

Praxis Journal



Nur für unsere Patienten, nicht zur Weitergabe bestimmt.

Fachübergreifende Praxisgemeinschaft für Innere Medizin, Hämatologie, Onkologie, Transfusionsmedizin und hausärztliche Versorgung

Dr. med. Andreas Hauke, Arnold Weiss, Dr. med. Peter Florian Schwindt, Dr. med. Sonja Schäfer in Praxisgemeinschaft mit Dr. med. Irene Bux-Gewehr

Hopmannstr. 7 · 53177 Bonn
Tel.: 0228 / 9 52 59 0 · Fax: 0228 / 9 52 59 14

E-Mail: info@internisten-bonn.de
Internet: www.internisten-bonn.de

Sprechzeiten

Internistische und hausärztliche Versorgung
Mo - Fr 8.00 - 12.30 h Mo, Di 15.00 - 17.30 h
Do Abend: Sprechstunde für Berufstätige nach Vereinbarung

Chemotherapeutische Behandlung Tel.: 0228 / 429 50 50
Mo - Do 8.30 - 16.00 h Fr 8.30 - 14.00 h

Notfallsprechstunde Mo - Fr 9.00 - 10.00 h

Liebe Patientinnen, Liebe Patienten,

- Inhalt

Diagnose 2

Risiko Thrombose – Einfache Blutuntersuchung schafft Klarheit

Nachgefragt 3

Wie gehe ich mit Freunden und Verwandten um? Bringen Sie Ihre Bedürfnisse deutlich zum Ausdruck

Überblick 4

Fortschritte bei der Darmkrebstherapie – Neue Medikamente wirken zielgerichtet – Darmkrebsvorsorge nutzen

Ernährung 6

Neue Untersuchungsberichte zu Krebs und Ernährung – Selen, Ballaststoffe, Vitamine: Schutz vor Krebs?

Kurz berichtet 8

**Hormonersatz und Brustkrebs
Hohes Alter allein zwingt nicht zur „sanften“ Therapie
Impressum**

es ist erst etwa zehn Jahre her, da hatten forschende Mediziner und Arzneimittelhersteller eine Vision: Wie wäre es, wenn man, um die individuelle Wirksamkeit eines Medikamentes zu testen, einem Patienten dieses Medikament nicht verabreichen müsste? Wenn es stattdessen möglich wäre, anhand einer Blut- oder Gewebeprobe im Vorhinein zu bestimmen, ob und wenn ja in welchem Ausmaß dieses oder jenes Arzneimittel bei einem individuellen Patienten wirken würde? Heute ist es zumindest in Teilbereichen der Onkologie tatsächlich so weit. Zwar reicht eine Blutprobe allein meist nicht aus, aber anhand der Charakteristika von Tumorgewebe können wir heute feststellen, ob es sinnvoll ist, beispielsweise bestimmte Antikörper bei bestimmten Patienten einzusetzen. Bei Brust- und Darm-

krebs und auch bei einigen Bluterkrankungen sind diesbezüglich große Fortschritte zu verzeichnen.

Wir haben gelernt und lernen immer wieder: Krebs ist eine ungemein persönliche Erkrankung. Die Aussichten auf Therapieerfolge steigen in dem Maße, in dem es uns gelingt, unsere Behandlungsstrategien zu individualisieren. Und da ist die moderne Medizin auf einem guten Weg. Deshalb dürfen wir, was die Behandlung von Krebs- und Bluterkrankungen angeht, durchaus zuversichtlich sein.

Herzlichst Ihr Praxisteam

Dr. Peter Florian Schwindt, Dr. Andreas Hauke, Dr. Sonja Schäfer, Arnold Weiss und Dr. Irene Bux-Gewehr

JETZT SIND WIR FÜNF!

Neues aus unserer Praxis

Seit dem 1. Oktober 2010 ergänzt Frau Dr. Bux-Gewehr unser Ärzteteam in einer Praxisgemeinschaft. Frau Dr. med. Irene Bux-Gewehr ist Fachärztin für Transfusionsmedizin mit dem Schwerpunkt der Haemostaseologie, das heißt Diagnostik und Behandlung von Blutgerinnungsstörungen.

Ihre Ausbildung zur Fachärztin absolvierte sie zunächst in der Inneren Medizin und Hämatologie/Onkologie an den Universitätskliniken Bonn und Homburg/Saar sowie am DRK-Krankenhaus in Neuwied und anschließend am Institut für Transfusionsmedizin der Universität Düsseldorf. Daneben war sie viele Jahre im Bereich der Arzneimittelzulassung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte und auch wissenschaftlich tätig.



Als Rudolf Virchow im 19. Jahrhundert zum ersten Mal das Krankheitsbild der Thrombose beschrieb, legte er damit den Grundstein für die Behandlung von Gefäßerkrankungen. Mit der sogenannten Virchow-Trias erläuterte der Pathologe die Entstehung von Thrombosen, die noch heute Gültigkeit besitzt.

Genau abgestimmtes Gleichgewicht

Die Thrombose ist eine Gefäßerkrankung, bei der sich ein Gerinnsel (Thrombus) in einem Blutgefäß bildet. Obwohl Thrombosen in allen Adern auftreten können, ist umgangssprachlich meist eine Thrombose in den tiefen Venen (Phlebothrombose) gemeint.

Bei gesunden Menschen befinden sich gerinnungshemmende und gerinnungsfördernde Einflüsse in einem genau aufeinander abgestimmten Gleichgewicht. Wenn sich unbemerkt kleinere Thromben bilden, sorgt der Körper normalerweise selbst dafür, dass sie abgebaut werden und keine Probleme verursachen.

Verschiedene Faktoren können dieses Gleichgewicht allerdings beeinträchtigen, damit eine verstärkte Neigung zur Blutgerinnung auslösen und so die Gefahr von Thrombosen erhöhen. Mit einer angepassten Lebensführung und bestimmten Vorsorgemaßnahmen lassen sich Thrombosen jedoch in den allermeisten Fällen verhindern.

Einfache Blutuntersuchung schafft Klarheit

Die derzeit bekannten und am häufigsten vererbten Ursachen für eine Thromboseneigung (Thrombophilie) sind Mutationen in den Genen für den Gerinnungsfaktor V und das Prothrombin, seltener besteht ein Mangel an gerinnungshemmenden Eiweißen im Blut, etwa an Antithrombin, Protein C oder Protein S.

Darüber hinaus begünstigen bestimmte Grunderkrankungen das Entstehen einer Thrombose. Hierzu zählen rheumatische Erkrankungen wie das Antiphospholipidsyndrom, krankhafte Veränderungen des blutbildenden Systems und bösartige Tumor-Erkrankungen. Eine erhöhte Thromboseneigung kommt auch als unerwünschte Nebenwirkung mancher Arzneimittel vor.

Ältere Menschen haben ein besonders hohes Risiko

Das tatsächliche Auftreten eines Thromboseereignisses ist meist gekoppelt an weitere Risikofaktoren wie Bettlägerigkeit, Immobilisation nach Operation, die Einnahme von Kontrazeptiva („Pille“), einer Hormonersatztherapie in den Wechseljahren, Übergewicht oder das Vorhandensein von Krampfadern und ein gehäuftes familiäres Auftreten von Thrombosen. Auch in der Schwangerschaft besteht bei einer Thrombophilie ein erhöhtes Risiko für Mutter und Kind.

Die Zusammenhänge einer Thromboseneigung und -entstehung sind also ausgesprochen komplexer Natur. Erfreulicherweise zei-

gen jedoch offizielle Statistiken einen Rückgang von Krankenhausbehandlungen dieser Erkrankungen (siehe Abbildung unten). Dies wird unter anderem auf bessere Vorsorge und einfachere Behandlung zurückgeführt, die bei jüngeren Patienten oft auch ambulant erfolgen kann.

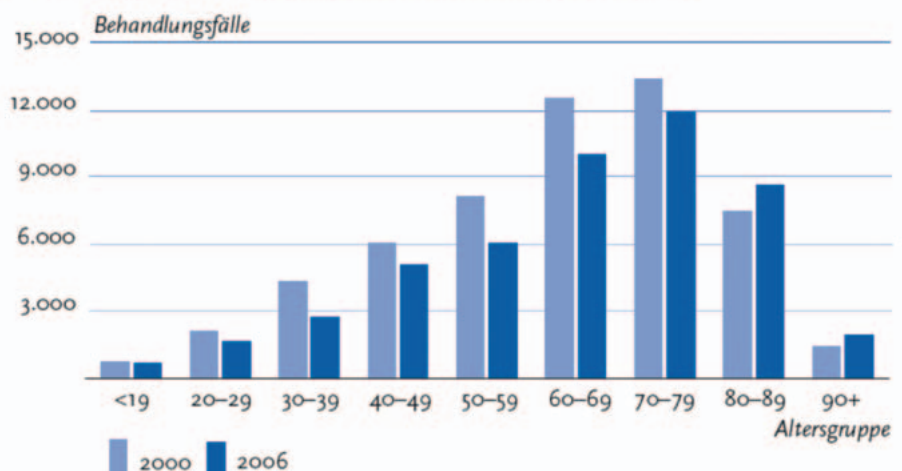
Übergewicht vermeiden

Allgemeine Maßnahmen zur Verhinderung einer Thrombose umfassen regelmäßige Bewegung und ausreichende Flüssigkeitszufuhr bei langen Reisen, das Tragen von Kompressionsstrümpfen, frühzeitige Mobilisation nach Operationen oder die Verabreichung von gerinnungshemmenden Mitteln (zum Beispiel in Form von Heparinspritzen).

Bei Fragen zum Thema beraten wir Sie gerne detailliert in unserer Praxis und erstellen ein individuelles Risikoprofil.

Die Abbildung entnahmen wir der empfehlenswerten Broschüre von E. Rabe, R. M. Bauernsachs, F. Pannier, S. M. List, Venenerkrankungen der Beine. Hrsg: Robert-Koch-Institut, Themenheft 44, Mai 2009. Die Broschüre kann kostenlos beim Herausgeber bezogen werden.

Vollstationäre Behandlungsfälle (absolute Fallzahlen) mit Hauptdiagnose Thrombose oder Thrombophlebitis (ICD-10 I80) nach Alter (2000 und 2006)
Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik des Statistischen Bundesamtes



„Wie gehe ich mit Freunden und Verwandten um?“

3

Nachgefragt

Die Diagnose verändert zwar das Leben aller Betroffenen, aber Krebs ist heute nicht mehr zwangsläufig ein „Killer“, sondern für viele eine chronische Erkrankung, mit der zu leben man lernen kann. Doch selbst wenn man als Patient diese Einsicht gewonnen hat, gilt das noch lange nicht für Menschen, an denen einem etwas liegt. Die wichtigsten Fragen und Antworten zu diesem Thema haben wir hier für Sie zusammengestellt.

Meine Umgebung hat auf meine Krebserkrankung sehr verständnisvoll reagiert. Aber schon nach wenigen Wochen habe ich bei Freunden und Verwandten eine immer größer werdende Unsicherheit gespürt, wenn wir uns getroffen haben.

Das ist ein sehr bekanntes Phänomen, man könnte es fast als normal bezeichnen. Allerdings verstehe ich gut, dass es für Sie alles andere als normal ist, wenn Freunde unsicher werden und sich deshalb nicht selten auch zurückziehen. Viele unserer Patienten haben dann den Eindruck, dass ihre eigenen Angehörigen und Freunde genauso viel Verständnis und Fürsorge benötigen wie Sie als Erkrankte selbst.

Genauso ist es. Aber ehrlich gesagt habe ich keine Lust und manchmal fehlt mir auch die Kraft, jetzt meinerseits verständnisvoll darauf einzugehen.

Das ist leicht nachzuvollziehen. Gleichzeitig befürchten Sie möglicherweise, dass Sie den Kontakt mit dem Betreffenden komplett verlieren, wenn Sie sich nicht stark und „ganz normal“ verhalten. Das ist beinahe so etwas wie ein Teufelskreis, und je nach Ihren persönlichen Umständen und Ihrem eigenen Temperament hilft da meist nur eine Mischung aus Humor und Offenheit.

Was meinen Sie damit?

Sie haben wahrscheinlich festgestellt, dass mit dem Bekanntwerden Ihrer Erkrankung sich ziemlich schnell die „Spreu vom Weizen“ getrennt hat. Manchmal ist es ganz erstaunlich, dass Menschen, die man als gar nicht so nah empfunden hatte, plötzlich zu wirklichen



Stützen werden. Andererseits bleibt einem auch so manche Enttäuschung nicht erspart. Am besten fährt man als Patient erfahrungsgemäß, wenn man seine eigenen Bedürfnisse angemessen, aber deutlich zum Ausdruck bringt.

Was heißt das konkret, können Sie mir ein Beispiel geben?

Wenn Sie die Gesellschaft eines Anderen schätzen, sagen Sie das möglichst ungeschminkt, etwa: „Es tut mir gut, dass Du da bist.“ Wenn Sie dagegen den Eindruck haben, dass jemand sich – vielleicht auch aus Unsicherheit – als Mochtegern-Helfer aufspielen will, können Sie ihm beispielsweise sagen: „Du, ich bin zwar krank, aber ich komm ganz gut zurecht. Wenn ich Deine Hilfe brauche, werde ich das sagen.“

Ist das nicht ein bisschen starker Tobak?

Das kann man so sehen. Wie gesagt, es kommt auf Ihr eigenes Temperament an. Wichtig ist aber immer: Sie als Patient stehen im Mittelpunkt. Sie bestimmen, was Sie mit Ihrem Leben machen wollen. Natürlich ist es hilfreich, wenn jemand Ihnen Unterstützung und Beratung anbietet. Seien sie aber vorsichtig, wenn da

jemand kommt, der ganz genau zu wissen scheint, was für Sie gut oder schlecht ist.

Manche Freunde haben mir gegenüber beinahe so etwas wie eine Sprachhemmung. Vor allem dann, wenn es um die nähere oder weitere Zukunft geht.

Nun, das erscheint mir zunächst verständlich. Wenn man quasi beim Reden bemerkt, dass die Anspielung auf das in ein paar Jahren anstehende Jubiläum oder die Pensionierung Sie aus offensichtlichen Gründen verletzen oder traurig stimmen könnte, dann ist die Sprachhemmung ja fast ein Zeichen von Mitgefühl. Sie können die Situation mit einer kurzen Bemerkung wie „Du kannst ruhig weiter reden“ sicher entkrampfen.

Anstrengend finde ich auch, dass man jedem immer wieder neu erzählen muss, wie es einem „mit dieser schrecklichen Krankheit“ geht.

Da bieten möglicherweise die modernen Kommunikationsmittel einen Ausweg. Eine Patientin von uns hat mal eine E-Mail an alle verfasst, die ihr wichtig waren. Darin stand sinngemäß: „Ich bin zwar krebskrank, und ich werde nicht mehr so lange leben, wie ich ursprünglich mal gedacht habe, aber ich bin noch nicht tot. Ich möchte das Leben so lange es geht genießen, und ich möchte es gern mit Dir/mit Euch zusammen tun.“ Im Übrigen ist die Kommunikation via E-Mail etwas sehr Praktisches. Die Schriftform in Kombination mit der unkomplizierten Sendung schafft genau die richtige Mischung aus Distanz und Nähe, die sich Patienten und ihre Freunde oder Verwandten häufig wünschen.

Fortschritte bei der Darmkrebstherapie

Darmkrebs, genauer: Dickdarm- oder Mastdarmkrebs ist heimtückisch. Er kann lange Zeit wuchern, und wenn er dann bemerkt wird, ist es für eine Heilung häufig schon zu spät. In den letzten Monaten und Jahren sind aber neue Operationstechniken und Arzneimittel entwickelt worden, mit denen sich kolorektale Tumoren – so die für beide Tumorarten zusammenfassende Fachbezeichnung – besser denn je behandeln lassen.

Zu den klassischen Behandlungsmethoden „Stahl, Strahl und Chemie“ ist in den letzten Jahren beim Dickdarm- und Mastdarmkrebs die gezielte Behandlung mit bestimmten Antikörpern und mit Medikamenten dazu gekommen, die in erster Linie speziell auf oder in Tumorzellen vorkommende Strukturen erkennen, sich an ihnen festheften und so das Wachstum der bösartigen Zellen blockieren. Aber auch die Operationstechniken zur Entfernung von Mastdarmtumoren haben sich weiterentwickelt.

R0-Resektion

Nach wie vor ist die Operation mit dem Ziel der R0-Resektion, sprich der restlosen (R0 steht für Rest Null) Entfernung des Tumors, das einzige Verfahren, mit dem sich Darmkrebs dauerhaft heilen lässt. Je nach genauer Lokalisation des Tumors unterscheiden sich die Operationstechniken. Liegt der Tumor im Dickdarm, handelt es sich also um ein Kolonkarzinom (einen Dickdarmkrebs), werden der betroffene Teil des Darms und die zugehörigen Lymphgefäße sowie -knoten entfernt. Nach der Operation wird das entnommene Material von Gewebespezialisten (Pathologen) sorgfältig auf Tumorzellreste untersucht.

Stellt sich heraus, dass Krebszellen bereits in Lymphknoten vorgedrungen sind, wird in der Regel eine adjuvante, also eine ergänzende Chemotherapie veranlasst. Auf diese Weise sollen eventuell noch im Organismus vorhandene Krebszellen medikamentös unschädlich gemacht werden. Diese Behandlung kann – je nach erforderlicher Therapie – ein halbes bis zu einem ganzen Jahr dauern.

Vorbehandlung des Rektumkarzinoms

Anders als beim Kolonkarzinom hat sich bei der Operation des Mastdarm- oder Rektumkarzinoms eine medikamentöse und/oder eine strahlentherapeutische Vorbehandlung vor der eigentlichen Operation, eine sogenannte neoadjuvante Therapie durchgesetzt. Ob eine etwa einwöchige Strahlentherapie allein oder in Kombination mit einer Chemotherapie durchgeführt wird, hängt unter anderem von der Größe des Rektumkarzinoms ab. Das Ziel der Vorbehandlung ist immer gleich: Der Tumor soll vorab zum Schrumpfen gebracht werden, um die Erfolgsaussichten der Operation zu verbessern.

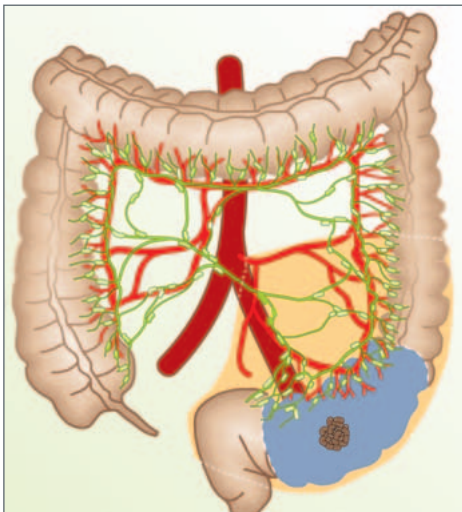
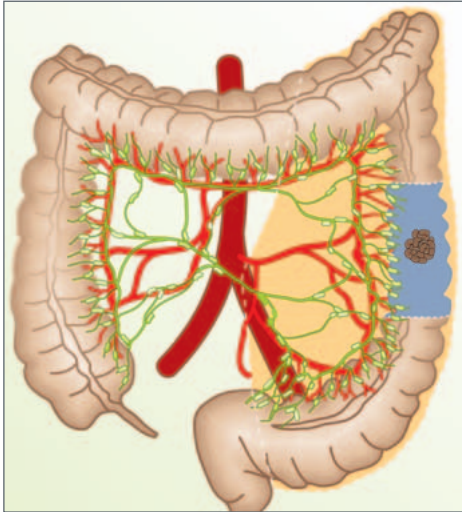
Totale mesorektale Exzision (TME)

Speziell beim Mastdarmkrebs ist das Risiko des Wiederauftretens der Erkrankung am gleichen Ort – das Rezidivrisiko – besonders groß. Seit der Einführung verbesserter Operationstechniken, konkret der totalen mesorektalen Exzision (TME), sinkt dieses Risiko beständig und liegt nach Angaben der Deutschen Krebsgesellschaft derzeit bei etwa 10 Prozent. Mit Hilfe der TME wird neben dem Tumor auch das umliegende Fett- und Bindegewebe, das sogenannte Mesorektum, komplett herausgelöst. In dieses Gewebe, das viele Lymph- und Blutgefäße enthält, ist der Mastdarm eingebettet. Die chirurgische Kunst besteht nun darin, die an dieser Stelle ebenfalls vorhandenen anderen Organe und Gewebe wie die Harnblase, die beiden Harnleiter oder die Sexualnerven unverletzt zu lassen. Die totale mesorektale Exzision sollte deshalb nur von Spezialisten in entsprechend ausgestatteten Zentren durchgeführt werden.

Künstlicher Darmausgang

Bei schätzungsweise 10 bis 15 Prozent der Rektumkarzinom-Operationen wird die Anlage eines künstlichen Darmausgangs notwendig, entweder weil der Schließmuskel selbst schon von Krebszellen befallen ist oder weil der Tumor zu nahe am Schließmuskel liegt, als dass dieser erhalten werden könnte. Nach der Entfernung des Mastdarms führt der Chirurg das nun „offene Ende“ des Dickdarms meist aus dem linken Unterbauch nach außen. Nach der Operation befindet sich an dieser Stelle eine Öffnung von etwa zwei Zentimetern Durchmesser, an die eine sogenannte Stomaversorgung angeschlossen wird. Dabei handelt es sich um eine Kunststoffplatte, die auf die Öffnung in der Bauchdecke geklebt wird, und einen daran befestigten Beutel. Dieser ist in der Regel undurchsichtig und nimmt die Darmausscheidungen auf.

Ob ein künstlicher Darmausgang angelegt werden muss oder nicht, hängt von der genauen Lokalisation des Tumors, nicht zuletzt aber auch von dessen Größe ab. Denn ein kleiner Tumor, der sich in der Nähe des Schließmuskels befindet, lässt sich operativ einfacher und sicherer entfernen als ein großer Tumor in gleicher Position. Gerade deshalb ist die sorgfältige Planung der neoadjuvanten Strahlen- und/oder Chemotherapie von essentieller Bedeutung. Die nur vorübergehende Anlage eines künstlichen Darmausgangs kommt wesentlich häufiger vor. Durch diese Maßnahme soll ein Darmabschnitt zur Beschleunigung der Heilung geschont werden. In solchen Fällen wird der künstliche Ausgang nach etwa sechs Wochen wieder zurückverlegt.



Operation bei Dickdarmkrebs: Je nach Lage des Tumors werden unterschiedlich große Anteile des Darmes (blauer Bereich) und des Lymphsystems (oranjer Bereich) entfernt.

Neue Medikamente wirken zielgerichtet

Von zielgerichteter Therapie oder englisch targeted therapies ist in der Krebsbehandlung immer häufiger die Rede. Mit diesem Schlagwort werden alle Bemühungen bezeichnet, die den Tumor möglichst zielgenau – ohne Schädigung anderer Gewebe oder Organe – bekämpfen. Eine konventionelle Chemotherapie zum Beispiel wirkt nicht gezielt. Als Infusion über das Blut verteilt, gelangt die Wirksubstanz in den gesamten Organismus und entfaltet dort mehr oder weniger erwünschte Wirkungen und Nebenwirkungen.

Bei der Frage nach der Zielgenauigkeit ist immer entscheidend, ob das Medikament auf

Strukturen trifft, auf die es besonders gut wirken kann. Betrachtet man das Arzneimittel als Schlüssel und den Wirkort als Schloss, dann wirkt ein Medikament dort am besten, wo es auf das am besten passende Schloss trifft.

Antikörper gegen Gefäßzellwachstumsfaktoren

Mit Hilfe dieses Bildes lässt sich auch gut die Wirkung der speziell für die Darmkrebstherapie neu entwickelten Medikamente erklären. Darmkrebszellen schütten beispielsweise Gefäßzellwachstumsfaktoren aus (vascular endothel growth factor, VEGF). Diese VEGF schwärmen sozusagen aus und heften sich an die Oberfläche von Blutgefäßen. Dadurch erhalten diese das Signal, in Richtung auf das Tumorgewebe zu wachsen. Auf diese Weise stellt der Tumor seine eigene Blutversorgung sicher.

Mit Bevacizumab existiert seit einiger Zeit ein Antikörper, der ganz speziell VEGF erkennt. Das theoretische Konzept ist überzeugend: Der Antikörper bindet VEGF und verhindert damit dessen gefäßwachstumsstimulierende Wirkung, der Tumor wird nur unzureichend mit Blut versorgt und kann nicht weiter wachsen. Tatsächlich lässt sich das Fortschreiten der Krankheit mit Bevacizumab nachweislich verzögern, außerdem wird die Überlebensrate der Patienten verlängert. Bevacizumab ist in Deutschland zur Behandlung von metastasiertem Darmkrebs zugelassen.

Antikörper gegen den EGF-Rezeptor

Ein anderer in der Darmkrebstherapie mittlerweile etablierter Antikörper ist das Cetuximab. Es erkennt als sein „Schloss“ eine spezielle Andockstation auf der Außenhülle von Darmkrebszellen. Normalerweise bindet sich an diesen Rezeptor auf den Darmkrebszellen der epidermale Wachstumsfaktor (epidermal growth factor, EGF). Der Rezeptor wird deshalb auch als EGF-Rezeptor oder kurz EGFR bezeichnet. Mit anderen Worten: Der Antikörper Cetuximab blockiert auf der Außenseite der Darmkrebszelle die Bindestelle, die eigentlich für den EGF reserviert ist.

Die normale EGF-Bindung auf der Zelloberfläche setzt eine Signalkaskade in Gang, etwa so wie ein Klopfen an einer Tür uns veranlasst, diese Tür zu öffnen, um eine Botschaft zu

empfangen. Die Botschaft wird innerhalb der Zelle über mehrere Stationen bis hin zum Zellkern weiter getragen und führt letztlich dazu, dass die Zelle ihre eigene Teilung vorbereitet. Zellteilung aber bedeutet Wachstum, das heißt der Tumor wächst. Cetuximab blockiert den EGF-Rezeptor und verhindert damit die wachstumsfördernde Wirkung. Der EGF-Rezeptor kommt allerdings nur auf etwa 70 Prozent der Darmkrebszellen vor, das heißt Cetuximab wirkt nicht auf alle Darmkrebszell-Typen. Und noch etwas kommt hinzu: Eine der Signalstationen im Inneren der Zelle kann verändert sein. Ein Indiz dafür ist die Veränderung im so genannten K-Ras-Gen. Liegt eine entsprechende genetische Veränderung, also eine Mutation des K-Ras-Gens vor, wirkt Cetuximab nicht wirklich gut. Das Wachstumssignal erreicht in diesen Fällen trotz Cetuximab-Bindung den Zellkern und der Tumor wächst.

Cetuximab dürfen deshalb nur solche Patienten erhalten, bei denen das K-Ras-Gen in den Tumorzellen nicht verändert ist. Cetuximab wird entweder allein oder in Kombination mit Chemotherapeutika gegeben. Ein ganz ähnlich wirkender Antikörper ist das Panitumumab, das bei metastasiertem Darmkrebs einsetzbar ist, aber auch nur bei Patienten mit unverändertem K-Ras-Gen.

TIPP !!

Das Internet bietet zum Thema Darmkrebs hervorragend aufgearbeitete Informationen, zum Beispiel unter www.darmkrebs.de.

Für vorübergehende oder dauerhafte Stomaträger interessant ist außerdem die Website der entsprechenden Selbsthilfegruppe: www.ilco.de.

Darmkrebsvorsorge nutzen

In der Darmkrebstherapie hat es in den vergangenen Jahren zwar erhebliche Fortschritte gegeben, allerdings gilt nach wie vor, dass die Heilungsaussichten umso besser sind, je eher der Tumor entdeckt wird. Entsprechend wichtig sind die mittlerweile etablierten Vorsorgemöglichkeiten inklusive der Darmspiegelung. Alljährlich im März unterrichtet die Felix-Burda-Stiftung in großen Kampagnen die Öffentlichkeit über die Möglichkeiten zur Vorsorge und Behandlung.

Ernährung und Lebensstil

Fragen und Antworten

6

Krebs und Krebsentstehung haben etwas mit der Vererbung, mehr noch aber mit dem ganz persönlichen Lebensstil zu tun. Deshalb ist es nicht gleichgültig, was wir essen oder wie wir körperlich aktiv sind. Die Informationen dazu haben wir Ihnen hier zusammengestellt. Als Quellen haben wir Publikationen der deutschen und der US-amerikanischen Krebsgesellschaft sowie wissenschaftliche Veröffentlichungen der letzten Zeit genutzt.



Schützt Selen vor Krebs?

Selen ist ein Mineralstoff, den der Organismus nur in kleinen Mengen benötigt. Ernährungsspezialisten empfehlen eine tägliche Zufuhr von 20 bis 200 Mikrogramm (= tausendstel Gramm). Selen ist essentieller Bestandteil von Enzymen, die den Körper vor sogenannten oxidativen Schäden schützen können. Solche Schäden sind bedingt durch aggressive Sauerstoffmoleküle („Sauerstoffradikale“), wie sie im Stoffwechsel immer wieder entstehen. Sehr empfindlich auf diese Moleküle reagiert die Erbsubstanz einer Zelle. Schäden in der Erbsubstanz können aber auch zu Krebs führen, deshalb erscheint es logisch, dass Substanzen, die vor oxidativen Schäden schützen auch krebsvorbeugende Wirkung haben.

Allein aus diesem Zusammenhang kann für das Selen allerdings keine krebschützende Wirkung abgeleitet werden, wie eine neue Untersuchung zu Selen und Prostatakrebs zeigt (siehe nächste Seite). Die Dosierung von Selen ist zudem nicht ganz einfach, weil vergleichsweise schnell schädliche Konzentrationen erreicht werden. 200 Mikrogramm pro Tag gelten als Höchstdosis.

Sport gegen Krebs? – Ja, unbedingt.

Wer regelmäßig Sport treibt, hat ein eindeutig geringeres Risiko an Darm- oder Brustkrebs zu erkranken. Dieser Effekt ist direkt mit der sportlichen Tätigkeit verknüpft. Das heißt, es handelt sich nicht um einen indirekten Effekt, etwa weil Sporttreibende viel seltener Übergewichtig sind als Bewegungsmuffel, sondern körperliche Betätigung schützt vor Darm- und Brustkrebs. Für andere Krebsarten ist die Datenlage nicht genauso eindeutig. Allerdings wirkt sportliche Aktivität in allen Fällen zumindest indirekt, nämlich über den Einfluss auf das Gewicht. Übergewicht gehört ganz klar zu den Krebs-Risikofaktoren. Außerdem reduziert Sport auch das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und die Zuckerkrankheit. Vergleichsweise neu ist der Befund, dass Krebspatienten auch während der Therapie von sportlicher Aktivität profitieren können. Das Gefühl, beim Sport „selbst etwas zu tun“, fördert nicht nur die Lebensqualität, sondern kann offenbar auch den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen.

Wichtig: Bevor Sie als Patient sportlich aktiv werden, sprechen Sie uns bitte an. Wir klären dann, welche Sportarten für Sie geeignet sind und/oder veranlassen gegebenenfalls notwendige Untersuchungen.

Können Ballaststoffe vor Krebs schützen?

Anders als ihr Name vermuten lässt, sind Ballaststoffe keineswegs überflüssige Nahrungsbestandteile. Es handelt sich um verschiedene pflanzliche Kohlenhydrate, die vom menschlichen Körper zwar nicht verdaut werden können, für die Darmflora und damit das Funktionieren der Verdauung aber überlebenswichtig sind. Lösliche Ballaststoffe wie Haferkleie können offenbar den Blut-Cholesterinspiegel absenken und damit beispielsweise vor koronarer Herzerkrankung schützen. Ballaststoffe sind unter anderem in Bohnen, ungeschältem Getreide und Früchten enthalten. Eine direkte Schutzwirkung von Ballaststoffen ist nur schwierig nachzuweisen, empfehlenswert sind sie dennoch wegen ihrer allgemeinen gesundheitsfördernden Wirkung.

Schützen Vitamine vor Krebs?

Ziemlich sicher können wir heute sagen, dass zwar verschiedene Vitamine und andere Nährstoffe risikosenkend wirken. Allerdings stellt sich immer mehr heraus, dass dieser Schutz nur dann greift, wenn diese Stoffe zusammen mit den Früchten oder Gemüsen aufgenommen werden, in denen sie enthalten sind. Wir müssen uns offenbar von der Vorstellung verabschieden, dass man sich mit Vitamin- oder anderen Nährstoffpillen vor Krebs schützen kann. Beachten Sie aber bitte: Wenn wir Ihnen ärztlicherseits für einen begrenzten Zeitraum die Einnahme eines hochdosierten Präparates empfehlen, dann hat das durchaus seinen Sinn, um von uns diagnostizierte Mangelerscheinungen bezüglich eines konkreten Nährstoffes zu beheben. Die Botschaft lautet also: Vitamine oder Mineralstoffe dauerhaft „einfach so“ einzunehmen, macht keinen Sinn. Ärztliche Verordnungen sollten Sie aber unbedingt beachten.



Vitamine und Krebs bei Frauen

In einer Ende Dezember 2008 veröffentlichten Untersuchung waren mehr als 7.500 Frauen über durchschnittlich 9,4 Jahre mit Vitamin C, Vitamin E, Beta-Carotin, einer Kombination aus diesen Vitaminen oder einem Scheinmedikament (Placebo) behandelt worden. Diese Wirksamkeitsstudie wurde doppelblind durchgeführt, das heißt weder die Frauen noch die behandelnden Ärzte wussten, wer welche Substanz erhält. In der Auswertung zeigte sich, dass für keines der Vitamine ein krebsvorbeugender Effekt festgestellt werden konnte – in der Gruppe der mit einem Scheinmedikament behandelten Frauen erkrankten etwa genau so viele an Krebs wie in den anderen Gruppen. Auch auf die Krebssterblichkeit hatten die Vitamine keinen Einfluss, ebenso spielten die Dauer der Vitamineinnahme und ihre Kombination keine Rolle.

Selen und Vitamin E bei Prostatakrebs

Die Hoffnung, durch die Einnahme von Vitamin E und Selen der Entstehung von Prostatakrebs vorbeugen zu können, hat sich nicht bestätigt. In einer großen Studie, deren Ergebnisse im US-amerikanischen Ärzteblatt JAMA veröffentlicht wurden, schützten Vitamin E und Selen nicht besser vor Prostatakrebs als ein Scheinmedikament.

Insgesamt hatten mehr als 35.500 Männer in den USA, Kanada und Puerto Rico an der Untersuchung teilgenommen. Sie nahmen täglich entweder Selen oder Vitamin E oder eine Kombination beider Substanzen oder ein Scheinmedikament (Placebo) ein. Ursprünglich sollte die Studie mindestens sieben und maximal zwölf Jahre lang durchgeführt werden. Im Herbst des Jahres 2008 wurde sie nach fast fünf-einhalb Jahren jedoch vorzeitig abgebrochen. Ein Schutz von Vitamin E oder Selen vor Prostatakrebs konnte nicht bestätigt werden. Stattdessen zeigte sich eine leichte, nicht signifikante Erhöhung des Krebsrisikos, die bei der Kombination beider Substanzen am größten ausfiel. Zudem traten unter Selen vermehrt Fälle der Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) auf, allerdings war auch dieser Effekt nicht signifikant.

Nicht ausgeschlossen sei, so die Ansicht der Studienautoren, dass Vitamin E oder Selen vor aggressiven Formen von Prostatakrebs oder fortgeschrittenen Tumoren schützen könne. Ein Schutz vor der Entstehung bösartiger Prostatatumoren generell schein jedoch angesichts der neuen Ergebnisse unwahrscheinlich.

Vitamine und Lungenkrebs

Die lungenkrebsverursachende Wirkung des Rauchens ist hinlänglich bekannt. Anders als eine Zeitlang angenommen, können Raucher sich vor der Erkrankung nicht durch die Einnahme von Vitaminpräparaten schützen. Sogar das Gegenteil scheint der Fall: In einer Mitte 2008 veröffentlichten Studie war die Einnahme von Vitamin E in Form von Tabletten oder Nahrungsergänzungsmitteln bei Rauchern mit einem erhöhten Risiko für Lungenkrebs verbunden. Vor allem nicht-kleinzelliger Lungenkrebs trat in der Studie unter Rauchern, die über einen Zeitraum von durchschnittlich zehn Jahren Vitamin E eingenommen hatten, vermehrt auf. Andere Vitamine beeinflussten das Krebsrisiko nicht. An der Untersuchung hatten mehr als 77.000 Frauen und Männer im Alter zwischen 50 und 76 Jahren teilgenommen. Ihre Lebens- und Ernährungsgewohnheiten, darunter auch die Einnahme von Vitaminpräparaten, waren in speziellen Fragebögen erfasst worden.

Krebsvorbeugende Effekte von Obst und Gemüse hingegen, die in anderen Untersuchungen nachgewiesen worden waren, werden durch diese Studie nicht widerlegt. Neben Vitaminen sind in vielen Obstsorten eine Reihe anderer Substanzen enthalten, die zur schützenden Wirkung vor Krebs beitragen können. Eine ausgewogene Ernährung mit reichlich Obst und Gemüse wird deshalb auch weiterhin empfohlen.



Kurz berichtet

Neues aus der Forschung

■ Hormonersatz und Brustkrebs

Umstritten ist sie seit langem: die Gabe von Hormonen, um Beschwerden in den Wechseljahren zu lindern. Ungeklärt bleibt, wie der Hormonersatz im Körper wirkt. Lösen Hormone Brustkrebs aus oder beschleunigen sie lediglich das Wachstum schon vorhandener kleiner Tumore?

Forscher aus Kanada haben nun die Daten zu Verordnungen einer Hormonersatztherapie (HRT) aus Östrogenen und Gestagenen aus den Jahren zwischen 1996 und 2006 näher untersucht und die behandelten Frauen befragt. Dabei fanden sie heraus, dass die Verordnung von Hormonersatz-Präparaten in den Jahren 2002 bis 2004 stark zurückging. Das war die Zeit, in der die Ergebnisse der großen Women's Health Initiative Study (WHI) veröffentlicht wurden. Im Rahmen dieser US-amerikanischen Studie sollten ursprünglich gesunde Frauen in der Postmenopause über 8,5 Jahre lang entweder ein Hormonersatz-Präparat oder ein Placebo (ein Scheinmedikament) nehmen. Aber schon nach fünf Jahren wurde die Studie abgebrochen, da sich die Zahl der Herz-Kreislauf-Erkrankungen um 29 Prozent und die der Brustkrebs-Erkrankungen um 26 Prozent im Vergleich mit dem Scheinpräparat erhöht hatte.

Im Untersuchungszeitraum 2002 bis 2004 nahmen nur noch 5 Prozent der Frauen zwischen 50 und 69 Jahren Östrogen-Gestagen-

Präparate ein; die Brustkrebs-Rate sank in dieser Zeit bei den Frauen dieser Altersgruppe um fast 10 Prozent.

Auf den ersten Blick erscheint unverständlich, warum seit 2005 wieder eine Zunahme an Brustkrebs-Erkrankungen bei Frauen zwischen 50 und 69 Jahren zu verzeichnen ist. Der Erklärungsversuch der Forscher heißt: Möglicherweise lösen die Hormone nicht direkt Krebs aus, sondern beschleunigen das Wachstum noch unentdeckter Tumoren.



■ Hohes Alter allein zwingt nicht zur "sanfteren" Therapie

Auch Patienten jenseits von 70 Jahren mit fortgeschrittenem nicht kleinzelligem Lungenkrebs und gutem bis mäßigem Allgemeinzustand profitieren von einer vergleichsweise intensiveren Kombinationschemotherapie. Die Zeit bis zum Fortschreiten der Krankheit und auch die Gesamt-Überlebenszeit lassen sich so erheblich steigern. Hohes Alter allein ist damit kein Argument mehr für eine „sanftere“ Monotherapie.

Zu diesem Ergebnis kommt eine französische Arbeitsgruppe aus Strasbourg, die ihre Studie bei der Jahrestagung der US-amerikanischen Gesellschaft für klinische Onkologie (ASCO) präsentierte. Die Forscher um Elisabeth Quoix verglichen zwei Patientengruppen mit fortgeschrittenem nicht kleinzelligem Lungenkrebs. In beiden Gruppen waren die Patienten zwischen 70 und 89 Jahre alt. Die eine Gruppe erhielt Gemcitabin oder Vinorelbin als Monotherapie. In der anderen Gruppe wurde Carboplatin mit Paclitaxel kombiniert gegeben.

Die Kombinationstherapie erwies sich als sehr viel vorteilhafter: Bis zum Fortschreiten der Erkrankung dauerte es median 6,3 Monate; unter der Monotherapie war schon nach median 3,2 Monaten ein Fortschreiten der Erkrankung zu verzeichnen. Auch in Bezug auf die Gesamt-Überlebenszeit war die Kombinationstherapie mit median 10,3 Monaten der Monotherapie mit median 6,3 Monaten deutlich überlegen.

Impressum

© 2010, LUKON GmbH · ISSN 1436-0942

Chefredaktion:

Dr. med. Peter Florian Schwindt (verantwortlich)

Redaktion:

Tina Schreck, Ludger Wahlers

Grafik-Design, Illustration:

Charlotte Schmitz

Druck: DDH GmbH, Hilden

Anzeige



Das **Menschenmögliche** tun.

