

Praxis Journal

Nur für unsere Patienten, nicht zur Weitergabe bestimmt.

Gemeinschaftspraxis für Hämatologie und Onkologie

Dr. med. Renate Uhle
Dr. med. Gerd Müller
Dr. med. Hendrik Kröning
PD Dr. med. habil. Kathleen Jentsch-Ullrich

Fachärzte für Innere Medizin, Hämatologie und Internistische Onkologie, Medikamentöse Tumorthherapie, Palliativmedizin, Spezielle Schmerztherapie (Dr. Müller), Hämostaseologie

Hasselbachplatz 2 · 39104 Magdeburg
Tel. 0391 / 561 65 68 · Fax 0391 / 561 66 87
E-Mail: info@onkologie-magdeburg.de
www.onkologie-magdeburg.de

Praxisbesonderheiten: Parenterale Chemotherapie, Transfusion von Blut und Blutprodukten, Knochenmarkdiagnostik, tagesklinische Betreuung



2 Diagnose

Biopsie – Lebendes Gewebe betrachten

3 Nachgefragt

Wie kann ich als Angehöriger einen Krebspatienten unterstützen?

4 Überblick

Sogenannte Biologicals werden in der Therapie immer wichtiger

6 Ernährung

Jeder is(s)t anders! Pauschale Empfehlungen gibt es nicht

7 Stichwort

Blutgruppen – Unser Immunsystem reagiert auf den individuell unterschiedlichen Aufbau der Zuckerketten

8 Kurz berichtet

Männer haben ein höheres Darmkrebs-Risiko als Frauen

Wenn „es“ nicht mehr klappt

Liebe Patientin, lieber Patient,

sind wir heute in der Lage, Krebserkrankungen wirkungsvoller zu bekämpfen als vor 20 Jahren? Können Krebspatienten auf den wissenschaftlichen Fortschritt hoffen, wenn es um die Verbesserung ihrer Behandlung geht? Fragen wie diese werden an Ärzte, die Krebspatienten betreuen, häufig gestellt. Allerdings fällt es schwer, darauf allgemein gültig und vor allem ganz eindeutig zu antworten.

Es gibt Krebsarten, da sind die Fortschritte atemberaubend: Maligne Lymphome oder auch der Hodenkrebs gehören dazu. Bei vielen anderen gilt, dass bösartiges Wachstum nicht geheilt werden kann wie ein Knochenbruch oder eine Lungenentzündung. Das Behandlungsziel lautet dann immer, möglichst lange

eine möglichst hohe Lebensqualität zu gewährleisten. Lebensqualität aber ist etwas sehr Individuelles.

Und deswegen bemühen wir uns, Sie als Patientin oder Patient in die Entscheidung für oder gegen eine konkrete Behandlung einzubeziehen. Grundlage für Entscheidungen ist aber ausreichende Information. Mit unserem PraxisJournal möchten wir Ihnen eine Orientierungshilfe anbieten, damit Sie wissen, zwischen welchen Alternativen Sie wählen können. Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre.

Herzlichst Ihr Praxisteam
Dr. Uhle, Dr. Müller, Dr. Kröning und PD Dr. Jentsch-Ullrich

Buchempfehlung ■

DIESES LEBEN, DAS WIR HABEN



Während Shepherd Armstrong Vorbereitungen für ein neues Leben auf einer Insel im indischen Ozean trifft, wird bei seiner Frau Glynis ein Mesotheliom diagnostiziert. All seine Überlegungen und Planungen sind damit hinfällig.

Das Buch ist kein „Krebs-Roman“, auch wenn eine Frau mit einer tödlichen Tumorerkrankung im Mittelpunkt der Geschichte steht. *Dieses Leben, das wir haben* ist ein zeitgenössisches, amerikanisches Märchen, eine großartig erzählte Geschichte über das Leben im 21. Jahrhundert. Mögen auch die

gesellschaftlichen Rahmenbedingungen in den USA sich von denen hierzulande unterscheiden, die wesentlichen Fragen dürften diesseits und jenseits des Atlantiks die gleichen sein.

Gut möglich, dass der Umgang mit der Krankheit, so wie er in diesem Roman dargestellt wird, dem einen oder der anderen nicht gefällt. Denkbar auch, dass der flapsige Ton manchem unangenehm erscheint. Sicher aber scheint uns, dass literarisch noch nie so eindrucksvoll über Krebs erzählt wurde.

Lionel Shriver
Dieses Leben, das wir haben
Piper, 2011, 540 Seiten, 19,95 €

Impressum

© 22/7/2011, LUKON GmbH · ISSN 1436-0942
Chefredaktion: Dr. Uhle, Dr. Müller, Dr. Kröning, PD Dr. Jentsch-Ullrich
Redaktion: Tina Schreck, Ludger Wahlers
Grafik-Design, Illustration: Charlotte Schmitz
Druck: DDH GmbH, Hilden

Biopsie

Lebendes Gewebe betrachten

■ **Diagnose** Ob ein verdächtiger Gewebeknoten wirklich von Krebs befallen ist oder nicht, lässt sich mit letzter Sicherheit oft nur anhand einer Gewebeprobe feststellen. Sie wird im Rahmen einer Biopsie entnommen. Das Wort stammt aus dem Griechischen und bedeutet so viel wie „lebend betrachten“.



Für die Biopsie kommen, je nachdem von wo genau Zellen oder Gewebe entnommen werden sollen, unterschiedliche Instrumente zum Einsatz. Deshalb unterscheidet man Nadelbiopsie, Stanzbiopsie, Feinnadelbiopsie und Vakuumbiopsie. Bezogen auf die zu untersuchenden Gewebe und Organe spricht man aber auch von Prostata-Biopsie, Lymphknotenbiopsie, Lungenbiopsie und so weiter. Bei Verdacht auf Leukämie oder ein malignes Lymphom ist immer eine Knochenmarkbiopsie erforderlich.

Knochenmarkbiopsie

Immer dann, wenn Blutzellen im Verdacht stehen, sich zu Krebszellen entwickelt zu haben, muss das Knochenmark untersucht werden. Denn im Knochenmark entstehen letztlich alle unsere Blutzellen, rote und weiße Blutkörperchen ebenso wie die für die Blutgerinnung wichtigen Blutplättchen. Die Knochenmarkpunktion wird meist am Beckenknochen, selten am Brustbein durchgeführt, denn der obere Beckenkamm liegt selbst bei korpulenteren Personen fast direkt unter der Haut.

Die Stanze

Zunächst wird dazu eine etwa 2-Euro-Stück große Fläche örtlich betäubt. Anschließend führt der Arzt eine Hohlnadel von etwa zwei Millimeter Durchmesser ins Knochenmark ein und stanzt eine zylinderförmige Gewebeprobe aus dem Knochenmark; daher auch die Bezeichnung „Stanzbiopsie“. Diese Stanze wird für verschiedene Untersuchungen an ein spezialisiertes Labor geschickt. Falls Verdacht auf eine Leukämie besteht, führt der Arzt zusätzlich eine sogenannte Knochenmarkpunktion durch. Dabei werden mit einer

dünnen Hohlnadel durch den Stanzenkanal noch einige Milliliter Mark aus dem Knochen entnommen. Diese Knochenmarkprobe wird in der Praxis unter dem Mikroskop untersucht. Knochenmarkbiopsie und -punktion dauern zusammen etwa eine Viertelstunde. Manche Patienten bezeichnen die Punktion als schmerzhaft, die meisten beurteilen sie als gut verträglich.

Entnahme von Rückenmarksflüssigkeit

Bestimmte Krankheiten des Blutes können über die Gehirn-Rückenmark-Flüssigkeit, den *Liquor cerebrospinalis*, auch auf die Hirnhäute übergreifen. Deshalb ist es manchmal notwendig, auch den Liquor auf verdächtige Zellen hin zu untersuchen. Der durch das Innere der Wirbelsäule verlaufende Rückenmarkskanal und alle Hohlräume im Gehirn, die sogenannten Hirnventrikel, sind mit Liquor gefüllt. Bei der Probenentnahme sitzt der Patient entweder vornüber gebeugt oder liegt in der Seitenlage. Mit einer sehr feinen und langen Hohlnadel sticht der untersuchende Arzt zwischen dem dritten und vierten Lendenwirbel in den Rückenmarkskanal. Bei dieser Prozedur ist in der Regel keine Betäubung erforderlich.

Die Liquor-Entnahme, genauer: der Flüssigkeitsverlust, wird von den Hirnhäuten registriert – leichte Kopfschmerzen können die Folge sein. Aus diesem Grund ist nach der Liquor-Entnahme eine zwei- bis dreistündige Bettruhe empfehlenswert.

Lymphknotenbiopsie

Bei Verdacht auf ein malignes Lymphom muss das Gewebe eines dauerhaft geschwollenen

Lymphknotens genau untersucht werden. Die Technik der Probenentnahme hängt von der genauen Lage des Lymphknotens ab. Liegt der vergrößerte Lymphknoten oberflächlich, wird er meist bei örtlicher Betäubung als Ganzes herausgeschnitten. Handelt es sich um einen tiefer gelegenen Lymphknoten, wird mit einer Hohlnadel oft nur ein Teil des verdächtigen Gewebes entnommen.

Mikroskopie und immunhistochemische Methoden

Das Gewebematerial können Fachleute unter dem Mikroskop beurteilen. Sie achten vor allem auf charakteristische Gestaltveränderungen und darauf, ob „verdächtige“ Zellen besonders zahlreich sind oder sich an bestimmten Orten häufen.

Neben der mikroskopischen Untersuchung hat heute die Untersuchung der Gewebeprobe mit immunhistochemischen Methoden enorm an Bedeutung gewonnen. So kann man zum Beispiel eine Knochenmarkprobe mit im Labor hergestellten Antikörpern mischen. Antikörper sind in der Lage, verdächtige Zellen mit bestimmten Eigenschaften zweifelsfrei zu markieren. Damit lassen sich Tumorzellen fast immer eindeutig charakterisieren und der behandelnde Arzt kann ein passgenaues Konzept zur Behandlung seines Patienten entwickeln.





Wie kann ich als Angehöriger einen **Krebspatienten** unterstützen?

Die Diagnose Krebs bedeutet wohl für jeden Menschen eine existenzielle Bedrohung und damit eine einschneidende Lebensveränderung. Das gilt nicht nur für Krebspatienten, sondern auch für Angehörige und Freunde. Sie machen sich Sorgen und sind unsicher, ob und wenn ja, wie sie dem Patienten helfen können. Die häufigsten Fragen und Antworten dazu haben wir Ihnen im Folgenden zusammengestellt.

Kann ich als Angehöriger überhaupt wirklich helfen?

Auf jeden Fall. Mitfühlend zuhören oder einfach nur „da sein“, das ist mindestens genauso wichtig wie eine hervorragende medizinische Betreuung. Als nächster Angehöriger sollten Sie den Patienten auch zu Arztbesuchen begleiten. Das gilt ganz besonders für Termine, bei denen Untersuchungsergebnisse mitgeteilt und Therapiemöglichkeiten diskutiert werden. Nur wenn der Patient ausdrücklich allein sein will, sollten Sie diesen Wunsch respektieren.

Soll man in der Familie offen über die Krankheit reden?

Ja, unbedingt. Denn der Gedanke, vielleicht an der Krankheit sterben zu müssen, ist für den Patienten zunächst einmal ein Schock, den er zu bewältigen hat. Und zu dieser Bewältigung gehört im Allgemeinen das Gespräch dazu. Allerdings sollten Sie als Angehöriger nicht von sich aus das Gespräch eröffnen. Den Zeitpunkt dafür muss der Patient bestimmen.

Und wie verhalte ich mich dann im Gespräch?

Nun, eine wichtige Botschaft habe ich besonders für Männer von krebskranken Frauen: Vermeiden Sie es, über den Krebs wie über ein Übel zu reden, das sich nach Art eines Heimwerkers reparieren oder gar ausmerzen lässt. Hören Sie zunächst einfach zu. Nehmen Sie die Ängste und Sorgen Ihres Angehörigen ernst. Und gestehen Sie ihm oder ihr ruhig, dass Sie auch keine schnelle Lösung wissen. Versichern Sie aber gleichzeitig, dass Sie immer an der Seite des Patienten stehen werden.

Soll ich als Angehöriger auch über meine eigenen Ängste reden?

Ja, auf jeden Fall. Wenn Sie den Kranken wissen lassen, dass Sie sich um ihn sorgen, dass es Sie traurig macht, ihn leiden zu sehen, dann ist das sicher keine Belastung für den Patienten. Solche Gefühle sind Ausdruck persönlicher Anteilnahme, und die tut dem Patienten immer gut. Allerdings sollten Sie den Patienten nicht mit Ihren eigenen Sorgen belasten. Wenn Sie selbst den Druck nicht aushalten, suchen Sie sich professionelle Hilfe. Adressen und weitere Informationen dazu erhalten Sie beispielsweise bei der Deutschen Krebsgesellschaft in Frankfurt.

Ist es sinnvoll, öfter über die Krankheit reden?

Das ist allein die Entscheidung des Patienten. Seien Sie aufmerksam, versuchen Sie das Bedürfnis zu erspüren – aber machen Sie aus der Krankheit keine Ganztagsbeschäftigung. Ein Krebspatient kann lange Zeit ganz normale Dinge tun, ohne ständig an seine Krankheit



erinnert werden zu müssen. Leben Sie also Ihren gemeinsamen Alltag, fahren Sie in Urlaub und sorgen Sie immer wieder für Freiräume, in denen das Gespräch möglich ist.

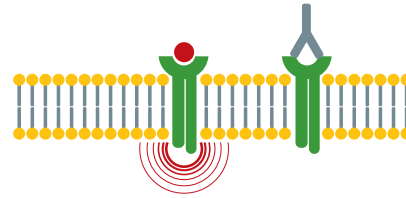
Wie reagiere ich am besten, wenn mein Partner partout nicht über seine Sorgen und Ängste reden möchte?

Wenn jemand nicht reden möchte, dann muss man das akzeptieren. Es gibt dafür die unterschiedlichsten Gründe; oft ist es Rücksichtnahme auf die familiäre Situation. Patienten wollen den Partner mit ihren Ängsten nicht noch zusätzlich belasten und suchen möglicherweise Unterstützung bei Freunden oder finden Hilfe bei sozialen Einrichtungen. Eine solche Entscheidung muss respektiert werden, auch wenn Sie als Partner diese Lösung nicht für besonders glücklich halten.

Soll man Kindern die ganze Wahrheit sagen? Ihnen beibringen, dass Vater oder Mutter möglicherweise sterben wird?

Das hängt vom Krankheitsstadium und vom Alter des Kindes ab. Kinder haben sensible Antennen dafür, wie es ihren engsten Bezugspersonen geht. Es macht also keinen Sinn, eine unter Umständen lebensbedrohliche Krankheit einfach zu leugnen. Wenn es um den Tod geht, sollten bei Kindern immer die Themen Abschiednehmen und Erinnern im Vordergrund stehen. Trauer und Tränen gehören da leider dazu; das Bewusstsein, dass die gemeinsam verbrachte Zeit etwas Unauslöschliches ist, kann bei der Bewältigung aber helfen. Für Kinder krebskranker Eltern gibt es mittlerweile viele Unterstützungsangebote. Eine gute Zusammenstellung finden Sie unter www.praxisjournal.de.

Neue Behandlungsverfahren



Bösartige Tumoren müssen möglichst spurlos beseitigt werden, will man ein optimales Behandlungsergebnis erzielen: So lautet das auch heute noch gültige Dogma der Onkologie. Seit Jahrzehnten stehen zur Krebsbehandlung drei Standard-Werkzeuge zur Verfügung: die Operation, die Strahlentherapie und die im gesamten Organismus wirkende Chemotherapie. Mit dem wachsenden Verständnis über die Entstehung der Tumoren haben sich aber auch die Werkzeuge zu ihrer Behandlung weiterentwickelt.

Stahl, Strahl und Chemie

Der Stahl des Operationsskalpells, die Strahlen oder die Chemotherapie: eines dieser drei Werkzeuge oder ihre Kombination sollte (und soll auch heute noch) dem Tumor möglichst den Garaus machen. Über die Jahre und Jahrzehnte sind alle drei Verfahren verfeinert worden: Schonende Methoden wie die brusterhaltende Operation beim Mammakarzinom haben vielen betroffenen Frauen das Leben leichter gemacht. Die Strahlentherapie ist mehr denn je eine sehr wichtige Behandlungsoption, beispielsweise zur Sicherung eines Operationserfolges – sprich der Zerstörung verbliebener Krebszellen – oder bei der Behandlung früher Stadien von Lymphdrüsenkrebs.

Auch zur häufig kritisierten Chemotherapie existiert bis heute nur in seltenen Fällen eine wirkliche Alternative. Nur mit einer über die Blutbahn verteilten zellabtötenden Substanz ist sichergestellt, dass bösartige Tumoren und möglichst alle ihre Tochtergeschwülste erreicht, sprich bekämpft werden.

Je selektiver, desto wirksamer

Eine Chemotherapie ist umso wirksamer – und gleichzeitig nebenwirkungsärmer –, je mehr es gelingt, die zellabtötende Wirkung der Substanz auf Tumorzellen zu beschränken und gesunde Körperzellen zu verschonen. Viele Chemotherapeutika greifen vor allem sich schnell teilende Zellen an – eben weil die meisten Krebszellen sich schnell durch Teilung vermehren.

Allerdings trifft dies auch für Schleimhautzellen, Haar- und Hautzellen zu, die sich auf diese Weise ständig erneuern. Das ist der Grund dafür, warum manchmal trockene und wundte Schleimhäute oder Haarausfall zu den Nebenwirkungen einer Chemotherapie gehören.

Zielgerichtete Therapie

Alle in den letzten Jahren entwickelten wirklich neuen Behandlungsverfahren setzen deshalb an Strukturen oder Prozessen an, die in erster Linie oder besonders häufig in Tumorzellen vorkommen. Viele Mediziner sprechen daher von zielgerichteter Therapie oder englisch *targeted therapy*. Nicht so sehr die Tatsache, dass ein Tumor schnell wächst, steht dann im Mittelpunkt des Interesses, sondern vielmehr die Frage, warum Tumorzellen schnell wachsen und wie man dieses Wachstum zum Stillstand bringen kann.

Wachstumssignale

Zellwachstum und Zelltod unterliegen normalerweise streng kontrollierten Prozessen. Für die Initiierung des eigentlichen Wachstums – also für die Ankurbelung der Zellteilung – spielen sogenannte Wachstumsfaktoren eine wichtige Rolle.

Wie funktioniert das genau? Wachstumsfaktoren müssen, um eine Zelle zur Teilung anzuregen, zunächst an einem sogenannten Rezeptor an der Zellaußenseite „andocken“. Wachstumsfaktor und Rezeptor kann

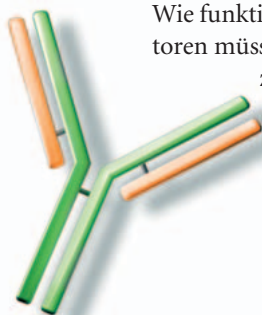
man sich bildlich wie Schlüssel und Schloss vorstellen, die genau zueinander passen. Die Anlagerung des Wachstumsfaktors am Rezeptor löst im Inneren der jeweiligen Zelle eine Reihe von Reaktionen aus, die schließlich zur Teilung der Zelle, also zum Wachstum des Tumors führt.

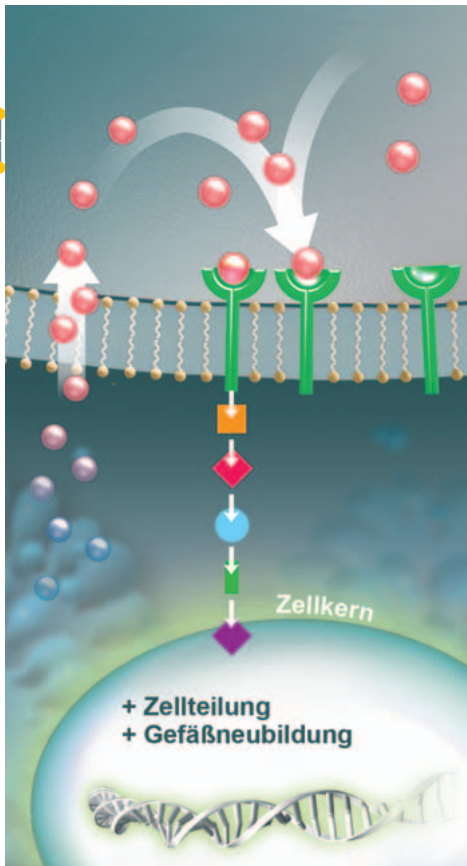
Die im Zellinneren ablaufenden Prozesse bezeichnen Mediziner auch als Signaltransduktion, denn das ursprünglich von außen über den Wachstumsfaktor vermittelte Signal wird über die Zellgrenze hinweg im Inneren der Zelle weitergeführt.

Substanzen wie Imatinib, Erlotinib, Gefitinib oder Lapatinib hemmen die Weiterleitung des Wachstumssignals im Zellinneren, sie sind Signaltransduktions-Hemmstoffe. Ihre Wirkung entfalten sie, indem sie sozusagen eine Station innerhalb der Signalübertragungskette lahm legen. Das geschieht über die Inaktivierung eines Enzyms mit dem Namen Tyrosinkinase. Die genannten Substanzen werden deshalb auch als Tyrosinkinase-Inhibitoren oder kurz TKI bezeichnet.

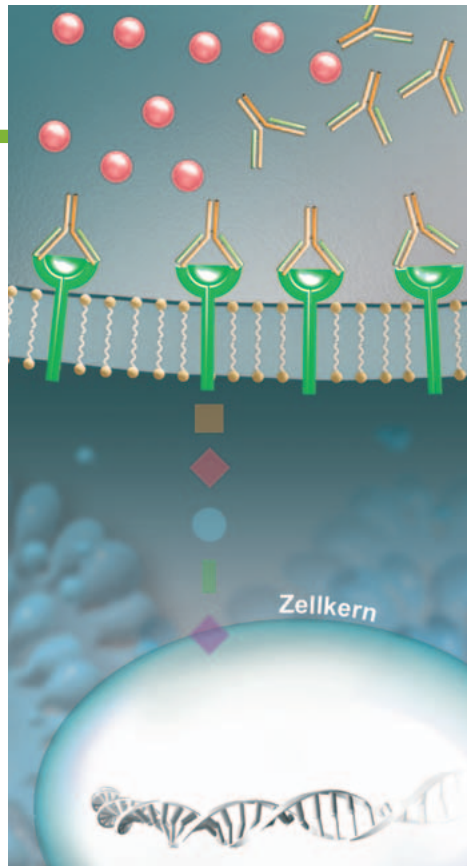
Wachstumsfaktoren

Tumorzellen sind in der Lage, ihr Wachstum irrsinnig zu beschleunigen. Denn sie produzieren nicht nur vermehrt Wachstumsfaktoren-Rezeptoren an ihrer Außenseite, sie sondern auch die passenden Wachstumsfaktoren in die Umgebung ab. Auf diese Weise stimulieren sie ihr eigenes Wachstum selbst und sind damit einer übergeordneten Kontrolle durch

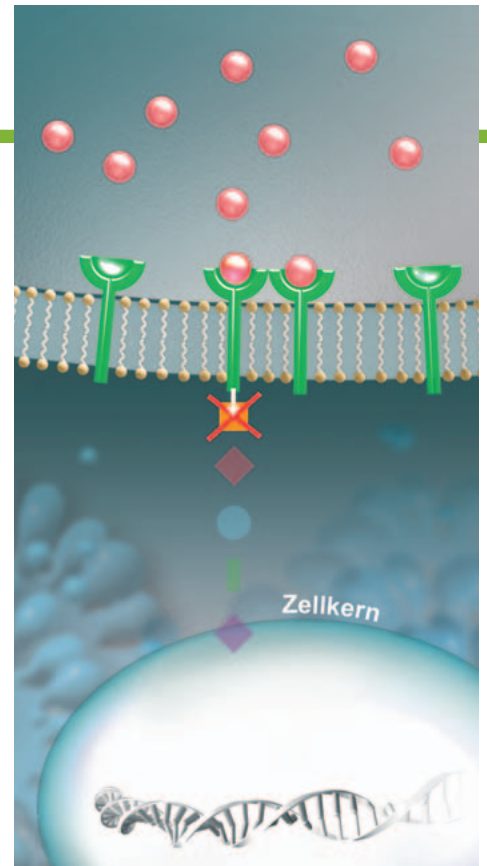




Tumorzellen produzieren ihre eigenen Wachstumsfaktoren und sondern sie nach außen ab (rote Kugeln). Diese binden an Membranrezeptoren (grün); dadurch gelangt das Signal zur Zellteilung über mehrere Stationen bis zum Zellkern, der Tumor wächst.



So wirken Antikörper wie Trastuzumab: Sie blockieren die Membranrezeptoren an der Außenseite der Zelle. Das Signal zur Zellteilung kommt nicht zustande, das Tumorwachstum wird gestört.



So wirken Signal-Transduktions-Hemmstoffe wie Lapatinib: Das Medikament gelangt ins Innere der Tumorzelle und unterbricht die Weiterleitung des Signals zur Zellteilung, selbst wenn von außen Wachstumsfaktoren an die Rezeptoren binden. Das Tumorwachstum wird gestört.

den Organismus weitgehend entzogen. Forscher überall auf der Welt haben mittlerweile ganze Familien unterschiedlicher Wachstumsfaktoren identifiziert. Zu den am besten untersuchten gehören beispielsweise die Wachstumsfaktoren erbB-1 und erbB-2. Letzterer ist auch unter dem Namen Her2/neu bekannt. Bei etwa 15 Prozent aller Brustkrebspatientinnen ist der Rezeptor für erbB-2 beziehungsweise Her2/neu auf der Oberfläche der Tumorzellen nachweisbar.

Dieser Rezeptor lässt sich mit dem monoklonalen Antikörper Trastuzumab blockieren. Mit dieser Antikörpertherapie lässt sich das Risiko für einen krebserkrankten Tod von Brustkrebspatientinnen mit Her2/neu-positiven Tumoren deutlich senken.

Der Signaltransduktions-Hemmstoff Lapatinib wirkt ebenfalls auf Zellen mit erbB-2-Rezeptoren, aber nicht – wie der Antikörper Trastuzumab – von außen, sondern vom Inneren der Zelle aus. Trastuzumab verhindert,

dass der Wachstumsfaktor am passenden Rezeptor auf der Zellaußenseite andocken kann. Lapatinib wirkt erst im Inneren der Zelle und unterbricht dort die Weiterleitung des Wachstumssignals. Lapatinib kann nur deshalb im Zellinneren wirken, weil es chemisch ein so kleines Molekül ist, dass es in die Tumorzelle einzudringen vermag.

Blockade der Blutgefäßbildung

Wenn viele Tumorzellen sich teilen, vergrößert sich die Tumormasse. Die Größe eines Tumors ist wesentlich durch seine Versorgung mit Sauerstoff und Nährstoffen bestimmt, mit anderen Worten: Auch ein Tumor muss mit Blut versorgt werden, um wachsen zu können.

Tumorzellen schütten Wachstumsfaktoren aus, die bestimmte Zelltypen (Endothelzellen) anlocken, aus denen sich Blutgefäße bilden können. Diese Neubildung von Blutgefäßen – fachsprachlich Angiogenese genannt – lässt sich ebenfalls blockieren. Und zwar

wieder über zwei prinzipiell verschiedene Wege: durch die Besetzung der Wachstumsfaktor-Rezeptoren auf der Außenseite derjenigen Zellen, die Blutgefäße bilden können, oder durch die Hemmung der Signaltransduktion im Inneren dieser Zellen. Die Hemmung der Angiogenese in Tumorgewebe wird von Fachleuten als wichtiges neues Behandlungsverfahren eingeordnet.

Biologicals

Anders als Stahl, Strahl und Chemie greifen die hier vorgestellten Behandlungskonzepte sehr zielgerichtet in die Biologie einzelner Zellen ein. Die zu diesem Zweck eingesetzten Wirkstoffmoleküle werden deshalb häufig zusammenfassend auch als Biologicals bezeichnet. In die zielgerichtete Therapie mit Biologicals setzen Experten hohe Erwartungen. Denn sie ermöglicht eine auf die Charakteristika des einzelnen Tumors zugeschnittene und damit eine individuell sehr erfolgversprechende Behandlung.



■ **Ernährung** Eine der typischen ersten Reaktionen von Tumorpatienten nach Mitteilung ihrer Diagnose ist die Umstellung ihrer Ernährung. Nur noch Gesundes soll auf den Tisch, möglichst viele Vitamine und Mineralstoffe sollen den Körper fit machen für den Kampf gegen den Krebs. Diese Einstellung ist verständlich und grundsätzlich auch nicht falsch. Wer selbst aktiv wird, wer etwas für seine Gesundheit tut, der fühlt sich nicht hilflos, und dieses Bewusstsein kann eine wichtige Komponente bei der Bekämpfung des bösartigen Tumors sein.

Jeder is(s)t anders

Ein gewisses Maß an Skepsis ist jedoch angebracht, wenn von pauschalen Empfehlungen zur Ernährung von Krebspatienten die Rede ist. Es existiert nach wie vor keine Diät, mit der sich Krebs bekämpfen ließe, im Gegenteil: Einige der sogenannten Krebsdiäten können sogar gesundheitsgefährdende Mangelzustände verursachen, weil sie eine einseitige Ernährung empfehlen oder gar zum Fasten auffordern.

Eine Überdosis Vitamine

Weit verbreitet ist auch die Auffassung, dass man als Krebspatient zusätzlich Vitamine und Mineralstoffe einnehmen sollte, um die Körperzellen gegen den schädlichen Einfluss von aggressiven Molekülen, den sogenannten Radikalen, zu schützen. Es stimmt: Wer nicht in der Lage ist, mehrmals am Tag frisches Obst und/oder Gemüse zu sich zu nehmen beziehungsweise frische Fruchtsäfte zu trinken, bei dem kann ein Vitamin- und Mineralstoffmangel entstehen.

Zu warnen ist jedoch vor dem unkontrollierten Konsum frei verkäuflicher Vitaminpräparate, denn: viel hilft an dieser Stelle nicht viel. In verschiedenen Studien wurde nachgewiesen, dass ein Zuviel an Vitaminen auch schaden kann. Dänische Forscher haben darüber hinaus schon vor einigen Jahren herausgefunden, dass die unkontrollierte Einnahme von Vitaminen das Leben sogar verkürzen kann. Vor allem wer Präparate mit Vitamin A, dem Pflanzenfarbstoff Beta-Karotin oder mit Vitamin E chronisch in zu hoher Dosis einnimmt, gefährdet offenbar seine Gesundheit.

Wie gesagt, nicht alle Tumorpatienten kommen ohne die Einnahme zusätzlicher Präparate aus. Und es ist auch gar nichts dagegen einzuwenden, wenn Sie sich selbst entsprechende Präparate in der Apotheke besorgen. Allerdings sollten Sie uns über alles, was Sie zusätzlich einnehmen, informieren. Nur so lassen sich die unter Umständen gefährlichen Überdosierungen vermeiden.

Mangelernährtes Normalgewicht?

Vitamine und Mineralstoffe allein machen allerdings noch keine gesunde Ernährung. Damit der Körper für die Auseinandersetzung mit dem Tumor gerüstet ist, muss vor allem Gewichtsverlust vermieden werden. Der ist aber manchmal gar nicht so einfach festzustellen. Gerade bei Tumorpatienten kommt es zu Wasseransammlungen im Gewebe, die zwar ihren Teil zum Körpergewicht beitragen, aber von keinem weiteren Nutzen sind.

Das heißt, das Körpergewicht allein ist kein ausreichendes Kriterium zur Beurteilung des Ernährungszustandes. Entscheidend ist ein Blick auf die Physiognomie: Treten im Gesicht die Schläfenknochen hervor? Ist die Muskulatur in Oberarmen und Beinen erschlafft? Die Feststellung von Untergewicht ist dennoch kein Grund zur Panik. Die moderne Ernährungsmedizin verfügt über wirksame Instrumente, mit denen sich ein Patient wieder „aufpäppeln“ lässt. Drei Ernährungsmethoden können

dabei allein oder in Kombination zur Anwendung kommen:

- die „klassische“ Ernährung durch Mund und Verdauungstrakt;
- die Ernährung unter Umgehung von Mund und Speiseröhre (enterale Ernährung);
- die Ernährung per Infusion unter Umgehung des gesamten Verdauungstraktes (parenterale Ernährung).

Essen ist ein Stück Lebensqualität. Schon aus diesem Grund versucht man, den Energiebedarf so weit wie möglich auf klassischem Weg zu befriedigen. Immerhin benötigt ein 65 Kilogramm schwerer, bettlägeriger Patient mindestens 1.600 Kilokalorien pro Tag, wenn er sein Gewicht nur halten will. Ist dieser Patient noch mobil, sind schon fast 2.000 Kilokalorien notwendig. Wenn zusätzlich eine Gewichtszunahme wünschenswert ist, kommen noch einmal 250 bis 300 Kilokalorien pro Tag hinzu.

Sind diese Mengen auf dem normalen Weg nicht zu bewältigen, empfiehlt sich die Kombination mit enteralen oder parenteralen Ernährungsmethoden. Übrigens: Zusätzliche Sonden- oder Infusionsernährung ist kein Zeichen dafür, dass „nichts mehr geht“ oder gar das Ende naht. Rechtzeitig eingesetzt ist sie ein wertvolles Instrument, das dabei hilft, einen unerwünschten Gewichtsverlust auszugleichen.



Stichwort Blutgruppen

A, B or not AB – so möchte man in Anlehnung an den berühmten Hamlet-Monolog deklamieren; denn auf diese kommt es an, wenn man von Blutgruppen spricht. Doch lassen Sie uns die Geschichte der Reihe nach erzählen.



Bereits im 19. Jahrhundert hatten Ärzte immer wieder versucht, Patienten nach großen Blutverlusten durch Übertragung von Blutspenden das Leben zu retten. Bis 1871 waren jedoch von mehr als 260 solcher Bluttransfusionen knapp 150 für die Empfänger tödlich ausgegangen, weil sich schwere Gerinnsel in ihren Gefäßen gebildet hatten. Kein Arzt wagte mehr die Blutübertragung, bis im Jahr 1900 der Österreicher Karl Landsteiner herausfand, warum sich das Blut zweier Menschen manchmal verträgt und manchmal verklumpt. Landsteiner hatte in Experimenten systematisch das Blut verschiedener Spender miteinander vermischt. Dabei fand er heraus, dass die Spender sich in vier Gruppen unterteilen ließen, je nachdem wie ihre Blutzellen mit dem Serum anderer Menschen reagierten (siehe Abbildung). Damit hatte er das wichtigste Blutgruppensystem, das sogenannte AB0-System, entdeckt.

Das AB0-System

Heute weiß man, dass die Blutgruppen durch Moleküle auf den Blutzellen bestimmt werden: die Blutgruppen-Antigene. Das sind kurze Ketten aus Zuckermolekülen, die einen lichten Rasen auf der Oberfläche der Zellen bilden. Grundbestandteil des AB0-Systems ist eine Kette aus fünf Zuckermolekülen, schlicht „H“ genannt.

Der süße Unterschied

Bei Trägern der Blutgruppe 0, etwa 40 Prozent der Bevölkerung, wird die H-Kette nicht weiter verändert. Die Gruppen A und B, vertreten bei 45 beziehungsweise knapp 10 Prozent, sind jedoch zusätzlich mit einem Enzym ausgestattet, das einen weiteren Zuckerbaukasten an die H-Ketten anheftet. Entscheidend ist, dass diese A- und B-Transferasen unterschiedliche Zucker benutzen. Selten, nämlich nur bei den 5 Prozent der Menschen, welche die Blutgruppe AB tragen, kommen beide Enzyme gleichzeitig vor.

Auf die individuellen Unterschiede im Aufbau der Zuckerketten reagiert das Immunsystem. Unter den Milliarden verschiedener Antikörper, die jeder Mensch bildet, fehlen solche, welche die eigene Blutgruppe erkennen. Damit ist ausgeschlossen, dass körpereigene Antikörper mit Antigenen auf körpereigenen Blutzellen reagieren.

Allerdings sind unter den Antikörpern per Zufall auch immer welche, die die anderen Blutgruppen erkennen. Das führt dazu, dass etwa Menschen mit Blutgruppe A immer Antikörper gegen die Blutgruppe B besitzen. Wenn man Blut dieser Menschen vermischt, verkleben die Antikörper die Blutzellen zu einem Pfropfen. Ein Träger der Blutgruppe 0 bildet Antikörper gegen die Blutgruppen A und B. Nur Träger der Blutgruppe AB sind frei von solchen Antikörpern.

Patient hat erhält Spenderblut der Gruppe			
Blutgruppe	Antikörper	A	B	AB	0
A	Anti-B				
B	Anti-A				
AB	-				
0	Anti-A Anti-B				

Keine Verklumpung
Transfusion möglich

 Verklumpung
Transfusion nicht möglich

Fremd ist Blut für unser Immunsystem immer dann, wenn auf der Oberfläche der Blutzellen ein unbekanntes Antigen sitzt. Patienten mit der Blutgruppe A entwickeln deshalb Antikörper gegen das B-Antigen und umgekehrt. Ein Mensch der Blutgruppe AB bildet überhaupt keine Antikörper aus, weil auf seinen Blutzellen eigene A- und B-Antigene vorkommen. Träger der Blutgruppe AB können deshalb – gleiche Rhesusgruppe vorausgesetzt – das Blut eines jeden Spenders erhalten. Träger der Blutgruppe 0 haben keinerlei Antigen auf ihren roten Blutkörperchen. Gegen ihr Blut bildet daher auch niemand Antikörper, das heißt, sie können jedem Menschen Blut spenden. Empfangen können sie Blut aber nur von ihresgleichen, also Menschen mit der Blutgruppe 0, denn ihr Immunsystem kennt die Antigene A und B nicht und bildet dagegen Antikörper.

Das Rhesussystem

Neben dem AB0-System gibt es 15 weitere Blutgruppensysteme. Das wichtigste ist das 1940 ebenfalls von Landsteiner ursprünglich an Affen entdeckte Rhesus-System. Es umfasst mehrere Dutzend Blutgruppen-Antigene; das wichtigste wird „D“ genannt. Etwa 85 Prozent der Mitteleuropäer besitzen dieses D-Antigen, sie sind Rhesus-positiv.



Kurz berichtet

Neues aus der Forschung

Männer haben ein höheres Darmkrebsrisiko als Frauen

Forscher empfehlen Männern, früher mit der Darmkrebsvorsorge zu beginnen:

Eine Forschergruppe der Münchner Ludwig-Maximilians-Universität um den Gastroenterologen Frank Kolligs hat etwa 625 000 dokumentierte Darmspiegelungen aus den Jahren 2006 bis 2008 ausgewertet. Wichtigstes Ergebnis: In jeder Altersgruppe werden bei Männern deutlich mehr Darmkrebsvorstufen (Adenome) oder bösartige Tumoren gefunden als bei Frauen. Die Forscher empfehlen daher, die Vorsorge-Darmspiegelung für Männer bereits ab dem 50. und nicht wie bisher erst ab dem 55. Lebensjahr anzubieten.

Die von Kolligs und Kollegen analysierten Daten stammen nicht nur aus Vorsorge-Darmspiegelungen. Vielmehr sind auch Darmspiegelungen enthalten, die aufgrund von konkreten Beschwerden oder wegen des Nachweises von Blut im Stuhl durchgeführt wurden. In allen drei Gruppen entdeckten die Mediziner bei Männern jeweils etwa doppelt so viele Adenome und Dickdarntumoren wie bei Frauen.

Die Ergebnisse werden Kolligs zufolge nun in den zuständigen Gremien mit dem Ziel diskutiert, für Männer das Mindestalter für eine Vorsorge-Darmspiegelung herabzusetzen.

Wenn „es“ nicht mehr klappt

Zwei neue Ratgeber zu Krebs und Sexualität erschienen

Krebs hinterlässt Spuren, am Körper und an der Seele. Die Erkrankung und die unterschiedlichen Therapien wirken sich auf viele Lebensbereiche aus. Intimleben und Sexualität sind davon nicht ausgenommen, „vom Kopf her“ und auch körperlich. Junge Betroffene beschäftigt zudem die Frage, ob ein Kinderwunsch später noch zu erfüllen sein wird. Dies belastet viele Patientinnen und Patienten ebenso wie ihre Partner und Partnerinnen sehr.

Aus Scham werden jedoch solche Probleme oft nicht angesprochen, und auch Ärzte thematisieren die Sexualität selten von sich aus. Der Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums greift dieses Tabuthema mit der Herausgabe von zwei Ratgebern auf: einem zur weiblichen und einem weiteren zur männlichen Sexualität bei und nach einer Krebserkrankung.

Betroffenen und ihren Partnern bieten die Broschüren sachliche und zugleich einfühlsame Darstellungen von Ursachen und Zusammenhängen sowie Antworten auf viele Fragen. Unnötige Hemmschwellen abbauen wollen die Verfasser der Broschüren und sie raten, gegebenenfalls professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Ansprechpartner und Anlaufstellen in Deutschland sind im Anhang zusammengestellt. Probleme mit der Sexualität sind bei und nach Krebserkrankungen keineswegs ungewöhnlich, aber es gibt Mittel und Wege, wieder zu einem befriedigenden Intimleben zurückzufinden, so die Botschaft an die Leserinnen und Leser.

Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums

Im Neuenheimer Feld 280 · 69120 Heidelberg

Tel. 06221/422890 (Sekretariat)

E-Mail: sekretariat-kid@dkfz.de

Internet: www.krebsinformationsdienst.de (dort unter Wegweiser/Broschürenverzeichnis)



Anzeige



Das **Menschenmögliche** tun.

