

Nur für unsere Patienten,
nicht zur Weitergabe bestimmt.

Praxisnetzwerk Hämatologie/intern. Onkologie
Dr. Helmut Forstbauer · Priv. Doz. Dr. Carsten Ziske
Dr. Ruth Reihls · Dr. Ernst Rodermann · Andreas Diel
 Schloßstr. 18 (am St. Josef-Hospital) · 53840 Troisdorf
 Tel. 02241 / 80 18 71 · Fax 02241 / 80 18 72
 Sprechstunden: Mo - Fr 8 - 12 und Mo - Do 15 - 17 Uhr
 Steinerstr. 39 (am St. Josef-Hospital)
 53225 Bonn-Beuel
 Tel. 0228 / 40 78 71 · Fax 02241 / 80 18 72
 Sprechstunden: Mo - Fr 8 - 12 und Mo - Do 15 - 17 Uhr
 Schülgenstr. 15a · 53604 Bad Honnef
 (PraxisCUBUS am CURA-Krankenhaus)
 Tel. 02224 / 772 11 75 · Fax 02241 / 80 18 72
 Sprechstunden: Mo, Di, Do, Fr 8 - 12 und
 Di, Do 15 - 17 Uhr
 E-Mail: info@onkologie-rheinsieg.de
 www.onkologie-rheinsieg.de



Liebe Patientin, lieber Patient,

2 Nachgefragt

Was muss ich beachten,
wenn ich verreisen will?

3 Therapie

Werden ältere Patienten
anders behandelt?

4 Überblick

Familiär gehäuft
auftretender Brust- und
Darmkrebs

6 Diagnose

Zielgerichtete Tumor-
therapie und Tumorgenom-
Sequenzierung

7 Ratgeber

Sport wirkt besser als
manches Medikament

8 Kurz berichtet

Starkes Übergewicht lässt
Rückfall- und Sterberisiko
steigen
Prostatakrebsrisiko durch
Sterilisation nicht erhöht

die Fortschritte der Medizin sind atemberaubend und Krebs ist in den meisten Fällen heute heilbar. Diese Botschaft liest oder hört man in Ratgeberzeitschriften, in Radio- und Fernsehsendungen und im Internet sowieso. Grundsätzlich ist diese Feststellung auch richtig. Sie lässt sich nur nicht immer 1 : 1 auf die Situation des einzelnen Patienten übertragen. Denn die Frage ist, was unter „Heilung“ zu verstehen ist. Ist man geheilt, wenn keine Krebszellen mehr nachweisbar sind? – Ja, natürlich, möchte man sagen. Doch gilt es auch in solchen Fällen wachsam zu sein, denn ein Wiederauftreten der Krankheit lässt sich nie vollständig ausschließen. Das Wort Heilung ver-

wenden wir deshalb sehr zurückhaltend, auch wenn wir alles tun, um dieses Ziel zu erreichen.

Heilung ist aber nicht Voraussetzung für einen Therapieerfolg. Den erzielen wir bereits dann, wenn es gelingt, die Krankheit so zu kontrollieren, dass ein gutes Leben möglich ist, und das möglichst viele Jahre lang. Die Aussichten dafür sind heute dank des medizinischen Fortschritts tatsächlich so gut wie nie zuvor.

**Ihr Team vom Praxisnetzwerk
Hämatologie / internistische Onkologie**

KOMPLEMENTÄRE BEHANDLUNGSMETHODEN BEI KREBSERKRANKUNGEN

Die meisten Krebspatienten möchten alles tun, um ihre Heilungschancen zu verbessern. Daher sind sie oft auf der Suche nach ergänzenden Behandlungsmöglichkeiten, auch und vor allem um belastende Nebenwirkungen zu verringern. Häufig beginnen sie mit dieser Suche im Internet – und sie werden schnell fündig. Im *world wide web* wimmelt es geradezu von selbst ernannten Experten, deren Qualifikation in den meisten Fällen recht fragwürdig ist.

Sinnvoller ist es, sich Rat und Information bei anerkannten Fachleuten zu holen, etwa den deutschen Krebsgesellschaften. Die Krebsgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V. hat eine Zusammenstellung und Bewertung der gängigsten komplementären Methoden veröffentlicht. Neben gut erklärten Hinweisen, warum Patienten von diversen Angeboten besser Ab-

stand nehmen sollten, finden sich viele hilfreiche Empfehlungen. Der Nutzen solcher Zusatztherapien hängt allerdings stark von den unterschiedlichen individuellen Gegebenheiten ab – und darüber sollten Sie unbedingt mit Ihrem behandelnden Arzt sprechen.



Den kostenlosen
download der Broschüre
finden Sie unter
www.krebsgesellschaft-nrw.de, Broschüren
bestellen. <<<

Hrsg. Krebsgesellschaft
Nordrhein-Westfalen e.V.,
Prof. Dr. med. Josef Beuth

Impressum

© 27 | 11 | 2016, LUKON GmbH
 ISSN 1436-0942
 Lukon Verlagsgesellschaft mbH
 Postfach 600516, 81205 München
 Chefredaktion:
 Dr. med. Ernst Rodermann
 (verantwortlich)
 Redaktion: Tina Schreck,
 Ludger Wahlers
 Anzeigen: Reinhard Bröker,
 Anschrift wie Verlag
 Grafik-Design, Illustration:
 Charlotte Schmitz
 Druck: flyeralarm Würzburg

BUCH
TIPP



Wenn Tumorpatienten sich längere Zeit einer anstrengenden Therapie zu unterziehen hatten, dann wollen sie meist nur noch eines: so schnell wie möglich weg aus der Umgebung, die sie an Krankheit erinnert. Weg von der Klinik, weg von der Arztpraxis. Zu Hause, so die Hoffnung, kann man zur Ruhe kommen, zur Normalität zurückfinden. Nach einiger Zeit aber erwacht nicht selten der Wunsch nach einem Tapetenwechsel. „Mal rauskommen“ heißt dann die Devise. Die wichtigsten Fragen und Antworten zu diesem Thema haben wir Ihnen hier zusammengestellt.

Ich habe während der Therapie so viele Kranke gesehen – ich möchte jetzt nicht zur Kur und wieder über meine Krankheit nachdenken, sondern viel lieber privat in den Urlaub fahren. Geht das?

Sie können gewiss nicht gezwungen werden, eine Rehabilitationsmaßnahme zu absolvieren. Aber bedenken Sie, dass man sich nirgendwo so gut auf Ihre Bedürfnisse einstellen kann wie in einer Spezialklinik für Rehabilitation. Je nach Erkrankung reicht die Palette der Angebote vom angepassten Bewegungstraining über Ernährungsberatung bis hin zur psychologischen Beratung. Ein privat geplanter Urlaub ist kein Ersatz für eine solche Kur.

Darf ich denn als Patient überhaupt in Urlaub fahren?

Wenn medizinisch nichts dagegen spricht, ist das kein Problem. Wenn Sie berufstätig sind, sollten Sie aber sicherheitshalber auch Ihre Krankenkasse über Ihr Vorhaben informieren; auch wenn Sie weiterhin arbeitsunfähig sind, ist es sicher kein Fehler, den Arbeitgeber über die geplante Erholungsreise zu unterrichten.

Worauf sollte ich achten, wenn ich mit dem Auto verreisen und selbst fahren möchte?

Das hängt ganz von Ihrem Allgemeinzustand ab. Wenn ich bei einer Untersuchung zu dem Schluss komme, dass Sie fahrtüchtig sind, erhalten Sie dafür von uns eine Bescheinigung. Die ist unter Umständen wichtig für Ihre Versicherung. Gegebenenfalls kann eine umfangreichere Untersuchung bei speziell ausgebildeten Prüffahrern nötig sein. Am besten fragen Sie deswegen bei Ihrer Auto-Versicherung nach.

Wie sieht es mit Bahn-, Bus- oder Flugreisen aus?

Vorsicht ist geboten, wenn man lange Zeit stillsitzen muss. Im Bus oder Auto sollte man spätestens alle zwei Stunden eine Pause einlegen und sich bewegen. Damit betreibt man aktive Thrombose-Vorbeugung. Auch im Flugzeug ist eine Thromboseprophylaxe wichtig. Ob Kompressionsstrümpfe notwen-

dig sind oder Sie möglicherweise zusätzliche Medikamente brauchen, entscheiden wir bei der Untersuchung Ihres allgemeinen Gesundheitszustandes.

Wann darf ich nach einer Operation wieder ins Flugzeug steigen?

Auch das hängt vom Einzelfall ab. Als Faustregel gilt: Mindestens zwei bis sechs Wochen nach einer Bauch- oder Brustoperation und mindestens sechs Monate nach einer Schädeloperation sollte man mit dem Fliegen warten; denn der niedrigere Luftdruck in den Kabinen führt zur Ausdehnung von Darmgasen und Körperflüssigkeiten. Dadurch können Narben belastet werden. Im Gehirn kann es durch die Druckschwankungen sogar zu Krampfanfällen kommen.

Kann ich meine Medikamente einfach mitnehmen?

Welche Medikamente notwendig sind, besprechen wir gemeinsam. Je nach Reiseziel muss geprüft werden, ob die Präparate Hitze, Kälte und/oder Feuchtigkeit vertragen. Medikamente gehören grundsätzlich ins Handgepäck; vergessen Sie nicht, auch die jeweiligen Beipackzettel mitzunehmen. Starke Schmerzmittel, die unter das Betäubungsmittelgesetz fallen, dürfen für maximal 30 Tage in Länder mitgenommen werden, die das Schengener Abkommen unterschrieben haben. Notwendig ist dazu das Mitführen einer beglaubigten ärztlichen Bescheinigung. Sprechen Sie uns deshalb frühzeitig auf Ihre diesbezüglichen Wünsche an.

Wie lange darf ich wegfahren?

Das hängt davon ab, wann bei Ihnen die nächste Kontrolluntersuchung notwendig ist. Falls Sie in Deutschland unterwegs sind, kann eine solche Untersuchung eventuell auch durch einen Arzt am Urlaubsort vorgenommen werden.

Wie steht es mit meinem Krankenversicherungsschutz am Urlaubsort?

Mitglieder von gesetzlichen Krankenversicherungen können in Deutschland ihre Chipkarte benutzen. Bei Auslandsreisen fragen Sie bitte bei Ihrer Versicherung nach. Bei allen privat Versicherten gilt der jeweils geschlossene Vertrag. Fragen Sie in jedem Fall nach, ob die Versicherung die Behandlungskosten gegebenenfalls auch im Reiseland übernimmt. Manchmal gibt es gerade bei Zusatzversicherungen Klauseln, in denen die Kostübernahme bei einer schon vor Reiseantritt bekannten Erkrankung ausgeschlossen wird. <<

Werden ältere Krebspatienten anders behandelt?

Mit der rasanten Zunahme der allgemeinen Lebenserwartung in den vergangenen Jahrzehnten hat die Zahl der Patienten mit Krebserkrankungen insgesamt zugenommen. Gleichzeitig wächst die Gruppe der älteren Tumorpatienten immer stärker. Bei Erstdiagnose sind Frauen heute im Schnitt 68 Jahre, männliche Krebspatienten sogar 69 Jahre alt. Welche Rolle spielt das Alter bei der Therapieplanung?



Dass die Zahl älterer Krebspatienten steigt, lässt sich biologisch vergleichsweise einfach erklären. Mit zunehmendem Alter verlieren die Zellen unseres Körpers immer mehr die Fähigkeit, Schäden in der Erbsubstanz zu erkennen und zu reparieren. Das heißt geschädigte Zellen werden nur noch unzureichend erkannt, können sich deshalb weiter teilen und sich im schlimmsten Fall zu einem bösartigen Tumor auswachsen.

Biologisches Alter entscheidend

Diese biologisch bedingte nachlassende Leistungsfähigkeit lässt sich aber nicht an Lebensjahren allein festmachen. Es gibt 80-Jährige, die mobil sind, ihr Leben selbstbestimmt gestalten und kaum über gesundheitliche Beeinträchtigungen klagen. Es gibt aber eben auch 60-Jährige, die regelmäßig auf fremde Hilfe angewiesen sind und unter verschiedenen chronischen Erkrankungen leiden.

Im Umkehrschluss hat das zur Folge, dass ein fitter und biologisch vergleichsweise junger 80-Jähriger mit belastenderen, aber möglicherweise vielversprechenderen Therapieverfahren behandelt werden kann als ein biologisch älterer 60-Jähriger. Die Behandlungsstrategie für Krebspatienten legen Ärzte deshalb nicht nur nach Geburtsdatum, sondern auch nach dem allgemeinen Gesundheitszustand ihrer Patienten fest.

Von GoGo bis NoGo

Zur Bestimmung des allgemeinen Gesundheitszustandes stehen unterschiedliche Instrumente zur Verfügung. Häufig genutzt wird beispielsweise der unten stehende Index der Weltgesundheitsorganisation WHO.

Was zudem immer mehr Eingang findet in die Beurteilung älterer Krebspatienten, ist ein ursprünglich von angelsächsischen Medizinern stammendes pragmatisches Instrument. Je nach Mobilitätseinschränkung werden die Patienten einer von drei Gruppen zugeteilt:

■ **GoGo:** Patienten, die ihre Alltagsaktivitäten selbstständig erledigen können, sei es komplett aus eigener Kraft oder mit geeigneten Hilfsmitteln wie Gehstock oder Rollator.

■ **SlowGo:** Patienten, die zwar „langsamer“ gehen, aber zumindest teilweise in der Lage

sind, diese Einschränkungen durch Hilfsmittel auszugleichen.

■ **NoGo:** Patienten, die auf ständige Betreuung angewiesen sind.

Wer entscheidet, was geht?

Die Entscheidung, welche Therapie für welchen Patienten die angemessene ist, fällen die behandelnden Ärzte immer erst nach sorgfältiger Prüfung aller Fakten in jedem Einzelfall. Alter allein ist jedenfalls kein Argument für eine Einschränkung der Behandlung. Keinem Menschen wird eine Therapie verweigert, weil sie sich angeblich „nicht lohnt“. Auch in biologisch hohem Alter kann es notwendig sein, massiv einzugreifen, wenn sich aus dem Wachstum des Tumors zusätzliche Gesundheitsprobleme ergeben.

Eine symptomlindernde, sogenannte palliative Therapie schließlich ist immer möglich. Jeder Patient hat darauf ein Recht. Apropos Recht: Auch ältere Krebspatienten entscheiden selbst über ihre Behandlung, denn wie für alle gilt auch für sie: Entscheidend ist, was die Betroffenen selbst wünschen.

WHO-Index zum allgemeinen Gesundheitszustand

- | | |
|---|--|
| 0 | volle Aktivität, normales Leben und Arbeiten möglich |
| 1 | eingeschränkte Aktivität, leichte Arbeit möglich |
| 2 | Selbstversorgung noch möglich, aber nicht arbeitsfähig, nicht bettlägerig, Ruhezeit weniger als 50 Prozent der Tageszeit |
| 3 | Selbstversorgung sehr eingeschränkt, mehr als 50 Prozent der Tageszeit ruhebedürftig, auf Pflege/Hilfe angewiesen |
| 4 | ständig bettlägerig und pflegebedürftig |

Familiär gehäuft auftretender Brust- und Darmkrebs

Im Mai 2013 gab Hollywood-Star Angelina Jolie bekannt, dass sie sich vorsorglich beide Brüste hatte entfernen lassen, weil bei ihr eine eindeutige Veränderung in der Erbsubstanz nachgewiesen worden war. Ihr Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, war damit so hoch, dass sie sich zu dieser drastischen Maßnahme durchgerungen hatte. 2001 ist Felix Burda, der Sohn des Verlegers Hubert Burda und seiner ersten Frau Christa Maar, im Alter von nur 33 Jahren an Darmkrebs gestorben, weil sein erblich bedingtes Krebsrisiko nicht erkannt worden war. Möglicherweise fragen Sie oder Ihre gesunden Angehörigen sich auch, ob ihre Erkrankung vererbbar ist, ob Sie also auch zu einer „Krebsfamilie“ gehören.

Um es ganz klar zu sagen: Ja, die Möglichkeit, Brust-, Eierstock- oder Darmkrebs zu vererben, besteht. Unter den etwa 75 000 jährlichen Brustkrebs- und 70 000 Darmkrebs-Neuerkrankungen findet sich bei etwa 20 bis 30 Prozent eine familiäre Häufung. Eine tatsächliche Vererbung, also die Weitergabe eines krankmachenden, veränderten Gens von Mutter oder Vater auf die nächste Generation ist bislang allerdings nur bei 5 bis maximal 10 Prozent der Brust- beziehungsweise Darmkrebspatienten nachgewiesen.

Familiärer Brust- und Eierstockkrebs

Sollte sich also nun jeder Darm- und/oder Brustkrebspatient einer Erbgutanalyse unterziehen? – Nein, sicher nicht. Forscher haben in

den letzten 15 Jahren ein stufenweises Vorgehen entwickelt, mit dem sich erblicher Brust- und Eierstockkrebs oder erblicher Darmkrebs sicher identifizieren lässt. Wenn Sie oder Ihre gesunden Angehörigen befürchten, dass Sie in Bezug auf Brust- und Eierstockkrebs zu einer Risikofamilie gehören, sollten Sie sich zunächst folgende Fragen stellen:

- Ist in meiner Familie bei mehreren Frauen Brustkrebs aufgetreten?
- Ist eine Frau an Brustkrebs erkrankt und war dabei jünger als 36 Jahre?
- Ist eine Frau an Brust- und gleichzeitig an Eierstockkrebs erkrankt?

Wichtig: Diese Ereignisse müssen insgesamt auf einer Familienseite aufgetreten sein, also auf väterlicher oder mütterlicher Seite. Wenn Sie alle dieser Fragen mit „nein“ beantwortet haben, können Sie beruhigt sein. Sie gehören mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht zu einer Risikofamilie. Wenn Sie eine dieser Fragen mit „ja“ beantwortet haben, ist es möglich, dass in Ihrer Familie ein erhöhtes Brustkrebsrisiko vorliegt, und wir müssen über das weitere Vorgehen entscheiden.

Prinzipiell besteht die Möglichkeit, an einem der bundesweit 17 Zentren für familiären Brust- und Eierstockkrebs einen Termin zu einem Beratungsgespräch zu vereinbaren. Nach diesem Gespräch entscheiden Sie darüber, ob Sie Ihr Erbgut näher untersuchen lassen wollen. Anhand einer einfachen Blutprobe können die Experten feststellen, ob bei

Ihnen bestimmte Gene charakteristisch verändert sind. In erster Linie geht es um die Gene BCRA1 und BCRA2. Diese Abkürzungen stehen für BReast CAncer. Wenn in einem oder beiden dieser Gene Veränderungen nachweisbar sind, wird ein intensivierte Vorsorgeprogramm empfohlen (Tab. 1), denn es besteht dann eine etwa 60- bis 80-prozentige Wahrscheinlichkeit, dass die betroffene Frau bis zu ihrem 70. Lebensjahr an Brustkrebs erkrankt. Dieses Vorsorgeprogramm ist sehr wichtig, denn mit dem Test allein lässt sich leider nicht vorhersagen, ob die Krankheit überhaupt und wenn ja, wann ausbrechen wird. Neben den BRCA-Genen existieren noch weitere Veränderungen in Erbanlagen, die eine Brustkrebserkrankung wahrscheinlich machen, allerdings im gleichen Ausmaß wie bei den BRCA-Genen. Und eine Reihe von brustkrebsfördernden Genveränderungen ist noch gar nicht entdeckt. Das intensivierte Vorsorgeprogramm wird deshalb auch denjenigen Frauen empfohlen, in deren Familien die Erkrankung früh und häufig vorkommt, ohne dass bislang eine genetische Veränderung nachweisbar ist.

Familiärer Darmkrebs

Ganz ähnlich ist das Stufenprogramm zur Identifizierung von Risikofamilien in Bezug auf Darmkrebs strukturiert. Im ersten Schritt sollten Sie sich folgende Fragen stellen:

- Ist in meiner Familie bei einem oder mehreren Verwandten Darm- oder Gebärmutterkrebs aufgetreten?
- Ist die Erkrankung vor dem 50. Lebensjahr aufgetreten?
- Sind in meiner Familie bei einem oder mehreren Verwandten in jungen Jahren einer oder viele Darmpolypen aufgetreten?

Die Frage nach dem Gebärmutterkrebs mag Ihnen merkwürdig vorkommen. Tatsächlich ist es aber so, dass sich die krankmachende Veränderung der Erbanlagen nicht auf Zellen der Darmschleimhaut beschränkt, sondern auch in Gebärmutter-schleimhaut- und anderen Körperzellen wirken kann. Eine familiäre Häufung von Gebärmutter-schleimhautkrebs kann deshalb auch auf ein erhöhtes Darmkrebsrisiko hinweisen.

Für den Fragenkatalog gilt wiederum: Wenn Sie alle Fragen mit „nein“ beantwortet haben,

können Sie ein Vererbungsrisiko so gut wie ausschließen. Haben Sie eine Frage mit „ja“ beantwortet, ist für Sie oder Ihre Angehörigen möglicherweise die Kontaktaufnahme mit einem der bundesweit sechs spezialisierten Zentren sinnvoll. Sollte sich dort herausstellen, dass Sie beziehungsweise Ihr Angehöriger zur Hochrisikogruppe gehören, ist ein intensiviertes Vorsorgeprogramm empfehlenswert (Tab. 2).

HNPCC und FAP

Noch längst nicht alle der familiär gehäuft auftretenden Darmkrebsformen können einer erblich bedingten Zellveränderung zugeordnet werden. Die nachgewiesenermaßen vererbten Erkrankungen machen etwa 5 bis 8 Prozent aller Darmkrebsfälle aus. Zu ihnen gehören in erster Linie das HNPCC und die FAP. Am häufigsten kommt das erbliche kolorektale Karzinom ohne Polyposis, englisch: *hereditary non polyposis colorectal cancer*, oder eben kurz HNPCC vor. Das HNPCC ist vererbbar (*hereditary*) und tritt auf, ohne vorher gutartig wachsende Polypen zu bilden (*non polyposis*).

Im Gegensatz dazu entstehen bei der familiären adenomatösen Polyposis oder FAP zunächst hunderte bis tausende kleiner, gutartiger Polypen im Darm, die sich unbehandelt zum bösartigen Tumor weiterentwickeln. Bei FAP-Betroffenen sind die ersten Polypen bereits ab dem 10. Lebensjahr nachweisbar. Deshalb beginnen die intensivierten Vorsorgeprogramme unter Umständen bereits in diesem Alter (Tab. 2).

Ruhe bewahren – kein Grund zur Eile

Selbst wenn Sie befürchten, zu einer Risikofamilie zu gehören, bewahren Sie Ruhe: Es besteht keine akute Lebensbedrohung. Im persönlichen Gespräch beantworten wir gern alle Ihre Fragen zur „Krebsfamilie“ und welche Möglichkeiten für Sie und Ihre Angehörigen individuell bestehen. Deutschlandweit unterstützen sechs große Zentren für familiären Darmkrebs und 17 Zentren für familiären Brust- und Eierstockkrebs ratsuchende Patientinnen und Patienten nicht nur mit der richtigen Untersuchung. Sie bieten auch Hilfestellung, wenn es darum geht, aus dem Untersuchungsergebnis konkrete Konsequenzen zu ziehen. Die Adressen der Zentren haben wir Ihnen unter www.praxisjournal.de zusammengestellt. <<

Tabelle 1. Intensiviertes Brustkrebs-Früherkennungsprogramm bei nachgewiesener BRCA-1/2-Mutation.

Wann?	Was?	Wie oft?	Wie lange?
Ab dem 25. Lebensjahr	Ärztliche Tastuntersuchung	halbjährlich	lebenslang
	Kernspintomographie	jährlich	
	Ultraschall	halbjährlich nach Kernspin	
Ab dem 40. Lebensjahr	Mammographie	Ab dem 40. Lebensjahr in Abhängigkeit von den Kernspin- und Ultraschallergebnissen und von der Dichte des Brustdrüsengewebes	bis zum 69. Lebensjahr

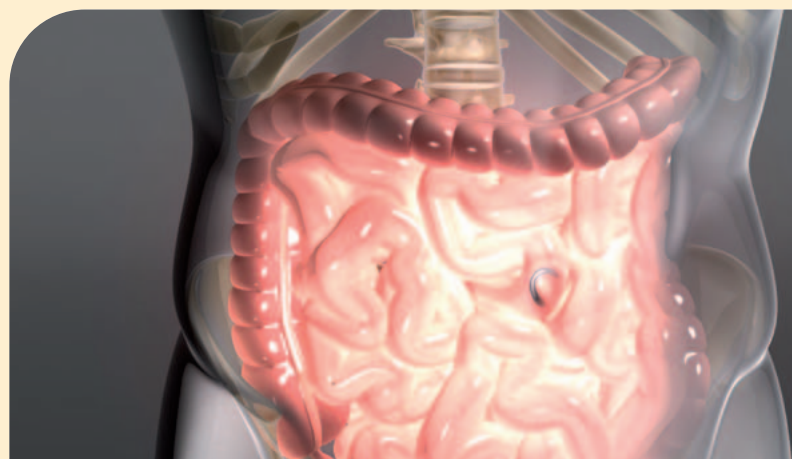
Tabelle 2. Intensiviertes Darmkrebs-Früherkennungsprogramm bei HNPCC- oder FAP-Veranlagung.

Bei HNPCC-Veranlagung

Wann?	Was?	Wie oft?
Ab dem 25. Lebensjahr (bzw. 5 Jahre vor frühestem Erkrankungsdatum in der Familie)	komplette Darmspiegelung	jährlich
	gynäkologische Untersuchung auf Gebärmutter-schleimhaut- und Eierstockkrebs	jährlich
Ab dem 35. Lebensjahr	Magenspiegelung	jährlich
	bei Frauen Gebärmutter-schleimhaut-Biopsie	jährlich

Bei FAP-Veranlagung

Wann?	Was?	Wie oft?
Ab dem 10. Lebensjahr	Enddarm-Spiegelung (bei ersten Polypen komplette Darmspiegelung)	jährlich
Frauen ab dem 15. Lebensjahr	Schilddrüsen-Ultraschall	jährlich
Spätestens ab dem 25. Lebensjahr (vor Entfernung des Dickdarms)	erste Magen- und Zwölffingerdarm-spiegelung	
	*bei Nachweis von Adenomen	alle 1–3 Jahre
	*ohne Nachweis von Adenomen	alle 3 Jahre



Zielgerichtete Tumorthherapie und Tumorgenom-Sequenzierung

Krebs ist nicht gleich Krebs. Diese Einsicht ist für Fachleute nicht neu. Und auch die Tatsache, dass es unterschiedliche Arten von Brust-, Lungen- oder Darmkrebs gibt, ist Ärzten und Wissenschaftlern bekannt. Neu ist allerdings, dass es mit Hilfe von Erbgut-Analysen des Tumors immer genauer gelingt, einzelne Formen voneinander abzugrenzen und sie zielgerichtet zu behandeln.

T agtäglich muss unser Organismus millionenfach Zellteilungen bewältigen. Wenn beispielsweise Haare wachsen, wenn Schleimhäute in Mund, Magen und Darm oder Drüsengewebe sich erneuern, dann müssen die Zellen dieser Gewebe sich teilen. Das funktioniert, indem zunächst die Erbinformation der einzelnen Zelle in einem Kopiervorgang verdoppelt wird, um dann bei der Teilung auf die beiden entstehenden Tochterzellen verteilt zu werden (siehe Grafik).

Bei diesem Kopiervorgang können mehr oder minder große Fehler passieren. Falsche Bausteine werden beim Kopieren an einzelnen Stellen oder auch in Serie falsch eingebaut. Es entstehen also Tochterzellen mit gegenüber der Ursprungszelle verändertem Erbgut. Solche Veränderungen werden dafür verantwortlich gemacht, dass aus gesunden Zellen bösartige Tumorzellen werden. Erbgutveränderungen bezeichnen Experten auch als Mutationen (von lat. *mutare* verändern). Das Erbgut von Krebszellen ist im Vergleich zu gesunden Zellen mutiert.

Zielgerichtete Therapie

Mittlerweile gibt es eine Reihe von Krebserkrankungen, für die bekannt ist, von welchen Mutationen sie ausgelöst werden. In einer Tumorseite kann man gezielt nach solchen bekannten Mutationen suchen und so heute schon unter anderem bestimmte Brustkrebs-, Lungenkrebs- oder auch Darmkrebsarten identifizieren. Die Therapie dieser Erkrankungen kann dann sehr viel zielgerichteter stattfinden, nämlich abgestimmt auf die genetische Veränderung und die daraus resul-

tierenden Konsequenzen. Unter „zielgerichteter Therapie“ verstehen Ärzte Medikamente, die gezielt Tumorzellen mit einer bestimmten genetischen Veränderung in ihrem Wachstum hemmen.

Tumorgenom-Sequenzierung

Während man im Zusammenhang mit der zielgerichteten Therapie nach bereits bekannten krankheitsauslösenden Mutationen sucht, geht die Tumorgenom-Sequenzierung noch einen Schritt weiter: Mit dieser Untersuchung wird nicht nur nach bekannten Mutationen gesucht. Vielmehr wird damit die gesamte Erbsubstanz (das Genom) von Tumorzellen ausgelesen, das heißt, die Reihenfolge (Sequenz) seiner Bausteine bestimmt. Um die krebsfördernden Veränderungen im Tumor zu identifizieren, vergleicht man das Tumorerbgut eines Patienten mit dem Erbgut seiner gesunden Körperzellen, und zwar Baustein für Baustein.

Ob sich auf Grundlage dieses Vergleichs auch Therapie-Empfehlungen ergeben, hängt in erster Linie davon ab, ob es bereits gelungen ist, die gefundenen Ergebnisse einer spezifischen Krebserkrankung zuzuordnen. Dafür werden die Tumorgenom-Daten und die krankheitsspezifischen Daten von tausenden Patienten in großen Datenbanken gesammelt. Die so ständig erweiterte Datenbasis ist Voraussetzung dafür, dass immer mehr „passgenaue“ Therapieempfehlungen gegeben werden können. Bislang ist die Datenbasis für den Routine-Einsatz der Tumorgenom-Sequenzierung noch nicht groß genug. Deshalb wird sie ausschließlich im Rahmen von Studien durchgeführt. <<



Vor der Zellteilung muss die Erbsubstanz zunächst dupliziert werden, hier exemplarisch an einem Teil des DNA-Moleküls dargestellt. Der DNA-Doppelstrang trennt sich in zwei Einzelstränge (1), die jeweils kopiert werden. Dazu ergänzen spezielle Enzyme (2) die Einzelstränge wieder zum Doppelstrang, so dass am Ende zwei identische DNA-Doppelstränge vorliegen (3). Beim Einbau der Einzelbausteine können Fehler passieren. Geschieht das sehr oft, kann die von der Norm abweichende DNA Auslöser für eine Krebserkrankung sein.

Krebs und Sport

Vor etwas mehr als 30 Jahren wurde an der Kölner Sporthochschule die erste Krebsportgruppe gegründet, zu einer Zeit also, als Krebs und Sport noch zwei unvereinbare Welten darzustellen schienen. Was damals eher vermutet wurde, ist heute wissenschaftlich erwiesen: Auch Krebspatienten profitieren in vielfacher Hinsicht von regelmäßiger körperlicher Aktivität.

Mit der körperlichen Leistungsfähigkeit steigt nicht nur die Lebensqualität, auch typische Beschwerden wie die Fatigue-Symptomatik nehmen ab. In Bezug auf Darm-, Brust- und Prostatakrebs zeigen Studien sogar, dass ein individuell angepasstes Bewegungsprogramm die krebsbedingte Sterblichkeit deutlich verringern kann.

Krebs lähmt

Nach Eröffnung der Diagnose sind die meisten Krebspatienten nicht in der Lage, ihren bisherigen Aktivitäten im gewohnten Umfang nachzugehen. Angst und Ungewissheit bestimmen das Denken, die Krankheit selbst sowie die Nebenwirkungen der Therapie wirken regelrecht lähmend. Patienten meinen in dieser Phase häufig, sich körperlich schonen zu müssen, vermeiden körperliche Bewegung und geraten so in einen Teufelskreis, in dem nachlassende körperliche Aktivität und Erschöpfungszustände sich gegenseitig verstärken. Wissenschaftliche Untersuchungen belegen aber eindeutig, dass es mit einem angepassten Bewegungsprogramm gelingt, diesen Teufelskreis zu durchbrechen. Die Verbesserung von Lebensqualität und Fatigue ist auch für ältere Patienten nachgewiesen. Während einer Chemotherapie kann körperliche Aktivität sogar die therapiebedingten Nebenwirkungen lindern.

Sport wirkt besser als manches Medikament

Für Brust-, Darm- und Prostatakrebs gilt mittlerweile auch als nachgewiesen, dass re-

gelmäßiger Sport die Überlebenszeit der betroffenen Patienten verlängern kann. Darmkrebspatienten, denen es im Lauf der Zeit gelingt, täglich etwa 30 Minuten schnell zu gehen – neudeutsch: Nordic Walking zu praktizieren –, können ihre Überlebenswahrscheinlichkeit um bis zu 50 Prozent erhöhen. Das legen die Ergebnisse von drei großen Beobachtungsstudien nahe. Auch zwei Studien mit Brustkrebspatientinnen belegen, dass regelmäßiger Ausdauersport von etwa drei Stunden pro Woche die brustkrebsbezogene Sterblichkeit um bis zu 40 Prozent absenkt. Ähnliche vielversprechende Ergebnisse zeigt eine große Beobachtungsstudie mit Prostatakarzinompatienten.

Wie fängt man an?

Die Studienlage ist also eindeutig, und es ist damit zu rechnen, dass die segensreiche Wirkung sportlicher Aktivität in den nächsten Jahren noch besser belegt werden wird. Entscheidend für den einzelnen Patienten ist aber nicht nur die Studienlage, sondern die Frage: Wie fange ich an? Sport kann man als Patient in Rehabilitationszentren unter physiotherapeutischer Aufsicht, in Krebsportgruppen oder – wenn man bereits vor der Erkrankung sportlich aktiv gewesen ist – durchaus auch in Eigenregie betreiben.

Allein oder in der Gruppe

Die gesetzlichen Krankenversicherungen unterstützen Rehabilitationssport für Tumorpatienten, und zwar bis zu 50 Übungsstunden



Nachlassende körperliche Aktivität und Erschöpfungszustände verstärken sich gegenseitig.

Vermeidung von Bewegung, „Schonung“

Rasche Erschöpfung bei kleinsten Anstrengungen

Körperliche Inaktivität

Verlust an Leistungsfähigkeit



Hinweis

In Deutschland sind derzeit etwa 850 Gruppen für den Sport in der Krebsnachsorge aktiv. Die für Sie nächstgelegene Gruppe erfahren Sie über den jeweils zuständigen Landessportbund oder über die Landesverbände des Deutschen Behindertensportverbands. Verzeichnis unter www.praxisjournal.de.

à 45 Minuten über einen Zeitraum von 18 Monaten. In Deutschland sind außerdem mittlerweile etwa 850 Krebsportgruppen aktiv. Auskunft zu den Angeboten in Ihrer Nähe erteilt der jeweilige Landessportbund.

30 Minuten körperliche Aktivität pro Tag können ganz schön anstrengend sein, vor allem für Patienten, die vor ihrer Erkrankung nicht regelmäßig Sport getrieben haben. Jedes körperliche Training beginnt deshalb mit geringer bis mäßiger Belastung und in reduziertem Umfang. Je unerfahrener Sie in Sachen Sport sind, desto mehr professionelle Unterstützung benötigen Sie.

Wann ist Sport dennoch tabu?

Bei aller Begeisterung für den Sport gibt es dennoch Situationen, in denen körperliche Aktivität tabu ist. Fieber über 38 Grad Celsius, Atemwegs-, Magen-Darm- und andere Infektionen oder eine herzbelastende Chemotherapie vertragen sich nicht mit sportlicher Betätigung.

Wenn Sie sich nun überlegen, mit angepasstem Ausdauersport zu beginnen, dann sprechen Sie uns an. Gemeinsam finden wir das richtige Programm für Sie. <<

Kurz berichtet



Starkes Übergewicht lässt Rückfall- und Sterberisiko steigen

Starkes Übergewicht geht unter anderem bei Brustkrebs häufig mit einer ungünstigen Prognose einher. Das ist das Ergebnis der Auswertung internationaler klinischer Studien der letzten fünf bis zehn Jahre.

Fettleibigkeit oder Fettsucht führen dazu, dass im Fettgewebe ständig eine Entzündungsreaktion in Gang gehalten wird, die langfristig die Entstehung einer Krebserkrankung begünstigt. Für Brustkrebs ist dieser Zusammenhang klar nachgewiesen. Stark übergewichtige Brustkrebspatientinnen sind mit einem um 35 bis 40 Prozent erhöhten Risiko für einen Rückfall belastet; auch kommt es in anderen Organen häufiger zur Bildung von Metastasen, und es besteht im Vergleich zu Normalgewichtigen ein erhöhtes Risiko, an der Tumorerkrankung zu sterben.

Brustkrebspatientinnen wird daher empfohlen, ihr Körpergewicht durch eine gesunde Ernährung und körperliche Aktivität auf Normalwert zu halten oder ein gegebenenfalls bestehendes Übergewicht langsam zu senken. Hilfreich sind dabei ein ausgewoge-

ner Speiseplan mit viel Obst und Gemüse, kalorienarme Lebensmittel und reichlich Ballaststoffe sowie ein individuell erstelltes Bewegungsprogramm. <<

Prostatakrebsrisiko durch Sterilisation nicht erhöht

Männer, die sich einer Sterilisation mittels Samenleiter-Durchtrennung unterziehen wollen, müssen nicht befürchten, sich dadurch einem erhöhten Prostatakrebsrisiko auszusetzen.

Das ist das Ergebnis einer kürzlich veröffentlichten großen Studie. Grundlage waren die Daten von rund 364 000 Männern aus der sogenannten Krebs-Präventions-Studie der US-amerikanischen Krebsgesellschaft. Etwa 52 000 dieser Männer hatten sich einer Vasektomie – so der medizinische Fachausdruck für die Durchtrennung der Samenleiter – unterzogen.

Zwischen 1982 und 2012 erkrankten von den 364 000 Männern etwa 16 500 an Prostatakrebs, 7 450 von ihnen verstarben an dieser Krankheit. Die Analyse der Daten zeigt klar, dass vasektomierte Männer nicht häufiger an Prostatakrebs erkrankten und auch nicht häufiger an Prostatakrebs verstarben als nicht vasektomierte Männer. Fazit: Bei Sterilisation durch Vasektomie ist eine Erhöhung des Prostatarisikos nicht zu befürchten. <<



Blutendes Zahnfleisch muss nicht sein!

Blutendes Zahnfleisch ist eine häufige Nebenwirkung einer Chemo- oder Strahlentherapie. Die Kariessanierung der Zähne und die sog. „Professionelle Zahnreinigung“ sind wichtige, aber oft nicht ausreichende Maßnahmen, um den Mundraum vor starkem Zahnfleischbluten zu bewahren.

Die Gingivitis, die leichte und reversible Zahnfleischentzündung, kann sehr gut und innerhalb kürzester Zeit mit Zahnzwischenraumbürsten therapiert werden. Voraussetzung dafür sind Bürstchen, die perfekt an die unterschiedlich großen Zahnzwischenräume angepasst sind und die die Zwischenräume sanft reinigen können.



Die Reduzierung der Entzündungsorte im Mundraum hat positive Auswirkungen für die Mundschleimhaut – weniger Belastung, weniger Zahnfleischbluten.



zweasy gmbh • Schützenstr. 16 • 54295 Trier
T: 0651.201 984 99
www.zweasy.de



IMMUNONKOLOGIE VON
BRISTOL-MYERS SQUIBB

Die Entwicklung von immunonkologischen Therapien kann eine neue Perspektive für das Leben ermöglichen.

Die Behandlung von Krebs ist eine Herausforderung, der sich Bristol-Myers Squibb seit über 50 Jahren stellt. Dabei stehen intelligente Lösungen im Mittelpunkt unserer Forschung, um Krebs einen Schritt voraus zu sein.

Wir konzentrieren uns vor allem auf die **Immunonkologie**, die auf die Fähigkeit des körpereigenen Immunsystems setzt, Krebszellen zu bekämpfen. Unser Ziel ist es, eines Tages möglichst viele Krebsarten mit diesem Therapieprinzip erfolgreich behandeln zu können.

Mehr Informationen zur Immunonkologie auf www.krebs.de

Mehr Informationen auf:
www.krebs.de

 Bristol-Myers Squibb