Für mehr als die Hälfte der Betroffenen gibt

es eine molekular zielgerichtete Behandlung.

Allerdings sind die neuen Verfahren noch nicht in der Routinediagnostik angekommen, bedauert Professorin Dr. Dr. Sonja Loges von der Universitätsmedizin Mannheim. Ihrer Meinung nach sollte jeder Krebspatient im fortgeschrittenen Stadium die Möglichkeit zur molekularen Testung haben. In ihrer Klinik, so die Onkologin, werden Patienten mit seltenen Tumoren, die häufig genomische Veränderungen aufweisen, bereits vor Start der Erstlinientherapie entsprechend untersucht.

In dieselbe Kerbe schlägt Professor Dr. Christof von Kalle vom Berliner

Institut für Gesundheitsforschung an der Charité: „Die molekulare Diagnostik ist eine der Grundvoraussetzungen für eine individualisierte Krebstherapie.“ Er plädiert dafür, jeden, der sich etwa chirurgisch nicht ausreichend behandeln lässt, molekular zu testen. Falls nötig, könne das auch mehrfach im Verlauf der Behandlung erfolgen.

Krebs äußert sich von Patient zu Patient unterschiedlich, es ist keine einheitliche Erkrankung. Und je besser man einen Tumor versteht, desto erfolgreicher lässt er sich behandeln, ist Dr. Bettina Ryll überzeugt. Als Patientenvertreterin koordiniert sie die Aufklärungsarbeit für Tumorkranke in ganz Europa. „Patienten erwarten heute Therapieansätze, die auf bestmögliche Ergebnisse für den Einzelnen und nicht auf Mittelwerte einer Gruppe abzielen.“ Bei allen Erfolgen dürfen aber keine falschen Hoffnungen geweckt werden, stellt die Ärztin klar: In erster Linie gehe es um die Chronifizierung der Erkrankung und eine gebesserte Lebensqualität. Unterstützung und Informationen, etwa über den Ablauf der Tumorgenomtests, gibt die Webseite www.testedeinentumor.de. Sie hilft Betroffenen, sich ein genaues Bild von ihrer Erkrankung zu machen und gut vorbereitet ins Gespräch mit ihrem Arzt zu gehen.



Das genetische Profil eines Tumors ist so einzigartig wie ein Fingerabdruck. Daher bedarf jeder Patient einer individuell ausgewählten Therapie.

Foto: iStock/kirstypargeter

Quelle: Digitale Live-Veranstaltung von Bayer Vital

Unsere Experten in dieser Ausgabe:

Prof. Dr. Freerk Baumann:

Leiter der Arbeitsgruppe Onkologische Bewegungsmedizin im Centrum für Integrierte Onkologie (CIO) an der Uniklinik Köln.

Kerpener Str. 62, 50937 Köln

S. 29

PD Dr. Heiko Golpon:

Leiter der pneumologischen Onkologie an der Medizinischen Hochschule Hannover.

Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover

S. 21

Prof. Dr. Peter Mallmann:

Direktor der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am Universitätsklinikum Köln.

Kerpener Str. 34, 50931 Köln

S. 9

Prof. Dr. Dirk Schadendorf:

Direktor der Klinik für Dermatologie und Direktor des Westdeutschen Tumorzentrums am Universitätsklinikum Essen.

Hufelandstraße 55, 45147 Essen

S. 17

SCHWER WIE STEIN?



POLYCYTHAEMIA VERA RAUBT LEBENSKRAFT.



Chronische Müdigkeit ist eines der Symptome, mit denen die Polycythaemia vera viele Betroffene belastet und im Alltag stark einschränkt. Erfahren Sie mehr über die Symptome dieser Erkrankung – und was Sie dagegen tun können, unter www.leben-mit-pv.de/f9.

 **NOVARTIS**



ERSCHÖPFUNG

NACHTSCHWEIß

JUCKREIZ

KNOCHENSCHMERZEN

POLYCYTHAEMIA VERA

HAT VIELE GESICHTER.



Die Polycythaemia vera (PV) kann Betroffene mit vielen Symptomen belasten und die Lebensqualität mindern. Doch sind die Beschwerden erkannt, können sie gut behandelt werden. Erfahren Sie mehr über die der PV – und was Sie dagegen tun können, unter www.leben-mit-pv.de/s8.

 NOVARTIS