

m a m a z o n e M A G

Frauen und Forschung gegen Brustkrebs e.V.

Die Macht des weiblichen Haares

Wie Sie sich vor Haarverlust bei Chemo schützen können

16 Brustkrebs und Umwelt
Ein heikles Thema

24 Everolimus–
ein neuer Hoffnungsträger
für die Behandlung von
widerborstigen Krebszellen



Liebe Freundinnen & Freunde von mamazone,

wir möchten dieses Editorial nutzen, um mit Ihnen Rückschau zu halten auf das vergangene Jahr. Hat Ihnen dieses Jahr das gebracht, was Sie sich erhofft haben? Und: Haben Sie diesem Jahr etwas von sich geschenkt? Oft genügen kleine Zeichen der Mitmenschlichkeit, um etwas Bleibendes von sich in der dahineilenden Zeit zu hinterlassen. Konnten Sie sich auch an Ihren kleinen Erfolgen freuen? Konnten Sie mit Ihren Enttäuschungen so umgehen, dass Sie gestärkt daraus hervorgingen? Das Leben nach der Diagnose „Brustkrebs“ verlangt jeder Einzelnen von uns viel ab, beschenkt uns aber auch dadurch, dass wir gelernt haben, die Spreu vom Weizen, den Schein vom Sein zu trennen. Auch wenn viele unserer Wünsche unerfüllt bleiben, ist ein erfülltes Leben möglich.

mamazone kann mit großer Dankbarkeit auf das zu Ende gehende Jahr zurückblicken und feststellen, dass sich unsere Anstrengungen für eine bessere „Überlebensqualität“ von Frauen mit Brustkrebs gelohnt haben.

Vor allem ehrenamtliche und einige wenige angestellte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Vereins haben auch in 2013 dazu beigetragen, dass die vielfältigen Projekte von mamazone gelingen. Zweimal in diesem Jahr tagten die mamazoneMAG-Autorinnen, um Themen zu finden, zu recherchieren und zu schreiben, die Sie, liebe Leserin und lieber Leser, interessieren. 18 mal waren die beiden dafür verantwortlichen Frauen mit dem mamazone-Mobil in alle Himmelsrichtungen Deutschlands unterwegs, um Informationen rund um das Thema Brustkrebs dorthin zu bringen, wo sie fehlen. Über acht



Herzlichst Ihre
Ursula Goldmann-Posch,

auch im Namen des Vorstands mamazone – Frauen und Forschung gegen Brustkrebs e.V. und des Vorstands Förderverein Kompetente Patientinnen gegen Brustkrebs e.V.

Wochen strickten zwei Patientinnen in diesem Sommer mit heißen Nadeln an Tagesdecken für Frauen in Chemotherapie, damit diese zum Start einer Benefiz-Woll-Aktion in den Outlet-Villages von Ingolstadt und Wertheim präsentiert werden konnten. Neun Monate waren einige Ehrenamtliche und der Leiter unseres mamazone-Büros in die Vorbereitungen unserer beiden Fortbildungskongresse für Breast Care-Nurses („La Mamma-Projekt“) und für Patientinnen („Projekt Diplompatientin®“) am Klinikum Augsburg eingebunden. Fünf Mal in diesem Jahr traf sich eine ganze Mannschaft von Frauen im Keller von mamazone, um Drucksachen an Sie zu versenden. Und täglich waren die Regionalleiterinnen von mamazone mit der Beratungsarbeit vor Ort beschäftigt.

mamazones Erfolg unterliegt nicht immer einfachen Rahmenbedingungen. Er steht und fällt mit dem Ehrenamt von Patientinnen, die selbstlos ihre Zeit für mamazone opfern. mamazone ist aber auch auf Ihre tätige Freundschaft angewiesen – seien Sie nun Mitglied, Wissenschaftler, Forscherin, Referent, Sponsor oder großherzige Spenderin.

Ihre Freundschaft ist für mamazone ein kostbares Geschenk der Ermutigung und Ermöglichung von traditionellen und neuen Projekten.

Danke für alles, was Sie in diesem Jahr für mamazone getan haben. Wir hoffen, dass Sie unsere Arbeit auch im kommenden Jahr unterstützen und versprechen Ihnen, in unserer Leidenschaft für mehr und besseres Überleben mit Brustkrebs nicht nachzulassen.

Inhalt

Titelthema

- 04 Die Macht des weiblichen Haares
Kulturgeschichtlicher Rückblick
- 06 Krebs kostet Kraft – Haare geben Halt
Kopfhautkühlung: ein wirksames Verfahren gegen chemotherapiebedingten Haarausfall.
- 08 Interview: Haarverlust unter Chemotherapie – könnte er vermieden werden?
„Scalpcooling“ macht Hoffnung

Medizin und Forschung

- 10 Die TARGIT-Studie
Fortschritte in der Bestrahlungstechnik
- 11 Künstliche Nano-Nase?
Kommt bald die Krebsdiagnose durch Atemtest?
- 12 Fadenscheinige Beweise
Warum eine preisgekrönte Studie (noch) weiterhin viele Fragen zur Nachsorge offen lässt
- 14 Neues aus San Antonio:
Grenzen der Genetik und Impulse aus der Immunforschung
- 16 Brustkrebs und Umwelt
Ein heikles Thema
- 18 Interview mit Prof. Dr. Bettina Borisch
- 20 Gibt es eine Anti-Krebs-Ernährung?
Was Frauen mit Brustkrebs wissen sollten
- 22 Hilfe beim Lymphödem
- 24 Everolimus –
ein neuer Hoffnungsträger für die Behandlung von widerborstigen Krebszellen
- 26 Mammakarzinom:
Neuer Hormonblocker in Sicht
- 28 Projekt Diplompatientin 2013
- 34 Neue Therapieoption
für Patienten mit schmerzhaften Metastasen der Wirbelsäule
- 36 Biobanking –
eine zukunftsweisende Aufgabe

Gut zu wissen

- 38 Ihre mamazone-AGENDA zum Notieren
- 40 Unser Tag bei „Recover your Smile“
- 42 Chemo:
Warum die Ingwerwurzel gegen Übelkeit hilft
- Brustimplantate:
Neue Online-Plattform für Patientinnen
- mamazone und das mamazone-Mobil auf Facebook aktiv
- 43 Die Illusion einer neuen Brust
Halten Brustimplantate, was man uns verspricht?

Für Sie gelesen

- 44 Krebs, die unsterbliche Krankheit?
Gespräche über die dunkle Seite des Mondes
- 45 Achtsamkeit und Krebs
Hilfe zur Bewältigung

mamazone Intern

- 46 Erfolgreiches 3. „LaMamma“-Projekt in Augsburg
- 47 Erster Brustkrebstag der Initiative
„Gemeinsam aktiv – Leben mit Brustkrebs“
- 48 Promi-Ladies griffen im Kampf gegen Brustkrebs zur Stricknadel
- 49 Versteigerung: Hardy Krüger jr. stiftete ein Bild
AVON Deutschland spendet 15.000 €
Tausende liefen für einen guten Zweck
- 50 Nachruf: Abschied von Elisabeth Glogger
- 51 Impressum

Die Macht des weiblichen Haares

Kulturgeschichtlicher Rückblick

Von Ulli Kappler

„Was stellen die Frauen sich so an“, sagte ein Arzt auf dem Kongress. „Weibliche Hysterie! Sind doch nur Haare ...“. Und er meinte die Frauen, die unter einer Chemotherapie ihre Haare verlieren.

Hat der Mann eine Ahnung, was es für Brustkrebspatientinnen bedeutet, zusätzlich zur Erkrankung und vielleicht dem Verlust einer Brust anschließend auch noch für alle sichtbar die Haare zu verlieren? Nein, natürlich nicht. Männerglatze ist ja inzwischen gesellschaftsfähig. Nicht nur bei Neonazis, sondern auch in Führungsetagen. Dort haben Frauen ohnehin nur selten eine Chance, aber mit Glatze ...? Mo Mowlam, britische Nordirland-Ministerin unter Tony Blair, die nach einer Chemotherapie die Haare verlor, neigte dazu, sich bei Pressekonferenzen schon mal die Perücke vom Kopf zu reißen – und wurde bei der nächsten Gelegenheit von Blair auf einen unbedeutenden Posten geschoben. Die Schauspielerin Julie Walters, die Mowlam 2010 in einem Film verkörperte, ließ sich für die Rolle kahlscheren und sagte danach: „Das war ein komisches Experiment. Ich fühlte mich so nackt. Nackter, als hätte ich keine Kleidung an“ [1]. Ja, so können sich Frauen ohne Haare fühlen, Herr Doktor.

Ganz oben auf der Liste der gefürchteten Begleiterscheinungen einer Chemotherapie steht denn auch vor allem bei jüngeren Frauen der Verlust des Kopfhaares – und das, obwohl es weder weh tut, noch eine unmittelbare Einschränkung der physischen Lebensqualität bedeutet, wie es zum Beispiel Übelkeit, Schleimhautveränderungen oder das Fatigue-Syndrom tun.

Leider, so schätzt Professor Marion Kiechle, Direktorin der Münchner Frauenklinik rechts der Isar der Technischen Universität München und Leiterin des Brustzentrums, erhalten „... 60 Prozent der Brustkrebs-Patientinnen in Deutschland (...) eine Chemotherapie, die eigent-



Der Anblick der Medusa ließ jeden Mann zu Stein erstarren

lich gar nicht nötig wäre, da sie ein niedriges Risiko für einen Rückfall haben“ [2].

Da aber die bisher entwickelten Gentests zur Vorhersage des Risikos eines Krebs-Wiederauftretens noch nicht regelmäßig eingesetzt werden (weil nicht von den gesetzlichen Kassen bezahlt), und somit nicht klar ist, wer zu den 40 Prozent der Patientinnen gehört, die von einer Chemotherapie tatsächlich profitieren, stimmen die meisten Frauen der Therapie trotz erheblicher Nebenwirkungen zu, in der Hoffnung, die Krankheit so zu besiegen.

Warum ausgerechnet der Haarverlust eine so große Rolle spielt, kann vielleicht ein Blick auf die historische Bedeutung des Haares der letzten Jahrtausende klären helfen.

Haare als Symbol der Verführung

Psychologen, Soziologen, Ethnologen, Dichter, Musiker, Maler, Bildhauer... sie alle beschäftigten sich mit dem menschlichen Haar – oder dem Verlust desselben. Einigkeit herrscht allgemein über die kulturelle Deutung des Kopfhaares: „... Haar und Kahlköpfigkeit (sind) tragende Sinnfiguren des individuellen und gesell-

schaftlichen Lebens“ [3], da das Kopfhaar, ein nicht zu übersehendes Merkmal eines jeden Menschen als Ausdruck der Persönlichkeit gilt und der Selbstdarstellung dient.

Auch wenn sich die Symbolik von Haarlänge, Haarfarbe, gelocktem oder glattem Haar in den Kulturen verschiedener Völker und zeitlicher Epochen gewandelt hat: Das Haupthaar war und ist stets Zeichen sozialer Attraktivität und drückte oft die Zugehörigkeit zu einer Klasse aus. Nicht von ungefähr ist eines der ältesten ‚Medikamente‘ eine Tinktur aus gemahlenen und in Öl gebratenen Hundepfoten und Eselshufen gegen die Männerglatze aus dem alten Ägypten von vor 4000 Jahren [4].

Langes, wallendes Frauenhaar hatte bereits in der Antike auch eine erotische Komponente – Aphrodite zum Beispiel, die Göttin der Liebe, Schönheit und Begierde, die in bildlichen Darstellungen ihr Haar stets ohne Schleier trägt, anders als Hestia, die Göttin des Herdes und des Feuers oder Hera, die Göttin der Ehe, die beide brav ihr Haar verhüllen. Offen getragenes Haar galt von jeher als verlockend (Locken – verlockend) und verführend und schien Zeichen unbändiger Sexualität oder auch Bedrohung zu sein wie die Schlangenhaare der Medusa. Gleichzeitig können sie aber auch etwas Wohltuendes, Liebendes ausdrücken, wenn Maria Magdalena im Lukas-Evangelium Jesus‘ Füße mit ihren Haaren trocknet.

Verführerische Schönheit und Macht des Haares wird in vielen Kulturen beschworen – und spiegelt sich als Gefahr, die von ihm ausgeht, bis heute in verschiedenen religiösen Gemeinschaften wider. So ist die Pflicht zur Bedeckung des weiblichen Haupthaars zum Beispiel im fundamentalistischen Islam oder dem orthodox-konservativen Judentum als eine Vorsichtsmaßnahme gegen männliches Begehren zu sehen – was verwundert, da doch der Homo sapiens sapiens (= Jetztmensch) stolz auf sein hoch entwickeltes Gehirn ist, das ihn als einziges

Lebewesen in die Lage versetzt (oder versetzen sollte), selbstbestimmt statt Trieb-bestimmt zu handeln. Aber auch im Deutschland des 19. Jahrhunderts mussten verheiratete Frauen ihre Haare in der Öffentlichkeit bedecken, da sie jetzt „unter der Haube“ waren.

Haaropfer in der Antike

Die Bedeutung des Haares, oft auch nur einer einzelnen Locke, für das Leben des Menschen in griechischen Sagen zeigt die Geschichte von Minotaurus, der nur solange unüberwindlich war, solange er seine Haare besaß. Haaropfer waren zudem ein gängiges Ritual im alten Griechenland, um „... sich vor Einflüssen einer feindlich gesinnten Gottheit zu sichern und sich einem besonderen Schutzgott zu unterstellen“ [5].

Schon im Alten Testament wird beim Propheten Jesaja Glatzköpfigkeit als eine Strafe Gottes beschrieben: „Und der HERR spricht: Darum, daß die Töchter Zions stolz sind und gehen mit aufgerichtetem Halse, mit geschminkten Angesichtern, und haben köstliche Schuhe an ihren Füßen; So wird der HERR die Scheitel der Töchter Zions kahl machen, und der HERR wird ihr Geschmeide wegnehmen (...). Und wird Gestank für guten Geruch sein, und ein loses Band für einen Gürtel, und eine Glatze für ein kraus Haar, solches alles anstatt deiner Schöne.“ (Jesaja 3.16, 17, 23, 24) [6]

Kahlscheren als Strafe und Demütigung

Selbst in Märchen wie „Rapunzel“, in dem – ebenfalls zur Strafe – die langen Haare abgeschnitten werden, spielt weibliches Haar eine Rolle und stürzt den Geliebten ins Verderben. So ergeht es auch Hexen, die durch das Kahlscheren des Kopfes ihre dämonische Macht verlieren sollten oder Herrschern, die mit dem Verlust des Haares angeblich auch ihrer Herrschaft beraubt wurden.

Im Gegensatz zum langen Haar, das in vielen Kulturen als Zeichen persönlicher Freiheit und Würde galt, wurden Sklaven schon im alten Ägypten als Zeichen ihrer Unfreiheit kahlgeschoren. Mit dieser Beraubung ihres individuellen Persönlichkeitsausdrucks hatte man ein Mittel größtmöglicher, sichtbarer Demütigung, das bis in unsere heutige Zeit Macht und Unterwerfung symbolisiert. Im Dritten Reich gehörte das Kahlscheren des Kopfes zu einer der ersten Entwürdigungen, die Häftlinge im Konzentrationslager erwar-

tete und eine nicht minder demütigende Racheaktion traf am Ende des zweiten Weltkriegs 20.000 französische Frauen, die der ‚horizontalen Kollaboration‘ (lat. con- = „mit-“, laborare = „arbeiten“) während der deutschen Besatzungszeit bezichtigt wurden: Nicht nur Frauen, die mit deutschen Soldaten einen sexuellen Kontakt hatten, sondern auch Büroangestellten, Köchinnen, Haushaltshilfen im Dunstkreis deutscher Besatzer wurden öffentlich unter dem Beifall der Bürger genüsslich die Haare geschoren und sie im Extremfall auch noch zur Verhöhnung durch die Straßen gejagt. „Das Scheren der französischen Frauen habe sie aus der nationalen Gemeinschaft ausstoßen, aus der bürgerlichen Gesellschaft vertreiben und sie „entweiblichen“ sollen“ [7].

Dass Haarverlust dem Geschorenen nicht nur die Würde, sondern auch die Geschlechtszugehörigkeit und Kraft nimmt, zeigt nicht nur das Skalpieren der Gegner bei den Indianern, sondern ist sehr viel archaischer schon in der alttestamentarischen Geschichte von Simson und Delila beschrieben: „... wenn du mich beschörest, so wiche meine Kraft von mir, daß ich schwach würde ...“ (Buch der Richter 16. 17) [8]

Ähnliches findet sich auch in der griechischen Mythologie, in der ein Mensch dann starb, wenn Thanatos, der Gott des Todes, der auch menschliche Gestalt annehmen konnte, dem Sterbenden eine Locke abschnitt, oder das Haar auch nur berührte.

Abschied vom Haar als Loslösung vom Weltlichen

Frauen im alten Ägypten versinnbildlichten ihre Unterwerfung unter die Macht der Gottheiten mit einer Totalrasur des Kopfes ebenso wie Nonnen und Mönche in buddhistischen Klöstern sich durch die Haarrasur dem Gebot der Keuschheit und der Geschlechtslosigkeit unterwerfen. Auch katholische Nonnen, denen beim Eintritt ins Kloster das Haar abgeschnitten wird,



Kahlscheren als Demütigung

betonen damit die Loslösung von allem Weltlichen und die Hingabe an Gott. Die Abgabe von Haaren wird also als freiwillige oder erzwungene Konsequenz einer untergeordneten Existenz gedeutet.

So zeigt sich das Haar und die Frisur durch die Jahrtausende als etwas Besonderes: als Zeichen der Lebenskraft, Macht, Würde, Verführung, Bedrohung, als Sitz der Seele, als Opposition gegen gesellschaftliche Regeln (Hippies, Punks), als aufwändige Perücke des Hochadels im Absolutismus, lang gewachsen als Vorrecht der Freien, kurz geschoren als Zeichen des Unfreien.

Auch wenn diese Bedeutungen in dem Umfang heutzutage nicht mehr gelten: Kahlköpfigkeit bei Frauen ist noch lange nicht ‚normal‘ – und zeigt daher speziell bei ihnen ganz unmittelbar, dass hier jemand lebensbedrohlich erkrankt ist. Verwundert es da, dass Haarverlust für Frauen problematisch ist? Natürlich, sie wachsen wieder nach. Trotzdem: Es gehört viel Mut dazu, seinen kahlen Kopf in der Öffentlichkeit zu zeigen. Tücher und Perücken bieten eine gute Alternative, aber erleichternder wäre es, wenn die Haare gar nicht erst ausfielen. ❀

QUELENNACHWEIS

[1] <http://forum.potterunited.de/news/tagesprophet/13979-julie-walters-im-interview-ich-sah-aus-wie-ein-dachs/#post958135>

[2] www.wdr.de – Brustkrebs: Chemo „ja“ oder „nein“ 15.10.2012

[3] Dietrich von Engelhardt, „Haarverlust und Kahlköpfigkeit“ S. 103 in:

http://www.imgwf.uni-luebeck.de/_data/Haarverlust_und_Kahlk_pfigkeit.pdf

[4] PD Dr. Ronald Henss in: www.haar-und-psychologie.de

[5] „Das Haar in Religion und Aberglaube der Griechen“, Inaugural-Dissertation von Ludwig Sommer, Münster i. Westf. 1912, S. 21

[6] „Die Bibel oder die ganze heilige Schrift“ nach der deutschen Übersetzung Dr. Martin Luther's, Stereotyp-Ausgabe der preußischen Haupt-Bibelgesellschaft, Berlin 1892, S. 672

[7] http://de.wikipedia.org/wiki/Horizontal_Kollaboration

Original: 8. Jean-Paul Picaper, Humiliées par les ‚chasseurs de scalps‘, S. 67, in: Historia, Nr. 693, Paris, September 2004, S. 64-67.

[8] siehe (6) S. 274

Krebs kostet Kraft – Haare geben Halt

Kopfhautkühlung: ein wirksames Verfahren gegen chemotherapie- bedingten Haarausfall.

Von Dr. med. Dörthe Schaffrin-Nabe

Durch moderne onkologische Behandlungsverfahren konnten die Prognose und häufig auch das Überleben von Krebspatientinnen und -patienten deutlich verbessert werden – allerdings hat das seinen Preis: die Nebenwirkungen der Therapien. Insbesondere für Frauen stellt der Haarverlust während einer Chemotherapie eine der belastendsten Nebenwirkungen dar. Dabei kann das inzwischen oft vermieden werden.

„Es sind doch nur Haare, die wachsen wieder nach.“ Solche gut gemeinten Worte in Bezug auf chemotherapiebedingten Haarausfall ärgern Wiebke Z. (Name von der Red. geändert). „Es sind eben nicht nur Haare, denn der Haarausfall bedeutet: Jeder weiß Bescheid, jeder sieht dir deine Erkrankung an, du siehst dich selbst jeden Tag so im Spiegel und fühlst dich kränker als du es ohnehin schon bist“, betont sie. Wiebke Z. weiß worüber sie spricht, denn als vor einigen Jahren bei ihr die Diagnose Brustkrebs gestellt wurde, hat sie eine Chemotherapie mit der Folge des Haarverlustes durchlebt. Aufgrund eines Rezidivs bekommt sie jetzt wieder eine Chemo, aber ihre Haare hat sie diesmal behalten: braun, dicht und lockig.

Medizinern und Wissenschaftlern ist bewusst, dass insbesondere für Frauen, deren häufigster Tumor Brustkrebs ist, das Auftreten von Haarausfall eine Stigmatisierung bedeutet die Erkrankung wird offensichtlich. Die Nebenwirkungen



Patientin nach 11 Zyklen Chemotherapie mit Kopfhautkühlung

einer Chemotherapie vermindern die Lebensqualität ohnehin in großem Maße. Aber Haarausfall geht zusätzlich einher mit einer Beeinträchtigung des Körper- und Selbstwertgefühls und kann insgesamt eine so große seelische Belastung darstellen, dass eine Therapie abgelehnt wird. So wird seit 1970 daran gearbeitet, chemotherapiebedingten Haarverlust zu vermeiden. Doch zeigten die entwickelten Verfahren lange Zeit nicht den gewünschten Erfolg. Pharmakologische und physikalische Ansätze scheiterten gleichermaßen.

Haarwurzeln bleiben verschont

Vor circa zehn Jahren gelang es zwei Firmen erstmals, durch eine gleichmäßige, flächendeckende und kontrollierte Kopfhautkühlung Haarausfall zu verhindern. Die Wirkung der Kopfhautkühlung, auch als Scalpcooling bezeichnet, beruht auf zwei Mechanismen:

1. Die Kühlung führt zu einer örtlichen Verengung der Blutgefäße und verringert so die Menge an zugeführten Medikamenten, weil durch die niedrige Temperatur der Transport und die Aufnahme

des Medikaments lokal vermindert werden.

2. Die Kopfhautkühlung kann die Stoffwechselung des Medikaments und somit auch seine Aktivität an den Haarwurzeln reduzieren.

Führend in der Umsetzung des Verfahrens sind Skandinavien, die Niederlande, Großbritannien und Japan. In Deutschland erprobte 2010 als erste die Hämatologisch-Onkologische Gemeinschaftspraxis auf dem Campus der Ruhr-Universität Bochum die Kopfhautkühlung in Deutschland und bietet diese seitdem ihren Patienten an. 2012 führte das Mammazentrum Hamburg am Krankenhaus Jerusalem mit 83 Patientinnen eine Studie zur Verwendung der Kühhaube DigniCap durch. Das Ergebnis: 63 Prozent dieser Brustkrebspatientinnen waren mit dem Therapieerfolg der Behandlungsmethode bezüglich des Haarerhaltes zufrieden. Es bedarf wohl noch einiger Überzeugungsarbeit, wie wichtig es insbesondere für Frauen ist, die Haare unter einer Chemotherapie erhalten zu können.

Unter der Kühhaube während der Chemotherapie

Das Erfolgsgeheimnis des Verfahrens beruht auf der sensorgesteuerten Kühlung der Kopfhaut während der intravenösen Verabreichung der Chemotherapie. Zunächst wird das Haar der Patientinnen und Patienten gründlich befeuchtet, dann wird eine weiche, eng anliegende und formbare Silikonhaube aufgesetzt. Durch diese Haube zirkuliert später das Kühlmittel innerhalb feiner Kanäle, wobei die Kälte auf die Kopfhaut übertragen und elektronisch überwacht wird. Daher ist es wichtig, dass die Silikonhaube sorgfältig angepasst wird und korrekt sitzt – Luftblasen unter der Haube können dazu führen, dass die Kopfhaut an dieser Stelle nicht richtig gekühlt wird und dort die Haare ausfallen.

Über der Haube wird zur Fixierung eine Neoprenkappe getragen. Nun erfolgt das langsame, kontinuierliche Absenken der Temperatur auf der Kopfhaut auf vier bis sechs Grad Celsius. Diese Abkühlphase dauert circa 20 - 30 Minuten und wird von speziell geschultem Personal sorgfältig beaufsichtigt. Denn das Abkühlen kann für zwei bis drei Minuten ein kurzfristiges Druck- und Schmerzgefühl im Kopfbereich hervorrufen – oft geschieht dies bei einer Temperatur von 15 °C. Das Fachpersonal klärt über die Harm-

losigkeit dieser vorübergehenden Missempfindung auf. Nach dem Unterschreiten dieser Temperatur wird die weitere Kühlphase von den Patienten sehr gut toleriert. Ist die gewünschte Temperatur erreicht, wird sie auf der Kopfhaut kontinuierlich über separate Sensoren überwacht. Durch eine integrierte, rechnergestützte Kontrolleinheit ist eine konstante und kontrollierte Kopfhauttemperatur während der gesamten Behandlungsphase gewährleistet.

Nach Beendigung der Zytostatikainfusion wird die Kühlphase für weitere 30 - 120 Minuten aufrecht erhalten – die Dauer richtet sich nach Dosierung, Halbwertszeit und Zusammensetzung der Chemotherapie.

Hoher Wirkungsgrad ohne Risiko

Geeignet ist der Einsatz von Kühhauben bei bösartigen, soliden Tumoren wie zum Beispiel Brustkrebs, Darmkrebs oder Lungenkrebs. Bei bösartigen Erkrankungen des Blut-, Knochenmark- und lymphatischen Systems, den hämatologischen Krebserkrankungen, ist die Kopfhautkühlung nicht geeignet, da die häufig im Blut zirkulierenden Tumorzellen durch die reduzierte Wirkung der Chemotherapeutika im gekühlten Kopfhautbereich überleben könnten.

In unserer Hämatologisch-Onkologischen Praxis haben in den letzten vier Jahren 203 Patientinnen und Patienten mit verschiedenen soliden Tumoren das Angebot der Kopfhautkühlung im Zuge ihrer Chemotherapie genutzt. Zwei Drittel von ihnen konnten ihre Haare behalten.

Vor dem Einsatz des Scalpcoolings wird in der Praxis die Haardichte gemessen, die Kopfhaut untersucht und die Be-

findlichkeit der Patienten dokumentiert. Während der gesamten Therapie werden diese Parameter regelmäßig evaluiert. 134 Patientinnen und Patienten äußerten ein leichtes aber gut ertragbares Kältegefühl während der Behandlungsdauer. Lediglich eine Patientin hat aufgrund von Kälteunverträglichkeit die Kopfhautkühlung abgebrochen. Sonstige Nebenwirkungen wie beispielsweise das vorübergehende Druckgefühl im Kopf beim Herunterkühlen oder das Unwohlsein, eine enganliegende Kappe zu tragen, die zudem noch durch einen Schlauch mit dem Kühlaggregat verbunden ist, führten bei keiner Patientin zum Abbruch des Scalpcoolings.

Kritiker argumentieren, dass durch das Scalpcooling die Gefahr wachse, Kopfhautmetastasen zu entwickeln, denn wenn durch die Kopfhautkühlung die Zytostatika hier nur reduziert wirkten, könnten Tumorzellen in der Kopfhaut überleben. Diese Befürchtungen wurden durch internationale Studien widerlegt: So untersuchten beispielsweise Sande (2010), Lemieux (2009) und Kratten (2003) das Auftreten von Kopfhautmetastasen. Dabei wurde bei 0,5 bis 2,5 Prozent der Patientinnen mit Brustkrebs, die keine Kopfhautkühlung erhielten, Kopfhautmetastasen festgestellt. Unter den Patientinnen, bei denen die Kopfhautkühlung angewendet wurde, traten bei 1,1 Prozent Kopfhautmetastasen auf. 553 Patienten wurden auch nach Abschluss der Chemotherapie noch fast sechs Jahre nachbeobachtet: Nur bei zwei Patienten mit Kopfhautkühlung, also bei 0,3 Prozent, trat eine Metastasierung der Kopfhaut als erste Fernmetastasierung auf. Analog zu dieser internationalen Datengrundlage, wurde auch in unserer Praxis keine vermehrte Bildung von Kopfhautmetastasen während der fast vierjährigen Anwendungszeit beobachtet.



Silikonkappe mit weicherer innerer Oberfläche über die eine Neoprenkappe gezogen wird.



Die ständige Überwachung des richtigen Sitzes der Kühlkappe ist Voraussetzung für den Erfolg der Kopfhautkühlung.

Die Wirksamkeit der Kopfhautkühlung weist mit den jetzigen technischen Entwicklungen international eine Erfolgsquote von 50 – 80 Prozent auf. Dabei ist Erfolg definiert durch einen so geringen Haarverlust, dass weder Zweithaar noch Tücher oder Mützen zum Einsatz kommen müssen. Die Streuung beruht auf der gewählten Kombination und Konzentration der krebszelltötenden Medikamente (Zytostatika) sowie auf Unterschieden in der Dauer der Zytostatikagabe, des verwendeten Kühlsystems und der Nachkühlphase. Auch ethnische Unterschiede in Bezug auf die Haarstruktur, tragen zu dieser Streuung bei.

Unter standardisierten Bedingungen konnten in unserer Praxis von 102 Patientinnen mit einem Mammakarzinom, die eine (neo-)adjuvante Chemotherapie simultan mit Kopfhautkühlung erhielten, 67 Prozent auf einen Haarerersatz verzichten. Beim Einsatz einer in Deutschland häufigen Kombination von Zytostatika bei Brustkrebspatientinnen, die aus einer alle drei Wochen erfolgenden anthrazyklin-haltigen Chemotherapie sowie einer wöchentlichen Gabe des Eiben-Chemotherapie-Wirkstoffes Paclitaxel besteht, konnten sogar 75 Prozent der Patientinnen auf eine Ersatz-Kopfbedeckung verzichten. Sie hatten keinen oder nicht sichtbaren, leichten Haarausfall. Dabei wurde festgestellt, dass der Erfolg des Haarerhaltes deutlich abhängig vom Menopausenstatus ist. Das heißt, Patientinnen, die sich in den Wechseljahren befinden, erleiden eher einen Haarverlust, als Patientinnen, die noch regelmäßig ihre Menstruation bekommen. Keine bedeutende Abhängigkeit zeigte sich in Bezug auf die Haarlänge, die Haardichte oder die chemische und thermische Belastung des Haares (Schaffrin-Nabe et al, Effektivität von Scalpcooling zur Vermeidung von chemotherapieinduzierter Alopezie – Senologie – Zeitschrift für Mammadiagnostik und Therapie 2013; 10 – A127).

Nach fast vierjähriger Erfahrung mit der Kopfhautkühlung, die bei uns mit dem Dignicap-System erfolgte, hat sich dies als komplikationslose, wirksame Bereicherung der unterstützenden Maßnahmen im Rahmen der Chemotherapie zur Vermeidung von Haarverlust erwiesen. Und: Das Verfahren findet eine sehr hohe Akzeptanz bei den Patientinnen und Patienten. ❀

Haarverlust unter Chemotherapie – könnte er vermieden werden? „Scalpcooling“ macht Hoffnung

Interview mit Dr. med. Dörthe Schaffrin-Nabe

mamazone: Auf dem letzten Senologie-Kongress berichteten Sie über die Möglichkeit, durch Kopfhautkühlung während der Chemotherapie, das sogenannte „Scalpcooling“, den Haarverlust vermeiden zu helfen. Nun ist das Prinzip ja schon länger bekannt und wurde offensichtlich mangels guter Ergebnisse nicht weiter verfolgt. Was ist an Ihrer Methode anders als an früheren Methoden?

Schaffrin-Nabe: Die technischen Entwicklungen sowohl des computergestützten, sensorkontrollierten Kühlsystems als auch das flächendeckende, gleichmäßige Herunterkühlen der Temperatur auf der Kopfhaut auf vier bis sechs Grad Celsius durch eng anliegende, flexible Kühlkappen aus Silikon ermöglichen die positiven Ergebnisse. Bei früheren Verfahren wurden die Gelkappen erst nach Vorkühlung auf minus 25°C den Patientinnen aufgesetzt, und die Kappen mussten alle 20 - 30 Minuten ohne Kontrolle über den Temperaturverlauf gewechselt werden. Außerdem stand nur eine Kappengröße zur Verfügung.

mamazone: Warum etabliert sich dieses neue wirksamere Verfahren zur Vermeidung des Haarausfalls so schwer in Deutschland, obwohl es in den Nachbarländern schon breiter angewandt wird?

Schaffrin-Nabe: Ich nehme an, dass die wenig erfolgreichen Erfahrungen aus der



Setzt sich für eine innovative Kopfhautkühlung bei Chemotherapie-Patientinnen ein: Onkologin Dr. Dörthe Schaffrin-Nabe

Vergangenheit noch in vielen Köpfen stecken – vielleicht liegt es auch an der Unkenntnis der neuen technischen Entwicklungen. Möglicherweise ist es aber auch fehlender Investitionswille beziehungsweise fehlendes Investitionsvermögen. Ich erlebe auf den Kongressen, auf denen ich unsere Methode und ihre Erfolge vortrage, im Gespräch mit Kollegen oft eine äußerst reservierte bis ablehnende Haltung dem Verfahren gegenüber. Warum das so ist ich muss gestehen, ich weiß es nicht, ich kann es nur vermuten.

mamazone: Sie sagen, Sie arbeiten seit fast vier Jahren mit diesem System. Übernehmen die gesetzlichen und/oder privaten Krankenkassen die Kosten für diesen zusätzlichen Service?

Schaffrin-Nabe: Eine Kostenübernahme erfolgt zur Zeit noch nicht, da die Kosten für ein neuartiges Verfahren wie die Kopfhautkühlbehandlung als Standardleistung der Kassen im aktuellen Vergütungssystem sowohl für den stationären Bereich als auch unter ambulanten Bedingungen noch nicht abgebildet sind. Einen Antrag auf Kostenübernahme als Einzelfallentscheidung sollte aber auf jeden Fall gestellt werden, denn die Vergangenheit hat bei anderen therapeutischen Innovationen gezeigt, dass bei vermehrter Antragstellung die Kosten von der einen oder anderen Krankenkasse zum Wohle der Patientinnen doch übernommen wurden.

mamazone: Wie hoch ist die finanzielle Belastung bei Selbstzahlung für die Patientin und wie verfahren Sie, wenn die Behandlung keinen Erfolg hatte?

Schaffrin-Nabe: Sollte es trotz Kopfhautkühlung zum Haarausfall kommen, muss die Patientin in unserer Praxis nichts zahlen. Ansonsten hängen die Kosten von der Anzahl der Chemotherapie-Zyklen ab. Eine Kostenkalkulation für das von uns eingesetzte DigniLife – System beläuft sich nach Ablauf unserer Erprobungsphase, in der wir kostenlos gearbeitet haben, auf 55 Euro pro Sitzung – wobei man sehen muss, dass durch den Haarerhalt keine zusätzlichen Kosten für eine Perücke anfallen. Weiterhin muss bei der Kalkulation berücksichtigt werden, dass dieses schonende Verfahren nicht nur deutlich längere Therapiezeiten erfordert, so dass wir nur eine begrenzte Anzahl von Patientinnen behandeln können. Wir brauchen auch besonders qualifiziertes – und zahlenmäßig mehr – Personal.

mamazone: Was heißt denn besonders qualifiziert und zahlenmäßig mehr?

Schaffrin-Nabe: Neben der guten onkologischen Ausbildung müssen die Assistentinnen ein intensives Trainingsprogramm absolvieren, in dem vor allem das exakte Anpassen der Silikon-Kappen geübt wird und der Umgang mit dem sensorgesteuerten Computer gelernt werden muss. Eine Schwester kümmert sich ununterbrochen während der Chemotherapie und der Nachkühlphase um zwei bis maximal vier Patientinnen. Wenn zum Beispiel eine Patientin während der Infusion zur Toilette muss, halten die Kühlschläuche, die wir der Patientin in der Zeit um den Hals hängen, etwa sieben Minuten die Temperatur. Danach müssen die Schläuche aber unmittelbar wieder an das System angeschlossen und die Temperatur ge-

benenfalls korrigiert werden, so dass keine Unterbrechung der Kopfhautkühlung stattfindet.

mamazone: Gibt es außer den bereits beschriebenen Nebenwirkungen andere, zusätzliche Belastungen?

Schaffrin-Nabe: Nein. Nur bei unsachgemäßer Handhabung von Seiten des Personals könnte es theoretisch lokale Erfrierungen der Kopfhaut geben. Genau aus diesem Grund legen wir so viel Wert auf die Schulung unserer Assistentinnen.

mamazone: Von welchen Kriterien hängt der Erfolg der kontrollierten Kopfhautkühlung ab?

Schaffrin-Nabe: Erstens von dem korrekten Sitz und der richtigen Größe der individuell angepassten Kühlkappe, da ein gleichmäßiger, enger Kontakt mit der gesamten haartragenden Kopfhaut gewährleistet sein muss, um lokale Temperaturdifferenzen zu vermeiden. Zweitens von der stetigen Überwachung des korrekten Sitzes und der gewählten Temperaturbedingung durch unser Personal, das auch für die Durchführung der Chemotherapie verantwortlich ist. Und drittens von einer ausführlichen und sorgfältigen Aufklärung der Patienten über den Ablauf, die Wirkungsweise, die Erfolgsaussichten und die möglichen Nebenwirkungen des Verfahrens. Hierzu gehört auch die deutliche Verlängerung der einzelnen Therapie-dauer.

mamazone: Ich könnte mir vorstellen, dass sich die Frauen, die ihre Haare behalten konnten, insgesamt besser gefühlt haben. Vielleicht auch, was die Akzeptanz der Chemotherapie anbelangt. Gibt es dazu Rückmeldungen von Seiten Ihrer Patientinnen?

Schaffrin-Nabe: In den Jahren bevor wir die Kopfhautkühlung durchführten, war der Moment, in dem die Haare meist büschelweise ausfielen, oft der belastendste. „Jetzt fühle ich mich richtig krank, jetzt habe ich Krebs“, sagte mal eine Patientin. Aus unserer onkologischen Erfahrung wissen wir, dass sich die Frauen vor allem nach Normalität sehnen. Der Haarerhalt unterstützt ein normales Leben und dadurch lassen sich auch die Nebenwirkungen der Chemotherapie leichter ertragen.

mamazone: Sind Ihnen in anderen Teilen Deutschlands oder den Nachbarländern onkologische Praxen oder Kliniken bekannt, an die Frauen sich wenden könnten, falls sie an einer Kopfhautkühlung

während der Chemotherapie interessiert sind? Nicht jede Frau kann ja zu Ihnen nach Bochum reisen.

Schaffrin-Nabe: In Deutschland wird Scalpcooling zum Beispiel auch am Klinikum Kempten/-Oberallgäu oder im Mammazentrum Hamburg, Jerusalem Krankenhaus, angeboten. In den Niederlanden, finanziert über eine Stiftung, wird in ca. 70 Prozent der Kliniken die Möglichkeit der Kopfhautkühlung unter Chemotherapie mit den modernen Verfahren durchgeführt, wobei allerdings auch hier nur 30 bis 40 Prozent der Patienten diese Möglichkeit nutzen. In Großbritannien im Royal Marsden Hospital in London und in den skandinavischen Ländern wird dieses Verfahren vermehrt in Anspruch genommen.

mamazone: Frau Dr. Schaffrin-Nabe, wir danken Ihnen für die informativen Antworten. (uk) ❀

KURZVITA UND KONTAKT

Dr. med. Dörthe Schaffrin-Nabe arbeitete von 2004 bis 2006 als Oberärztin in der Onkologie bei Prof. Dr. Voigtmann am Marienhospital in Herne. Seit 2005 bis 2007 koordinierte Dr. Schaffrin-Nabe die Systemtherapie am Brustzentrum Herne-Bochum, seit Januar 2007 ist sie in Kooperation mit Prof. Voigtmann als Hämatoonkologin auf dem Campus der Ruhr-Universität Bochum niedergelassen.
www.onkologie-bochum.com
Universitätsstraße 140
44799 Bochum
Tel.: 02 34 - 97 33 50-0
Fax: 02 34 - 97 33 50-29
E-Mail: info@onkologie-bochum.de

Die TARGIT-Studie

Fortschritte in der Bestrahlungstechnik

Die internationale Forschungsgruppe von TARGIT-A befasst sich seit März 2000 mit einer neuen Möglichkeit der Strahlentherapie bei Brustkrebs. Die Behandlung ist hierbei auf eine einzige Anwendung beschränkt, direkt nach der Tumorentfernung und noch während der Operation. Das Tumorbett wird so von innen bestrahlt.

Geprüft wird, ob sich mit der Einmalbestrahlung ein Wiederauftreten von Krebs in der betroffenen Brust ebenso wirksam eindämmen lässt, wie bei der ca. sechswöchigen konventionellen Nachbestrahlung von außen.

Bereits auf dem San Antonio Breast Cancer Symposium 2012 (SABCS) wurde eine aktuelle Bewertung der internationalen Studienergebnisse zur intraoperativen Strahlentherapie (TARGIT Intraoperative Radiation Therapy) vorgestellt.

Verglichen wurden eine risikoangepasste intraoperative Einmalbestrahlung mit dem Intra-beam-Gerät von Carl Zeiss und die herkömmliche sechswöchige Bestrahlung nach der Operation. Die neuen Daten bestätigten den Nutzen einer intraoperativen Bestrahlung. Diese ergab einen Vorteil im Vergleich zur Folgebestrahlung nach OP und führte zu weniger Rückfällen in der betroffenen Brust (Lokalrezidive).



Targit INTRABEAM im OP-Einsatz



Targit INTRABEAM

Anlässlich der Jahreskonferenz der American Society of Clinical Oncology (ASCO) Anfang Juni 2013 in Chicago wurden nun die 5-Jahres-Daten der deutschen Patientinnen-Gruppe unter Targit veröffentlicht. An deutschen Kliniken kam ausschließlich die sofortige intraoperative Bestrahlung zum Einsatz, welche innerhalb der Targit-Gruppe die besten Werte erzielte. Mit dem Intra-beam wurde eine einmalige, ca. 30-minütige Bestrahlung durchgeführt, die übliche sechswöchige Nachbestrahlung entfiel.

Die Daten bestätigen auch für die deutsche Studiengruppe frühere Ergebnisse, nach denen die Targit-Bestrahlung bei ausgewählten Patientinnen zu gleichwertigen Resultaten wie die konventionelle Bestrahlung führt.

Die Targit-A-Studie stellt die größte randomisierte internationale Studie zur einmaligen Teilbrustbestrahlung im Bereich der intraoperativen Radiotherapie (IORT) dar. Nach Vorliegen erster Ergebnisse im Juni 2010 wurden weitere Patientinnen in die Studie aufgenommen, sodass nun 3.451 Teilnehmerinnen erfasst sind.

Die mittlere Nachbeobachtungszeit beträgt je nach Dauer der Teilnahme vier bis fünf Jahre. Die 5-Jahres-Daten belegen: Targit- und konventionelle Bestrahlung können als gleichwertig betrachtet werden.

Der Unterschied in den Rückfallraten bei ausgewählten Patientinnen (frühes Krankheitsstadium, Tumor kleiner als zwei Zentimeter) liegt bei 2% und damit unterhalb der bei Studienbeginn festgelegten Grenze.

In den Jahren 2000 bis 2012 nahmen 33 Therapiezentren in zehn verschiedenen Ländern an der Studie teil, wobei die deutsche Patientengruppe die größte ist.

Die Targit-Bestrahlung konnte meist direkt im Anschluss an die brusterhaltende Operation (sofortige Bestrahlung), oder aber während eines zweiten Eingriffs, nach Erhalt der abschließenden Pathologiebefunde (verzögerte Bestrahlung), eingesetzt werden.

„Die einmalige intraoperative Bestrahlung für ausgewählte Patientinnen-Gruppen kann eine echte Alternative zur konventionellen Nachbestrahlung sein“, so Prof. Frederik Wenz, Direktor der Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie am Universitätsklinikum Mannheim und Mitinitiator der Studie.

Die verkürzte und gezielte Bestrahlung bietet eine bedeutsame Entlastung und schont das umliegende Gewebe ebenso, wie auch tiefer liegende Organe. Auf diese Weise vermindern sich Nebenwirkungen und das kosmetische Ergebnis verbessert sich.

Zudem ermöglicht das mobile Intra-beam-Gerät von Carl Zeiss auch eine Behandlung in jenen Regionen, die derzeit noch über keine ausreichenden Möglichkeiten der Strahlentherapie verfügen. (gr) ✱

QUELLENNACHWEISE

Onkologische Welt 03/2013, S. 118
Presseinformation: Carl Zeiss – Hoffnung für Brustkrebspatientinnen in der ganzen Welt, 06/2013

Künstliche Nano-Nase?

Kommt bald die Krebsdiagnose durch Atemtest?

Krebs im Frühstadium erkennen zu können, wäre ein gemeinsames Traumziel von Ärzten und Patienten: Denn eine echte Früherkennung eröffnet beste Heilungschancen und schonendere Behandlungsmöglichkeiten.

Hoffnung macht in dieser Hinsicht das neu entwickelte Testverfahren NA-NOSE, (Nano Artificial Nose), das durch einen speziellen Atemtest kleinste, aber dennoch aussagekräftige Veränderungen entdecken soll, die unter anderem auch bei Krebserkrankungen auftreten.

Finanziert wurde das Projekt mittels einer Unterstützung durch das Marie Curie Excellence Team der Europäischen Kommission, um vielversprechenden wissenschaftlichen Persönlichkeiten eine Spitzenforschung zu ermöglichen.

Ein Kommentar von Dr. med. Petra Stieber, München

Der Versuch, Krankheiten über das Exhalat, also die ausgeatmete Luft, festzustellen, ist mindestens seit dem Zeitalter des griechischen Arztes Hippokrates bekannt, der den süßlich-fruchtigen Atem von Menschen mit Zuckerkrankheit (Diabetes) beschrieb.

Die Fähigkeit von Tieren, insbesondere von Hunden, Krebserkrankungen zu „erschnüffeln“ wird in den Medien immer wieder hochgelobt. Krankheiten verändern durch das vermehrte oder neue Auftreten sogenannter flüchtiger Substanzen unseren Atem; ein Geruch, den zumindest wir Menschen zumeist gar nicht wahrnehmen können.

Seit Jahrzehnten bemüht sich die medizinische Forschung, diese, mit dem Atem

Erste Tests konnten korrekt Tumorkriterien herauskristallisieren und auch mit hoher Treffsicherheit die gesunden Probanden der Kontrollgruppe erfassen.

Bei NA-NOSE-Sensoren, die man auch als „elektronische Nase“ bezeichnen kann, werden Gold-Nanopartikel eingesetzt, die kleinste molekulare Abweichungen (Artefakte) im Blut von Krebspatienten entdecken können. Anhand der Ergebnisse können unterschiedliche Krebsarten unterschieden werden; dabei ist auch eine Brustkrebserkrankung auf diesem viel versprechenden Weg aufzuspüren.

Leider steckt diese neue Diagnosemöglichkeit noch in den Kinderschuhen, wie Prof. Hossam Haick vom Israel Institute of Technology (Technion) erläuterte. Weitere Tests seien zur Absicherung des

Verfahrens notwendig, doch könnte die E-Nase eventuell in drei Jahren bereits für Brust- und Darmkrebs zum Einsatz kommen.

Diese zuverlässige, nicht-invasive und vergleichsweise kostengünstige Reihenuntersuchungs-Methode könnte eine neue Ära der Krebsfrüherkennung einläuten, so Haick. (gr) ✱

QUELLENNACHWEISE

Developing and studying artificial olfactory systems based on nanocomposite materials for detecting cancer via breath samples. Projekt-Website: <http://lnbd.technion.ac.il>. Quelle: Journal Onkologie, Januar 2013.

freigesetzten Stoffe aufzufangen und in ihrer Menge messbar zu machen. Dies erschien und erscheint jedoch problematisch. Der „NA-NOSE-Test“ verbindet nun den hochempfindlichen Nachweis vieler verschiedener Exhalat-Stoffe mit einer Computer-gestützten Datenauswertung zur Erkennung von Mustern, die typisch für eine ganz bestimmte Krankheit sind.

Die eigentliche Herausforderung auf dem Gebiet der Onkologie – und in diesem Zusammenhang von Brustkrebs hat NA-NOSE aber noch vor sich. Wenn dieser Test für einen Menschen und seinen Arzt hilfreich sein soll, dann muss er folgende Fragen sicher beantworten können:

- Spricht ein positives Testergebnis mit hoher Sicherheit (also mit einem Wert von über 99 Prozent) für Brustkrebs (insbesondere im frühen Stadium) und zwar nur für Brustkrebs? Will sagen • gibt es dabei ein Brustkrebs-spezifisches Muster?
- Schließt ein negatives Testergebnis mit

Sicherheit Brustkrebs aus? (Das wäre eine echte Hilfestellung, auch für das Gesundheitssystem, denn bei diesen Frauen wäre keine Mammographie nötig.)

Es ist höchst unwahrscheinlich, dass NA-NOSE diese Fragen mit der geforderten diagnostischen Stärke beantworten kann, so wie alle anderen bis heute bekannten Biomarker in der Onkologie auch nicht.

Aber mag sein, dass sich NA-NOSE eines Tages als neuer und weiterer Baustein in der frühzeitigen Diagnostik von Fernmetastasen bei Brustkrebs erweisen kann, die noch keine körperlichen Anzeichen eines Rückfalls zeigen (also asymptomatisch sind); und dies als sinnvolle Ergänzung zu den bereits bekannten Biomarkern CEA, CA 15-3, CA 125 und HER-2/neu im Blut, und damit – aus meinem Blickwinkel – viel wichtiger als in der Frühentdeckung von Brustkrebs. ✱

Fadenscheinige Beweise

Warum eine preisgekrönte Studie (noch) weiterhin viele Fragen zur Nachsorge offen lässt

Von Dr. med. Petra Stieber

Seit 1995 gilt die sogenannte „symptomorientierte Nachsorge“ – eine Nachbeobachtungs-Strategie für Frauen nach Abschluss der Erstbehandlung von Brustkrebs, die darauf ausgerichtet ist, erst beim Auftreten von klinischen Anzeichen einer Brustkrebs-Metastasierung bildgebende, labordiagnostische und ggf. therapeutische Maßnahmen zu ergreifen.

Diese heute noch gültigen Nachsor-geempfehlungen basieren in erster Linie auf zwei italienischen randomisierten Studien, die 1985/86 begonnen wurden und in den 1994 veröffentlichten Daten gezeigt haben, dass eine symptom-orientierte Nachsorge der intensiven Nachsorge hinsichtlich des Gesamtüberlebens nicht unterlegen war (1,2).

18 Jahre später, Ende 2012, veröffentlichten Dr. Sven Bornhak vom Diakonieklinikum Stuttgart und seine Kollegen die Ergebnisse einer prospektiven, nicht-randomisierten, multizentrischen Feldstudie zur „Qualitätssicherung in der Mammakarzinom-Nachsorge“, die zwischen 1995 und 2003 im onkologischen Schwerpunkt Stuttgart (OSP) durchgeführt wurde (3).

Ziel dieser Studie war es, für das deutsche Gesundheitssystem zu bestätigen, dass die symptomorientierte Nachsorge einer intensiv-apparativen Mammakarzinom-Nachsorge nicht unterlegen ist, was letztendlich auch durch die Studienergebnisse bestätigt wurde.

2013 wurden Bornhak und seine Kollegen mit dem Walter Siegenthaler Preis der Deutschen Medizinischen Wochenschrift für diese Studie ausgezeichnet.

So schlau wie bisher?

In Summe sind wir also nach dieser erneuten Nachsorgestudie so schlau oder besser gesagt so ratlos wie vorher? Ist es wirklich wahr, dass ein intensives Fahn-den mittels diagnostischer Methoden wie



Bildgebung und Blutuntersuchungen nach sich entwickelnden Metastasen letztlich zu keinem längeren Überleben führt? Ein Blick in die Details der Bornhak-Studie ist an dieser Stelle sicherlich angebracht:

Das war für den symptomorientierten und den intensiv nachgesorgten Studienarm gleich:

- Nachsorgetermine für klinische Untersuchung und Anamnese für beide Gruppen alle 3 Monate in den ersten 3 Jahren, im 4. + 5. Jahr halbjährlich, danach jährlich
- Fragebogen zur Lebensqualität der Patientinnen bei jedem Untersuchungstermin
- Ärzte-Checklisten bei jedem Untersuchungstermin
- ipsi- und kontralaterale Mammographie entsprechend Leitlinien

Kommentar:

Die Intervalle für die Nachsorgetermine im symptomorientierten Arm sind nicht leitlinienkonform, sondern entsprechen eher einem intensiven symptomorientierten Arm. Die Angaben zur Lebensqualität der Patienten wurden nicht publiziert. Die Verlängerung der Untersuchungsintervalle ist für den intensiv nachgesorgten Studienarm nicht sinnig (siehe weiter unten).

Doch wie intensiv war das Fahn-den nach Metastasen in dem intensiv-apparativen Studienarm?

Seitens der Bildgebung setzt Sven Bornhak halbjährlich eine Röntgenauf-

nahme des Thorax zur Entdeckung von Lungenmetastasen ein, so wie auch früher die italienische Studiengruppe GIVIO und der italienische Onkologe Marco Roselli del Turco. Zu Beginn der bereits erwähnten Studien (1985 bis 1995) sicherlich noch die Methode der Wahl für diese Fragestellung. Aus heutiger Sicht haben diese bildgebenden Verfahren eine zu geringe Empfindlichkeit für das Auffinden von Lungen- und Knochen-Metastasen im Vergleich zu PET-CT und vor allem dem nicht strahlenbelastenden Ganzkörper-MRT. Bornhak führt keine Skelettszintigraphie durch, aber einen Ultraschall des Oberbauchs in halbjährlichem Abstand, eine in Deutschland häufig und gerne durchgeführte Untersuchung, insbesondere im niedergelassenen Bereich, die dadurch nicht standardisierbar und in ihrer Aussagekraft hochgradig von der Qualität des Untersuchers abhängig ist.

Kommentar:

Da Bornhak weder für den intensiven noch für den symptomorientierten Studienarm Studienergebnisse zur Lokalisation, Anzahl, Zeitpunkt, bzw. zur bildgebenden Technik der gefundenen Metastasen in seiner Publikation beschreibt, kann man keine Schlussfolgerungen zur Aussagekraft dieser bildgebenden Diagnostik ziehen.

Seitens der Labordiagnostik setzt Bornhak in dem intensiv nachgesorgten Studienarm die Tumormarker CEA und CA 15-3 ein (sowie Leberenzyme und das kleine Blutbild) – was in den vorangegangenen italienischen Nachsorgestudien nicht der Fall gewesen war. Dieser Unterschied wiegt schwer, denn diese beiden Tumormarker ermöglichen theoretisch die Entdeckung von 50-60 Prozent der Fernmetastasen im beschwerdefreien Stadium. In den ersten drei Jahren nach abgeschlossener Ersttherapie wurden die Tumormarker alle drei Monate untersucht, ab dem dritten Jahr alle sechs Monate.

Kommentar:

Analog zur Bildgebung gibt es keine Veröffentlichung zur diagnostischen Brauchbarkeit der Tumormarker in dieser Studie.

Da jedoch aus der Publikation der Studie keine Vorgaben für die Studienärzte zum Umgang und zur Interpretation von Tumormarkern erkennbar sind, muss davon ausgegangen werden, dass nicht – wie es zwingend nötig gewesen wäre – auf die Beibehaltung der gleichen Testhersteller geachtet wurde, sowie orientiert am Grenzwert und nicht abhängig von der Bewegung des Tumormarkers (Kinetik) interpretiert wurde.

Diese undefinierte Vorgehensweise erzeugt einerseits falsch positive Befunde, und verhindert auf der anderen Seite eine frühzeitige Entdeckung von Metastasen.

Ein deutlicher systematischer Fehler im Studiendesign ist die Änderung des Zeitabstands zur Bestimmung der Tumormarker von dreimonatlich auf halbjährlich nach drei Jahren Studienteilnahme. Die Geschwindigkeit, mit der sich Metastasen entwickeln, ist sehr unterschiedlich, nicht vorhersagbar und letztlich individuell, aber diese Geschwindigkeit ändert sich nicht über die Jahre, lediglich die Häufigkeit des Entstehens der Metastasen ändert sich, indem sie ab- oder auch zunimmt, je nach Subtyp des Mammakarzinoms. Will man also Metastasen früh entdecken, muss man immer engmaschig untersuchen, nach dem Motto „ganz oder gar nicht“.

Was kann man zur Therapie im Falle der Metastasierung während der Studie sagen?

Einen Satz: dass sie leitlinienkonform war und über die Jahre den jeweiligen Leitlinien angepasst wurde. Mehr Angaben dazu wurden nicht gemacht.

Kommentar:

Allenfalls wird eine leitlinienkonforme Therapie dem symptomorientierten Studienarm gerecht, doch die Diagnostik im intensiv nachgesorgte Arm ist fern der Leitlinie, warum nicht die Therapie im Sinne der Erreichung einer Verlängerung des Gesamtüberlebens?

Zusammengefasst:

Es gibt viele Ungereimtheiten in der Bornhak Studie, die meisten offenen Fragen sind aufgrund des frühen Studienzeitpunkts, des Studiendesigns oder aber auch der fehlenden Auswertung evtl. vorhandener Daten nicht zu beantworten.

Was ist zu tun?

Viel. Sehr viel.

Die medizinische Forschung galoppiert. Es gibt viele neue Erkenntnisse, die für intensive Nachsorge aber gegen ein Gießkannenprinzip in der Nachsorge sprechen, denn...

- wir wissen mittlerweile, dass wir es mit vielen molekularen Untergruppen (Subtypen) von Brustkrebs zu tun haben, und dass Zeitpunkt und Ort der möglichen

Metastasierung häufig den tumorbiologischen Grundmustern dieser Subtypen folgen

- daher können wir den Startpunkt und die Zeitdauer der Nachsorge individualisieren
- in 80 Prozent der Fälle ermöglicht die Labordiagnostik bei richtiger Vorgehensweise eine Entdeckung von Metastasen OHNE Symptome (asymptomatisch)
- sensitive Ganzkörperbildgebung wie PET-CT und/ oder Ganzkörper-MRT lokalisieren zeitgleich mit dem auffälligen Befund der Tumormarker die Metastasierung
- bei den Metastasen handelt es sich relativ häufig um begrenzte einzelne Metastasen (Oligometastasen)
- diese Oligometastasen sind häufig operativen Therapien zugänglich, und diese zeichnen sich häufig durch eine gute Prognose aus
- das Spektrum der systemischen Therapien nimmt kontinuierlich zu, und wird immer spezifischer für den Tumor und seine Metastasen.

Wir sind für die Nachsorge

„studienuntauglich“ geworden

Das grösste Problem für jetzige und zukünftige Nachsorgestudien ist der verlorene Kampfesgeist vieler Ärzte in Bezug auf die Tumorerkrankungen, ist das unter Ärzten weitverbreitete Phänomen des „sich-Zeit-Lassens“ und „den Menschen in Frieden lassen“. Unterstützt wird diese

VERGLEICH DER STUDIEN ZUR INTENSIVIERTEN NACHSORGE BEI BRUSTKREBS			
	Roselli derl Turco	GIVIO	Bornhak
Start	1985	1986	1995
Randomisierung			
Patienten	1243	1320	670
Rö-Thorax	alle 6 Monate	alle 6 Monate	alle 6 Monate
Skelettszintigraphie	alle 6 Monate	alle 12 Monate	
Oberbauchsonographie		alle 12 Monate	alle 6 Monate
Labordiagnostik		AP, GPT alle 3 Monate	Blutsenkung, BB, LDH, AP, Ca, CEA, CA 15-3 alle 3 Monate, ab 4. Jahr alle 6 Monate
Diagnose des Rezidivs	Früher	Kein Unterschied	Keine Angaben
Überleben	Kein Unterschied	Kein Unterschied	Kein Unterschied

Haltung kontinuierlich durch upgedatete Leitlinien, die Sicherheit suggerieren. Doch schaffen die vorhandenen wissenschaftlichen Daten wirklich die Grundlage für einen „Frieden“ bei Frauen mit Brustkrebs in der Nachsorge? Nach fast 20 Jahren der festgeschriebenen symptomorientierten Nachsorge haben wir Ärzte Zeit zu warten, und zwar auf den Zeitpunkt, an dem uns der Tumor aufgrund seines erneuten Wachstums und der daraus resultierenden Beschwerden zur Handlung zwingt, Notfallmedizin sozusagen.

Basierend auf dieser gelassenen Grundhaltung sind wir für die Nachsorge „studienuntauglich“ geworden, unsere Zielgröße ist nicht die Beschwerdefreiheit unserer Patienten, sondern das lässige Vermitteln des „nihil facere“. Und es wird nicht möglich sein, eine neue prospektive Nachsorgestudie zu starten, ohne den involvierten Ärzten ein zwingendes Handlungsprocedere aufzuerlegen. Dieses diagnostische und therapeutische Vorgehen müsste analog zu den strikten Vorgaben von Therapiestudien sein und über Jahre andauern, bis zum vorgegebenen Ende der Studie, nicht „nur“ bis zur ersten Metastasierung. Das Motto „frühzeitig“ müsste immer an erster Stelle stehen, nach der ersten, fünften und zehnten Metastasierung, es darf kein Rückfall in das altgewohnte Warten auf Beschwerden eintreten. Sonst werden wir nie wirklich belegen können, ob die frühzeitige Entdeckung von Metastasen für den Patienten hilfreich ist oder nicht. Hilfreich nicht nur für die Länge des Überlebens, sondern hilfreich für die Qualität des Lebens auch ohne Metastasen, und hilfreich für die möglichst lange Beschwerdefreiheit im Fall von auftretenden Metastasen im Sinne einer chronischen Erkrankung oder sogar für die komplette Remission. ✱

QUELLENNACHWEIS

- 1) GIVIO Investigators. Impact of follow-up testing on survival and health-related quality of life in breast cancer patients. A multicenter randomized controlled trial. I Am Med Ass 1994; 271: 1587 – 1592
- 2) Rosselli del Turco et al. Intensive diagnostic follow-up after treatment of primary breast cancer. A randomized trial. J Am Med Ass 1994; 271: 1593 – 1597
- 3) Bornhak et al. Symptomorientierte Nachsorge nach Mammakarzinom im Vergleich zur intensiv-apparativen Nachsorge. DMW 2012; 137:2142 – 2148)

Neues aus San Antonio: Grenzen der Genetik und Impulse aus der Immunforschung

Von Dr. rer. nat. Ralph M. Wirtz

Alljährlich treffen sich die führenden Kliniker und translationalen Forscher im Bereich Brustkrebs zur Advantszeit auf dem weltweit größten & wichtigsten Brustkrebsymposium in San Antonio (USA). Dort werden die neuesten Erkenntnisse im Bereich der Diagnostik und Therapie ausgetauscht und neue Pläne geschmiedet, wie man diese Erkrankung noch effektiver bekämpfen kann und gleichzeitig den Patientinnen unnötige Therapien und Nebenwirkungen ersparen kann.

Im Jahr 2011 stand der San-Antonio-Kongress ganz im Zeichen des sogenannten „Multi-Targeting“, da gezeigt werden konnte, wie die gezielte und gleichzeitige Blockade eines oder mehrerer Tumorzellaktivitäten eine effektivere Therapie ermöglicht. Zu den Erfolgsgeschichten gehörte beispielsweise die duale, also zweifache Blockade des HER2-Rezeptors bei HER2-positiven Tumoren durch gleichzeitige Gabe von Trastuzumab und Pertuzumab (Baselga et al., Abstract S5-5), die duale Blockade des Östrogenrezeptors bei luminalen Tumoren durch Anastrozol und Fulvestrant (Mehta et al., Abstract S1-1) sowie die duale Blockade des Östrogenrezeptors und des mTOR-Signalwegs mittels Exemestan und Everolimus (Hortobagyi et al., S3-7).

Es kam die Hoffnung auf, nach Entschlüsselung aller genetischen Veränderungen in den Tumorzellen, Brustkrebs womöglich mit einem ganzen Arsenal „gezielter“ Therapien endgültig besiegen zu können. Es war die Rede von sogenannten „Driver“-Mutationen, die die Aggressivität eines Tumors ausmachen. Deren gezielte Blockade mittels eigens dagegen entwickelter Medikamente, sogenannter „Small Molecules“, sollte zukünftig auf Basis der individuellen Tumorzellveränderungen personalisierte Therapieansätze und womöglich „Heilung“ ermöglichen. Diese Hoffnung begründete sich auf ersten positiven Erfahrungen bei der Bekämpfung von Lungenkrebs.

Tumorgenetik nur begrenzt hilfreich

Im Jahr 2012 erfolgte diesbezüglich allerdings eine gewisse Ernüchterung. Bereits durch eine Publikation der Ergebnisse einer weltweiten Anstrengung zur genomweiten Analyse von Brustkrebs in der hochrangigen Fachzeitschrift „Nature“ im Oktober 2012 (The Cancer Genome Atlas, „Comprehensive molecular portraits of breast cancer“, Nature 2012) deutete sich an, dass die Tumorgenetik im Bereich Brustkrebs nur sehr begrenzt hilfreich sein wird. So zeigte sich, dass insbesondere die aggressiven Subtypen von Brustkrebs (zum Beispiel Triple Negative Tumore) nur sehr selten derartige „Driver“-Mutationen aufweisen. Im Gegensatz dazu weisen insbesondere die

vergleichsweise harmloseren Subtypen (insbesondere Luminal A Tumore) wesentlich mehr „Driver“-Mutationen auf. In San Antonio 2012 bestätigten sich dann diese Befürchtungen. Es konnte gezeigt werden, dass beispielsweise eine „PIK3CA“-Mutation, die bei etwa 45 Prozent aller Luminal A und bei 28 Prozent aller Luminal B Tumore zu finden ist und im Tiermodell oder anderen experimentellen Systemen als vermeintliche „Driver“-Mutation fungiert (Lewis Cantley, Mini Symposium 1) in der klinischen Realität keine prognostische (den Krankheitsverlauf vorhersagende) oder prädiktive (das Therapieansprechen vorhersagende) Funktion, zumindest bei alleiniger Östrogenrezeptor-Blockade hat (Sabine et al., S1-5). Die Hoffnungen in diesem Bereich lagen nun auf einer möglichen prädiktiven Bedeutung bei zusätzlicher Behandlung mittels des mTOR-Hemmers Everolimus, der neben zusätzlicher Effektivität leider auch Einiges an neuen Nebenwirkungen mit sich bringt. Ob sich diese Hoffnung halten kann, wird das diesjährige Symposium 2013 auf Basis der Analyse der sogenannten „Bolero“-Studie zeigen.

Feinanalyse der körpereigenen Abwehrreaktion

Hoffnung auf neue Impulse und neue Strategien zur Bekämpfung von Brusttumoren berechtigten allerdings bereits im Jahr 2012 neue Ansätze zur Analyse der Effektivität von Standardtherapien in den aggressiveren Subtypen von Brustkrebs. Von besonderer Bedeutung ist hier die Feinanalyse der körpereigenen Abwehrreaktion auf den Brusttumor. Bereits im Jahr 2008 konnte gezeigt werden, dass die körpereigene Abwehrreaktion neben den Hormonrezeptoren und der Zellteilungsaktivität bei „unbehandelten“ bzw. bei nicht mit anti-hormoneller oder Chemotherapie behandelten Patienten von großer prognostischer Bedeutung ist (Schmidt et al., Cancer Research 2008). Bei chemotherapierten Patientinnen stellte sich im Jahr 2012 heraus, dass insbesondere die Immunreaktion von sehr großer und zudem prädiktiver Bedeutung allerdings immer nur in bestimmten Brustkrebssubtypen ist. So konnte gezeigt werden, dass die Immunzell-Infiltration bei HER2-positiven Tumoren mit dem Ansprechen auf eine Pertuzumab-

und Trastuzumab-Therapie assoziiert zu sein scheint, während tumorzellspezifische Marker ohne Aussagekraft blieben (Gianni et al., S6-7). Bei Triple Negativen Tumoren konnte unsere eigene Arbeitsgruppe zeigen, dass die Expression eines Lockstoffes für bestimmte Immunzellen („CXCL13“) das Ansprechen auf das nebenwirkungsträchtige Chemotherapeutikum Docetaxel, das u.a. häufig Haarausfall zur Folge hat, anzeigt bzw. Tumore identifizieren kann, denen ggf. bereits eine etwas weniger aggressive Chemotherapie bereits sehr gut hilft (Wirtz et al., PD10-06). In diesem Jahr werden weitere Arbeiten zu dem Thema von der belgischen Arbeitsgruppe von Professor Martine Piccart (Loi et al., S1-05) und auch unserer Arbeitsgruppe (Wirtz et al., P1-08-07) präsentiert, die den Überlebensvorteil auf Grund der Antikörpertherapie mit Trastuzumab bei HER2-positiven Tumoren vor dem Hintergrund der körpereigenen Abwehrreaktion beleuchten. Im Ergebnis zeigt sich bei diesen Ansätzen, dass der Vorteil durch zusätzliche Gabe von Trastuzumab („Herceptin®“) auf Tumore beschränkt ist, deren umgebendes Milieu eine bestimmte Immunzellantwort aufweist.

Diese und weitere Arbeiten setzen insofern neue Impulse im Bereich der Brustkrebstherapie, da sie zeigen, dass das den Tumor umgebende „Tumorstroma“ wichtiger zu sein scheint als die zahllosen und häufig sehr heterogenen genetischen Veränderungen der Tumorzellen selbst. Das Tumorstroma rückt mehr und mehr in den Blickpunkt der Brustkrebstherapie. Das tiefere Verständnis auch über das Fehlschlagen von Immun- und Chemotherapien auf Grund fehlgeleiteter Abwehrreaktions-Mechanismen des Immunsystems eröffnet aber neue Therapiekonzepte. Es scheint, dass nach Operation, Bestrahlung, Chemotherapie und „gezielter“ Therapien nunmehr verstärkt das Zeitalter sehr ausgefeilter und individualisiert ausgesuchter Immuntherapien anbricht. ✱



Dr. rer. nat. Ralph M. Wirtz

KONTAKT

STRATIFYER Molecular Pathology GmbH

Dr. rer. nat. Ralph M. Wirtz
Werthmannstraße 1c
50935 Köln
Mail: ralph.wirtz@stratifyer.de

Brustkrebs und Umwelt

Ein heikles Thema

Wie bei vielen, zunächst verständlich erscheinenden Begriffen, stößt man auch bei dem Thema Umwelt bei näherem Hinsehen auf verschiedene Auffassungen. Was ist eigentlich Umwelt, kann sie in Teilbereiche gegliedert werden, die jeweils eine spezielle Bedeutung für eine Brustkrebserkrankung haben?

Lange Jahre führte diese Frage in der medizinischen Forschung ein Schatten-dasein, und auch heute noch liegt die Hauptbetonung auf der Identifikation gestörter Regulationsvorgänge im Zellwachstum. Ziel ist das Auffinden biochemischer Ankerpunkte, die für Medikamente zugänglich sind. Ebenso werden sowohl Diagnose- und Operations-, als auch Bestrahlungstechniken immer weiter verfeinert. Wie verhält sich Brustkrebs, wie kann er therapeutisch beeinflusst werden, mit welchen diagnostischen Methoden ist er möglichst früh zu entdecken? Unter diesen Fragen der Forschungswelt taucht eine Frage eher selten auf: Welche Rolle spielt die Umweltbelastung?

Umwelt gleich Lebensstil?

Gibt es äußere Faktoren, die eine krankheitsfördernde Wirkung entfalten? Faktoren, die in der Umwelt zu suchen sind?

Es drängt sich hier der Eindruck auf, dass Umwelt häufig mit Lebensstil gleichgesetzt wird. Als belegt gilt, dass ein ungünstiger Lebensstil einen starken Einfluss sowohl auf das Erkrankungsrisiko, als auch den Krankheitsverlauf hat. Aber Lebensstil ist nicht gleich Umwelt, sondern nur ein Teilbereich bedeutsamer Faktoren, die von außen die Erkrankung beeinflussen können.

Allerdings auch der tröstlichste, denn er führt auf den Weg der Eigenverantwortung und Selbstbestimmung. Patientinnen können hier das Heft des Handelns zu ihrem Wohl selbst in die Hand nehmen.

Sport und Ernährung

Von besonderer Bedeutung sind hier Sport und Ernährung. Bewegungsmangel erhöht nicht nur das Erkrankungsrisiko, sondern beeinflusst auch den Krankheitsverlauf. Drei bis fünf Stunden Sport/Bewegung pro Woche senken das Erkrankungsrisiko um zirka ein Viertel, und auch bei bereits Erkrankten ist mit einem deutlichen Überlebensvorteil zu rechnen.

Körperliche Aktivität beeinflusst alle Stoffwechselprozesse, lindert Erschöpfung, stabilisiert den Kreislauf, stärkt das Immunsystem und erhält die Muskelmasse, so Prof. Christiane Graf von der

Sporthochschule Köln. Die positive Auswirkung auf Krebspatienten soll in einem zukunftsweisenden Projekt untersucht werden: der jüngst ins Leben gerufenen Onkologischen Trainingstherapie (OTT), entwickelt in Zusammenarbeit mit dem Centrum für Integrierte Onkologie (CIO) in Bonn. Ziel ist die Entwicklung von Trainingsempfehlungen für die häufigsten Krebserkrankungen.

Die besondere Bedeutung sportlicher Betätigung gründet auf der Erkenntnis, dass Sport die Lesbarkeit von Erbgutabschnitten (Genen) in Muskelzellen beeinflusst.



Alles nicht so harmlos!

Teilbereiche können durch kleine chemische Einheiten, die sog. Methylgruppen, blockiert sein. Diese Blockierung lässt sich bereits durch kurze körperliche Betätigung durchbrechen.

Es zeigte sich, dass nach Sport vor allem Stoffwechselgene von Methylblockaden befreit waren, allerdings nur dann dauerhaft, wenn sportliche Aktivitäten regelmäßig praktiziert wurden.

Stoffwechselgene beeinflussen z.B. den Insulinspiegel, chronische Entzündungen im Fettgewebe und die Konzentration von Hormonen und Botenstoffen im Blut, also Faktoren, die in Zellen als Wachstumssignale wirken können.

In engem Zusammenhang mit aktiven Stoffwechselgenen stehen Körpergewicht und Ernährung. Schwergewichtige haben u.a. auch ein erhöhtes Krebsrisiko, und Fettgewebe produziert Hormone, die großen Einfluss auf den Stoffwechsel ausüben, so Prof. Cornelia Ulrich vom Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) Heidelberg.

Zu nennen sind hier das entzündungshemmende Adiponektin, welches die Wirkung von Insulin verbessert (Zuckerabbau) und Leptin, mit einem wachstumsfördernden Einfluss auf Tumorzellen. Bei Gewichtsabnahme bilden die Fettzellen weniger Leptin, aber mehr Adiponektin, das Diabetes und Krebs entgegen wirkt.

Die Kombination von körperlicher Aktivität und Gewichtsabnahme wurde in einer Studie am NCT in Heidelberg untersucht. Bei drei Patientinnen-Gruppen, die bereits die Wechseljahre erreicht hatten, standen Ernährung oder Sport, oder eine Kombination aus beiden im Fokus. Die Leptin-Produktion sank in der „Kombi-Gruppe“ am deutlichsten (bis zu 40%), die Adiponektin-Produktion stieg dagegen am stärksten in der „Diät-Gruppe“.

Diese Effekte waren eng mit dem Ausmaß des Gewichtsverlusts verbunden, je mehr Kilos verloren wurden, desto stärker der Einfluss auf die Hormonproduktion. Zwei wichtige Stoffwechselschalter sind somit ein gesundes Körpergewicht und ausreichend Bewegung.

Sind dies jedoch Umwelteinflüsse, oder ist darunter etwas zu verstehen, was sich außerhalb der Person abspielt und worauf wir keinen Einfluss haben?

Umwelteinflüsse: Zusätzliche Risiken

Die Forschungsgruppe um Prof. Jenny Chang-Claude am Deutschen Krebsforschungszentrum Heidelberg (DKFZ) belegte zwar die Wechselwirkung zwischen bestimmten Risikogenen (neben den be-

kannten Hochrisikogenen BRCA 1 und 2 gibt es mehr als 20 andere genetische Varianten, die das individuelle Brustkrebsrisiko beeinflussen, wenn auch nicht so stark wie die Hochrisikogene) und Umweltfaktoren. Als solche galten hier jedoch der Alkoholkonsum, die Zahl der Geburten und die Hormonersatztherapie, also steuerbare Bedingungen.

Auch gibt es Brustkrebspatientinnen ohne Risikogene und mit Normalgewicht, die sich sportlich betätigen, nicht rauchen, wenig Alkohol konsumieren und in jüngeren Jahren mehrere Kinder geboren haben.

Der Verdacht weiterer, Brustkrebs fördernder Einflüsse außerhalb der Vielfalt persönlicher Verhaltensweisen liegt also nahe.

Von einer Vervielfachung neuer Brustkrebsfälle innerhalb der letzten 30 Jahre berichtete die Zeitschrift Lancet. 1980 gab es noch 640.000 Neuerkrankungen weltweit, drei Jahrzehnte später waren es bereits 1,6 Millionen, und die höchsten Raten wurden in den Industrienationen von Nordamerika und Westeuropa gefunden.

Dieser Anstieg sei nachvollziehbar durch die Belastung mit Umweltchemikalien und Strahlen, allein, oder in Kombination, so Ph.D. Janet Gray vom Vassar College in New York.

Zwei Schlüsselthemen werden in der wachsenden wissenschaftlichen Literatur zu Brustkrebs und Umwelt genannt: das Verständnis von Wechselwirkungen zwischen Chemikalien, Strahlen und anderen Risikofaktoren, sowie die Zunahme der Belege dafür, dass eine Belastung in frühen Entwicklungsstadien (im Mutterleib, in Kindheit und Pubertät) eine besondere Gefahr darstellt, im späteren Leben an Brustkrebs zu erkranken.

Konkret

Mehrere Stoffe stehen unter Verdacht: Hormone und sog. Hormon-Disruptoren (Substanzen mit hormonartiger Wirkung, welche die natürliche Hormonregulation stören), organische Chemikalien, Abfallstoffe aus der Verbrennung von Industriemüll und Strahlenbelastung.

Mehr als drei Viertel der Brustkrebs-erkrankungen sind hormonpositiv, das Wachstum der Brustkrebszellen reagiert also auf hormonelle Einflüsse.

Hormonersatztherapien in den Wechseljahren wurden inzwischen erheblich eingeschränkt, die Erkrankungs-raten sanken anschließend, die Belastung durch Hormon-Disruptoren und andere

Karzinogene (krebsfördernde Substanzen) ist jedoch nach wie vor enorm.

Klaus-Dietrich Runow, Pionier der Umweltmedizin in Deutschland, spricht sogar von einem „hormonellen Rauschen“, einer Überöstrogenisierung unserer Umwelt. Als hormonwirksame Substanzen werden u.a. genannt: Phtalate (Weichmacher für Plastikgegenstände, z.B. Getränkeflaschen), Bisphenol A (enthalten u.a. in Plastikverpackungen für Lebensmittel) und Parabene (Konservierungsstoffe).

So erwies sich die östrogene Belastung von Wasser aus PET-Flaschen im Vergleich zu Wasser aus Glasflaschen als doppelt so hoch.

Nahezu jedes dritte Kosmetikprodukt in Deutschland enthält hormonell wirksame Chemikalien, fand eine kürzlich veröffentlichte Studie des BUND (Bund für Umwelt und Naturschutz).

Da Brustgewebe vor allem aus Fettgewebe besteht und viele hormonartig wirkende Umweltchemikalien fettlöslich sind, können sie sich in Brustgewebe einlagern und normales Zellwachstum stören.

Obwohl die formale wissenschaftliche Anerkennung von Hormon-Disruptoren als Krebs fördernde Substanzen noch aussteht, ist es wohl sinnvoll, sie, wo immer möglich, zu umgehen. Die Zahl hormonabhängiger Brustkrebserkrankungen spricht für sich. (gr) ✿

QUELENNACHWEIS

Onkologische Trainingstherapie(OTT):

www.dshs-koeln.de

Sonja Schmitzer:

Rad fahren verändert DNA; DocCheck-News, 11.04.2012

Gesündere Hormone durch Ernährung

und Sport; DKFZ-Information Nr. 14 vom 04.03.2013; www.dkfz.de

Brustkrebsrisiko: Gene und Umwelt wirken gemeinsam; DKFZ-Information Nr. 21 vom 27.03.2013; www.dkfz.de

Janet Gray, PHD, et al.: State of the Evidence: The Connection Between Breast Cancer and the Environment; Int J Occup Environ Health 2009; 15:43-78

Runow, Klaus-Dietrich: Krebs, eine Umwelt-krankheit? Südwest Verlag 2013

BUND: Der Kosmetik-Check, 2013; www.bund.net/themen_und_projekte/chemie/toxfox_der_kosmetikcheck

Interview mit Prof. Dr. Bettina Borisch

mamazone: Worauf führen Sie es zurück, dass dem Thema Brustkrebs und Umwelt lange so wenig Aufmerksamkeit gewidmet wurde?

Borisch: Alle westlichen Gesundheitssysteme legen das Schwergewicht auf die kurative Medizin und investieren dort den überwiegenden Teil aller Mittel. Diagnostik und Therapie machen häufig über 90% der Budgets aus. Dies ist in gewissem Sinn verständlich, denn das Interesse des kranken Individuums an Heilung ist natürlich wichtig. Bei Fragen nach Krankheitsursachen und deren Erforschung (entsprechend auch deren Verhinderung) ist das Budget dann erschöpft. Umweltschadstoffe wurden hauptsächlich in Zusammenhang mit berufsbedingten Erkrankungen untersucht. So wissen wir z.B., dass bei Asbestarbeitern ein bösartiger Tumor des Lungenfells entstehen kann. Bei anderen Krebsarten fehlen uns Studien zum typischen Auftreten in bestimmten Bevölkerungsgruppen. Um u.a. den Zusammenhang von Hormongehalt in Trinkwasser und der Entwicklung hormonabhängiger Tumoren zu untersuchen, bräuchte man eine groß angelegte Studie über viele Jahre.

Wer aber hätte Interesse an einer Forschung, die nicht zu neuen Medikamenten oder Therapieverfahren führt? Auch sind im politischen System die Ressorts Umwelt und Gesundheit in der Regel getrennt, was die Zusammenarbeit nicht erleichtert.

Wir sehen aber auf internationaler Ebene ein wachsendes Bewusstsein für die großen Zusammenhänge wie Klimawandel, Umwelt und Gesundheit. Auch Brustkrebs und Umwelt ist letztendlich ein politisches Thema.

mamazone: Umweltfaktoren und Lebensstil, wodurch könnte eine Brustkrebserkrankung stärker beeinflusst sein?

Borisch: Die Trennung ist nicht einfach, denn unsere individuelle Lebensart kann zum Kontakt mit bestimmten Umweltfaktoren führen, seien es Nahrung, Luft oder der Konsum von bestimmten Produkten.

Jedoch besagen Studien, dass etwa 30% aller Krebserkrankungen weltweit durch einen verbesserten Lebensstil zu beeinflussen sind. Bei Brustkrebs hat Frau z.B. Einfluss auf Übergewicht vor den Wechseljahren, Rauchen, Bewegung und die weitest mögliche Einschränkung von zusätzlichen Hormoneinnahmen. Da wir aber die Bedeutung von Umweltschadstoffen für das Brustkrebsrisiko noch nicht genau abschätzen können, ist die Frage schwer zu beantworten.

mamazone: Worauf sollten Frauen ihr Hauptaugenmerk legen, sowohl in der Vorbeugung, als auch nach der Erkrankung?

Borisch: Bei Brustkrebs ist weiterhin die Früherkennung einer der Eckpfeiler, da wir keine Primärprävention (Verhinderung der Tumorentstehung) haben. Unter Früherkennung ist hier eine qualitätsgesicherte und programmgestützte Mammographie nach europäischen Richtlinien gemeint. Nach der Erkrankung ist eine engmaschige Nachsorge, idealerweise in Kontakt mit dem erstbehandelnden Brustzentrum, zu empfehlen.

Auch sind körperliche Bewegung und ein insgesamt gesunder Lebensstil nicht nur für die Verminderung des Rückfallrisikos wichtig, sondern sie helfen auch in Bereichen wie Stimmung, Beweglichkeit, Körperbewusstsein und bei vielen anderen chronischen Erkrankungen, die durch regelmäßige körperliche Aktivität positiv beeinflusst werden.

mamazone: Die Empfehlung, Sport zu treiben, stößt oft auf Fatigue und depressive Stimmungen. Sehen Sie einen Ausweg?

Borisch: Oh ja! Körperliche Bewegung muss nicht unbedingt die Ausübung einer Sportart sein, aber irgendeine Form von Bewegung gibt es für jede Frau. Wichtig ist, dass sie zu einem passt, Spaß macht und man regelmäßig aktiv wird. Bei Therapie bedingter Erschöpfung ist es besonders schwierig, sich zu körperlichen Aktivitäten aufzuraffen. Hier ist der Kontakt zu einer professionell geleiteten Gruppe



Prof. Dr. Bettina Borisch, Pathologin, Sozialmedizinerin und Präventivmedizinerin an der Universität Genf.

hilfreich, um die erste Schwelle zu überwinden. Ein individuell zugeschnittenes Programm und die Gemeinschaft mit Anderen erleichtern Vieles.

Letztendlich sind sowohl Fatigue, als auch depressive Stimmungen durch regelmäßige körperliche Betätigung positiv zu beeinflussen.

mamazone: Bei den Umweltfaktoren wird auch die Strahlenbelastung genannt. Könnte der Reaktorunfall in Tschernobyl 1986 eine Rolle bei der Steigerung der Brustkrebsraten spielen?

Borisch: Dies ist sehr schwer zu beantworten. Wir wissen, dass Patientinnen, die bereits wegen einer anderen Erkrankung im Brustbereich bestrahlt worden sind, zukünftig ein erhöhtes Brustkrebsrisiko haben. Ionisierende Strahlen haben eine Erbgut schädigende Wirkung besonders bei Zellen, die sich in Teilung befinden. Deshalb sind bei Reaktorunfällen zunächst ungeborene und junge Kinder betroffen.

Schilddrüsenkrebs, Leukämien und Hirntumore stehen im Vordergrund, aber auch eine erhöhte Brustkrebsrate ist in der direkten Umgebung von Tschernobyl nachgewiesen worden. Ob auch in größerer Entfernung vom Unfallort ein Einfluss auf die Entstehung von Brustkrebs besteht, ist schwierig zu beantworten.

mamazone: Frau Prof. Borisch, wir danken Ihnen für diesen Einblick. (gr) ✿

Dr. Edibon
WELL BALANCED NUTRITION

GENUSS MIT ALLEN SINNEN

Erhältlich unter:
www.swissmedicalfood.ch
0800-723 99 25



DIÄTETISCHES LEBENSMITTEL FÜR BESONDERE MEDIZINISCHE ZWECKE (ERGÄNZENDE BILANZIERTE DIÄT) ZUR DIÄTETISCHEN BEHANDLUNG VON TUMORINDUZierter INSULINRESISTENZ

WICHTIGER HINWEIS: DIESE ERGÄNZENDE BILANZIERTE DIÄT IST UNTER ÄRZTLICHER AUFSICHT ZU VERWENDEN



- ✓ HOCHKALORISCH
- ✓ GLUTENFREI
- ✓ LAKTOSEFREI
- ✓ LOW-CARB
- ✓ KETOGEN



Gibt es eine Anti-Krebs-Ernährung?

Was Frauen mit Brustkrebs wissen sollten

Von Prof. Dr. Ulrike Kämmerer

Unter der Überschrift „Was nehmen wir nicht (ausreichend) wahr?“ stand in der Zeitschrift Onkologie: „Bis vor etwa 20 Jahren wurde jegliche sportliche Betätigung in Zusammenhang mit Krebserkrankungen kritisch beurteilt. Es wurde befürchtet, dass körperliche Bewegung die Metastasierung von Tumoren begünstigt oder sich nachteilig auf die medizinischen Therapieergebnisse auswirkt (Arends, Onkologie 2012)“. Inzwischen ist Sport als begleitende, unterstützende, hilfreiche und wichtige Maßnahme für Krebspatientinnen anerkannt. Auch das mamazone-MAG titelte in der Ausgabe 01/2012: „Sport und Bewegung. Bei Krebs so wirksam wie Medikamente“. Ungezählte Krebsportgruppen helfen Patientinnen und Patienten bei der Realisierung geeigneter Sportprogramme, nicht nur um Muskeln und Ausdauer zu erhalten bzw. wieder aufzubauen, sondern auch, um gemeinsam mit Anderen Spaß zu haben.

Der o.g. Artikel erwähnt ebenfalls, dass die Ernährung für Krebspatienten durchaus wichtig ist, jedoch „Ernährungsfragen in der onkologischen Forschung und Klinik bisher nur eine marginale Rolle“ spielen. Im medizinischen Alltag hat man den Eindruck, wir stünden beim Thema „Ernährung bei Krebs“ noch an einem Punkt, der bei „Sport bei Krebs“ bereits vor 20 Jahren verlassen wurde. Patientinnen hören auf die Frage, ob sie denn mit geeigneter Ernährung zu einer positiven Entwicklung ihrer Erkrankung beitragen könnten, oft lapidar: „Essen Sie einfach, was Sie wollen“.

Spezielle, an die Erkrankung angepasste Ernährungskonzepte gibt es zwar, werden von vielen onkologisch tätigen Mediziner aber bestenfalls als unwichtig, oder sogar als schädlich abgetan. Die an Brustzentren häufig angebotene Ernährungsberatung beschränkt sich meist auf Empfehlungen der DGE (Deutsche

Gesellschaft für Ernährung e.V.), erstellt für gesunde Personen und kombiniert mit praktischen Tipps, was bei Geschmacksveränderungen, Schluckbeschwerden, Unverträglichkeiten u. ä. unternommen werden kann.

Vielen Patientinnen ist das zu wenig, sie begeben sich selbst auf die Suche nach Informationen und stoßen auf diverse „Krebsdiäten“, oder sogar eine „Anti-Krebsdiät“. Diese Begriffe legen nahe, es gäbe eine Diät zur Heilung von Krebs. Solche Heilsversprechen werden von Onkologen völlig zu Recht als Scharlatanerie bezeichnet. Aber: Oft wird nicht zwischen dubiosen „Krebsdiäten“ und sinnvollen supportiven Ernährungskonzepten unterschieden, sondern alles als „Voodoo“ über einen Kamm geschoren.

Dies erschwert die seriöse wissenschaftliche Erforschung geeigneter Ernährungskonzepte für Krebspatientinnen enorm. Denn es gibt sehr wohl wissenschaftlich fundierte Gründe für die Wahl einer an den bei Krebs oft veränderten Stoffwechsel angepassten Ernährungsform. Für Patientinnen mit Gicht oder Nierenerkrankungen sind passende Diäten schon lange medizinischer Alltag, warum nicht auch für Krebspatientinnen?



Kokosquark aus „Ketoküche für Einsteiger: Rezepte & Kraftshakes“, systemed Verlag, Lünen

Häufig propagierte „Krebsdiäten“ nähren oft die Vorstellung vom „Aushungern“ der Krebszellen. So attraktiv diese Idee auch ist: Krebsgewebe lässt sich nach bisherigem Wissen mittels Diät nicht aushungern. Krebszellen in Petrischalen kann man einzelne Nährstoffe entziehen, Tumorgewebe in Patientinnen leben jedoch wie Parasiten im Schlaraffenland des umliegenden Organismus. Zur Not versorgen sie sich auf Kosten des „restlichen“ Körpers mit lebensnotwendigen Nährstoffen, und die Patientin zehrt aus.

Dennoch bietet gerade der Hungerstoffwechsel einen sinnvollen Ansatz für Therapie unterstützende Ernährungsmaßnahmen: Denn beim Hungern oder Fasten werden im Körper Mechanismen ausgelöst, die über eine Beschränkung von Nährstoffen hinaus auch andere hemmende Wirkungen auf Krebszellen haben. Sie zu nutzen, ohne den Patientinnen zu schaden, darin liegt die Chance!

Wird die Ernährung so gestaltet, als befände sich der Körper im Fastenstoffwechsel, können Brustkrebspatientinnen gleich mehrere „krebswachstumsfördernde“ Faktoren gezielt reduzieren: Fettzellen bilden das Enzym Aromatase, das an der Produktion von Östrogen beteiligt ist.



Frischkäse-Gnocchi aus „Ketoküche für Einsteiger: Rezepte & Kraftshakes“, systemed Verlag, Lünen

Ein Abbau von Körperfett wirkt folglich wie ein natürlicher Aromatasehemmer, ein bei hormonrezeptorpositiven Brustkrebsformen erfolgreich eingesetztes Medikament.

Hohe Insulin- und IGF-1-Spiegel (Insulin ähnlicher Wachstumsfaktor) können das Wachstum von Brustkrebszellen anregen, Fasten reduziert beide schnell. Insulin kann sogar über dieselben Signalwege wie Östrogen in Krebszellen wirken. Ein hoher Insulinspiegel kann so die wachstumshemmende Wirkung einer Antihormontherapie behindern, während niedrige Spiegel günstig wirken. Hohe Insulinspiegel sind ein klassisches Merkmal des Metabolischen Syndroms und des Typ 2 Diabetes, die beide das Krebsrisiko steigern. Beide Stoffwechselerkrankungen können durch Sport, Fasten, oder eine angepasste Ernährung jedoch positiv beeinflusst werden.

Während Sport die zugrundeliegende Insulinresistenz verbessert, kann mit Fasten oder einer gezielten Ernährungsumstellung die Insulinausschüttung niedrig gehalten werden.

Beim Fasten, aber auch bei einer gezielten Kostumstellung, entstehen in der Leber Ketonkörper, die nicht nur das Gehirn mit Energie versorgen, sondern denen auch starke antientzündliche Wirkungen zugeschrieben werden. Viele Krebserkrankungen gehen mit deutlich erhöhten Entzündungswerten einher, und „Krebs wächst auf einer Entzündung“ besonders gut. Daher ist jede Methode zur nebenwirkungsarmen Eindämmung der häufig überschießenden Entzündungsreaktionen hilfreich, um die Krebstherapie zu unterstützen.

Die KOLIBRI-Studie

Eine erste Studie mit einer größeren Anzahl Brustkrebspatientinnen kann nun durch Förderung der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg durchgeführt werden: Die „KOLIBRI“-Studie (Kohlenhydrat-limitierte Brustkrebs Intervention) untersucht unter anderem die Umsetzbarkeit einer ketogenen Diät für Brustkrebspatientinnen nach entsprechender Schulung im Rahmen der stationären Reha in den Alltag. Ebenfalls sind die Auswirkungen auf Lebensqualität, körperliche Leistungsfähigkeit und die Körperzusammensetzung Gegenstand der Forschung. Es geht darum, Fett abzubauen und die Muskeln zu erhalten. Auch die Auswirkungen auf den Fettstoffwechsel, sowie die Insulin- und IGF-1 Spiegel im Blut werden untersucht. Als Kontrollgruppen werden Patientinnen entweder in der DGE-konformen „Normalkost“, bzw. in der moderat kohlenhydratreduzierten „LOGI“-Kost geführt werden. Interessierte Patientinnen können im Rahmen ihres Wahlrechts ihre dreiwöchige Reha in Bad Kissingen als Studienpatientin verbringen, sofern sie bereit sind, im Anschluss an die Reha noch weitere 16 Wochen eine der gewählten Kostformen unter engmaschiger ambulanter Betreuung beizubehalten.

Also doch hungern gegen Krebs? Keineswegs! Nach dem Hungern wird oft wieder „normal“ gegessen, und es bildet sich rasch neues Fettgewebe. Beim Hungern wird der Körper auch durch den Abbau von Muskelmasse geschwächt. Und einmal verlorene Muskelmasse lässt sich bei Krebspatienten schwerer wieder aufbauen, als bei Gesunden. Will man also die positiven Effekte des Fastens für Krebspatientinnen nützen, ohne ihnen zu schaden, muss die Ernährung so umgestellt werden, dass der Körper trotz normaler Kalorienmenge in den Fastenstoffwechsel „umschaltet“.

Dies gelingt, indem die Kohlenhydrate in der Nahrung soweit abgesenkt werden, dass der Insulinspiegel auf Nüchternniveau bleibt, die Muskeln durch Fette versorgt und im Idealfall auch Ketonkörper gebildet werden. Diese Kostform gibt es, sie heißt „ketogene Diät“ und steht aktuell in der wissenschaftlichen Diskussion. Die ketogene Diät stellt einen begründ-

baren supportiven Ernährungsansatz für Krebspatientinnen dar – ist jedoch keine „Antikrebsdiät“. Tierversuche und erste Fallberichte von Patientinnen zeigen Machbarkeit und gute Verträglichkeit dieser zwar strikten, doch offenbar wirksamen Ernährungsform. Es gibt daher keinen Grund, sie im Zuge einer pauschalen „Fettphobie“ vorschnell abzulehnen. Dringend gebraucht werden jedoch seriöse klinische Studien zur Einbettung dieser Kostform in die Onkologie. ✿

WEITERE INFOS

KOLIBRI-Studie:

Frau R. Kuhn, Study-Nurse der Rehaklinik am Kurpark in Bad Kissingen, (Forschung2@rehaklinik-am-kurpark.de), Tel: 0971-919-123.

www.keto-bei-krebs.de mit kostenlosem Download von Broschüren zur ketogenen Diät, Koch- und Backrezepten.

ANZEIGE



Die Diagnose Krebs verändert alles.

Wir unterstützen Sie mit unseren onkologischen Behandlungskonzepten auf Ihrem Weg zurück in den Lebensalltag. Unsere patientenzentrierte Behandlung wird durch eine enge Zusammenarbeit aller Berufsgruppen der Klinik getragen.

Der Rehabilitationsaufenthalt in der Rehaklinik Am Kurpark erleichtert Ihnen den Übergang aus der akuten Krankheitsphase in den Alltag.

Rehaklinik Am Kurpark
Eine Klinik der RehaZentren Baden-Württemberg gGmbH

Wir mobilisieren Kräfte

Fachklinik für Onkologie, Rheumatologie/Orthopädie und Neurotologie

Zertifizierte Lehrklinik für Ernährungsmedizin

Kurhausstraße 9
97688 Bad Kissingen
Tel. 0971 919-0
info@rehaklinik-am-kurpark.de

www.rehaklinik-am-kurpark.de

Hilfe beim Lymphödem

Physiotherapie bei Brustkrebs

Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung bei Frauen. Jährlich sind etwa 74.500 Frauen in Deutschland neu betroffen, wobei das mittlere Erkrankungsalter bei etwas mehr als 62 Jahren liegt. Jede vierte Frau ist jedoch bei Diagnosestellung jünger als 55 Jahre.

Als Hauptrisikofaktoren gelten das Alter, die weiblichen Geschlechtshormone, eine genetische Vorbelastung, Ernährung und Lebensstil, sowie Umweltfaktoren.

Durch moderne Diagnosetechniken, Möglichkeiten der Früherkennung, sowie weiter entwickelte Behandlungsmethoden, verbesserten sich die 5-Jahres-Überlebensraten bei einer früh entdeckten Erkrankung inzwischen auf über 80%.

Operation und Lymphödem

Moderne Operationsverfahren führen heute zwar seltener zur Ausbildung von Lymphödem, jedoch ist diese Gefahr dennoch nicht ganz auszuschließen.

Zu postoperativen Ansammlungen von eiweißreicher Lymphflüssigkeit aus dem oberen Körperquadranten kommt es dabei nicht nur an der betroffenen Arm-/Handseite, sondern auch im Thorax-/Bauchbereich und der Lendenregion. Oft werden diese Flüssigkeitseinlagerungen zu spät registriert und führen bei Zunahme des Lymphödems zu Verklebungen des Gewebes (Fibrosen) mit schmerzhaften Bewegungseinschränkungen und zunehmender Immobilität des Körpers und der Wirbelsäule.

Die Aufgabe der Physiotherapie

Ein geschulter Blick von Physiotherapeuten beschränkt sich nicht ausschließlich auf die Ansammlung von lymphpflichtigen Lasten, sondern bezieht physische Komponenten wie Entspannung, Kraft,



Ausdauer, Konzentration und Koordination mit ein.

DieserganzheitlicheAnsatz erlaubt neben der therapeutischen Befundaufnahme eine Aussage darüber, ob Verbesserungen erreicht wurden. Mögliche postoperative Veränderungen werden durch Vergleich von Umfangsmessungen der Arme, sowie der Bewertung bestimmter Referenzpunkte (Hand /Schulter/Thorax) dokumentiert.

Eine spanische Studie (BMJ 340; b5396, 2010) an 120 Frauen nach einer Brustkrebs-Operation mit Entfernung der Achsellymphknoten stellte die Ergebnisse einer Physiotherapiebehandlung einschließlich Informationen zum Lymphödem (Prävention, Therapie) im Vergleich zu einer Kontrollgruppe vor, welche lediglich Informationen erhielt. Das Physiotherapie-Programm umfasste manuelle Lymphdrainage, Narbenmassage und therapeutisches Training der Muskulatur. Ein Jahr später wurde die Rate der sekundären Lymphödeme in Interventions- und Kontrollgruppe verglichen.

Das Ergebnis war eindeutig: 18 Frauen hatten innerhalb eines Jahres nach der Brustkrebs-OP ein Lymphödem entwickelt. Betroffen waren 14 Frauen aus der unbehandelten Kontrollgruppe, aber nur vier Frauen aus der physiotherapeutisch betreuten Gruppe. Das bedeutet eine Risikoreduktion um 72% zugunsten der Physiotherapie.

Risikofaktoren

Das Lymphödem hatte sich bei den Frauen in der Kontrollgruppe viermal schneller entwickelt als in der Behandlungsgruppe. Auffällig war, dass bei Frauen mit Lymphödem häufige Risikofaktoren vorhanden waren: Bei 17 der insgesamt 18 Frauen waren bei der Operation zehn bis 20 Achsellymphknoten entfernt worden, und 12 der 18 Frauen waren übergewichtig mit einem Body Mass Index von mehr als 25. Weiterhin hatten 11 der 12 übergewichtigen Patientinnen nach Operation zusätzlich an Gewicht zugenommen.

Wesentliche Risikofaktoren für das Armlymphödem sind bei Mamma-Ca-Patientinnen außer der Entfernung von mehr als zehn Achsel-Lymphknoten und Adipositas (Fettleibigkeit) unter anderem eine schlechte Wundheilung nach der Brustoperation, sowie ein Typ-2-Diabetes. Etwa 23 bis 38 Prozent der Brust-

krebs-Patientinnen erleiden nach der Axilladisektion (Entfernung der Lymphknoten aus der Achselhöhle) ein Lymphödem – oft innerhalb von zwölf Monaten nach der OP. Auch bei der zunehmend eingesetzten Sentinel-Node-Biopsie, bei der nur ein bis zwei Wächterlymphknoten entfernt werden, betrifft dies etwa fünf Prozent der Frauen.

Therapie

In der Kombination von physiotherapeutischen Anwendungen mit Krankengymnastik ist die manuelle Lymphdrainage mit Kompression das Mittel der Wahl. In der 1. Phase (Entstauung, 1.- 4. Woche) wird konsequent 2 - 4 x wöchentlich eine Lymphdrainagebehandlung durchgeführt, in der 2. Phase (Erhaltungsphase) erfolgt die Versorgung mit einem Kompressionsstumpf. Die vier Hauptbestandteile einer KPE (komplexe physikalische Entstauungstherapie) beruhen auf der manuellen Lymphdrainage, der anschließenden Kompression, sowie entstauender Bewegungstherapie und Hautpflege.

Die Anleitung der Patientin: „Hilfe zur Selbsthilfe“, ist wesentlich für den dauerhaften Behandlungserfolg. Eine Schulung des Alltagsverhaltens (ADL = activity of daily living), die auf Verletzungsgefahren hinweist und Maßnahmen zur Entspannung und Stressbewältigung berücksichtigt, hilft, den Alltag besser zu bewältigen und erhöht die Lebensqualität.

Es gibt durchaus Patientinnen, die keine Schwellung und/oder ein Lymphödem entwickeln. Dies bedeutet aber nicht, dass diese Frauen keine Aufklärung benötigen oder ihnen eine notwendige Therapie vorenthalten werden sollte. Aufklärungsarbeit zu leisten heißt, klar zu kommunizieren, wie die Zielsetzungen einer postoperativen Therapie bei Brustkrebs in der Physiotherapie leitliniengerecht umzusetzen ist.

Diese Patientinnen kommen häufig nach langem Suchen zum Arzt/zur Ärztin ihres Vertrauens, gleich ob Allgemein-, Haus oder Facharzt und durchlaufen nicht selten eine Odyssee, um endlich den richtigen Therapieansatz zu finden. Viele Mediziner scheuen die Praxisbesonderheiten wegen drohender Heilmittelregresse, und diese Gefahr blockiert somit den standardisierten Therapieverlauf. Eine entsprechende Fehl- bzw. Unterversorgung wurde schon anhand des

Barmer GEK Heilmittelreports 2012 recherchiert und dokumentiert. Teilweise wurden Lymphödem-Patientinnen mit eindeutig zutreffendem Diagnoseschlüssel gar nicht, oder viel zu spät behandelt.

Im Heilmittelkatalog existiert der Diagnoseschlüssel LY3 für onkologische bzw. schwerwiegende Erkrankungen des Lymphsystems mit Verordnungsmengen von normalerweise 50 Einheiten. Sind diese durchlaufen, gibt es die Möglichkeit der Verordnung außerhalb des Regelfalles!

Der GBA (gemeinsamer Bundesausschuss Ärzte-Krankenkassen) hat zum Oktober 2012 die Verordnung nach Eingabe des ICD Schlüssels berücksichtigt, um außerhalb der Regel erkennbar eine Praxisbesonderheit zu codieren und die behandelnden Mediziner vor Regressen zu schützen.

Die Kennzeichnung des ICD Schlüssels gilt nicht nur für LY3, sondern auch bei Einschränkungen der Mobilität (Arm/ Zustand nach Operationen): EX = Extremitäten, mit der Abstufung EX 1 = kurzfristige, bis EX 3 = langfristige Einschränkung.

Hier können physiotherapeutische Maßnahmen wie Krankengymnastik, manuelle Therapie und Krankengymnastik am Gerät Abhilfe schaffen.



Eva M. Reichart

Eine physiotherapeutische Krankengymnastik am Gerät zeigt in aktuellen Studien eine reduzierte Rückfallquote unter regelmäßiger Bewegungsaktivität. Dies beinhaltet eine angepasste, therapeutische Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit, wie Ausdauer und Konzentration, eine sinnvolle Ergänzung zur An- wie auch Entspannung des gesamten Körpers.

Zuletzt sei gesagt, dass eine qualitativ gut geführte Physiotherapie-Praxis die Befundaufnahme und den Therapieverlauf mittels Messprotokollen der jeweiligen Patientin konsequent dokumentiert und standardisierte Abläufe der Therapie einhält. Kenntnisse über gesetzliche Regelungen im Heilmittelbereich sind von Vorteil. Dass z.B. eine 60- minütige Therapie bei Brustkrebsverordnungen mög-

lich ist, sollte der Therapeut wissen, den Beteiligten mitteilen und auch danach handeln.

Fragen Sie den Physiotherapeuten Ihres Vertrauens, oder wenden Sie sich an die bundesweit mitgliederstärkste Interessenvertretung: Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V., www.physio-deutschland.de. (er) *

KONTAKT

Eva M. Reichart

Physiotherapeutin/Heilpraktikerin
Vorstandsmitglied LV Bayern -
Physio Deutschland
Gesundheitshaus Reichart
Fuggerstraße 19-20
86830 Schwabmünchen
Tel. 08232 959670
Fax 08232 9596739
www.gesundheitshaus-reichart.de

QUELLENNACHWEISE

Lacomba, Maria Torres et al.: Effectiveness of early physiotherapy to prevent lymphoedema after surgery for breast cancer: randomized, single blinded, clinical trial. BMJ 2010; 340:b5396

ANZEIGE


WELEDA
Im Einklang mit Mensch und Natur
Seit 1921

Jetzt aktiv werden.

Fragen Sie Ihren Arzt zur **ganzheitlichen und integrativen Misteltherapie** von Weleda und bestellen Sie **kostenlos Informationsunterlagen**.

Ausführliche Informationen erhalten Sie unter **07171 / 919 444** oder besuchen Sie Weleda im Internet unter **www.weleda.de**

Everolimus– ein neuer Hoffnungsträger für die Behandlung von widerborstigen Krebszellen

Wie er wirkt und wem er nützt

Wie der Chemotherapie, so können Krebszellen auch der antihormonellen Therapie irgendwann trotzen. Es kann zu einer Resistenzentwicklung kommen, mit der Folge, dass die Antihormontherapie nicht mehr wirkt. Everolimus ist der neue Hoffnungsträger, der Krebszellen wieder ansprechbar für die Antihormontherapie machen soll. Wie er wirkt und wem er nützt, dazu befragte das mamazoneMAG einen ausgewiesenen Experten. Prof. Dr. med. Florian Schütz, stellvertretender Klinikdirektor und Leitender Oberarzt an der Universitäts-Frauenklinik und dem Brustzentrum der Universitätsklinik Heidelberg und mamazone – Busenfreund, stand Inge Bördlein-Wahl (mamazone -Südwest), Rede und Antwort:



Professor Dr. med. Florian Schütz

mamazone: Ein großes Problem in der Antihormontherapie bei hormonrezeptorpositiven Frauen ist die Resistenzentwicklung. Wie kommt diese zustande?

Prof. Schütz: Ein hormonrezeptorpositiver Tumor reagiert nicht mehr auf antihormonelle (endokrine) Therapien – das nennt man Resistenzentwicklung. Als Ursache hierfür werden mehrere genomische und nicht-genomische Effekte beschrieben. Einer dieser Effekte besteht darin, dass einzelne Tumorzellen in der Lage sind, beim Verlust des Stimulationsweges über den Hormonrezeptor andere Pfade zum Wachstum (Proliferation) zu bilden. Man kann das mit einer Umleitung bei einem Stau auf der Autobahn vergleichen, bei der man trotz Umleitung letztendlich doch wieder auf die Autobahn und zum Ziel kommt. Diese alternativen Wege werden seit längerem erforscht. Nicht jede Krebszelle kann sie nützen, sodass unklar ist, bei wem Resistenzen entstehen können und bei wem nicht.

mamazone: Ein neuer Wirkstoff – Everolimus – scheint in der Lage, Krebszellen, die auf Antihormone nicht mehr ansprechen, wieder dafür sensibel zu machen. Wie funktioniert das?

Prof. Schütz: Everolimus ist ein sogenannter mTOR-Hemmstoff. mTor spielt eine wesentliche Rolle in dem Ablauf von Signalwegen, welche, durch mehrere Rezeptoren (IGF-1R, HER, VEGFR) vermittelt, die Krebszelle zum Wachstum antreiben. Diese Signalwege können aktiviert werden, wenn die Stimulation durch weibliche Geschlechtshormone durch eine antihormonelle Therapie unterbleibt. Die Hemmung des mTOR, eines Knotenpunkts in den Signalwegen, verbunden mit der Hemmung der Hormonrezeptoren, kann zur Überwindung der Resistenz und zur Unterbrechung des Wachstums führen.

mamazone: Welche Patientinnen in welcher Krankheitssituation profitieren vom Einsatz des m-TOR Hemmers?

Prof. Schütz: Die bisher veröffentlichten Studien wurden in fortgeschrittenen (metastasierten) Stadien der Erkrankung durchgeführt. Dementsprechend wurde die Zulassung durch die europäische Gesundheitsbehörde auch nur in der metastasierten Situation vergeben.

mamazone: Wie sehen die bisherigen Studienergebnisse aus?

Prof. Schütz: Bei Patientinnen mit fortgeschrittenem hormonrezeptorpositivem Brustkrebs konnte im Vergleich zur Kontrollgruppe ohne den mTOR-Hemmstoff, durch die Hinzunahme von Everolimus zur Standardtherapie mit dem Aromatasehemmer Exemestan eine Verlängerung des progressionsfreien Überlebens um 7 Monate erreicht werden (BOLE-RO-2 Studie, 4 gegenüber 11 Monaten). Die Krebserkrankung bleibt also im fortgeschrittenen Stadium länger stabil, d.h. sie schreitet nicht weiter voran bzw. ist sogar rückläufig. Bezüglich des Gesamtüberlebens liegen bisher nur statistische Trends vor, die zwar hoffnungsvoll sind, jedoch müssen für endgültige Aussagen weitere Langzeitergebnisse abgewartet werden. Die Zeit wird es also zeigen.

mamazone: Wirkt der Wirkstoff nur in Kombination mit einem Aromatasehemmer, oder kann er auch alleine eingesetzt werden?

Prof. Schütz: Die Wirkung beruht auf der kombinierten Therapie, sodass Everolimus alleine wahrscheinlich keine großen Wirkungen erzielen dürfte.

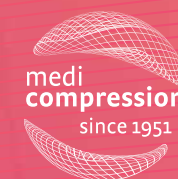
mamazone: Bislang wird Everolimus nur in der metastasierten Situation eingesetzt. Wäre dies auch für die adjuvante



Live Laugh Love Leben, lachen, lieben – für mehr Lebensfreude.

Genießen Sie mit mediven Armstrümpfen in frischen Farben und Mustern jeden Augenblick. Nie zuvor war wirksame Ödemtherapie so vielfältig.

Jetzt kostenloses Info-Material bestellen: Telefon: 0921 912 750 / E-Mail: mamazone@medi.de



Situation eine Option, also nach der Erstbehandlung, um schon die Entstehung von Metastasen zu verhindern?

Prof. Schütz: Theoretisch wäre dies möglich, jedoch können wir vor dem Behandlungsbeginn bisher nicht bestimmen, welche Tumorzellen eine Resistenz entwickeln werden. In der metastasierten Studiensituation hatten ALLE Patientinnen ein Fortschreiten der Erkrankung nach oder unter antihormoneller Therapie, sodass hier eine Resistenz angenommen werden konnte. In der primären Situation sind das viel weniger Patientinnen, zumal viele ja bereits durch die Operation alleine geheilt wurden. Nur welche Patientinnen das sind und welche eine medikamentöse Nachbehandlung brauchen, um ihre Prognose zu verbessern, weiß leider momentan kein Mensch. Und dann sind da ja auch noch die möglichen Nebenwirkungen der Behandlung mit Everolimus.

mamazone: Welche Nebenwirkungen müssen die Patientinnen in Kauf nehmen?

Prof. Schütz: Viele Patientinnen entwickeln in den ersten Wochen der Behandlung eine Mundfäule (Stomatitis) mit daraus entstehenden Schluckbeschwerden und Schmerzen. Diese schmerzenden Aphten heilen in den meisten Fällen nach wenigen Tagen bis Wochen wieder ab (Grad 1-2). In wenigen Fällen kann es zu starken Schluckbeschwerden mit Reduzierung der Nahrungsaufnahme kommen (Grad 3-4).

Selten kommt es zu einem trockenen Husten, der auf der Basis einer nicht bakteriellen Lungenentzündung beruht. Hier muss eine Lungenentzündung, die antibiotische Behandlung erfordert, ausgeschlossen werden. Und dann sind noch Blutüberzuckerung, erhöhte Infektionsgefahr und Hautausschläge zu nennen. Es ist also kein Medikament, das als harmlos und nebenwirkungsarm zu bezeichnen wäre. Aber es kann gegen die Tumorerkrankung und deren Folgen helfen.

mamazone: Herr Prof. Schütz wir danken Ihnen für das Interview. (ibw) ✿

Mammakarzinom: Neuer Hormonblocker in Sicht

Wenn hormonsensible Brusttumore resistent gegen die Antihormontherapie wurden, mussten sich Brustkrebs-Patientinnen bisher einer Chemotherapie unterziehen. Ein Osteoporosemedikament könnte allerdings bald Abhilfe schaffen.

Tumore in der Brust werden häufig durch die weiblichen Geschlechtshormone zum Wachsen angeregt. Verantwortlich sind dafür vor allem Östrogene, aber auch Gestagene. Ob eine sogenannte Antihormontherapie bei einer Patientin erfolgversprechend ist, zeigt eine Untersuchung ihrer Tumorgewebeproben. Bei etwa 75 Prozent der Brustkrebspatientinnen ist das der Fall: Die Tumorzellen bilden Rezeptoren an der Oberfläche aus, an die die Geschlechtshormone Östrogen oder Progesteron andocken und so ein Wachstumssignal für die Zellen auslösen. Der Tumor wächst. Antihormone wirken auf zwei Wegen:

- Sie unterdrücken die körpereigene Produktion der Geschlechtshormone oder
- sie blockieren die Wirkung der Geschlechtshormone. Dazu besetzen sie die entsprechenden Empfängerantennen (Rezeptoren) auf den Tumorzellen.

Tamoxifen und Aromatasehemmer werden bei hormonsensiblem Brustkrebs häufig eingesetzt. Indem sie die Östrogenrezeptoren des Tumors besetzen, blockieren sie die Wirkung der Geschlechtshormone. Da die Östrogenproduktion in den Eierstöcken von Aromatasehemmern nicht unterbunden wird, sind diese nur für Frauen nach der Menopause oder nach operativer Entfernung oder medikamentöser Blockade der Eierstöcke geeignet. Während der Antihormontherapie kann es allerdings zu medikamentenresistenten Tumoren kommen. Dann kann den Patientinnen meist nur noch eine belastende Chemotherapie helfen.

Osteoporosemedikament gegen Brustkrebs

Doch nun scheint es neue Hoffnung für betroffene Frauen zu geben: Ein Osteo-



porose-Medikament soll, laut einer vom Hersteller Pfizer gesponserten Studie des Duke Cancer Instituts in Durham, USA, das Wachstum von Brustkrebszellen sogar in medikamentenresistenten Tumoren stoppen. Im Juni dieses Jahres stellten die beteiligten Wissenschaftler ihre Ergebnisse auf dem jährlichen Endocrine Society Meeting in San Francisco vor. Demnach soll der Wirkstoff Bazedoxifene den Brustkrebszellen nicht nur Östrogene zum Wachstum entziehen, er soll den Östrogenrezeptor sogar zerstören. Bazedoxifene ist seit 2011 in der EU zur Behandlung von postmenopausalen Frauen mit erhöhter Frakturgefahr durch Osteoporose zugelassen. In Tierversuchen und Zellkulturstudien konnte Bazedoxifene das Wachstum von östrogenabhängigen Brustkrebszellen und von Zellen, die resistent gegen die Anti-Östrogene Tamoxifen und/oder Aromatasehemmer waren, stoppen, wie die Studienautoren berichten.

Östrogenrezeptoren auf Tumorzellen? Weg damit!

Bazedoxifene gehört wie Tamoxifen zur Klasse der selektiven Östrogenrezeptor-modulatoren (SERM). Seit einiger Zeit ist bekannt, dass SERM nicht alle Östrogenrezeptoren hemmen. Man unterscheidet Östrogenrezeptoren vom Alpha-(ER-Alpha) und Beta-Typ (ER-Beta). Die ER-Alpha-Rezeptoren finden sich in der Brust, der Gebärmutter, der Hypophyse

und im Hypothalamus. Die ER-Beta-Rezeptoren sind dagegen in den Knochen, Gefäßen, dem Hippocampus und höheren Zentren des Zentralnervensystems zu finden. Bazedoxifene blockiert und baut Östrogenrezeptoren im Brust- und Gebärmuttergewebe ab. Paradoxerweise übernimmt der Wirkstoff im Knochengewebe ganz andere Funktionen. Dort wirkt Bazedoxifene wie Östrogen und verhindert den Knochenabbau.

Anders als Tamoxifen gehört Bazedoxifene außerdem zu einer neuen Gruppe von Wirkstoffen, die als "Selective Estrogen Receptor Degraders" bezeichnet werden – also Stoffe, die selektiv Östrogenrezeptoren abbauen. „Wir haben herausgefunden, dass Bazedoxifene an den Östrogenrezeptor bindet und seine Aktivität beeinflusst, aber das Überraschende war, dass es den Rezeptor sogar abbaut“, äußerte sich dazu der Seniorautor der Studie Donald McDonnell, der einen Lehrstuhl am Duke Cancer Instituts in der Abteilung Pharmakologie und Tumorbio-logie inne hat, in einer Pressemeldung.

Resistente Tumoren ausgetrickst

Durch den Abbau des Östrogenrezeptors könnte auch das Problem der resistenten

Tumore umgangen werden. „Man nahm bisher an, dass wenn eine Brustkrebszelle erst einmal resistent gegen Tamoxifen sei, dass dann alle Wirkstoffe, die auf den Östrogenrezeptor abzielen, wirkungslos seien“, erklärt McDonnell. „Wir haben das Gegenteil zeigen können: Der Östrogenrezeptor bleibt ein gutes Target, auch wenn die Zelle gegen Tamoxifen resistent ist“, so McDonnell weiter. „Da Bazedoxifene den Östrogenrezeptor als Target abbaut, ist es sehr unwahrscheinlich, dass die Krebszelle resistent wird, da ja das Target fehlt“, ergänzt Dr. Suzanne Wardell, Wissenschaftlerin in McDonnells Forschungsteam.

Die Wissenschaftler untersuchten verschiedenartige Brustkrebszellen, wie auch Tamoxifen-sensitive Zellen, die resistent gegen den Wirkstoff Lapatinib waren. Dieser kommt bei Patientinnen mit fortgeschrittenem Brustkrebs zum Einsatz, deren Tumor eine Mutation im HER2-Gen aufweisen. Die Brustkrebszellen dieser Frauen können ihren Östrogenstoffwechsel wieder aktivieren, um eine Resistenz gegen Lapatinib auszubilden. Auch das Wachstum dieser Zellen konnte Bazedoxifene im Tierversuch effektiv stoppen.

Zulassung könnte rasch erfolgen

„Da das Medikament in der EU bereits zur Behandlung von Osteoporose zugelassen ist, könnte es in naher Zukunft auch Patienten mit fortgeschrittenem Brustkrebs und therapieresistenten Tumoren zu Gute kommen“, so Wardell. Bazedoxifene könnte oral verabreicht werden. Anders als andere Antihormone soll der Wirkstoff keine Hitzewallungen bei den Patientinnen hervorrufen. Es gab allerdings auch Hinweise auf ein erhöhtes Thromboserisiko unter Bazedoxifene. Klinische Studien, die die Zulassung von Bazedoxifene um die Indikation Brustkrebs erweitern würden, wurden vom Hersteller bisher noch nicht unternommen. „Wie Sie sicher vermuten, haben wir und zahlreiche interessierte Patienten Pfizer dazu aufgefordert, die nötigen Studien in Gang zu bringen“, so Wardell gegenüber DocCheck. Ob Pfizer reagiert, bleibt abzuwarten. ✿

QUELLENNACHWEIS

news.doccheck.com/Sonja Schmitzer

ANZEIGE

An alle Breast Nurses!

Liebe Breast Nurse,

als Brustkrebskrankenschwester erfüllen Sie eine verantwortungsvolle Aufgabe, denn die Diagnose Brustkrebs geht bei Ihren Patientinnen mit vielen Fragen und Ängsten einher. Mit dem Onlineportal breastnurse.de möchten wir Ihnen die Möglichkeit geben, sich gegenseitig bei dieser verantwortungsvollen Aufgabe als Gemeinschaft zu unterstützen, zu fördern und einander beizustehen. In unserem Forum können Sie themenbezogen diskutieren, Fragen stellen, mit anderen Brustkrebs-Krankenschwestern Erfahrungen teilen und Wissen austauschen.

Planen Sie eine eigene Veranstaltung zum Thema Brustkrebs?

In unserem Veranstaltungskalender können Sie diese publik machen oder nach anderen Veranstaltungen suchen. Aktuelle medizinische und wissenschaftliche Erkenntnisse finden Sie in der Rubrik Neues. Die Anmeldung auf unserem Online-Portal ist kostenfrei und erfolgt über unser Anmeldeformular. Bitte haben Sie Verständnis, dass ausschließlich Breast Nurses in dieses Netzwerk aufgenommen werden können. Sollten Sie Fragen oder Probleme mit der Anmeldung haben, erreichen Sie uns über unser Kontaktformular. Wir wünschen Ihnen alles Gute.

Ihr breastnurse.de Team

 **breastnurse.de**
ONLINEPORTAL FÜR BREAST NURSES

„Projekt Diplompatientin“[®]

Von Schlüsselgenen, Chemokinen und dem Nutzen eines Glases Rotwein

Ein Kongressbericht von Dipl. Psych. Gertrud Rust, Vorstand mamazone e.V.

→ Mit überwältigender Beteiligung der Patientinnen fand in Augsburg schon zum 13. Mal die Brustkrebsfortbildung „Projekt Diplompatientin“ statt: Eine Tradition der Wissensvermittlung an Brustkrebspatientinnen, für die mamazone - Frauen und Forschung gegen Brustkrebs e.V. sowohl von den Patientinnen, als auch von den teilnehmenden Ärzten und Referenten wieder viel Anerkennung bekam. Hier eine Zusammenfassung der wichtigsten Botschaften.



← DCIS- Heilungschancen bei 99 %

Nach wie vor von grundlegender Bedeutung für gute Heilungschancen ist die Früherkennung einer Brustkrebskrankung. Das frühestmögliche Stadium, das **DCIS** (duktales carcinoma in situ) und dessen Behandlung beschrieb **Prof. Dr. A. H. Tulusan** aus Bayreuth. Durch verbesserte diagnostische Möglichkeiten werden heute weit mehr DCIS-Formen als vor fünfzehn Jahren entdeckt. Das ist sehr erfreulich, denn in diesem frühen Stadium besteht eine 99prozentige Überlebenschance. Die Krebszellen wachsen hier innerhalb der Milchgänge und sind noch nicht in das umliegende Gewebe eingedrungen. Dennoch stellt das DCIS eine Vorstufe zum invasiven Wachstum dar, und wann der Übergang erfolgt, ist nicht abschätzbar.

Erkennbar ist dieses Vorstadium am Mikrokalk in der Mammographie, wobei aber nicht jede Darstellung von Mikrokalk ein DCIS bedeuten muss, sondern zunächst nur auf Vorgänge der Zellveränderung in der Brustdrüse hindeutet.

Eine DCIS-Zelle ist eine Krebszelle mit bestimmten Tumoreigenschaften, die, wie bei invasiven Tumoren auch, charakterisiert werden kann und die Basis für ein angepasstes Therapiekonzept ist. Eine Besonderheit stellt das sprunghafte Wachstum dar, d.h. DCIS-Zellen wachsen nicht gleichmäßig entlang der Milchgänge, sondern überspringen einzelne Abschnitte. Aus diesem Grund muss zur Senkung des Rückfallrisikos mit großzügigem Sicherheitsabstand operiert werden (mindestens ein Zentimeter).

Eine Nachbestrahlung bringt nach Tulusan keinen bedeutsamen Vorteil. Bei einem hormonpositiven DCIS sichert Tamoxifen den Therapieerfolg ab und wirkt auch vorbeugend für die zweite Brust. Bei einem stark ausgedehnten DCIS sei die Amputation am sichersten, so Tulusan.



→ Radiologische Methoden immer präziser

Eine neue Methode zur Entdeckung von frühen Tumoren stellte **Dr. Frank Müller** von der Radiologie und Nuklearmedizin Ludwigshafen vor.

Die Positronen-Emissions-Mammographie (PEM) erlaubt eine hoch auflösende Darstellung der weiblichen Brust und wurde in Europa erstmalig im Dezember 2011 installiert. Die Empfindlichkeit ist sogar höher als beim MRT (Magnetresonanztomographie oder Kernspin) und verfügt über die Besonderheit, dass die Ränder eines Tumors nicht „rund gerechnet“ werden, sondern die tatsächliche Ausdehnung zur Darstellung kommt.

Die oft als schmerzhaft empfundene Kompression der Brust bei einer Mammographie ist hier wesentlich geringer, ohne die Bildqualität dadurch zu beeinträchtigen.

Die Spezifität, d.h. die Unterscheidung in gut- oder bösartiges Gewebe, beträgt beim PEM 94 Prozent, und die Sensitivität für die Entdeckung auffälligen Gewebes liegt sogar bei 100 Prozent. Die hohe Empfindlichkeit erlaubt auch die Erfassung von Zweitumoren in der Brustdrüse, die oft übersehen werden.

Eine Verlaufskontrolle bei neo-adjuvanter Chemotherapie (Behandlung vor der Operation zur Verkleinerung des Tumors) ist mittels PEM sehr gut möglich, ebenfalls ist erkennbar, ob mehrere Herde (Multifokalität) alle gleichermaßen gut auf die eingesetzte Chemotherapie ansprechen.

Die PEM stellt einen Tumor in seiner räumlichen Ausdehnung (dreidimensional) dar und ist somit auch zur Biopsie-Führung, zur Erfassung der Ausdehnung eines DCIS und zur Narbengewebe-Kontrolle geeignet. Die Bewertung des Lymphknoten-Status (Befall der Lymphknoten) ist ebenso möglich, und zusätzlich ist es von großem Vorteil, dass die Brustdichte, die Tumorart und der Hormonstatus keinen Einfluss auf die Genauigkeit der bildlichen Darstellung haben.



↑ Brustkrebstherapie von Anfang an optimieren

Eine Möglichkeit zur Realisierung dieses Wunsches von Patientinnen erläuterte **PD Dr. Ilona Funke**, Stellvertretende Ärztliche Direktorin der Chirurgischen Klinik Dr. Rinecker in München.

Hier steht die Frage nach der Wirksamkeit einer Chemotherapie im Vordergrund, also welche Substanzen zur Wahl stehen und wie gut sie verträglich sind.

Da nur Patientinnen mit einem hohen Rezidivrisiko (Rückfallrisiko) eine Chemotherapie erhalten, sollte von Anfang an die wirksamste Kombination zum Einsatz kommen. Die Auswahl an Chemotherapie-Schemata ist groß, und oft dient die ärztliche Erfahrung als Entscheidungsgrundlage, so Funke.

Bei der Personalisierung der Therapieauswahl und zur Beantwortung der Frage, was im speziellen Einzelfall wirksam sein könnte, soll der neu entwickelte Sphero-Test gute Dienste leisten. Hierbei werden sogenannte Spheroide gezüchtet, d.h. aus Frischgewebe des Primärtumors wachsen Mikrotumore als lebendes Tumormodell heran. Diese werden mit den üblicherweise in der Klinik eingesetzten Zellgiften behandelt, anschließend misst man die Apoptose-Rate, d.h. das Ausmaß des Zelltods unter Behandlung mit der einen oder anderen Substanz.

Außer Zytostatika (Zellgifte) werden auch Antikörper getestet, einzeln oder in Kombination.

In der SpheroNeo-Studie erwies sich dieses Testverfahren als zu 90 Prozent empfindlich.

Derzeit ist der Sphero-Test noch nicht Regelleistung der gesetzlichen Krankenkassen, die Kostenerstattung erfolgt auf Einzelfallbasis. Privat Versicherte sind im Vorteil, in der Regel ist eine Kostenübernahme möglich. Weiter führende Informationen sind unter www.spheromed.de oder ifunke@spherotec.de erhältlich.

↑ Abschied vom Gießkannenprinzip?

Könnten Chemotherapien also in absehbarer Zeit in den Hintergrund treten und zielgerichtete Therapien, wie eine Antihormonbehandlung ausreichen?

Eine allgemein gültige Antwort ist hier nicht möglich, so **Prof. Dr. Wolfgang Janni**, Ärztlicher Leiter der Universitäts-Frauenklinik, Ulm.

Einerseits wird bereits heute bei hormonpositiven Brustkrebskrankungen und günstiger Prognose auf eine Chemotherapie verzichtet. Andererseits profitieren nach wie vor ungefähr fünfzehn von hundert Patientinnen von dieser Behandlung, z.B. wenn ein triple-negativer Brustkrebs vorliegt. Auch die Wirkung von Trastuzumab (Herceptin®), nämlich die Aktivierung des Immunsystems gegen Tumorzellen bei HER2-neu-positivem Brustkrebs, wird durch die Kombination mit einer Chemotherapie erheblich gesteigert.

Ein neues zielgerichtetes Medikament, Everolimus, das Signalübertragungswege innerhalb der Zelle blockiert, wird mit Exemestan, einem Aromatasehemmer, kombiniert. Der Kombination zweier zielgerichteter Medikamente gehört laut Janni die Zukunft. Zwei zielgerichtete Medikamente wirken besser als eines allein.

Weitere Beispiele sind die Kombination von Pertuzumab (Perjeta®), einem neuen Antikörper, mit Trastuzumab (Herceptin®), wodurch Wachstumssignale effektiver blockiert werden sollen als mit Herceptin® allein, oder eine Kombination mit Lapatinib®, einem Tyrosinkinasehemmer, der ebenfalls Wachstumssignale an Krebszellen hemmt.

So eröffnen sich neue Möglichkeiten zum Verzicht auf eine Chemotherapie, die ja nicht zielgerichtet wirkt und als Zellgift starke unerwünschte Nebenwirkungen hat, welche die Lebensqualität sehr beeinträchtigen. Dieser Gesichtspunkt sollte auch beim Einsatz in der metastasierten Situation berücksichtigt werden.

← Auf der Spur von Schlüsselgenen

Der Frage, ob es Schlüsselgene für die individualisierte Brustkrebstherapie gibt, näherte sich **Prof. Dr. Achim Rody**, Direktor der Frauenklinik am Campus Lübeck.

PI3K, ein Onkogen (Krebsgen), fördert Zellteilungsprozesse, während PTEN, ein Tumorsuppressorgen, Zellteilungsprozesse hemmt. Veränderungen dieser beiden Gene sind bei mehr als drei Viertel der hormonpositiven Brustkrebsarten nachweisbar.

Die beiden Gene sind Gegenspieler in einem Regelkreis und experimentelle Substanzen zur Beeinflussung dieses Regelkreises sind derzeit in Erforschung. Durch Kombination mit dem Antikörper Trastuzumab (Herceptin®) oder dem Aromatasehemmer Letrozol (Femara®) wird angestrebt, eine gegen diese Medikamente entwickelte Resistenz (Unempfindlichkeit) wieder aufzuheben.

Eine neo-adjuvante Studie über den Effekt einer dieser neuen Substanzen (BK120) bei Gabe vor der Operation die NEO-PHOEBE-Studie, beobachtet die Wirkung quasi in vivo, also am „lebenden Tumor“. Dadurch gelingt es, die Reaktion des Tumors auf die Substanz direkt zu erfassen.

Als Herausforderung der Zukunft gilt es, die zahlreichen Genveränderungen bei Brustkrebs im Hinblick auf ihre Bedeutung einzuschätzen: Wie können sie therapeutisch beeinflusst werden und welche Rolle spielt das Mikromilieu eines Tumors, d.h. die feinstoffliche Umgebung?

← Ist die Chemo überhaupt notwendig?

Gentests sollen Hilfestellung bei der Entscheidung leisten, ob überhaupt eine Chemotherapie erforderlich ist. **Dr. Berit Pfitzner** vom Institut für Pathologie der Charité Berlin brachte Licht ins Dunkel von Sinn und Zweck verschiedener Gentests.

Entsprechend den drei Haupttypen von Brustkrebs, hormonpositiv, HER2-neu-positiv und triple-negativ (weder Östrogen-, noch Progesteron-, noch HER2-neu-Eigenschaften nachweisbar) kommt bisher nur die Patientinnengruppe mit hormonpositiven Tumoren für eine Gentestung in Frage. Hormonpositive Tumore kommen bei zirka drei Viertel aller Brustkrebskrankungen vor.

An Gentests stehen inzwischen Endo-Predict®, Mammaprint®, Oncotype DX® und PAM 50® zur Verfügung, wobei die Verfahren inzwischen auch an Gewebe möglich sind, das zuvor in Paraffinblöcken konserviert wurde.

Zusätzlich wird der Ki67-Wert ermittelt. Er gibt die Proliferationsrate an, nämlich den Anteil der Zellen an einem Tumor, die sich gerade in Teilung befinden.

Alle Tests haben zum Ziel, eine Aussage über das Rückfallrisiko zu ermöglichen (niedrig, mittel, hoch), d.h. die Wahrscheinlichkeit, in den folgenden zehn Jahren ohne Chemotherapie und bei alleiniger Antihormontherapie eine Metastasierung zu erleiden.





↑ **Brustoperationen weniger einschneidend**
Neue Wege werden auch im operativen Weg beschritten. Nach der lange Jahre üblichen Entnahme von Lymphknoten aus der Achselhöhle mit dem Ziel, sämtliche Tumorzellen zu entfernen, wird derzeit weit weniger radikal vorgegangen. Hat das Dogma der Lymphknotenentfernung ausgedient?
Prof. Dr. Thorsten Kühn vom Klinikum Esslingen wies darauf hin, dass sich keinerlei Unterschiede in den Überlebenszeiten bei verschieden radikalem Vorgehen ergeben hätten. Eine Brustkrebserkrankung sei somit systemisch und nicht lokal zu behandeln. Es genüge, zu diagnostischen Zwecken den sogenannten Wächterlymphknoten (Sentinel-Node) zu entfernen, also den ersten Lymphknoten im Lymphabflussgebiet des Tumors. Auch bei befallenen Wächterlymphknoten müssen nicht zwingend die nachfolgenden Lymphknoten entnommen werden, denn unter nachfolgender systemischer Therapie oder Bestrahlung entstand kein weiteres Tumorwachstum (ACOSOG-Z-001-Studie, AMAROS-Studie). Lediglich bei tastbaren Lymphknoten kann nach wie vor eine Entfernung erwogen werden, um die Tumorlast zu verringern.



↑ **Knochenmetastasen interdisziplinär angehen**
Für die nicht-operative Behandlung von Knochenmetastasen in einem früheren Krankheitsstadium stehen die bewährten Bisphosphonate und der neuere Antikörper Denosumab zur Verfügung. Kommt nach „Bis“ also „Mab“, ist Denosumab eine echte Alternative zu den Bisphosphonaten?
Prof. Dr. Ingo J. Diel von der Praxisklinik am Rosengarten in Mannheim zeigte die Wirksamkeit von Denosumab anhand zweier Fallbeispiele auf. Ziel sind der Knochenschutz (Osteoprotektion) und die Verlängerung der symptomfreien Zeit bei guter Lebensqualität. In beiden Fällen konnte dies erreicht werden.
Die Testung von Denosumab gegen Zoledronsäure (Bisphosphonat) zeigte eine Verlängerung des Zeitraums bis zur ersten Komplikation in den Knochen um viele Monate unter Denosumab.
Leider ist die Datenlage zur Prävention von Knochenmetastasen immer noch uneinheitlich. Niedrig-Risiko-Patientinnen scheinen keinen Vorteil aus einer unterstützenden Denosumab-Behandlung zu ziehen, bei Patientinnen mit einem hohen Risiko ist der Einsatz allerdings durchaus vertretbar, so Diel.
Prinzipiell sollte beim Auftreten von Knochenmetastasen als Alternative zu Chemotherapien zunächst an eine operative Therapie und anschließende Knochen schützende Maßnahmen gedacht werden. Die Einnahme von 1000 IE (Internationale Einheiten) Vitamin D /Tag ist eine zusätzliche Ergänzung.

← Auch **Dr. Wolfgang Gatzemeier** von der Brustabteilung des Krebszentrums Humanitas in Rozzano, Italien, betonte den Wert schonender Brustoperationen, denn bei gleicher Sicherheit seien weniger Nebenwirkungen zu erwarten, die Verstümmelung wäre geringfügiger und das kosmetische Ergebnis besser. Große Eingriffe wären nur bei sehr großen Tumoren angezeigt.
Ein positiver Wächterlymphknoten bleibt in sechzig bis siebzig Prozent der Fälle der einzige befallene Lymphknoten. Bei Mikrometastasen kleiner als zwei Millimeter sind in weniger als zehn Prozent weitere Lymphknoten betroffen. Bei Makrometastasen größer als zwei Millimeter wurden bei einer Lymphknoten-ausräumung der Achselhöhle dennoch nur bei dreißig Prozent der entfernten Lymphknoten weitere Metastasen entdeckt.
In einer neuen Studie (SOUND) wird sogar nur noch mittels Ultraschall beobachtet, ob die Lymphknoten unauffällig sind.
Metastasen können auch entstehen, wenn Tumorzellen eine Resistenz (Unempfindlichkeit) gegenüber dem eingesetzten Medikament gebildet haben. Der neue Hoffnungsträger Everolimus (Afinitor®) soll hier zur Lösung dieses Problems beitragen, eine Substanz, die an einem entscheidenden Knotenpunkt (mTOR) der Übertragung von Wachstumssignalen innerhalb der Krebszelle ansetzt.
Everolimus wird zur Überwindung der Resistenzbildung bei hormonpositiven Tumoren eingesetzt, berichtete Prof. Dr. Florian Schütz, stellvertretender Direktor der Uni-Frauenklinik Heidelberg. Derzeit ist das Medikament nur in der metastasierten Situation für fünf Jahre zugelassen.
Die Kombination mit Exemestan (Aromasin®), einem Aromatasehemmer, verlängerte die rückfallfreie Zeit im Durchschnitt um sieben Monate (BOLERO-2-Studie). Auch eine Abfolge verschiedener Therapieschritte ist möglich, z.B. kann vor oder nach der Behandlung mit dem Tandem Everolimus/Exemestan ein weiteres Antiöstrogen, Fulvestrant, eingesetzt werden, gefolgt von Tamoxifen, das die Östrogenrezeptoren an der Zelloberfläche blockiert.
Mit dieser Behandlungsabfolge soll eine Chemotherapie möglichst „weit nach hinten geschoben“ werden.
Wirksame Medikamente erzeugen in der Regel belastende Nebenwirkungen, bei Everolimus ist mit Mundschleimhautentzündungen und Schluckbeschwerden zu rechnen, welche die Nahrungsaufnahme erschweren können. Durch Dosisanpassungen ist jedoch Erleichterung möglich.



← **Brustkrebsmetastasen auf Abwegen**
Das Vorgehen bei Befall des Brust- oder Bauchfells (Karzinose) beschrieb **PD Dr. Christian Kurbacher** vom Medizinischen Zentrum in Bonn - Friedensplatz.
Ist das Brustfell betroffen, kommt es in dem Spalt zwischen Lungen- und Rippenfell zu einer Flüssigkeitsansammlung (Pleura-Erguss), die sich durch Husten, Atemnot, Schmerzen und Müdigkeit äußert. Etwa zwei bis zwölf Prozent der Brustkrebspatientinnen sind davon betroffen, die Überlebenschancen sind relativ gut. Die Behandlung umfasst Punktionen, Schmerzversorgung, Zytostatika und zielgerichtete Medikamente, auch eine Pleurodese, d.h. eine Verklebung des Spalts zwischen Lungen- und Brustfell mit Talkum ist möglich.
Eine Pleurakarzinose tritt vor allem bei Patientinnen mit einem invasiv-lobulären (Milchläppchen betroffen) Brustkrebs auf.
Ein Befall des Bauchfells (Bauchfellkarzinose) führt zu einem starken Erguss in der Bauchhöhle, erkennbar an erhöhtem Bauchumfang, Schmerzen, Übelkeit und Ödemen.
Neben den klassischen Behandlungsmethoden steht neuerdings der Antikörper Catumaxomab (Handelsname: Removab®) zur Verfügung, der eine verstärkte Immunantwort auslösen soll. Er bindet gleichzeitig an die Tumorzelle und die Immunzelle und stellt auf diese Weise einen direkten Kontakt zwischen Immunsystem und Krebsgeschehen her. Damit konnte eine deutliche Verlängerung der Zeit erreicht werden, bis die Flüssigkeitsansammlung wieder abpunktiert werden musste.



↑ Auch eine Bauchfellkarzinose tritt wiederum vor allem beim lobulären Brustkrebs auf. Der Antikörper sollte Kurbacher zufolge möglichst früh eingesetzt werden, da Patientinnen in einem guten Allgemeinzustand am meisten von dieser neuen Therapieform profitieren.
Haut- und Hirnmetastasen entstehen dagegen häufiger bei triple-negativen und HER2-neu-positiven Tumoren. **Prof. Dr. Florian Schütz**, von der Heidelberger Uni-Frauenklinik nannte als Symptome von Hirnmetastasen Kopfschmerzen, Ödeme, Schwindel, Sehfeld-Einschränkungen, Persönlichkeitsveränderungen und Müdigkeit. Die Diagnose erfolgt durch ein Computer- oder Kernspintomogramm (MRT), sowie die Untersuchung des Liquors („Nervenwasser“).
Schlägt eine Therapie gut an, muss mit keiner wesentlichen Prognoseverschlechterung gerechnet werden.
Hirnmetastasen können entstehen, wenn die Blut-Hirn-Schranke an einer bestimmten Stelle beschädigt ist, sodass Krebszellen eine Eintrittspforte bekommen. Der Tyrosinkinasehemmer Lapatinib (Tyverb®) überwindet ebenfalls diese Schranke und zeigt positive Wirkung.
Als lokale Maßnahmen werden Operation und Bestrahlung mit zum Teil guten Ergebnissen durchgeführt, bei Befall der Hirnhäute kann in den Gehirnspace zusätzlich das Chemotherapeutikum Methotrexat eingebracht werden.
Bei Verdacht auf Hautmetastasen sollten die veränderten Hautbereiche unbedingt abgeklärt werden. Bei Bestätigung ist die Neuanalyse der Tumoreigenschaften wichtig, um eine passende Therapieentscheidung treffen zu können. Lokal kann eine chemotherapeutisch wirksame Creme aufgetragen werden, oder es kommen Radiotherapie und eine systemische Chemotherapie zum Einsatz, zur Steigerung der Wirksamkeit gemeinsam mit einer Hyperthermie (Erwärmung des Tumorgewebes).



← Die Vielfalt pflanzlicher Wirkstoffe ist nahezu unübersehbar. **Prof. Dr. Marcus Schürmann** von der Aeskulap-Klinik Brunnen in der Schweiz breitete eine reichhaltige Palette ergänzender Heilverfahren „aus dem Garten Gottes“ aus.
Als Phytotherapie bei Brustkrebs wurden die Mistel zur Immunstimulation genannt, Extrakte aus der Traubensilberkerze und Lignane (pflanzliche Hormone vor allem aus Leinsamen und Vollkorngetreide) zur Behandlung von Wechseljahresbeschwerden.
Polyphenole (in Vollkorn, Gemüse und Obst, direkt unter der Schale) und Inhaltsstoffe von Kreuzblütlern (Kohlpflanzen) sollen bei der Brustkrebsvorbeugung nützlich sein.
Die in Soja enthaltenen Isoflavone mit einer leicht östrogenartigen Wirkung gelten in üblichen Verzehrmen-gen als unbedenklich, auf die konzentrierte Zuführung in Kapselform sollten Brustkrebspatientinnen jedoch verzichten.
Vorsicht ist auch bei Rotkleeextrakten geboten, sie enthalten Coumestan, das eine chemische Verwandtschaft zu Östradiol aufweist, einem Treibstoff bei hormonpositiven Brustkrebsarten.
Prinzipiell sollten Schutzstoffe immer in Form gesunder Nahrung zugeführt werden, lediglich Extrakte von Kreuzblütlern seien vertretbar, da sie eine hohe Schutzwirkung aufweisen.



↑ Ebenso undenkbar vor nicht allzu langer Zeit: die heilsame Wirkung eines Glases Rotwein für Brustkrebspatientinnen. Unter dem Motto: „Prost Brustkrebs“ beschrieb **Prof. Dr. Joachim Drevs** von der Praxis für Integrative Onkologie in Tübingen auf unnachahmlich humorvolle Art und Weise die Gratwanderung zwischen Genuss und möglicher Schädigung.
Rotwein gilt seit dem Altertum als Heilmittel, erlebte seinen Durchbruch jedoch erst im letzten Jahrhundert mit dem „Französischen Paradox“: Trotz Rauchen und fettem Essen war die Herzinfarktrate in Frankreich niedriger als anderswo, vermutlich durch mäßigen aber regelmäßigen Konsum von Rotwein.
Er enthält stark wirksame Antioxidantien, wirkt entzündungs- und gerinnungshemmend und erleichtert den Fettstoffwechsel. Die Maximaldosis für Frauen läge bei 200 ml/Tag, das entspricht ungefähr 20 g Alkohol. Im Krankheitsfall sollte diese Menge weiter reduziert werden.
Resveratrol, der wirksame Inhaltsstoff, ist Teil des pflanzeneigenen Immunsystems und verfügt über vielfältige Wirkungsmöglichkeiten. So soll durch Resveratrol eine Resistenz von Krebszellen gegenüber Chemotherapien durchbrochen werden, der Blutzuckerspiegel sinken, die Insulinwirkung steigen, und Entzündungen gehemmt werden. Auch scheinen der natürliche Zelltod gefördert und die Zellteilung gebremst zu werden, bisher jedoch nur im Tierversuch.
Leider ist der Gehalt an Resveratrol in der für Brustkrebspatientinnen unschädlichen Weinmenge zu gering, sodass an eine Ergänzung in Kapselform gedacht werden kann, so Drevs. Jedoch sollte dies nicht unkontrolliert, sondern unter ärztlicher Aufsicht erfolgen.

← **Den natürlichen Medikamentenschatz nutzen!**
Sport uneingeschränkt ja – Wein? Mag sein.

Sport nach Krebs ist Teil einer ganzheitlichen Behandlung, kann Frau dem Krebs aber sogar davon laufen?
Dr. Thorsten Schmidt, Sportwissenschaftler vom Universitätsklinikum Schleswig Holstein in Kiel bekräftigte die Bedeutung sportlicher Betätigung für die Senkung von Rückfallraten. Je aktiver die Patientin, desto niedriger das Sterblichkeitsrisiko. Sport verbessert nicht nur die Immunfunktion, sondern auch die Menge der an Entzündungsprozessen beteiligten Zytokine (Eiweißstoffe) nimmt ab.
Die alten medizinischen Empfehlungen zur körperlichen Schonung sind eindeutig überholt, es gibt keine Bewegungsverbote mehr. Trainingsempfehlungen lauten: zwei bis drei Mal pro Woche Krafttraining und ebenso oft Ausdauertraining. Nähere Informationen unter: thorsten.schmidt@uksh.de.

Busenfreunde 2013 – ein Duo für die Integration

Feierliche Übergabe der Trophäe



v.l.n.r. Die Busenfreund-Preisträger Prof. Dr. med. Gustav Dobos, Ursula Goldmann-Posch und PD Dr. med. Sherko Kümmel.

Mit Spannung wurde das Ergebnis zur Wahl des Busenfreund 2013 erwartet. Die Auszeichnung ging zur Freude aller Anhänger einer integrativen

Onkologie dieses Jahr an zwei auf diesem Gebiet herausragende Spezialisten: **Prof. Dr. Gustav Dobos und PD Dr. Sherko Kümmel vom Klinikum Essen-Mitte.**

Prof. Dobos als Leiter der Abteilung Naturheilkunde und integrative Medizin und PD Dr. Kümmel als Direktor der Klinik für Senologie (Brustheilkunde) prak-

tizieren auf vorbildliche Art und Weise Zusammenarbeit zum Wohl von Brustkrebspatientinnen.

Kann die integrative Onkologie als zukünftige Standardbehandlung von Brustkrebs gesehen werden? Unter Mitarbeit von Dobos/Kümmel wird in den USA bereits eine „Leitlinie integrative Onkologie“ geplant, Aufbruchstimmung ist spürbar.

Der integrative Ansatz sieht den Menschen in seiner Gesamtheit und beschränkt sich nicht auf das kranke Organ, so Dobos. Die medizinische Praxis besteht aus der Kombination von Schulmedizin und wissenschaftlich geprüfter Naturheilkunde, unter Einbezug der sogenannten Mind-Body-Medicine.

Diese soll die Interaktion zwischen Gehirn und Körper zur Steigerung der Selbstheilungskräfte nutzen. Eine wichtige Rolle spielen auch die Inanspruchnahme sozialer Unterstützung und die Berücksichtigung des Salutogenese-Modells von Aaron Antonovsky. Hierbei stehen die Fähigkeiten zum Umgang mit belastenden Situationen im Mittelpunkt, ein Gefühl von Selbstwirksamkeit durch das Empfinden, selbst Kontrolle über das

Geschehen ausüben zu können.

Sich ausgeliefert zu fühlen erzeugt dagegen Stress, der in eine Depression münden kann. Depressionen können jedoch die Sterblichkeitsrate um ein Drittel erhöhen, auch ist die Unterdrückung von Abwehrfunktionen möglich.

Chronischer Stress steigert im Tiermode das Tumorwachstum und die Metastasierung, während soziale Unterstützung die Überlebensraten verbessert. Zur Verminderung von Stressreaktionen tragen achtsamkeitsbasierte Übungen, Yoga und Meditation bei. Ergänzende As-

pekte aus der Schulmedizin sind unter anderem die Bedeutung einer „intelligenten Tumorkonferenz“, ergänzte Kümmel. Zwar gibt es Leitlinien, jedoch sollten immer die Suche nach neuen Erkenntnissen und der Einschluss von Naturheilkunde in den Behandlungsplan mit einfließen. Die Non-Compliance von Patientinnen, d.h. die Weigerung, einen gewählten Therapieweg konsequent mit zu gehen, mache Zusatzangebote notwendig. Das Klinikum Essen-Mitte sei mit der wissenschaftlichen Bewertung ergänzender Angebote auf einem guten Weg und brauche den internationalen Vergleich nicht scheuen. (gr) *

KONTAKT

Prof. Dr. med. Gustav Dobos

Direktor der Klinik für Naturheilkunde und Integrative Medizin
Kliniken Essen-Mitte – Knappschafts-Krankenhaus
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Duisburg-Essen
Am Deimelsberg 34 a
45276 Essen
www.kliniken-essen-mitte.de/naturheilkunde

PD Dr. med. Sherko Kümmel

Direktor der Klinik für Senologie/ Brustzentrum
Kliniken Essen Mitte
Evang. Huyssens Stiftung/Knappschaft GmbH
Henricistr. 92
45136 Essen
www.kliniken-essen-mitte.de

ANZEIGE

Brustkrebstherapie: Nebenwirkung „Scheidentrockenheit“

Sie können sich sofort selbst helfen

Trockenheitsgefühle, Juckreiz, Brennen, Schmerzen im Vaginalbereich können die Nebenwirkungen einer Brustkrebstherapie sein. Zur Linderung dieser Beschwerden gibt es Vagisan® FeuchtCreme, die erste hormonfreie Creme gegen Scheidentrockenheit. Die Verträglichkeit und eine hochsignifikante Besserung der Beschwerden sind durch eine klinische Studie* belegt.



Die hormonfreie **Vagisan® FeuchtCreme** gibt Ihnen „ein Stückchen Lebensqualität“ zurück. Rezeptfrei in der Apotheke

Auch als Vagisan® FeuchtCreme Kombi. Vaginalzäpfchen zur Anwendung in der Scheide (ohne Applikator) und Creme für den äußeren Intimbereich.

www.vagisan.de

* Anwendungsuntersuchung zur Verträglichkeit und Wirksamkeit von Vagisan® FeuchtCreme bei Brustkrebspatientinnen mit dem Beschwerdebild der vulvovaginalen Trockenheit. Abschlussbericht 14.09.2010, Dr. August Wolff; Veröffentlichung in Vorbereitung

Für Ihre Apotheke: **Intimer Kauf ohne Worte**

Bitte einmal **Vagisan® FeuchtCreme** (PZN 6786786) oder **Vagisan® FeuchtCreme Kombi** (PZN 6882372)

Dr. August Wolff GmbH & Co. KG Arzneimittel, 33532 Bielefeld

Neue Therapieoption für Patienten mit schmerzhaften Metastasen der Wirbelsäule

Interview mit
Prof. Dr. med. Andreas Kurth

Bösartige Tumore zerstören nicht nur umliegendes Gewebe sondern streuen häufig auch in andere Körperteile und bilden dort Metastasen. Wandern Tumorzellen in den Knochen, ist häufig die Wirbelsäule davon betroffen. Hierbei treten insbesondere in der Lenden- oder Brustwirbelsäule starke Schmerzen und eine erhöhte Bruchgefahr auf, da die Metastasen die Stabilität des Knochens negativ beeinflussen. Mit einem neuen, speziell für die Wirbelsäule und den Knochen entwickelten minimalinvasivem Verfahren werden Metastasen von innen erhitzt, abgetötet und gleichzeitig der Knochen mit speziellem Zement wieder stabilisiert.

mamazone: Herr Prof. Kurth, Sie waren maßgeblich an der Entwicklung der STAR Tumor Ablation beteiligt, haben 2010 den ersten Patienten weltweit damit im Rahmen der klinischen Studienphase behandelt. Welche Idee/ Vision haben Sie damit verfolgt?

Prof. Kurth: Nach vielen Jahren der chirurgischen wie auch wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Thema Knochenmetastasen ist es immer klarer geworden, dass Tumor im Knochen nicht nur zu Schmerzen führt und Brüche der betroffenen Knochen zur Folge hat, sondern je weniger Knochen mit Tumor versehen ist, umso besser ist das Überleben von Tumorpatienten. Eine lokale Therapie ist bisher nur durch die Strahlentherapie und durch große chirurgische Interventionen möglich. Zwar ist das Verfahren der lokalen Ablation des Tumors durch Energie nichts Neues, aber bisher gab es kein adäquates Verfahren, diese Energie kontrolliert in den Bereichen des Tumors im Knochen anzuwenden. Einfache Sonden, die für Weichteiltumore konzipiert wurden, waren nicht richtig zu platzieren und die Energie konnte ihre „tödliche“ Wirkung für das Gewebe nicht kontrolliert abgeben.

Wenn man neben der Schmerzreduktion aber auch eine Tumorkontrolle im Knochen erreichen möchte, ist dies eine wichtige Voraussetzung für ein lokal anwendbares Verfahren.

Des Weiteren haben wir immer noch einem minimalinvasiven Verfahren gesucht, das uns all diese Optionen gibt.

Durch die Ablation wird der Knochen aber auch deutlich geschwächt, oder er war durch den Tumor bereits geschwächt. Dies führt zu Frakturen der Wirbelsäule, die dann eine weitere aufwendige Operation nach sich ziehen können. Aus diesem Grund ist es sinnvoll, direkt nach der Abtötung des Tumors den geschwächten Knochen mit Knochenzement zu stabilisieren. Dies war eine der Bedingungen, die ich an ein neues System stellte. Wir haben ein Verfahren entwickelt, dass uns im selben Arbeitsschritt und mit demselben Instrumentarium erlaubt, den Tumor zu kontrollieren und den Knochen zu stabilisieren.

mamazone: Wie muss man sich das Verfahren in der Praxis vorstellen?

Prof. Kurth: Der Eingriff selbst ist relativ unkompliziert und in der Regel nach 30 Minuten beendet. Hierbei wird über einen 1cm kleinen Schnitt im Rücken eine Kanüle in den Wirbelkörper eingeführt, anschließend eine speziell entwickelte navigierbare Sonde eingebracht, die die Metastase sehr kontrolliert erhitzt und das Tumorgewebe zerstört. Meistens wird der Wirbelkörper anschließend mit Knochenzement von innen stabilisiert, dies erfolgt, wie bereits gesagt, über densel-



Prof. Dr. med. Andreas Kurth

ben Zugang. Anschließend verbleibt der Patient noch ein paar Tage in der Klinik, ist in der Regel aber direkt nach der OP schon wieder schmerzfrei.

mamazone: Das Verfahren wird nun bereits seit Ende 2011 erfolgreich in den USA eingesetzt und seit Oktober 2013 auch hier in Deutschland. Wie sind die Ergebnisse bisher?

Prof. Kurth: Zwischenzeitlich wurden über 800 Patienten und mehr als 1000 Wirbelkörper damit behandelt. Alle Patienten hatten innerhalb des nächsten Tages, häufig sogar direkt nach dem Eingriff deutlich weniger Schmerzen oder waren sogar schmerzfrei. Es gab keinerlei Komplikationen, und ich bin sehr zufrieden mit der derzeitigen Entwicklung. Dass wir diese neue Technik nun auch in Deutschland zur Verfügung haben, liefert uns Chirurgen eine neue minimalinvasive und vor allem sehr kontrollierte Therapieoption für unsere Patienten.

mamazone: Gibt es Einschränkungen bei der Primärtherapie bzw. müssen Patienten ihre Tumor-Therapien für den Eingriff unterbrechen?

Prof. Kurth: Sämtliche Therapien können ohne Probleme parallel weitergeführt oder begonnen werden. Dieser Eingriff hat keine Auswirkungen auf medikamentöse Therapien oder notwendige Strahlentherapien. Ganz im Gegenteil. Häufig können Patienten durch die schnelle Schmerzlinderung erst die Strahlentherapie beginnen oder benötigen deutlich weniger Schmerzmittel, da die durch die Metastase hervorgerufenen Rückenschmerzen unmittelbar zurückgehen.

mamazone: Für welche Patienten eignet sich dieses Verfahren?

Prof. Kurth: Viele Patienten könnten von der STAR Tumor Ablation profitieren. Ich denke hierbei sowohl an Patienten deren Tumorerkrankung eine Weile zurückliegt und die sich im Stadium der „Chronifizierung“ befinden, also weitestgehend nor-

mal Ihren Alltag verbringen, aber durch Rückenschmerzen wieder zurückgeworfen werden in ihre Erkrankung. Genauso aber auch schwerstkranke Patienten, die ihre verbleibende Zeit weitgehend aktiv und schmerzfrei mit Ihrer Familie und Angehörigen verbringen möchten. Manche Patienten haben Tumore, die nicht gut oder kaum auf Strahlentherapie ansprechen, oder die ihre zulässige Bestrahlungshöchstdosis überschritten haben. Außerdem profitieren natürlich auch Patienten, denen keine großen chirurgischen Eingriffe zugemutet werden können, oder die einzelne oder wenige Metastasen in der Wirbelsäule haben. Am besten ist natürlich eine interdisziplinäre Abklärung mit den beteiligten Ärzten wie dem Onkologen, dem Strahlentherapeuten und natürlich dem Operateur. ✿

KONTAKT

Fachkrankenhaus Ratingen

Zentrum für Orthopädie und Rheumatologie
Ärztlicher Direktor und Medizinischer Geschäftsführer
Prof. Dr. med. Andreas Kurth
Rosenstraße 2
40882 Ratingen

QUELENNACHWEISE

Interview DFine Europe GmbH, Mannheim
mit Professor Andreas Kurth, Ratingen



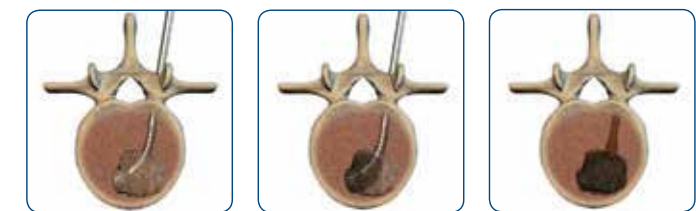
Intraoperative Darstellung des flexiblen Ablationsinstrumentariums im Wirbelkörper

ANZEIGE

STARTM
TUMOR ABLATION SYSTEM

Das STARTM Tumor Ablation System

Gezielte Radiofrequenz-Ablation (t-RFA) zur Behandlung schmerzhafter Wirbelsäulenmetastasen.



- Minimal-invasives Verfahren
- Schnelle Schmerzlinderung (vor einer gegebenenfalls notwendigen Strahlentherapie)
- Ermöglicht die zielgerichtete Behandlung von strahlenresistenten Tumoren
- Neue Therapieoption bei Erreichung der Strahlendosisgrenze
- Verbesserung der Lebensqualität

Dieses minimal-invasive Verfahren ist sowohl mit Chemo- als auch mit Strahlentherapie kompatibel.

DFINE Europe GmbH
Dynamostraße 3
D-68165 Mannheim, Germany
Office: +49 (0) 621 820 905 00
Fax: +49 (0) 621 820 905 77
www.dfine.eu



Biobanking – eine zukunftsweisende Aufgabe



Dr. Christoph Brochhausen, leitet die Planung und Initialisierung einer modernen Gewebekbank am UCT Mainz.

Neue Entwicklungen für eine verbesserte Qualität von Proben

Von Dr. C. Brochhausen

Biobanken stellen eine Gruppe von unterschiedlichen Sammlungen biologischen Materials oder biologischer Daten dar. Dabei werden Sammlungen von Erregern, Zellen und Körperflüssigkeiten ebenso als Biobanken bezeichnet wie die von Geweben oder von biologischen Daten. In der Medizin spielen Biobanken für die personalisierte Medizin eine wichtige Rolle. Gerade in der Onkologie werden heute Behandlungen zum Teil entsprechend individueller Tumorkennzeichen geplant. Ein Beispiel ist die antihormonelle Therapie von Brustkrebs. Die Erforschung weiterer individueller Tumormarker und die von Resistenzgenen gegen Medikamente werden diesen Trend in Zukunft weiter bestimmen. Für die Entwicklung neuer wirksamer Substanzen und für deren therapeutischen Einsatz sind Expressionsanalysen am Tumorgewebe notwendig. Biobanken sind hierzu ein notwendiges Instrument, wobei Harmonisierungsbestrebungen, Kostendruck und gesteigerte Anforderungen im Qualitätsmanagement das Bedürfnis nach automatisierten Biobanklösungen geweckt haben.

Einschränkende Faktoren für die Nutzung der Proben aus Biobanken sind nicht die modernen Analyseverfahren zur Entdeckung neuer Zielmoleküle für innovative Medikamente, sondern die Infrastruktur der Gewebegewinnung für die Lagerung in einer Biobank. Beide Fak-

toren sind entscheidend für die Probenqualität hinsichtlich ihrer biologischen Kennzeichen. Der Idealzustand einer vollautomatisierten Lagerung bei Temperaturen unterhalb von -130°C war bis vor kurzem noch nicht realisiert. Ausserdem ist aufgrund der häufig eingesetzten Mikropplatten-Formate die individuelle Suche nach den Proben nicht immer möglich. Eine dauerhaft die Wärmeexposition eliminierende Lagerung ist somit noch nicht erreicht. Auch Institutionen mit kleineren Probensammlungen möchten sich den neuen Herausforderungen stellen und beabsichtigen eine Verbesserung der Lagerbedingungen und der Probendokumentation. Ablösende Etiketten, lange Suchprozesse im Stickstofftank, die damit verbundene Erwärmung weiterer Sammlungsteile sowie aufwändige Inventurvorgänge sind als grösste Herausforderungen zu nennen. Auch wenn für kleinere Biobanken bereits Automationsansätze bzw. Softwarelösungen bestehen, ist jedoch – wie auch in einigen grossen Biobanken – die z.B. für Zellen wichtige Stickstoff-(Gasphasen)lagerung noch nicht gelöst.

Innovative Neuentwicklungen

Dieser Herausforderung stellen sich innovative Neuentwicklungen der Stickstofflagerung, wie die der Firma Angelantoni (Vertrieb: Sysmex Bioscience). In diesem System wird erstmals die Stickstofflagerung vollautomatisiert, sodass Probenmaterial ohne manuelle Tätigkeit bei Temperaturen unterhalb von -150°C gelagert werden kann. Der sogenannte Smartfreezer® arbeitet auf Basis einer »Cherry Picking« Lösung, das heisst mit der Möglichkeit einzelne Proben ein- und auszulagern, ohne dass andere bewegt und der Wärme ausgesetzt werden. Aufgrund dieser bisher weltweit einzigartigen Lösung bleibt die Qualität der Probensammlung dauerhaft gesichert. Ermöglicht wird diese Technologie durch ein Verfahren, mit dem die unterschiedlichen Lagerungsebenen in der Stickstoff-Gasphase individuell und hochpräzise angesteuert werden. Die Gerätesteuerung erfolgt über eine integrierte Software, die das aktuelle Inventar auf Knopfdruck verfügbar macht. Dank der eindeutigen Zuordnung per 2D-Code auf dem entsprechenden Probenbehälter, dem Kryotube,

erfolgt das gewünschte Ein- oder Auslagern innerhalb weniger Sekunden, wobei keine andere Probe der Sammlung einen Temperaturanstieg erfährt und sich so keine Feuchtigkeit niederschlägt. Neben der ununterbrochenen tiefkalten Lagerung ist sichergestellt, dass die Probengefässe eisfrei bleiben und die Lesbarkeit des 2D-Codes optimal erhalten bleibt.

Dieser Quantensprung der Automatisierung setzt neue Standards in der Kryoasservierung zur deutlichen Verbesserung der Probenqualität. Gemeinsam mit innovativen Datenmanagementsystemen zur Verknüpfung modular aufgebauter Biobanken wird so die Verwertbarkeit von Probenmaterial deutlich verbessert. Diese Ansätze können den hohen Qualitätsanforderungen gerecht werden, die führende Wissenschaftler an moderne Biobankdaten stellen.

Bereits die heute bestehenden Biobanklösungen liefern für die aktuelle Therapie hinreichende Probenqualität. Perspektivisch gilt es jedoch, die Patienten von den enormen Entwicklungen in der personalisierten Medizin auch in Zukunft profitieren zu lassen. ❀

KONTAKT

Dr. Christoph Brochhausen, Institut für Pathologie, Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität, Langenbeckstraße 1, 55131 Mainz, Tel.: 06131 17 73 07, Fax: 06131 17 47 73 07, E-mail: brochhausen@pathologie.klinik.uni-mainz.de



Verbesserung der Probenqualität mit dem vollautomatischen Kryolagerungssystem Smartfreezer®



Metastasierter Brustkrebs Lebensqualität im Fokus

Schätzungen zufolge haben mehr als 74.000 Frauen im vergangenen Jahr die Diagnose Brustkrebs erhalten. Nach dem ersten Schreck folgt oftmals Erleichterung, denn die Chancen auf Heilung stehen gut: Experten schätzen sie auf 80 Prozent. Bei einigen schreitet die Krankheit fort beispielsweise durch das Auftreten von Knochenmetastasen. Sie bringen Knochenaufbau und Knochenabbau aus dem Gleichgewicht. Die Stabilität des Knochens sinkt und das Risiko für Knochenbrüche steigt. Dadurch wird die Lebensqualität der Erkrankten stark beeinträchtigt. „Daher ist es wichtig, Knochenmetastasen frühzeitig zu erkennen. Patientinnen können dabei aktiv mithelfen, indem sie ihren Arzt sofort über Knochenschmerzen informieren“, erklärt Professor Dr. Ingo J. Diel, gynäkologischer Onkologe aus Mannheim und Vorsitzender der Deutschen Osteonkologischen Gesellschaft (DOG).

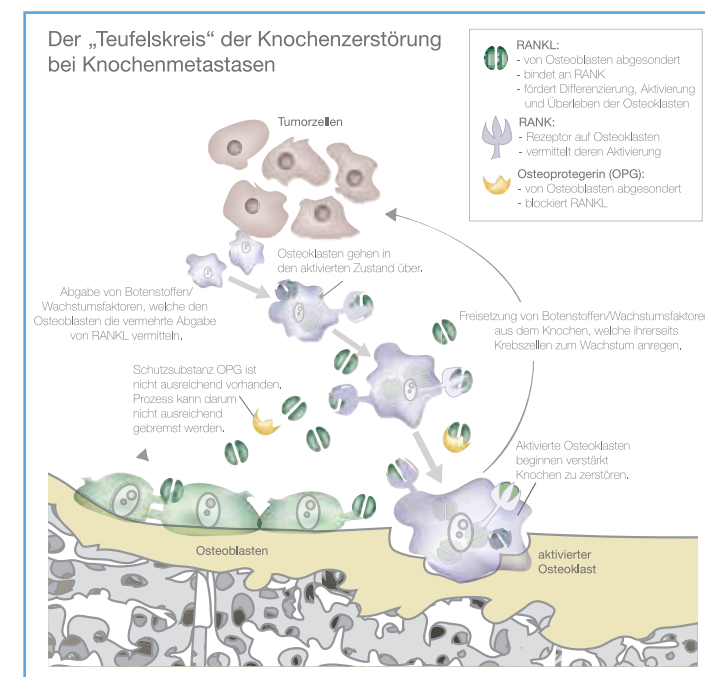
Krebszellen können den Knochen zerstören

Gesunde Knochen werden ständig auf-, ab- und umgebaut. Zellen, die Knochensubstanz aufbauen, werden Osteoblasten genannt, Knochen abbauende Zellen heißen Osteoklasten. Osteoblasten übernehmen bei diesen Vorgängen eine Schrittmacherfunktion, indem sie Botenstoffe produzieren, die die Aktivität der Osteoklasten steigern oder reduzieren. Eine zentrale Rolle spielt dabei RANK-Ligand (kurz RANKL). Er passt wie ein Schlüssel zu einer RANK genannten Struktur auf der Oberfläche der Osteoklasten und fördert deren Aktivität. Ein zweiter Botenstoff der Osteoblasten, das Osteoprotegerin (OPG), bremst die Abbauaktivitäten der Osteoklasten, indem es RANKL bindet und so seine den Knochenabbau fördernde Wirkung verhindert. Tumorzellen stören diese Kommunikation, indem sie die Osteoblasten veranlassen, vermehrt RANKL zu bilden. Die Osteoklasten beginnen die Knochen zu zerstören. Dies wiederum setzt Botenstoffe aus dem Skelett frei, die die Krebszellen zum Wachstum anregen. Zugleich schaffen sich die Tumorzellen Raum, in den sie hineinwachsen können. Wissenschaftler sprechen hier auch vom Teufelskreis der Knochenzerstörung.

Lebensqualität unterstützen

Das Auftreten von Knochenmetastasen bedeutet, dass die Krankheit in ein chronisches Stadium übergegangen ist. Ziel der Therapie ist es, das Fortschreiten der Erkrankung hinauszuzögern und die Lebensqualität, sprich Schmerzfürsorge und Mobilität der Betroffenen, mög-

lichst lange zu erhalten. Zur Behandlung von Knochenmetastasen stehen verschiedene Optionen zur Auswahl, die gegebenenfalls auch kombiniert werden können. Durch eine Bestrahlung können Metastasen lokal kontrolliert und Knochenbrüche verhindert werden, und sie wirkt gegen Schmerzen. Auch Operationen zur Stabilisierung der Knochen können notwendig werden. Bisphosphonate lagern sich im Knochen ab und hemmen so die Abbauvorgänge. Außerdem tragen sie zur Schmerzlinderung bei. Bei den knochenschädigenden Abbauvorgängen setzt auch die Therapie mit RANKL-Antikörpern an. Sie greift in das Zusammenspiel von Osteoblasten und Osteoklasten ein, indem die Antikörper die schützende Funktion von OPG imitieren. So wird der Teufelskreis der Knochenzerstörung unterbrochen. „Die Entscheidung für eine bestimmte Therapieform treffen Arzt und Patient nach eingehender Beratung gemeinsam. Ziel aller Maßnahmen ist es, dass die Betroffenen ihr Leben mit Freude am Alltag aktiv gestalten können“, erklärt Diel.



Zum Weiterlesen:

www.leben-mit-knochenmetastasen.de, eine Information der Amgen GmbH zur Entstehung und Behandlung von Knochenmetastasen.

Ihre mamazone-AGENDA zum Notieren

Liebe Leserinnen und Leser, in unserem mamazone-Terminkalender weisen wir Sie auf wichtige Kongresse und Veranstaltungen hin. Falls Sie selbst einen Termin für unseren Kalender haben, dann bitten wir Sie um dessen Zusendung an buero@mamazone.de

Januar 2014

19. Onkologisches Symposium
am 18. Januar 2014
von 9.00 – 13.00 Uhr
im Universitätsklinikum Regensburg

Februar 2014

Treffen der Regionalgruppe Berlin
am 7. Februar 2014 um 17.00 Uhr
im Nachbarschaftsheim Schöneberg e.V.,
Holsteinische Straße 30, 12161 Berlin
(Friedenau)
Vortrag zur Nachsorge bei Brustkrebs;
Referentin: Fr. Dr. Dombrowski-Leutcke,
Chefärztin des BZ. / Ev. Waldkranken-
haus in Berlin; Eventuelle Änderungen
unter: [www.mamazone.de/mamazone/
regionalgruppen/berlin/](http://www.mamazone.de/mamazone/regionalgruppen/berlin/)

**DKK – 31. Deutscher Krebskongress
in Berlin**
vom 19. - 22. Februar 2014

März 2014

**Zweiter Brustkrebstag der Initiative
„Gemeinsam aktiv – Leben
mit Brustkrebs“**
am Dienstag, den 4. März 2014
mit Dr. Albert Roßmann dem
Chefarzt der Frauenklinik Weiden in
der Oberpfalz

Treffen der Regionalgruppe Berlin
am 7. März 2014 um 17.00 Uhr
im Nachbarschaftsheim Schöneberg e.V.,
Holsteinische Straße 30,
12161 Berlin (Friedenau)
Vortrag zur Mistel – Therapie,
Referentin: Fr. Dr. Debus, internist.
Hämato-/ Onkologin, MVZ Gemein-
schafts Krankenhaus Havelhöhe;
Eventuelle Änderungen unter:
[www.mamazone.de/mamazone/
regionalgruppen/berlin/](http://www.mamazone.de/mamazone/regionalgruppen/berlin/)

Messe „aktiv + vital“
vom 7. - 9. März 2014 in Dresden
Weitere Informationen unter:
www.aktiv-vital-messe.de

2. Brustgesundheitsstag in Dorsten
Informationen und Hilfen für Patienten
und Angehörige
am 15. März 2014
Weitere Informationen unter:
[www.mamazone.de/mamazone/
regionalgruppen/dorsten/](http://www.mamazone.de/mamazone/regionalgruppen/dorsten/)

**EBCC - 9th European Breast Cancer
Conference in Glasgow, Schottland**
Informationen und Hilfen für Patienten
und Angehörige
vom 19.-21. März 2014
Weitere Informationen unter:
[www.ecco-org.eu/Conferences/
Conferences/EBCC9.aspx](http://www.ecco-org.eu/Conferences/Conferences/EBCC9.aspx)

18. Patiententag „Leben mit Krebs“
Informationen und Hilfen für Patienten
und Angehörige
am 22. März 2014
von 10.00 – 17.00 Uhr
im Universitätsklinikum Tübingen,
Geissweg 3, 72076 Tübingen

Was tun bei Lymphstau?
am 27. März 2014
von 19.00 - 20.30 Uhr.
Vortrag und praktische Übungen zur
Selbsthilfe. Veranstaltungsort: VHS
Othmarschen, Waitzstr. 31,
22607 Hamburg, Veranstalter ist die
Gesellschaft für Biologische Krebsabwehr

April 2014

**Patiententag der Berliner
Brustzentren**
am 6. April 2014 ab 9.00 Uhr
im Hotel Maritim proArte,
Friedrichstr.151, 10117 Berlin-Mitte

**Möglichkeiten und Grenzen
von komplementären Therapien
bei Krebs**
am 24. April 2014 um 15.00 Uhr
im Stadtbad Chemnitz, Mühlenstr. 21,
09111 Chemnitz, Veranstalter ist die
Gesellschaft für Biologische Krebsabwehr

„weiblich die frauenmesse“
vom 26. - 27. April 2014 in Neu – Ulm
Weitere Informationen unter:
www.esemge.de

Mai 2014

6. RehaKongress
vom 7. - 9. Mai 2014 in Bad Kissingen.
Weitere Informationen unter:
www.rehakongress.de

AVON RUNNING Berliner Frauenlauf
am 10. Mai 2014
Weitere Informationen unter:
www.berliner-frauenlauf.de

Patientenforum „Krebsinformation“
am Samstag, den 24. Mai 2014
in Heidelberg
Weitere Informationen unter:
www.krebsinformationsdienst.de

9. Fürstenfelder Gesundheitstage
vom 24. - 25. Mai 2014
Weitere Informationen unter: [www.
fuerstenfeld.de](http://www.fuerstenfeld.de)

Juni 2014

**34. Jahrestagung Deutsche
Gesellschaft für Senologie**
vom 19. - 21. Juni 2014
in Berlin.
Weitere Informationen unter:
www.senologiekongress.de.

September 2014

„LaMamma“-Projekt im Klinikum Augsburg
am 20. September 2014
Eine Fortbildungsveranstaltung für
Krankenschwestern und Mitarbeiterinnen von
onkologischen und gynäkologischen Praxen.
Weitere Informationen unter:
[www.mamazone.de/projekte/
lamamma/lamamma-augsburg/](http://www.mamazone.de/projekte/lamamma/lamamma-augsburg/)

**ESMO - 39th European Society
of Medical Oncology**
vom 26. - 30. September 2014
Madrid, Spanien
Weitere Informationen unter:
www.esmo.org/Conferences/ESMO-2014-Congress

Oktober 2014

**Intersana internationale
Gesundheitsmesse**
vom 17. - 19. Oktober 2014 in Augsburg
Weitere Informationen unter:
www.intersana.de

**14. „Projekt Diplompatientin“
in Augsburg**
vom 30. Oktober – 2. November 2014
Weitere Informationen unter:
www.diplompatientin.de

November 2014

**14. „Projekt Diplompatientin“
in Augsburg**
vom 30. Oktober – 2. November 2014
Weitere Informationen unter:
www.diplompatientin.de

Dezember 2014

**SABCS - 37th Annual San Antonio Breast Cancer
Symposium**
vom 9. - 13. Dezember 2014
in San Antonio, TX, USA;
Weitere Informationen unter: www.sabcs.org

**WISSEN
SCHAFFT
VERTRAUEN**



Patienteninformation zur Misteltherapie

In deutscher, englischer, spanischer
und türkischer Sprache.

Kostenlos anfordern!

ABNOBA

ABNOBA GmbH · Hohenzollernstraße 16 · 75177 Pforzheim
Tel. 0 72 31 - 31 50 50 · info@abnoba.de · www.abnoba.de

Unser Tag bei „Recover your Smile“

Von Biggi Welter, Bettina Kugler und Melanie Schmidt-Hilz

Es war ein eiskalter Wintertag, als Bettina, Mella und ich am Bahnhof standen und zunächst fast in den falschen Zug eingestiegen wären. Gemeinsam fuhren wir nach München, und wir waren gespannt, was uns erwarten würde.

In München angekommen, wurden wir in einem schönen Altbau mitten in der Innenstadt am Sendlinger Tor, in der Make Up Artist Schule „Lilly meets Lola“ von Sandra Kader und Rosi Nicolic begrüßt.

Barbara Stäcker, Vorsitzende des Vereins „Recover your Smile“, erzählte uns von Nana und der Entstehungsgeschichte dieses Projekts mit dem wundervollen Namen. Nana war ihre Tochter und verstarb im Jahr 2012 mit nur 21 Jahren am Ewing-Sarkom (einer bösartigen Tumorerkrankung des Knochens, die vor allem Jugendliche betrifft und eine schlechte Prognose hat). Während ihrer Erkan-

kung begann Nana, sich mit künstlerischem Talent wieder zu schminken, ließ sich fotografieren und erlebte dabei, dass sie sich so wesentlich besser fühlte. Es entstanden eindrucksvolle Bilder – bis kurz vor ihrem Tod. Auch ohne Haare strahlte sie Schönheit und Selbstbewusstsein aus. Während ihrer Erkrankung schrieb sie viel auf Facebook, und ihre Fangemeinde wuchs täglich. Auch Mitpatientinnen machte sie mit ihren Fotos und ihrer Geschichte Mut. Gemeinsam mit Sandra Kader, der Geschäftsführerin von „Lilly meets Lola“, initiierte Nana im Herbst 2011 das Projekt „Recover your Smile“, um auch anderen Frauen während der Krankheitsphase die Möglichkeit zu geben, sich schön zu fühlen und verloren gegangenes Selbstbewusstsein zurück zu erlangen. Gerade bei den augenscheinlichen Veränderungen während einer Chemotherapie ist dies von besonderer Bedeutung.

Nanas Tod im Januar 2012 nahm ihr die Möglichkeit, diese ihr so am Herzen liegende Idee selbst zu betreuen und

auszubauen. Heute führt die Mutter das Vermächtnis ihrer Tochter weiter. Mit Nanas und Freunden der Familie gründete sie im Sommer 2012 den gemeinnützigen Verein „Nana-Recover your Smile e.V.“ Dank der ehrenamtlichen Unterstützung durch Fotografen, Make up Artists und Freunden ist es dem Verein gelungen, sowohl im Schmink- und Stylingbereich, als auch bei den Fotoshootings professionelles Niveau zu erreichen.

Und so begann unser Tag: Zunächst wurde uns gezeigt, wie wir uns auch ohne Augenbrauen oder Wimpern vorteilhaft und natürlich schminken, Blässe übertönen, Hautirritationen vorteilhaft abdecken können, und wie man Augenringe kaschiert. Schon jetzt gab es viel Gelächter, da stets eine sehr heitere und gelöste Stimmung im Raum war. Anschließend wurden wir alle von einem professionellen Make up Artist geschminkt, Bettina mit viel Farbe, Mella mit Strasswimpern und ich ganz dezent, so wie jeweils von uns gewünscht.

Danach konnten wir uns umziehen, oder uns Dekoratives aus der „Schatzkiste“ aussuchen, da es im Fundus von Recover your Smile neben einer Vielzahl von bunten Perücken auch Kleider, Stoffe, Schmuck und sonstige Accessoires zu entdecken gab. Bettina fand eine pinkfarbene Perücke von Nana,



Bettina Kugler, Biggi Welter, Melanie Schmidt-Hilz (Foto: Frank Jagow)



Biggi Welter (Foto: Sylwia Makris)



Melanie Schmidt-Hilz (Foto: Frank Jagow)

Mella sah aus wie ein Bollywoodstar, da sie entsprechend ihrem Wunsch ein Make up mit viel Türkis bekommen hatte. Dank der Größe der Räumlichkeiten von „Lilly meets Lola“ ist es möglich, ein kleines Fotostudio mit entsprechendem Hintergrund, Blitzleuchten und Reflexschirmen aufzubauen. Alle drei gingen wir in dieses „Studio“ und ließen uns fotografieren. Ich persönlich war anfangs sehr unsicher und gehemmt, da ich mich seit meiner Erkrankung nicht besonders wohl in meiner Haut fühle. Frank, der Fotograf, ging jedoch sehr behutsam vor und nahm sich viel Zeit, Barbara erzählte Witze, irgendwann war alles gut, und das Fotoshooting machte richtig Spaß. Als Frank mir die Bilder dann am Display zeigte, war ich wirklich erstaunt, wie gut ich aussehen kann. Es war seltsam, aber in diesem Moment zählte nur das Bild, und es macht mich bis heute glücklich, dass ich diesen Tag festhalten konnte und meine Kinder

immer wissen, dass ihre Mom von diesem Tag so begeistert war. Das Foto hängt in meinem Wohnzimmer, und an dunklen Tagen baut es mich wieder auf. Für mich war dieser Tag Therapie und ist es noch immer. Jedes Mal, wenn ich mein Bild sehe, muss ich lächeln und denke an die Menschen, die ich an diesem Tag so ins Herz geschlossen habe.

Mella erzählte mir, dass dies einer der ersten Tage war, an dem sie sich ohne Haare in der Öffentlichkeit zeigte. Alle Frauen waren begeistert von ihren Augen, die mit den Strasssteinchen ihrer außergewöhnlichen, künstlichen Wimpern um die Wette glänzten. Ab diesem Tag trug Mella keine Perücke mehr, und das Foto war ab sofort ihr Facebook-Profilbild. Das erste Mal seit langem hatte sie sich wieder als GESUND wahr genommen. Welch ein schönes Gefühl – und es begleitet sie bis heute.

Diese Woche traf ich Bettina, und sie erzählte, dass auch sie noch oft an „unseren“ Tag denkt und immer wieder Kraft daraus schöpft. Für sie war es ein unbeschreiblich schöner, emotionaler, aber auch lustiger Tag, an dem sie ihre Sorgen um ihre Gesundheit für ein paar Stunden völlig vergessen konnte. Sie meinte, sie wäre völlig in Nanas pinkfarbener Welt versunken und konnte sich völlig losgelöst fotografieren lassen. Bettinas Bilder sind wunderbar sinnlich und zeigen ihre natürliche Schönheit.

Für manche Patientinnen mag es im ersten Moment befremdlich erscheinen, sich während einer lebensbedrohlichen Krankheit schminken und fotografieren zu lassen. Für uns jedoch war es ein unvergesslicher Tag voller Lachen, purer Herzlichkeit und Leichtigkeit, der uns eine neue Sicht auf unser Äußeres vermitteln konnte.

Auch hat es uns alle zutiefst beeindruckt, mit welcher Kraft und Liebe Barbara das Vermächtnis ihrer Tochter weiterführt, und wie sie mit der Trauer um ihr geliebtes Kind umgeht. Mit Dorothea Seitz hat sie ein Buch über Nanas Krankheit und Sterben verfasst. Es trägt den Titel: „Nana...Der Tod trägt Pink“ (Irisiana Verlag 2013), und wir sind dankbar und stolz, sie und ihr Team kennen gelernt zu haben.

Derzeit schreibt Barbara Stäcker zusammen mit Dorothea Seitz und Sandra Kader an einem weiteren Buch für junge, an Krebs erkrankte Frauen: „Jung. Schön. Krebs.“ Es wird im Frühjahr 2014 im Irisiana Verlag erscheinen. Wir freuen uns darauf. ✿

ANZEIGE

Brustwiederaufbau mit Qualitätsimplantaten aus Deutschland



Wir haben für Sie eine spezielle Website mit allgemeinen Informationen zum Thema Brustrekonstruktion zusammengestellt: www.brustrekonstruktion.info Dort können Sie sich einen ersten Überblick verschaffen. Außerdem können Sie sich im Internet anschauen, wo und wie Brustimplantate bei uns in Deutschland hergestellt werden. POLYTECH Health & Aesthetics ist übrigens der einzige deutsche Hersteller von Brustimplantaten.

www.polytechhealth.de
www.facebook.com/polytechhealth

POLYTECH
health & aesthetics

POLYTECH Health & Aesthetics GmbH | Altheimer Str. 32 | 61807 Dieburg | ☎ 06071 89 83 0 | 📠 06071 89 83 30 | ✉ info@polytechhealth.com

Chemo: Warum die Ingwerwurzel gegen Übelkeit hilft

Viele Krebspatienten leiden unter den Nebenwirkungen einer Chemotherapie: Übelkeit und Erbrechen. Heute gibt es wirkungsvolle Medikamente dagegen, aber viele Betroffene vertrauen zusätzlich auf die magenberuhigende Wirkung der Ingwerwurzel. Bis jetzt war unklar, wie Ingwer eigentlich wirkt. Wissenschaftler aus Heidelberg konnten das Rätsel nun lösen: Die Inhaltsstoffe des Ingwer hemmen bestimmte Botenstoffe des Brechzentrums im Gehirn. Diese Erkenntnisse ermöglichen der Ingwerwurzel den Einsatz in der klinischen Praxis. Die Deutsche Krebshilfe hat das Projekt mit 208.000 Euro unterstützt.

Wem übel ist, der mag nichts essen. Für Krebspatienten kann das gefährlich werden. Nichts oder wenig zu essen, schwächt die ohnehin schon durch die Erkrankung mitgenommenen Patienten noch zusätzlich. In schweren Fällen muss der behandelnde Arzt sogar die Therapie abbrechen – selbst wenn der Tumor eigentlich auf die Medikamente anspricht. Für die Betroffenen ist dies eine besonders schwerwiegende Situation.

Ausgelöst wird die Übelkeit durch die in den Chemo-Medikamenten enthaltenen Zellgifte. Diese greifen vor allem Zellen an, die sich häufig teilen – in erster Linie Krebszellen. Aber auch Darmzellen erneuern sich ständig und sind deshalb besonders anfällig für die Medikamente. Die geschädigten Zellen setzen den Botenstoff Serotonin frei. Dieser dockt an einen Rezeptor auf der Oberfläche von Nervenzellen an und aktiviert so das Brechzentrum im Gehirn. Die Folge sind Übelkeit und Erbrechen. Heutzutage lassen sich die Begleiterscheinungen einer Chemotherapie sehr gut mit Medikamenten, den sogenannten Antiemetika, bekämpfen. Aber auch die natürlichen Wirkstoffe der Ingwerwurzel unterdrücken die Übelkeit: Bereits 2009 berichteten im Rahmen einer Studie US-Forscher, dass Ingwerextrakt die Be-

schwerden um 40 Prozent senken kann. Der wissenschaftliche Beweis für die Wirksamkeit der Wurzel stand bisher aus. Nun konnten die Wissenschaftler um PD Dr. Beate Niesler vom Institut für Human-genetik des Universitätsklinikums in Heidelberg das Ingwer-Rätsel lösen.

„Die Ingwerwurzel enthält eine Reihe von hochwirksamen Inhaltsstoffen“, erklärt Niesler. Diese besetzen die Serotonin-Andockstellen auf den Nervenzellen. „Die Folge: Das Serotonin kann nicht mehr binden. Das Brechzentrum wird nicht aktiviert und die Übelkeit bleibt aus.“

Auf dieselbe Weise funktionieren auch die klassischen Antiemetika, die ebenfalls bestimmte Andockstellen auf den Nervenzellen besetzen. „Die Inhaltsstoffe des Ingwers sind sozusagen das natürliche Pendant zu den Wirkstoffen der Antiemetika“, so Niesler weiter.

Die Wissenschaftler hoffen, dass die Ingwerwurzel und ihre Inhaltsstoffe schon bald in klinischen Studien zum Einsatz kommen. Niesler erläutert: „Eine Kombination von Ingwerextrakt und Antiemetika wären eine starke Waffe gegen die von der Chemotherapie verursachte Übelkeit. Die Behandlung wäre doppelt wirksam.“

Gerd Nettekoven, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krebshilfe, betont: „Ziel der von uns geförderten Forschungsprojekte ist es nicht nur, neue Therapiestrategien zu entwickeln, sondern auch die bestehenden Behandlungen so effektiv und nebenwirkungsarm wie möglich zu machen. Die Lebensqualität der Betroffenen ist uns ebenfalls wichtig!“ (ugopo) ✿

QUELENNACHWEIS

Deutsche Krebshilfe / JournalOnkologie

Brust- implantate: Neue Online- Plattform für Patientinnen

Alles Wichtige zu Silikonimplantaten und deren Sicherheit, ein Leitfaden für den Arztbesuch, Tipps zur Vorbereitung des Gesprächs und ein ausführliches Glossar finden sich auf der neuen Website www.polytechhealth.de. Die mit vielen interessanten Links versehene Seite bietet umfassende und neutral aufbereitete Informationen rund um das Thema Silikonimplantate. Egal, ob die Entscheidung für oder gegen einen Wiederaufbau der Brust fällt: Die neu konzipierte Website ermöglicht es Frauen mit Brustkrebs, sich Klarheit und Transparenz in Bezug auf die Sicherheit, Herstellung und den Einsatz von Silikonimplantaten zu verschaffen. (ugopo) ✿

mamazone und das mamazone- Mobil auf Facebook aktiv

Schon etwas länger finden sich aktuelle Informationen von mamazone e.V. auch auf Facebook <http://www.facebook.com/mamazone.ev>

Seit kurzem hat dort auch das mamazone-Mobil eine eigene Fanseite. Auf <http://www.facebook.com/mamazone> mobil berichten Lissy Hanke und Biggi Welter von unterwegs, wenn Sie auf Veranstaltungen und Patiententagen gesunde und kranke Frauen über Brustkrebs und Brustkrebsvorbeugung vor Ort informieren.

Es wäre schön, wenn ihr die Seiten „ liken “ würdet :-) (bw) ✿

Die Illusion einer neuen Brust Halten Brustimplantate, was man uns verspricht?

Ein echter Frühbefund, das einzige Tröstliche an meiner Brustkrebsdiagnose. Dass damit nicht automatisch eine Brust zu retten ist, erfuhr ich nach der Operation. Es fanden sich zwei weitere kleine Herde mit gänsemarschartigem Wachstumsmuster, so der Pathologe. Das hörte sich nicht gut an. Damit nicht genug, ausgedehnte Bereiche waren von einem carcinoma in situ (Krebs im Anfangsstadium) befallen. Ein triftiger Grund für eine Amputation, denn ich wollte nicht unter Beobachtungsstress leben, ob das Anfangsstadium sich fort entwickeln würde.

Es wurde mir ein Brustaufbau mit einem Implantat angeboten, andere Möglichkeiten standen damals, vor 12 Jahren, an der Klinik nicht zur Verfügung.

Wie lange hält denn so ein Implantat, war meine Frage. Lebenslang, lautete die Antwort. Zunächst beruhigend, bei etwas Nachdenken erkennt man jedoch den Bezug zwischen Lebenslänge und Überlebenszeit. Die Frage ist ganz einfach: „Wer lebt länger, mein Implantat oder ich?“

Damals stellte ich mir diese Frage leider nicht. Ich bekam ein Implantat mit angerauhter Oberfläche, denn diese Ausführung sollte eine Kapselfibrose – also die Bildung einer schmerzhaften und harten Bindegewebskapsel um das Implantat verhindern. Alles bestens, meinte ich. Das OP-Ergebnis war ernüchternd, die Brust war nicht etwa wieder aufgebaut, sondern nur noch ein Schatten ihrer selbst.

Sechs Jahre hielt die lebenslang haltbare Prothese, dann wurde sowohl im Ultraschall, als auch im MRT ein Riss mit Silikonaustritt nachgewiesen. In der Achselhöhle hatten sich bereits drei gut sichtbare Silikonablagerungen gebildet. Nun endlich begann ich, mich zu informieren.



Brustimplantat

Implantate bluten immer ein bisschen aus, d.h., es tritt beständig etwas Silikon in die Umgebung über. „Bleeding“ ist die offizielle Bezeichnung dafür. Kommt ein Riss dazu, steigt die Menge des ausgetretenen Silikons erheblich an. Alles harmlos, so die Hersteller, schließlich sind auch Gelenkprothesen u. ä. aus Silikon. Nur sind die nicht gelartig, dachte ich mir, das Ganze war mir suspekt.

Auch war zu lesen, dass bei einem Implantatriss der schwarze Peter zwischen Hersteller und Operateur hin und her geschoben wird. Die eine Seite zweifelt an der Qualität des Produkts, die andere Seite an den OP-Künsten. Das Implantat könnte ja bereits beim Einsetzen verletzt worden sein. Wichtig, falls man an Schadenersatz denkt.

Ich dachte zunächst nur daran, das gerissene Gebilde samt ausgetretenem Silikon wieder los zu werden. Leichter gedacht, als getan. Die OP zur Entfernung ergab einen zerfetzten Brustmuskel (Zitat Operateurin), da das angerauhte Implantat so gut mit der Umgebung verwachsen war, dass eine Ent-

nahme auf erhebliche Schwierigkeiten stieß. Zu allem Überfluss blieben die Silikonablagerungen trotz ausgiebigen Spülens des OP-Bereichs („wir haben gespült wie die Weltmeister“) in der Achselhöhle zurück.

Nach wie vor völlig harmlos, die bleiben vor Ort und verhalten sich unauffällig, so der Chefarzt der Klinik. Wirklich? Mir war nicht wohl bei der Sache.

Weitere Informationen ergaben, dass sich Silikon über die Lymphbahnen im Körper ausbreiten kann. Das gefiel mir nun überhaupt nicht, sodass ich eine zweite OP zwecks Entfernung der Silikonreste in die Wege leitete. Und siehe da, inzwischen hatte sich das Silikon auf Wanderschaft begeben und war bereits in den Lymphknoten unterhalb des Schlüsselbeins angekommen. Zwölf Lymphknoten waren mit Silikon verstopft, erkennbar u.a. an herdförmigem Befall mit feinblasigem Material, umgeben von Fremdkörperriesenzellen, laut Pathologiebericht.

Und litt ich trotz Brustamputation bis dato nicht an einem Lymphödem, jetzt hatte es mich eingeholt. Lästig und beschwerlich, bisweilen auch schmerzhaft.

Der Hersteller fragte, welchen Sport ich betriebe. Nanu, Sport senkt doch die Rückfallraten, hält dann ein Implantat nicht mehr lebenslang?

Haltbarkeitsgarantien für Brustimplantate habe ich übrigens trotz intensiven Suchens nicht gefunden. Die Aussage zur lebenslangen Haltbarkeit stammte vom Vertreter, erzählte mir meine Ärztin. (gr) ✿

Krebs, die unsterbliche Krankheit?

Gespräche über die dunkle Seite des Mondes

Wie reagiert ein führender Krebspezialist, wenn seine Ehegattin, ebenfalls Medizinerin, völlig unerwartet im Alter von 35 Jahren, sechs Monate nach der Geburt einer kleinen Tochter, die Diagnose Brustkrebs erhält?

Welche Fragen stellt die Patientin ihrem Mann, der zugleich Fachmann ist? Imogen und Martin Bleif entwarfen gemeinsam das vorliegende Buch und widmeten es allen Krebskranken und ihren Angehörigen, in der Hoffnung, dass „die Phantome der Nacht im Licht etwas von ihrem Schrecken verlieren“.

Dieses Licht bedeutet Wissen über Krebs, denn nach Martin Bleifs Überzeugung erleichtert dieses Wissen oft den Umgang mit der Krankheit und den Ärzten.

Die Fragen Imogen Bleifs stellen sich unzählige Brustkrebspatientinnen: „Warum gerade ich? Was ist Krebs eigentlich, wie entsteht er, und was geht dabei im Körper vor? Was kann ich selbst tun, auch jenseits der Schulmedizin? Warum kommen Tumore zurück, und wie zeigt sich ein Rückfall an?“

Durch seine persönliche Betroffenheit konnte Martin Bleif nicht mehr die professionelle Distanz wahren, häufig kennzeichnend für den medizinischen Alltag, sondern sah sich plötzlich aus nächster Nähe mit einem existentiellen Ausnahmezustand konfrontiert. Ein Perspektivwechsel entstand, ein Schulmediziner lernt „die andere Seite“ kennen und gesteht sich ein, dass der objektive Blick aus der Distanz den Nöten von Patienten nicht gerecht werden kann.

Mit Einfühlungsvermögen wird die Patientensicht berücksichtigt, Martin Bleif antwortet verständlich und erhebt sogar den Anspruch, zum Verständnis dieses Buches sei kein Medizin- oder Biologiestudium nötig.

Dennoch fühlte er sich an den Rand seines Wissens, die Grenzen medizini-

schen Wissens überhaupt, getrieben. Nie zuvor hatte ihn eine Patientin so herausgefordert.

Gerade bei Krebserkrankungen hungern Menschen nach Informationen, ist Krebs doch wie kaum eine andere Krankheit von Vorurteilen und diffusen Ängsten überlagert, obwohl auch andere Erkrankungen tödlich verlaufen können, plötzlich und noch unvorhergesehener als bei Krebs.

Eine provozierende Frage lautete: „Wisst ihr Onkologen eigentlich genug von Krebs?“ Welche Patientin wagte, diese Frage ihrem Arzt zu stellen? Als fachkundigem Ehegatten verbietet es sich, hier abweisend zu reagieren.

Martin Bleif begann also zu antworten und schlug einen weiten Bogen von der ältesten bekannten Beschreibung einer Krebserkrankung, über die Anfänge me-

dizinischer Forschung bis zur heutigen Hochtechnologiemedizin.

Bereits Anfang des 19. Jahrhunderts entstand die Hypothese von Krebs durch ein Umweltgift. Kinder, die Kamine reinigen mussten, waren unablässig durch Teer und Ruß belastet, sie entwickelten Hodenkrebs. Krebs auslösende Umwelteinflüsse gerieten jedoch viele Jahrzehnte in Vergessenheit und gewannen erst in neuerer Zeit wieder an Bedeutung.

Krebs durch radioaktive Strahlung, Marie Curie, Entdeckerin der Radioaktivität, gilt als bekanntes Beispiel für diesen Zusammenhang. Krebs als Folge einer Infektion mit Viren und Bakterien? Ebenfalls ein über 150 Jahre alter Verdacht, in jüngster Zeit bei Gebärmutterhalskrebs bestätigt. Und Krebs durch Vererbung, untersuchbar durch fortschrittliche technische Diagnosemöglichkeiten, belegt durch die Existenz von sogenannten Krebsfamilien.

Wo aber entsteht Krebs? In der einzelnen Zelle, am Ort, wo die Zellteilung reguliert wird, störanfällig durch vielfältige Einflüsse. Die Regulierung der Zellteilung als zentrales Problem, Martin Bleif beschreibt diffizil die Zusammenhänge. Krebstherapie versucht, geordnetes Zellwachstum wieder herzustellen. Auch der Körper selbst versucht dies durch Nutzung seiner immunologischen Kräfte. Unterstützung ist möglich durch vorbeugende Verhaltensweisen, Lebensstilfaktoren und geeignete Ernährung.

Respekt nötigt die Bereitschaft Martin Bleifs ab, in der sich als aussichtslos abzeichnenden Situation auch die Methoden der komplementären Medizin zu erörtern, dies ohne polemischen Unterton, sondern aus der Not heraus geboren.

Ein grundehrlich wirkendes Buch, Beispiel für den würdevollen Umgang mit einer Krebspatientin. (gr) *

BUCHTIPP



Martin Bleif:
„Krebs, die unsterbliche Krankheit“.
Klett-Cotta Verlag, 528 Seiten,
24,95 EUR

Achtsamkeit und Krebs

Hilfe zur Bewältigung

Das Buch „Achtsamkeit und Krebs“ von Katja Geuenich ist ein hilfreiches Buch für Betroffene und professionelle Helfer gleichermaßen. Unter dem Focus der Bewältigung einer Krebserkrankung präsentiert Frau Geuenich das Konzept von Grawe der vier Grundbedürfnisse. Gleichzeitig mit dem Ansatz der Achtsamkeit stellt sie erläuternde Modelle vor, welchen emotionalen Anforderungen und Veränderungen Krebspatienten ausgesetzt sind. In sehr übersichtlicher Weise stellt die Autorin die Inhalte dar: In kleinen Schritten, d.h. übersichtlichen Kapiteln, erläutert sie zuerst die Grundbegriffe der Achtsamkeit (Was bedeutet Achtsamkeit, Achtsamkeitsmerkmal „Wahrnehmen“, Achtsamkeitsmerkmal „Beschreiben“, Achtsamkeitsmerkmal „Konzentration“, Achtsamkeitsmerkmal „nicht bewerten“, Achtsamkeitsmerkmal „wirkungsvoll“).

Im Zweiten Kapitel stellt sie die psychischen Grundbedürfnisse in den Kon-

text von Achtsamkeit. Nach der Erläuterung der psychischen Grundbedürfnisse folgt die Darstellung von Achtsamkeit als Hilfe zur Regulation von psychischen Grundbedürfnissen, danach ist ein Absatz dem Erkennen und Verstehen von Bedürfnissen gewidmet, gefolgt von der Darstellung der Befriedigung und Verteidigung von Bedürfnissen. Im letzten Kapitel widmet sie sich der Krankheitsbewältigung durch achtsame Bedürfnisregulation. Zuletzt lädt ein gut gegliedertes Literaturverzeichnis zu vertiefender Lektüre ein.

Das Buch ist optisch sehr gefällig strukturiert, wichtige Definitionen sind gut hervorgehoben. In fast allen Kapiteln findet sich eine Mischung aus theoretischer Darstellung, einführenden Fallbeispielen und praktischen Übungen. Die theoretischen Inhalte werden oftmals durch graphische Darstellungen anschaulich gezeigt, sodass beim alleinigen Durchblättern des Buches bereits die wichtigen Aussagen deutlich werden.

Insgesamt hat das Buch einen sehr einladenden Stil, durch die Fallbeispiele und die Übungen, aber auch durch eingefügte „Lehrgeschichten“ wird die Bedeutung der Achtsamkeit und der hilfreiche Einsatz dieser Sichtweise/-haltung bei der Bewältigung von schweren Belastungen, wie sie durch die Krebserkrankung ausgelöst werden, beschrieben. Die Übungen machen es leicht, sich auf die achtsame Lebensführung einzulassen.

Auch für andere problematische Lebenssituationen können diese Erläuterungen und Impulse hin zu achtsamer Lebensführung hilfreich sein.

Viele der dargestellten Übungen lassen sich gut zu zweit, in der Partnerschaft oder auch innerhalb einer Gruppe anwenden. Ergänzend zu den im Text aufgeführten Übungen finden sich im Anhang zahlreiche Arbeitsbögen, zur Vertiefung der Übungen. Ein sehr vielfältiges Buch mit vielen Impulsen, den eigenen Lebensalltag anders zu betrachten. (am) *

BUCHTIPP



Katja Geuenich:
„Achtsamkeit und Krebs: Hilfen zur emotionalen und mentalen Bewältigung von Krebs“, -
Mit einem Geleitwort von Dr. med. Andrea Petermann-Meyer.
erschienen 2013 im Schattauer Verlag.
ISBN 978-3-7945-2928-5.

Diagnose Brustkrebs ICH MACHE MICH STARK!

Neue Audio-CD kostenlos
für Leserinnen und Leser des
mammona-MAG

Dieses 2010 erschienene Hörbuch liefert Ihnen über 60 Minuten viele aktuelle Antworten auf die häufig gestellten Fragen: Was kann ich selbst zusätzlich zur Krebstherapie tun? Was ist überhaupt eine Chemotherapie und was kann ich dabei unterstützen?

Drei der renommiertesten Fachleute, die sich seit vielen Jahren intensiv und engagiert mit den Wünschen der Patientinnen beschäftigen, sprechen auf der CD persönlich und geben Ihnen erprobte Ratschläge für die einzelnen Therapiephasen. Sie berichten dabei über ihre eigenen Erfahrungen, geben praktische Tipps und stellen neue wissenschaftliche Ansätze für die Zeit der Chemo- und der Strahlentherapie sowie der antihormonellen Behandlung vor. Die Audio-CD wird gelesen von Bestseller-Autorin Annette Krennert vom Pirch aus ihrem neuen Buch „Dem Krebs davonleben“ und enthält je ein Experten-Interview mit dem Mediziner Prof. Dr. med. Josef Beutik (Universität Köln) und der Medizinerjournalistin Ursula Goldmann-Pauch (mammona e.V. Augsburg).



Erfahren Sie, was Sie selbst tun können und bestellen Sie die Audio-CD noch heute kostenlos bei mammona
Telefon: 0821 / 32 13 146
Fax: 0821 / 32 13 149
Email: info@mammona.de
*solange der Vorrat reicht

Erfolgreiches 3. „LaMamma“-Projekt in Augsburg

93 „Breast Care Nurses“, Pflegeexpertinnen für Frauen mit Brustkrebs aus ganz Deutschland, fanden sich am Samstag, dem 14. September 2013, im Klinikum Augsburg zum dritten „La Mamma-Projekt“ ein. Das La-Mamma-Projekt ist eine Fortbildungsreihe für Krankenschwestern aus Onkologie und Gynäkologie mit The-

men, die aus der Perspektive der Patientinnen gewählt sind.

Auf großes Interesse stieß der erste Beitrag der Veranstaltung (Referentin Oberärztin Dr. Katharina Seck, Frauenklinik im Klinikum Rechts der Isar, München), der sich mit der neuen For-

mulierung eines inzwischen klassisch gewordenen Antikörpers, nämlich Trastuzumab, beschäftigte. Die Gabe unter die Haut (subcutan) ermöglicht Patientinnen mehr Freiraum, ist jedoch für Pflegenden zunächst eine neue Herausforderung. Ein weiteres Thema, das zum Arbeitsalltag der Pflegeschwestern gehört, behandelte das durch Chemotherapie ausgelöste sogenannte „Hand-Fuß-Syndrom“. Von Referentin Dr. Sora Jung (Klinik für Dermatologie der Charité, Berlin) erfuhren die Teilnehmerinnen u.a. von neuen Studien mit der antioxidativen Creme „Mapisal“, die – rechtzeitig eingesetzt – vor dem Hand-Fuß-Syndrom schützen kann.

Von Praxisthemen aus dem Bereich Ernährung während Chemotherapie (Dr. Ralf Schulz-Gabel vom Ernährungsmanagement im Klinikum Garmisch-Partenkirchen), über den richtigen Umgang mit Angst und Schlaflosigkeit als Folge der „Diagnose Brustkrebs“ (Dr. Marion Schäfer von der Frauenklinik im Klinikum Augsburg), bis hin zu Spezialthemen wie der Sinnhaftigkeit von Tests zur individuellen Pharmakogenetik (PD Dr.med. Christian M. Kurbacher, Gynäko-Onkologe im Medizinischen Zentrum Bonn) und dem Nutzen von Genexpressionsprofilen (Dr. Berit Pfitzner vom Institut für Pathologie der Charité, Campus Mitte, Berlin), wurden bedeutsame Aspekte verständlich beleuchtet.

Eine rege Diskussion folgte dem Vortrag zur Frage: „Schwangerschaft nach Brustkrebs?“ (PD Dr. med. Christoph Scholz, Leitender Oberarzt der Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am Universitätsklinikum Ulm) und machte deutlich, dass hier noch viel Angst und zahlreiche Vorurteile abgebaut werden müssen. Eine informative Informationsausstellung gab den Pflegeexpertinnen zusätzlich mannigfache Anregungen für ihren Arbeitsalltag. Das nächste „La Mamma“-Projekt findet am 20. September 2014 im Klinikum Augsburg statt. Weitere Informationen und das Fortbildungsprogramm werden in den kommenden Monaten auf der Homepage von mamazone e.V. www.mamazone.de veröffentlicht. (ugopo) ✽

Erster Brustkrebstag der Initiative „Gemeinsam aktiv – Leben mit Brustkrebs“

Der erste Brustkrebstag der Initiative „Gemeinsam aktiv – Leben mit Brustkrebs“ am 05. März diesen Jahres fand enormen Anklang. 200 Besucher, darunter auch viele Männer, die ihre Partnerinnen begleiteten, waren in die Stadthalle in Neustadt in der Oberpfalz gekommen und wurden von der Mitorganisatorin Annette Lang-Bäumler herzlich begrüßt. Erika Jonaitis aus Windischeschenbach, selbst an Brustkrebs erkrankt, stellte die Initiative mit viel Humor vor und erklärte, dass jede Betroffene hier willkommen sei: „Schließlich gehen wir nach jedem Treffen gesunder nach Hause, denn es wurden wieder alle Lachmuskeln strapaziert.“ Das regelmäßige Treffen, das jeden 1. Dienstag im Monat um 19.30 Uhr im Gasthof „Deutsche Eiche“ in Neustadt/WN stattfindet, sei wichtig um Neues zu erfahren, Gedanken auszutauschen, Sorgen und Nöte los zu werden und eine andere Sichtweise zu bekommen, betonte sie.

Neben den monatlichen Treffen können interessierte Frauen wöchentlich dienstags an einer Stunde Nordic Walking unter fachlicher Leitung teilnehmen. Start ist jeweils um 18.30 Uhr an der Felixkirche in Neustadt/WN.

Die Betroffenen kommen aus dem gesamten Landkreis und der Stadt Weiden zusammen, unterschiedlichen Alters, frisch erkrankt oder schon länger mit Brustkrebs lebend – „viele unterschiedliche Berufsgruppen sind dabei“, so Jonaitis, „denn die Krankheit macht vor niemandem halt.“

Auf dem Podium standen kompetente Ärzte wie Professor Dr. Anton Scharl,

Leiter des Brustkrebszentrums in Amberg, die Onkologen Dr. Robert Funk und Dr. Thomas Schichtl, die im Klinikum Weiden ihre Praxis haben, so wie der Neustädter Frauenarzt Dr. Thomas Bäumler Rede und Antwort, nachdem zuvor Scharl und Funk in ihren Referaten deutlich herausgestellt hatten, dass es gute Heilungschancen gäbe und Früherkennung nach wie vor das Wichtigste sei.

Die betroffene Sieglinde Schärtl, Kreisrätin und stellvertretende-FU-Bezirksvorsitzende sowie bei der bundesweiten Brustkrebsorganisation „mamazone – Frauen und Forschung gegen Brustkrebs e.V.“ im Vorstand vertreten, forderte die Frauen auf, auch während der Erkrankung „stolz“ zu sein und sich nicht gehen zu lassen. Sehr ausführlich stellte sie heraus, wie hilfreich ihr der Glauben in dieser Zeit war, der ihr Kraft und Mut gab.

Nicht nur bei den zweistündigen Vorträgen und der Diskussionsrunde konnten sich die Besucher informieren, son-

dern auch bei den zahlreich vertretenen Ausstellern. So hatten sie die Möglichkeit zu erfahren, wie ich mich schminke, wenn die Augenbrauen fehlen, welche Perücke, welches Tuch oder welchen Hut ich am besten trage, wenn die Haare fehlen. Ein Sanitätshaus stellte die Erst- und Weiterversorgung nach der Operation vor und ein Bekleidungshaus präsentierte Unterwäsche aus Milchproteinen, die besonders für empfindliche Haut geeignet ist. Die Gärtnerei warb mit Blumenstöcken, die für gute Raumluft sorgen und die Besucher durften die Tischdekoration mit nach Hause nehmen. Die Initiative „Fairer Milchpreis“ war ebenso vertreten wie eine Bücherei mit Lektüre rund um das Thema Brustkrebs. Besonderes Interesse galt der ehemaligen Kreisbäuerin und Kreisrätin Roswitha Scheidler, die ihr Kochbuch zu Gerichten mit natürlichen und einfachen Mitteln ohne Zusatzstoffe vorstellte. Die Gruppe „Gemeinsam aktiv – Leben mit Brustkrebs“ warb an ihrem Stand mit Infobroschüren, Mutmachermärchen-CD's, selbstgefertigten Kerzen, Herzkissen und den Ansteckern „Schlechte Gedankenfresser“. Die Gruppe wurde dankenswerter Weise von vielen Firmen aus der Region finanziell mit Spenden unterstützt.

Der nächste Brustkrebstag findet am Dienstag, 4. März 2014 mit Dr. Albert Roßmann dem Chefarzt der Frauenklinik Weiden in der Oberpfalz statt. (sch) ✽

ZUR INFO

Weitere Infos zur Gruppe gibt es unter www.gemeinsam-aktiv-leben.de



Die Oberpfälzer Brustkrebsgruppe mit Sieglinde Schärtl an ihrem Stand beim 1. Brustkrebstag in Neustadt an der Waldnaab

ANZEIGE

Über 300.000 Tests in mehr als 65 Ländern

Der Oncotype DX® Brustkrebstest

Entschlüsselt die zugrundeliegende Biologie und hilft zu entscheiden:

Chemotherapie – ja oder nein?

Erhalten Sie personalisierte Informationen für eine bessere Therapieplanung bei neu diagnostiziertem invasivem Brustkrebs (ER+, HER2-)

Für weitere Fragen und Informationen zu dem Oncotype DX Brustkrebstest wenden Sie sich bitte an Ihren behandelnden Arzt. Besuchen Sie www.oncotypeDX.de und www.meine-therapieentscheidung.de oder rufen Sie uns an: 089 452 352 108. Wir helfen Ihnen gerne weiter.

Genomic Health und Oncotype DX sind Warenzeichen von Genomic Health, Inc. © 2012 Genomic Health, Inc. Alle Rechte vorbehalten. GH10241_04/13_DE_0

Genomic Health™

oncotype DX
Breast Cancer Assay

Promi-Ladies griffen im Kampf gegen Brustkrebs zur Stricknadel

Von Andrea Vodermayr

Bei der Benefiz-Strick-Aktion für mamazone e.V. am 18. und 19. Oktober 2013 im „Ingolstadt Village“ griffen prominente Frauen wie Top-Model Eva Padberg, Fotomodel Gitta Saxx, die Schauspielerinnen Stephanie Simbeck und Noémi Matsutani im Kampf gegen Brustkrebs zur Stricknadel. Das war keine faule Masche, sondern ein Zeichen der Solidarität mit betroffenen Frauen im Brustkrebsmonat Oktober. Bereits seit Mitte September wurden in Wertheim Village und in Ingolstadt Village rosafarbene Wollknäuel zum Preis von 5 Euro verkauft, um daraus wärmende Wolldecken für Brustkrebs-Patientinnen zu stricken. Der Erlös aus dem Verkauf der Wolle kommt mamazone e.V. zu Gute. Ziel ist es, die erkrankten Frauen bestmöglich über ihre Krankheit zu informieren, sie zu stärken und ihnen Mut, Selbstbestimmung und Lebensfreude zu geben.

Die rosafarbenen „Überlebensdecken“ werden am 8. März 2014, am Internationalen Frauentag, Brustkrebs-Patientinnen in der Chemotherapie in den Kliniken Rechts der Isar in München sowie dem Bethanien Krankenhaus in Frankfurt als Zeichen der Solidarität und Hoffnung überreicht.

Top-Model Eva Padberg sieht in der Strick-Aktion „eine wunderbare Idee, um über das Thema Brustkrebs aufzuklären und es wieder ins Bewusstsein zu rufen.“ Denn: „Wenn man etwas Gestricktes geschenkt bekommt, dann hat das etwas sehr Persönliches. Ich finde, es ist eine schöne Art und Weise, den Betroffenen Aufmerksamkeit zu schenken.“

Fotomodel Gitta Saxx war eigens aus ihrer Wahlheimat Wien angereist. Das Engagement für den Kampf gegen Brustkrebs liegt ihr am Herzen: „Ich bin Pink-Ribbon-Botschafterin für die österreichische Krebshilfe und deshalb sehr gerne kommen“, sagt sie.

Schauspielerinnen Stephanie Simbeck, verheiratet mit Schauspieler Florian Simbeck, hat die „Diagnose Brustkrebs“ aus nächster Nähe erlebt. Ihre Großmutter starb mit 62 Jahren an Brustkrebs, ihre Mutter traf die Krankheit mit 75, sie ist aber seit fünf Jahren kreisfrei. Stephanie Simbeck selbst hat dennoch keine Angst, zu erkranken. „Ich ernähre mich gesund und gehe zur Vorsorge. Aber Aufklärung ist wichtig. Deshalb unterstütze ich diese Veranstaltung gerne. Dafür stricke ich heute sogar – obwohl ich schon seit Jahren keine Stricknadel mehr in der Hand hatte.“



Strickkränzchen der besonderen Art: prominente Models und Schauspielerinnen wie Stephanie Simbeck (1.v.l.), Eva Padberg (3.v.l.), Noémi Matsutani (2.v.r.) und Gitta Saxx (1.v.r.) unterstützten Biggi Welter (2.v.l.), mamazone-Projektleiterin der Charity Strick-Aktion im Ingolstadt Village, mit heißer Nadel, Rechts von Eva Padberg: die Leiterin von mamazone-mobil, Elisabeth Hantke.

Schauspielerin Noémi Matsutani nahm sich ebenfalls Zeit für den guten Zweck und strickte mit: „Wolldecken sind ein Symbol für Schutz und Wärme. Es ist eine schöne Idee, diesen betroffenen Frauen Schutz und Wärme zu geben.“

Dr. med. Petra Stieber, 2. Vorsitzende im Vorstand „mamazone - Frauen und Forschung gegen Brustkrebs“ freute sich über den Einsatz der VIP-Damen: „Die Solidarität und Öffentlichkeit, die wir mit diesem Projekt erfahren, gibt uns in unserer ehrenamtlichen Arbeit die Möglichkeit all denen zu helfen, die mit der Diagnose Brustkrebs leben. Dass wir dabei noch Freude haben und Frauen zusammenkommen, nimmt dem Thema und der Aufklärung die Angst. Das ist ein wichtiger Schritt zu einem gemeinsamen Dialog.“

Bevor die Decken an die Krankenhäuser verteilt werden, werden sie zu einer großen, hoffentlich der größten Überlebensdecke der Welt, zusammengefügt, um den Eintrag in das Guinness Buch der Rekorde zu schaffen. *

Im Rahmen der Fotoausstellung von Hardy Krüger jr. präsentierte der Schauspieler seine Bilder, verbunden mit vielen persönlichen Geschichten, und stellte eines seiner Bilder für die Benefiz-Aktion im Ingolstadt Village und damit für mamazone e.V. zur Verfügung.



Schirmherrschaft für eine gute Sache (v.l.n.r.) Sibylle Voll (Value Retail Marketing); Biggi Welter (mamazone e.V.); Eva Padberg (Model und Village-Markenbotschafterin); Dr. Marc Mangold (Marketing Director Deutschland Value Retail); Gabriele Strassburger (Value Retail PR); Dr. Petra Stieber (Vorstand mamazone e.V.)

Versteigerung Hardy Krüger jr. stiftete ein Bild



Künstler Hardy Krüger jr. mit Claudia Voigt, stolze neue Besitzerin seines Bildes

Fünf Tage nach dem Benefiz-Stricken im Ingolstadt Village fand dort – ebenfalls zugunsten von mamazone – Frauen und Forschung gegen Brustkrebs e.V. – eine ganz besondere Versteigerung statt.

In einer unterhaltsamen und sehr engagieren Versteigerung konnte eine weitere Summe für diese Aktion gesammelt werden. Das Startgeld in Höhe von 1.500 EUR wurde vom Betreiber und Initiator der Aktion, Value Retail Ingolstadt Village, in den Los-Topf gegeben; der Rest kam durch das Prinzip der amerikanischen Versteigerung dazu, bis schließlich 5.324,00 EUR zusammenkamen.

Den finalen Zuschlag auf das Hardy-Krüger-Bild erhielt Claudia Voigt, die auch schon beim Benefiz-Strickwochenende im Wertheim Village zwei Tage lang für mamazone e.V. an den Rosa-Schleifen-Patches für die Überlebensdecken mitgestrickt hatte. (ugopo) *

Seit 2002 konnte AVON in Deutschland bereits mehr als 2,1 Millionen Euro für den guten Zweck sammeln und an Brustkrebsorganisationen weitergeben. Das Geld stammt aus dem Erlös der Solidaritätsprodukte, kleiner Geschenkartikel, die mit der Brustkrebschleife dekoriert sind. Weltweit hat AVON bereits über 740 Millionen US Dollar gegen Brustkrebs zusammen gebracht, die jeweils in den Ländern Projekten zugeordnet werden, in denen sie gesammelt wurden. AVON ist damit weltweit der größte Einzelsponsor im Kampf gegen Brustkrebs. (tj) *

AVON Deutschland spendet 15.000 €

Anlässlich des Brustkrebsmonats Oktober übergab Maria Angelova, Geschäftsführerin von AVON Deutschland, einen Spendenscheck über 15.000 EURO an Waltraud Böving und Gertrud Rust vom Vorstand von mamazone e.V.

Wie wichtig die Zusammenarbeit und Unterstützung durch AVON für mamazone ist, betonte Waltraud Böving bei der Scheckübergabe in München. „Ohne die großzügige finanzielle Unterstützung eines so verlässlichen und engagierten Partners wie AVON, könnten wir viele unserer Projekte nicht realisieren. So können wir zum Beispiel dank des mamazone Mobils, das wir mit Unterstützung von AVON anschaffen konnten und unterhalten können, Brustkrebswissen dorthin bringen, wo es gebraucht wird - und zwar auch in die entlegensten Gegenden Deutschlands.“

Mamazone war selbstverständlich mit dem von AVON gesponserten mamazone-Mobil und seinen engagierten Betreuerinnen Elisabeth Hantke und Brigitte Welter vor Ort. Viele Frauen und Männer nutzten die Gelegenheit, um sich am mamazone-Stand über die Notwendigkeit von Früherkennungsuntersuchungen zu informieren und gleich am Silikon-Tast-Modell auszuprobieren, wie geübt der Tastsinn beim Aufspüren eines Knotens ist.



(v.r.n.l.): AVON Geschäftsführerin Maria Angelova, Gertrud Rust und Waltraud Böving von mamazone e.V. bei der Scheckübergabe

Tausende liefen für einen guten Zweck

Beim Jubiläumslauf des 30. AVON Running am 4. Mai 2013 in Berlin, nahmen wieder über 18.000 Frauen und Mädchen aus ganz Deutschland teil, um ihre Solidarität gegenüber Frauen mit Brustkrebs kund zu tun. Sie starteten ihren Lauf durch den Berliner Tiergarten in der „Straße des 17. Juni“, nahe des Brandenburger Tores. Stargast des größten Frauenlaufs in Deutschland war Kathrine Switzer, die erste Frau, die je einen Marathon gelaufen ist und vor 30 Jahren den AVON Frauenlauf ins Leben rief.

Das Ereignis steht seit neun Jahren unter dem Motto: „Laufen gegen Brustkrebs“ und bietet viele Teilnahmemöglichkeiten für Jung und Alt. Einen „Bambini Lauf“ für Kinder unter 10 Jahren, sowie Walks und Läufe von 5 oder 10 Kilometern Länge. Unter den Teilnehmerinnen des 10 km Laufs war auch Irina Mikitenko, eine der besten deutschen Langstreckenläuferinnen, die in 34:11 Minuten gewann.

Karen Bebensee, Manager Marketing bei AVON, konnte 26.000 EURO als Spende an die Berliner Krebsgesellschaft übergeben. Am Ende der Veranstaltung erwarteten die Helfer an den großen Trucks die Teilnehmerinnen, um ihnen AVON Geschenktüten zu überreichen. Der nächste AVON Frauenlauf in Berlin findet am Samstag, den 10. Mai 2014 statt. (tj) *

ZUR INFO

Weitere Infos unter: www.berliner-frauenlauf.de



Nachruf: Abschied von Elisabeth Glogger

Ein Tag nach ihrem 83. Geburtstag verstarb am Nachmittag des 3. Juli 2013 unsere liebe Freundin, unser Gründungs- und langjähriges Vorstandsmitglied Elisabeth Glogger in „ihrem“ Klinikum Augsburg.

Obwohl Elisabeth Glogger schon sehr früh in ihrem Leben mit der Diagnose Brustkrebs konfrontiert wurde, gab es für sie kein Aufgeben oder Resignieren. Das Gegenteil war der Fall. Eli Glogger stand als Unternehmerrgattin, Krankenschwester, Bar-Keeperin und Tennislehrerin immer mitten im Leben. In ihrer Freizeit bewies sie als Bergsteigerin in zahllosen Seilschaften Mut und Überblick und konnte somit manche prekäre Situationen, unter anderem bei der Besteigung des Mont Blanc, gut überstehen. Als ihren schönsten Lebensabschnitt bezeichnete Eli ihre Zeit in Frankreich, wo sie tagüber als Tennislehrerin und abends als Bar-Keeperin arbeitete. Besonders die Trainingsstunden mit behinderten Kindern bereiteten ihr viel Spaß.

Einen schweren Schicksalsschlag musste Eli im Jahr 2002 hinnehmen, als ihr geliebter Mann Manfred an den Folgen einer Krebserkrankung verstarb.

Dennoch setzte sie sich nach der Trauerzeit weiter selbstbewusst, engagiert und kämpferisch für Krebspatientinnen und Krebspatienten in „ihrem“ Klinikum Augsburg ein, wo sie bereits im Jahr 1986 für die Bayerische Krebsgesellschaft e.V. den Besuchsdienst am Krankenbett mit aufbaute.

Im Jahr 1999 war Elisabeth Glogger eines der Gründungsmitglieder von mamazone – Frauen und Forschung gegen Brustkrebs e.V. Die jährlich stattfindende Fortbildungsveranstaltung „Projekt Diplompantin“ im Klinikum Augsburg wäre ohne die guten und freundschaftlichen Kontakte von Elisabeth Glogger zu



„Lass mich schlafen, bedecke nicht meine Brust mit Weinen und Seufzen, sprich nicht voller Kummer von meinem Weggehen, sondern schließe deine Augen, und du wirst mich unter euch sehen, jetzt und immer.“

Khalil Gibran

Herrn Professor Arthur Wischnik, Professor Günther Schlimok und dem Klinikvorstand kaum möglich gewesen.

Bis zuletzt war Elisabeth Glogger als Vorstandsmitglied des im Jahr 2004 gegründeten Fördervereins Kompetente Patientinnen gegen Brustkrebs e.V. aktiv.

Für ihr herausragendes ehrenamtliches Engagement wurde Elisabeth Glogger unter anderem mit der „Silberdistel“ der Augsburger Allgemeinen Zeitung und der Verdienstmedaille der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet.

Wir verneigen uns in dankbarer und liebevoller Erinnerung vor unserer engagierten Freundin und Kämpferin Elisabeth Glogger, die für unseren Verein und für zahllose Patientinnen und Patienten mit Krebs Herausragendes geleistet hat.

Ursula Goldmann-Posch und Gertrud Rust für den Vorstand mamazone-Frauen und Forschung gegen Brustkrebs e.V. ☀

Impressum

Herausgeber:

Förderverein Kompetente Patientinnen gegen Brustkrebs e.V.
Max-Hempel-Str. 3
86153 Augsburg
Telefon: 0821-52 13 144
Telefax: 0821-52 13 143

Chefredaktion mamazoneMag-Team (V.i.S.d.P.):

Inge Bördlein-Wahl, Ursula Goldmann-Posch, Ulli Kappler, Gertrud Rust, Sieglinde Schärfl, Dr. med. Petra Stieber

Chef vom Dienst und Anzeigen:

Torsten Jüngling (juengling@mamazone.de)

Redaktion:

Inge Bördlein-Wahl, Ursula Goldmann-Posch, Torsten Jüngling, Ulli Kappler, Gertrud Rust

Autoren dieser Ausgabe:

Prof. Dr. med. Bettina Borisch (borisch@mamazone.de)
Inge Bördlein-Wahl (ibw) (mamazone-heidelberg@mamazone.de)
Dr. Christoph Brochhausen (brochhausen@pathologie.klinik.uni-mainz.de)
Ursula Goldmann-Posch (ugopo) (goldmann-posch@mamazone.de)
Ulli Kappler (uk) (mamazone-muenchen@mamazone.de)
Prof. Dr. rer. hum. biol. Ulrike Kämmerer (u.kaemmerer@mail.uni-wuerzburg.de)
Bettina Kugler
Prof. Dr. med. Andreas Kurth
Astrid Multhaupt (astrid.multhaupt@asb-erft.de)
Eva M. Reichart (er) (info@gesundheitshaus-reichart.de)
Gertrud Rust (gr) (rust@mamazone.de)
Dr. med. Dörthe Schaffrin-Nabe (info@onkologie-bochum.de)
Sieglinde Schärfl (sch) (schaertl@mamazone.de)
Melanie Schmidt-Hilz
Sonja Schmitzer
Prof. Dr. med. Florian Schütz (Florian.Schuetz@med.uni-heidelberg.de)
Dr. med. Petra Stieber (ps) (stieber@mamazone.de)
Andrea Vodermayr (av)
Biggi Welter (bw)
Dr. rer. nat. Ralph M. Wirtz (ralph.wirtz@stratifyer.de)

Anzeigenleitung:

Torsten Jüngling (juengling@mamazone.de)

Art Direktion:

Isabel Bünermann Kommunikations Design (isabel.hh@gmx.net)

Auflage:

20.000 Exemplare

Druck:

Druckerei Weidmann GmbH & Co. KG; Hamburg
Haftung: Eine Haftung für die Richtigkeit der Veröffentlichungen kann trotz sorgfältiger Prüfung durch die Redaktion vom Herausgeber nicht übernommen werden. Kein Teil dieser Publikation darf ohne ausdrückliche Genehmigung des Herausgebers in irgendeiner Form verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden. Für unverlangt eingereichte Manuskripte wird keine Haftung übernommen.

Bildredaktion:

Torsten Jüngling

Fotonachweise:

Titelbild: nyul – Fotolia.com; Seite 2: Ursula Goldmann-Posch; Seite 4: photopalace – Fotolia.com; Seite 5: Wikipedia; Seiten 6, 7, 8: Archiv Dr. Schaffrin-Nabe; Seite 10: INTRABEAM®, Quelle: Carl Zeiss; INTRABEAM® im OP-Einsatz, Quelle: Universitätsmedizin Mannheim; Seite 12: Dr. Petra Stieber; Seite 15: Dr. Ralph M. Wirtz; Seite 16: Wasserkraftwerk: Mellinger liudmila; Seite 18: Prof. Dr. Bettina Borisch; Seite 20: systemed Verlag, Lünen, Fotos und Foodstyling Studio Reiner Schmitz, München; Seiten 22, 23: Eva M. Reichart; Seite 24: Prof. Dr. Florian Schütz, Universitätsklinikum Heidelberg; Seite 26: gradt – Fotolia.com; Seiten 28, 29, 30, 31: stern105 GmbH & Co. KG; Seite 32: Alexander Kaya; Seite 34: Prof. Dr. Andreas Kurth; Seite 35: DFINE Europe GmbH; Seite 36: Dr. Christoph Brochhausen und Sysmex Europe GmbH; Seite 40, 41: Frank Jagow und Sylwia Makris; Seite 43: Gertrud Rust; Seite 44: Klett-Cotta Verlag; Seite 45: Schattauer Verlag; Seite 47: Sieglinde Schärfl; Seite 48, 49: Brauer Photos/Ingolstadt Village; Seite 49: AVON Deutschland; Seite 50: mamazone e.V.

Wir übersetzen die Sprache des Lebens in lebendige Medizin

Wir von Amgen forschen, um therapeutische Lücken zu schließen. Unser vorrangiger Anspruch ist, Menschen mit bisher schwer behandelbaren Krankheiten zu heilen und die Lebensqualität von Patienten zu verbessern. Als Pioniere der Biotechnologie nutzen wir unseren Wissensvorsprung, um neue Therapien zu entwickeln.

Die Baupläne der Natur helfen uns, Medikamente zum Nutzen der Patienten zu erschaffen.

www.amgen.de

AMGEN



DEN
KREBS

ZU BESIEGEN IST UNSER ZIEL.
MIT VEREINTEN KRÄFTEN.

Wir von Roche Pharma arbeiten mit Leidenschaft an der Zukunft der Krebsmedizin, um den Patienten den Schrecken der Krankheit zu nehmen. Unsere jahrzehntelange Erfahrung und innovativen Forschungstechnologien sind die Basis für neue, richtungsweisende Therapien in der Onkologie. Symptome nicht nur behandeln, sondern langfristig Krebs besiegen: Das ist für uns kein Traum, es ist das Ziel.

www.roche.de
www.roche-onkologie.de



Innovation für die Gesundheit