

Naturheilkundlich-komplementäre Therapie bei Krebs

Die adjuvante Behandlung maligner Erkrankungen

Onkologie heute

Die Schulmedizin setzt im Rahmen ihrer Krebsimmuntherapie die klassischen Behandlungsmethoden Tumorentfernung, Chemotherapie und Strahlentherapie ein. Unter ihnen haben vor allem die beiden letzteren Methoden erhebliche zytotoxische Nebenwirkungen und werden daher zunehmend kritisch gesehen. In den vergangenen Jahren kam deshalb der aktiven und passiven Impfung mit Krebsimpfstoffen eine wachsende Bedeutung zu. Die *aktive* Impfung kann im Immunsystem des Patienten eine passgenaue Immunantwort auf seinen individuellen Krebstyp auslösen. Wenn es gut läuft, führt diese Immunantwort zum Tod der Tumorzellen und damit zur Rückbildung des Tumors oder zumindest zu einer Verzögerung oder Beendigung eines weiteren Wachstums. Bei der *passiven* Immunisierung erhält der Patient Antikörper oder Antikörperfragmente, die sich selektiv an Tumorzellen binden und zu deren Absterben führen sollen. Die Methoden der aktiven und passiven Immunisierung bei Krebs sind in vielen Fällen erstaunlich erfolgreich, aber nicht in allen. Sie haben noch viele Jahre an Forschungsarbeit und klinischer Entwicklung vor sich.

Naturheilkundlich-komplementäre Therapien bei Krebs

Den Naturheilverfahren kommt eine wichtige Rolle bei der Krebsprävention und als Begleittherapie bei Tumor-assoziiierter chronischer Erschöpfung als Ergänzung zur Standardtherapie zu. Außerdem erwies sich die Behandlung von Nebenwirkungen einer Chemo- oder Strahlentherapie mit naturheilkundlichen Therapien als sehr entlastend für die betroffenen Patienten. Zu den häufigen Nebenwirkungen zählen Symptome wie Appetitlosigkeit, Übelkeit, Verdauungsbeschwerden, Haut- oder Schleimhautprobleme. Auch das Erlernen eines besseren Stressmanagements im Umgang mit der Krankheit ist ein wichtiger Aspekt im Rahmen der adjuvanten Krebstherapie. Im Folgenden seien einige von vielen weiteren möglichen Maßnahmen aufgezählt, die sich stärkend auf das Allgemeinbefinden des Patienten und unterstützend auf die schulmedizinischen Behandlungsmethoden auswirken können.

Organhomöopathie als Basistherapie

Wenn es um die Überwindung degenerativer und maligner Prozesse und um eine fundamentale Erholung von Geweben geht, ist die Organhomöopathie ein bewährtes Verfahren. Seit den 1950er Jahren gibt es die Biomolekulare vitOrgan-Therapie (BvT) des Arztes und Wissenschaftlers Dr. med. Karl Eugen Theurer, die seit über sechzig Jahren sehr bewährt auch in der komplementären Krebstherapie angewendet wird. Theurer erkannte die zentrale Rolle des Thymus für die Ausbildung der spezifischen Abwehr des Immunsystems und machte ihn therapeutisch nutzbar, indem er Thymuszellen bovinen Ursprungs nach einem patentierten Verfahren aufbereitete. Dabei bleiben die organspezifischen Eigenschaften der Thymuszellen erhalten, die Artspezifität wird jedoch eliminiert. Die so gewonnenen Thymusextrakte werden anschließend homöopathisch potenziert. Auf diese Weise entsteht eine sicher anwendbare Therapiemethode, die unerwünschte pathologische Prozesse nicht nur blockiert, sondern diese durch eine sanfte und dabei sehr effizient angeregte Regulation auf Zellebene abklingen lässt.

Nach demselben Verfahren isolierte und potenzierte Theurer auch Extrakte aus weiteren Geweben, wie zum Beispiel Milz, Lymphknoten oder dem Knochenmark, die zu den Organen des lymphatischen Systems zählen. Auch Hypophyse, Schilddrüse und Nebennieren als Teile des Hormonsystems sowie die Extrakte vieler weiterer Gewebe und Organe konnten durch Theurers Methode therapeutisch nutzbar gemacht werden. Organhomöopathika von vitOrgan gibt es heute zu allen Geweben des Körpers. Sie ermöglichen eine tiefgreifende Regulation und Aktivierung der Selbstheilungskräfte dieser Gewebe und sind deshalb auch für die adjuvante Krebstherapie von hohem Wert. Als Basismittel verordnet man dem Krebspatienten das Präparat NeyDIL® Nr. 66 St. II (früherer Name: NeyTumorin® Dilution) mit Diencephalon, Placenta, Funiculus umbilicalis, Thymus, Epiphysis, Testes, Glandula suprarenalis, Glandula thyroidea, Medulla ossium, Pulmo, Hepar, Pancreas, Ren, Lien, Mucosa intestinalis als arzneilich wirksame Bestandteile. Je nach Lokalisation des Tumorgeschehens und Beeinträchtigung des betroffenen Gewebes kann man weitere spezifische Organhomöopathika verordnen: bei einem Prostatakarzinom wäre an NeyDIL® Nr. 24 D7 (Prostata) zu denken, bei einem Blasenkarzinom an NeyDIL® Nr. 34 D7 (Mucosa vesicae urinariae), um das erkrankte Organ auf der Zellebene zu stärken und es trotz des malignen Geschehens zu unterstützen. Die genannten Präparate sind Injektionspräparate (5 x 2 ml Ampullen). Oral kann zusätzlich unterstützend das Präparat NeyVit® Nr. 66 Zellkraft gegeben werden, eine Organextrakt-Mischung aus Thymus, Leber, Milz und Lunge, kombiniert mit Zink und Vitamin D.

Orthomolekulare Medizin

Warum ein Mensch an Krebs erkrankt, ist eine bis heute nicht zu beantwortende Frage. Sicher ist aber wohl, dass sich ein bösartiges Krankheitsgeschehen aus einem Zustand von „Ausgelaugtheit“ heraus entwickeln kann; diese kann auf der seelischen, aber auch auf der organischen Ebene stattfinden. In letzterem Fall handelt es sich um eine nicht ausreichende Versorgung mit lebensnotwendigen Vitaminen und Mineralstoffen. Krebspatienten haben einen erhöhten Bedarf an Vitamin C, Vitamin D, Vitamin E, Calcium, Selen, Carotinoiden, Omega-3-Fettsäuren, Magnesium und L-Carnitin (die bei Chemotherapie massiv über die Nieren ausgeschieden werden), Folsäure und Coenzym Q₁₀.

Ernährungstherapie

Die Ernährung des Krebspatienten sollte basenreich, vollwertig und biologisch sein, einen hohen Anteil an Ballaststoffen erhalten und einen möglichst geringen Anteil an tierischen Proteinen und Zucker. Eine Trinkmenge von 2 Litern Neutralflüssigkeit pro Tag ist ratsam und unterstützt die Entgiftungsprozesse. Natürliche Protonenakzeptoren wie Beinwell, Holunder und Rote Beete sind wertvolle Pufferbasen. Die zusätzliche Gabe von Basenpulvern ist empfehlenswert.

Psychosomatische Überlegungen

Krebs gilt heute – auch – als eine der großen psychosomatischen Erkrankungen, die von unbewussten und verdrängten, aber auch von bewussten Konflikten im Privaten oder Beruflichen mitverursacht werden, für die ein Mensch keine Lösung und keinen Ausweg sieht. Eine Gesprächstherapie, die konfliktaufdeckend arbeitet und mit dem Patienten zusammen nach Lösungsmöglichkeiten sucht, die ihm ein psychisch weniger belastetes Leben ermöglichen, ist daher eine wichtige Säule jeder Krebstherapie.

FORUM 08/2000 - Ovarialtumore

GRUNDLAGEN

Ovarialtumoren sind Geschwüre des Eierstocks, die vom Oberflächenepithel, den Keimzellen oder dem Stroma ausgehen können. Sie werden unterteilt in

1. Primäre epitheliale Ovarialtumoren. Sie sind serös, muzinös, endometrioid oder klarzellig. Sie können gutartig, aber auch bösartig sein, wie z. B. die epithelialen Ovarialkarzinome oder auch die undifferenzierten Ovarialkarzinome, deren Zellen histologisch keinem bestimmten Ursprungsgewebe zuzuordnen sind.
2. Primäre mesenchymale Ovarialtumoren wie das Ovarialfibrom und Mischtumoren wie das Adenofibrom.
3. Sexcord-Tumoren, die aus den Keimleisten entstehen. Man unterscheidet weibliche (wie Granulosazelltumoren), männliche (wie Androblastom, ein Ovarialkarzinom, das aus männlich angelegtem Keimepithel hervorgeht) und Mischformen (wie Gynandroblastom).
4. Keimzelltumoren, die aus unreifen Keimzellen (z. B. Dysgerminom), aus embryonalen (z. B. Teratom) oder aus extraembryonalen Zellen (z. B. malignes Chorion-epitheliom) bestehen.
5. Sekundäre Ovarialtumoren. Sie entstehen aus Metastasen, z. B. bei Brustkrebs oder Karzinomen des Gastrointestinaltrakts.

Jeder dritte Ovarialtumor entwickelt sich im Laufe der Zeit zu einem Karzinom. Die Prognose ist dann ungünstig, denn meist handelt es sich dabei um rasch proliferierende Malignome. Wie bei anderen Krebserkrankungen ist auch der Eierstockkrebs dann am besten behandelbar, wenn er frühzeitig erkannt wird. Ovarialtumoren verursachen jedoch zu Beginn ihrer Entwicklung keine charakteristischen Frühsymptome. Allenfalls geringfügige Symptome wie Unwohlsein im Verdauungstrakt und Druck oder Schmerzen im Beckenbereich treten auf. Diese finden bei den Betroffenen meist zunächst kaum Beachtung. Wenn sich Symptome in Form von Zyklusstörungen oder Schmerzen bei der Menstruation bemerkbar machen, ist die Erkrankung oft schon im fortgeschrittenen Stadium. Weitere faßbare Symptome sind Unterleibsbeschwerden und allgemeines Unwohlsein sowie Blutungen in der Postmenopause - Leitsymptom bei hormonbildenden Ovarialtumoren, die Kortikosteroide, Oestrogene, Gestagene und Androgene synthetisieren können.

Ein Ovarialkarzinom kann sich auch auf das Bauchfell ausdehnen, das Ovarien, Uterus und das Intestinum umgibt. Daher sammelt sich hier oft Flüssigkeit (Aszites) an, wodurch der Bauchraum anschwillt. Wenn sich der Tumor auf das Zwerchfell ausdehnt, kann sich auch dort Flüssigkeit ansammeln, und die Patientin wird kurzatmig - bis hin zur Atemnot.

Erbliche Vorbelastung erhöht das Risiko, an einem Ovarialkarzinom zu erkranken. Sind zwei oder mehr Verwandte ersten Grades (Mutter, Schwester oder Tochter) betroffen, ist das Risiko dreifach höher als bei anderen Frauen. Bei 80 % der malignen Ovarialtumoren ist ein Defekt im Genom der Tumorzellen nachweisbar, durch den offenbar ein wichtiges Tumorsuppressorgen inaktiviert wird. Infolge dessen könnten Reparaturvorgänge an den Epithelzellen des Eierstocks nach der Ovulation unkontrolliert ablaufen und damit ein Tumor entstehen. Die Ovulation selbst könnte demnach aufgrund des durch sie induzierten Zellschadens und der darauf folgenden Reparaturvorgänge am Ovarialepithel ein Krebsrisiko darstellen. Dafür spricht die Tatsache, daß die meisten Karzinome auf dem Oberflächenepithel des Ovars entstehen, also dort, wo die ovulationsbedingten Zellrupturen hervorgerufen werden. Besonders tumorgefährdet ist das rechte Ovar, in dem der Eisprung öfter stattfindet.

Ist der Krebs erst aufgetreten, wird radikal operiert, denn eine maximale Tumorreduktion geht mit einer besseren Überlebenschance einher. Eine Operation ermöglicht zudem eine genaue Diagnostik und die Bestimmung des Tumorstadiums.

DER INTERESSANTE FALL

Daß man auch konventionell austherapierten Patienten mit naturheilkundlichen Maßnahmen hervorragend helfen kann, beweisen Isabell Hoffmann-Klose und Joachim G. Klose, beide Heilpraktiker und Ärzte aus Bochum. Sie berichten: Im Dezember 1998 stellt sich die 49jährige Patientin K. R. aus Iserlohn mit uncharakteristischen Unterbauchbeschwerden bei ihrem Hausarzt vor. Die Patientin befindet sich in regelmäßiger gynäkologischer Kontrolle, Vorerkrankungen sind keine bekannt. Der Hausarzt diagnostiziert einen Aszites und überweist seine Patientin in das nächste Krankenhaus zur weiteren Abklärung. Sie wird stationär aufgenommen und nach der Diagnose "Ovarialtumor" operiert. Die Klassifizierung nach der Operation "solide wachsendes Karzinom beider Eierstöcke mit diffus tumorösen Metastasen" entspricht einem Stadium nach der "International Federation of Gynecology and Obstetrics" (FIGO) IV Grading 3 (5-Jahres-Überlebensrate 5 %). Im pathologischen Befund heißt es: "...aufgrund der großen Ausdehnung ist der Ausgangspunkt des Tumors nicht mehr zu identifizieren. Dabei spielt der Ausgangspunkt bei dem bereits fortgeschrittenen Stadium des Tumors für die Prognose keine Rolle mehr."

Nach "Totaloperation" und Tumormassenreduktion folgt eine Chemotherapie über den Zeitraum von sechs Monaten. Mehrfach muß sich die Patientin Operationen zur Entfernung von Metastasen unterziehen. Nach einem vierwöchigen Kuraufenthalt im Sommer 1999 ergibt die radiologische Untersuchung, daß das Tumorwachstum nicht zum Stillstand gekommen ist. Es folgt ein weiterer Chemotherapiezyklus, der den Prozeß nicht aufzuhalten vermag.

Der Allgemeinzustand der Patientin ist zu diesem Zeitpunkt sehr stark reduziert. Sie ist nicht mehr in der Lage, ihren gewohnten Tätigkeiten nachzugehen und den Haushalt zu führen. Sie ist stark depressiv, leidet unter erheblichem Haarausfall und zudem unter Polyneuropathie. Im Sommer 2000 wird der Patientin von ihren behandelnden Onkologen

aufgrund des therapierefraktären, weiterhin progredienten Ovarialkarzinoms ein dritter chemotherapeutischer Zyklus empfohlen. Nach sorgfältigen Überlegungen bricht die Patientin diesen Zyklus ab.

Sie wendet sich im September 2000 an unsere Praxis für Naturheilverfahren. Wir halten bei dieser Patientin eine biologisch geführte Krebstherapie für notwendig, um durch ein funktionstüchtiges Immunsystem die weitere Progression der malignen Tumormassen zu verhindern.

Zu Beginn der naturheilkundlichen Therapie zeigen die Laborwerte der Patientin eine Tumoranämie und pathologische Leberwerte. Ab September 2000 erhält sie aufgrund des fortgeschrittenen Tumorstadiums eine Infusionsbehandlung mit NeyTumorin® Sol, NeyFegan® Sol, NeySplen® Sol und membranoSOME pro injectione im Wechsel mit Vitamin-C-Hochdosis. Intramuskulär erhält sie Homöopathika und Phytotherapeutika, subkutan Mistel, oral Enzyme sowie eine orthomolekulare Substitutionstherapie.

Im Rahmen des Restagings bei einer Gynäkologin können im Dezember 2000 weder eine Tumoranämie noch eine Leberbelastung diagnostiziert werden, sämtliche vergleichbaren Laborparameter liegen im Normbereich. Die Kernspintomographie zeigt im Vergleich zur Voruntersuchung im Mai 2000 keine erneute Herdbildung, d. h., die bei Grading 3 zu befürchtende generalisierte Metastasierung hat nicht stattgefunden. Die Infusionsbehandlung wird weiter fortgeführt, woraufhin die Patientin sich psychisch und körperlich wieder deutlich besser fühlt. Sie ist infektfrei. Die Laborwerte sind stabil, die B-Lymphozyten liegen im Normbereich und der Karnofsky-Index liegt bei 100, was bedeutet, daß die Patientin wieder in der Lage ist, ihren Alltag zu bewältigen. Sie geht täglich schwimmen. Sie fühlt sich insgesamt sehr viel wohler und schaut positiv in die Zukunft.

DIAGNOSTIK

Große prognostische Bedeutung hat das Stadium des Tumors zum Zeitpunkt der Diagnose. Die Einteilung des Stadiums von Ovarialkarzinomen kann nach den Richtlinien der FIGO erfolgen:

Stadium

- I - der Tumor beschränkt sich auf die Ovarien
- I a - der Tumor beschränkt sich auf ein Ovar, kein Aszites
- I b - der Tumor beschränkt sich auf beide Ovarien, kein Aszites
- I c - der Tumor beschränkt sich auf ein oder beide Ovarien, Aszites mit Tumorzellen
- II - der Tumor hat eines oder beide Ovarien befallen mit Ausdehnung in das kleine Becken
- II a - Ausdehnung oder Metastasen der Gebärmutter und/oder Eileiter
- II b - Ausdehnung auf andere Organe des kleinen Beckens
- III - der Tumor hat eines oder beide Ovarien befallen mit intraperitonealen Metastasen außerhalb des kleinen Beckens oder Befall retroperitonealer Lymphknoten
- IV - Befall eines oder beider Ovarien mit Fernmetastasen außerhalb der Peritonealhöhle, z. B. im Leberparenchym

Ab Stadium II b fällt die 5-Jahres-Überlebensrate drastisch ab.

Die Differentialdiagnose zwischen benignen und potentiell malignen Tumoren wird histologisch gestellt. Für letzteres sprechen hyperchromatische vergrößerte Kerne, eine hohe Zahl an Mitosen, mehrseitige papilläre Epithelverbände und beginnende Stromainvasion.

Ein relevanter Tumormarker im Blut ist CA - 125, der beim Ovarialkarzinom erhöht ist. Erhöhte Werte finden sich allerdings auch bei gutartigen Erkrankungen wie Pankreatitis, Perikarditis oder Pleuritis sowie während der Ovulation. Ein weiterer Tumormarker ist das Platten- epithelkarzinom-Antigen (Squamous Cell Carcinoma Antigen, SCC), das beim primär benignen zystischen Ovarialteratom zuverlässig die maligne Entartung signalisiert. Jeder Ovarialtumor mit SCC-Werten über 2 ng/ml ist verdächtig auf maligne Entartung, eine weitere histologische Abklärung ist notwendig.

TIPS FÜR DIE PRAXIS

Faktoren, die die Zahl der Ovulationen herabsetzen, wie Schwangerschaft, Stillen, aber auch die Antibabypille reduzieren das Risiko, an Eierstockkrebs zu erkranken. Die Gabe von Hormonen, die eine Ovulation hervorrufen - etwa für eine Fertilitätsbehandlung oder auch Hormonersatz nach der Menopause - kann das Risiko dagegen erhöhen. Da auch das im Fettgewebe vorhandene Enzym Aromatase das hormonelle Geschehen beeinflusst, kann sich auch eine Reduktionsdiät positiv auswirken und dient der Risikominimierung. Grundsätzlich haben Frauen mit Ovarialkarzinom ein höheres Risiko, zusätzlich an Brust- oder Darmkrebs zu erkranken. Durch die massive antikanzeröse Therapie beim Ovarialkarzinom besteht darüber hinaus das Risiko einer sekundären Kanzerose wie Leukämie. Eine biologische Begleittherapie ist daher in jedem Fall empfehlenswert.

FORUM 08/2000

(aktualisiert 11/2019 von Dr. S. Scheibel)

Ovarialtumore

GRUNDLAGEN

Ovarialtumoren sind Geschwüre des Eierstocks, die vom Oberflächenepithel, den Keimzellen oder dem Stroma ausgehen können. Sie werden unterteilt in

1. **Primäre epitheliale Ovarialtumoren.** Sie sind serös, muzinös, endometrioid oder klarzellig. Sie können gutartig, aber auch bösartig sein, wie z. B. die epithelialen Ovarialkarzinome oder auch die undifferenzierten Ovarialkarzinome, deren Zellen histologisch keinem bestimmten Ursprungsgewebe zuzuordnen sind.
2. **Primäre mesenchymale Ovarialtumoren** wie das Ovarialfibrom und Mischtumoren wie das Adenofibrom.
3. **Sexcord-Tumoren**, die aus den Keimleisten entstehen. Man unterscheidet weibliche (wie Granulosazelltumoren), männliche (wie Androblastom, ein Ovarialkarzinom, das aus männlich angelegtem Keimepithel hervorgeht) und Mischformen (wie Gynandroblastom).
4. **Keimzelltumoren**, die aus unreifen Keimzellen (z. B. Dysgerminom), aus embryonalen (z. B. Teratom) oder aus extraembryonalen Zellen (z. B. malignes Chorion-epitheliom) bestehen.
5. **Sekundäre Ovarialtumoren.** Sie entstehen aus Metastasen, z. B. bei Brustkrebs oder Karzinomen des Gastrointestinaltrakts.

Jeder dritte Ovarialtumor entwickelt sich im Laufe der Zeit zu einem Karzinom. Die Prognose ist dann ungünstig, denn meist handelt es sich dabei um rasch proliferierende Malignome.

Wie bei anderen Krebserkrankungen ist auch der Eierstockkrebs dann am besten behandelbar, wenn er frühzeitig erkannt wird. Ovarialtumoren verursachen jedoch zu Beginn ihrer Entwicklung keine charakteristischen Frühsymptome. Allenfalls geringfügige Symptome wie Unwohlsein im Verdauungstrakt und Druck oder Schmerzen im Beckenbereich treten auf. Diese finden bei den Betroffenen meist zunächst kaum Beachtung. Wenn sich Symptome in Form von Zyklusstörungen oder Schmerzen bei der Menstruation bemerkbar machen, ist die Erkrankung oft schon im fortgeschrittenen Stadium. Weitere fassbare Symptome sind Unterleibsbeschwerden und allgemeines Unwohlsein sowie Blutungen in der Postmenopause - Leitsymptom bei hormonbildenden Ovarialtumoren, die Kortikosteroide, Östrogene, Gestagene und Androgene synthetisieren können.

Ein Ovarialkarzinom kann sich auch auf das Bauchfell ausdehnen, das Ovarien, Uterus und das Intestinum umgibt. Daher sammelt sich hier oft Flüssigkeit (Aszites) an, wodurch der Bauchraum anschwillt. Wenn sich der Tumor auf das Zwerchfell ausdehnt, kann sich auch dort Flüssigkeit ansammeln, und die Patientin wird kurzatmig - bis hin zur Atemnot.

Erbliche Vorbelastung erhöht das Risiko, an einem Ovarialkarzinom zu erkranken. Sind zwei oder mehr Verwandte ersten Grades (Mutter, Schwester oder Tochter) betroffen, ist das Risiko dreifach höher als bei anderen Frauen. Bei 80 % der malignen Ovarialtumoren ist ein Defekt im Genom der Tumorzellen nachweisbar, durch den offenbar ein wichtiges Tumorsuppressorgen inaktiviert wird. Infolge dessen könnten Reparaturvorgänge an den Epithelzellen des Eierstocks nach der Ovulation unkontrolliert ablaufen und damit ein Tumor entstehen. Die Ovulation selbst könnte demnach aufgrund des durch sie induzierten Zellschadens und der darauffolgenden Reparaturvorgänge am Ovarialepithel ein Krebsrisiko darstellen. Dafür spricht die Tatsache, dass die meisten Karzinome auf dem Oberflächenepithel des Ovars entstehen, also dort, wo die ovulationsbedingten Zellrupturen hervorgerufen werden. Besonders tumorgefährdet ist das rechte Ovar, in dem der Eisprung öfter stattfindet.

Ist der Krebs erst aufgetreten, wird radikal operiert, denn eine maximale Tumorreduktion geht mit einer besseren Überlebenschance einher. Eine Operation ermöglicht zudem eine genaue Diagnostik und die Bestimmung des Tumorstadiums.

DIAGNOSTIK

Große prognostische Bedeutung hat das Stadium des Tumors zum Zeitpunkt der Diagnose. Die Einteilung des Stadiums von Ovarialkarzinomen kann nach den Richtlinien der FIGO erfolgen:

Stadium

- I - der Tumor beschränkt sich auf die Ovarien
- I a - der Tumor beschränkt sich auf ein Ovar, kein Aszites
- I b - der Tumor beschränkt sich auf beide Ovarien, kein Aszites
- I c - der Tumor beschränkt sich auf ein oder beide Ovarien, Aszites mit Tumorzellen
- II - der Tumor hat eines oder beide Ovarien befallen mit Ausdehnung in das kleine Becken
- II a - Ausdehnung oder Metastasen der Gebärmutter und/oder Eileiter
- II b - Ausdehnung auf andere Organe des kleinen Beckens
- III - der Tumor hat eines oder beide Ovarien befallen mit intraperitonealen Metastasen außerhalb des kleinen Beckens oder Befall retroperitonealer Lymphknoten
- IV - Befall eines oder beider Ovarien mit Fernmetastasen außerhalb der Peritonealhöhle, z. B. im Leberparenchym

Ab Stadium II b fällt die 5-Jahres-Überlebensrate drastisch ab.

Die Differentialdiagnose zwischen benignen und potentiell malignen Tumoren wird histologisch gestellt. Für letzteres sprechen hyperchromatische vergrößerte Kerne, eine hohe Zahl an Mitosen, mehrseitige papilläre Epithelverbände und beginnende Stromainvasion.

Ein relevanter Tumormarker im Blut ist CA - 125, der beim Ovarialkarzinom erhöht ist. Erhöhte Werte finden sich allerdings auch bei gutartigen Erkrankungen wie Pankreatitis, Perikarditis oder Pleuritis sowie während der Ovulation. Ein weiterer Tumormarker ist das Plattenepithelkarzinom-Antigen (Squamous Cell Carcinoma Antigen, SCC), das beim primär benignen zystischen Ovarialteratom zuverlässig die maligne Entartung signalisiert. Jeder Ovarialtumor mit SCC-Werten über 2 ng/ml ist verdächtig auf maligne Entartung, eine weitere histologische Abklärung ist notwendig.

DER INTERESSANTE FALL

Dass man auch konventionell austherapierten Patienten mit naturheilkundlichen Maßnahmen hervorragend helfen kann, beweisen **Isabell Hoffmann-Klose** und **Joachim G. Klose**, beide Heilpraktiker und Ärzte aus Bochum. Sie berichten: „Die 49jährige Patientin K. R. aus Iserlohn stellt sich mit uncharakteristischen Unterbauchbeschwerden bei ihrem Hausarzt vor. Die Patientin befindet sich in regelmäßiger gynäkologischer Kontrolle, Vorerkrankungen sind keine bekannt. Der Hausarzt diagnostiziert einen Aszites und überweist seine Patientin in das nächste Krankenhaus zur weiteren Abklärung. Sie wird stationär aufgenommen und nach der Diagnose „Ovarialtumor“ operiert.

Die Klassifizierung nach der Operation „solide wachsendes Karzinom beider Eierstöcke mit diffus tumorösen Metastasen“ entspricht einem Stadium nach der *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO) IV Grading 3 (5-Jahres-Überlebensrate 5%). Im pathologischen Befund heißt es: „...aufgrund der großen Ausdehnung ist der Ausgangspunkt des Tumors nicht mehr zu identifizieren. Dabei spielt der Ausgangspunkt bei dem bereits fortgeschrittenen Stadium des Tumors für die Prognose keine Rolle mehr.“

Nach „Totaloperation“ und Tumormassenreduktion folgt eine Chemotherapie über den Zeitraum von sechs Monaten. Mehrfach muss sich die Patientin Operationen zur Entfernung von Metastasen unterziehen. Nach einem vierwöchigen Kuraufenthalt ergibt die radiologische Untersuchung, dass das Tumorwachstum nicht zum Stillstand gekommen ist. Es folgt ein weiterer Chemotherapiezyklus, der den Prozess nicht aufzuhalten vermag.

Der Allgemeinzustand der Patientin ist zu diesem Zeitpunkt sehr stark reduziert. Sie ist nicht mehr in der Lage, ihren gewohnten Tätigkeiten nachzugehen und den Haushalt zu führen. Sie ist stark depressiv, leidet unter erheblichem Haarausfall und zudem unter Polyneuropathie. Sechs Monate später wird der Patientin von ihren behandelnden Onkologen aufgrund des therapierefraktären, weiterhin progredienten Ovariakarzinoms ein dritter chemotherapeutischer Zyklus empfohlen. Nach sorgfältigen Überlegungen bricht die Patientin diesen Zyklus ab.

Sie wendet sich drei Monate danach an unsere Praxis für Naturheilverfahren. Wir halten bei dieser Patientin eine biologisch geführte Krebstherapie für notwendig, um durch ein funktionsstüchtiges Immunsystem die weitere Progression der malignen Tumormassen zu

verhindern.

Zu Beginn der naturheilkundlichen Therapie zeigen die Laborwerte der Patientin eine Tumoranämie und pathologische Leberwerte. Sie erhält eine Behandlung mit **NeyDIL® Nr. 66 St.II**, **NeyFegan® Nr. 26 D7** und **NeySplen® Nr. 8 D7** im Wechsel mit Vitamin-C-Hochdosis. Intramuskulär erhält sie Homöopathika und Phytotherapeutika, subkutan Mistel, oral Enzyme sowie eine orthomolekulare Substitutionstherapie.

Im Rahmen des Restagings bei einer Gynäkologin können nach weiteren drei Monaten weder eine Tumoranämie noch eine Leberbelastung diagnostiziert werden, sämtliche vergleichbaren Laborparameter liegen im Normbereich. Die Kernspintomographie zeigt im Vergleich zur Voruntersuchung keine erneute Herdbildung, d. h., die bei Grading 3 zu befürchtende generalisierte Metastasierung hat nicht stattgefunden.

Die Behandlung wird mit der oralen Gabe von **NeyVit® Nr. 66 Zellkraft** und **NeyVit® Nr. 29 Thymus (1-0-0)** weiter fortgeführt, woraufhin die Patientin sich psychisch und körperlich wieder deutlich besser fühlt. Sie ist infektfrei. Die Laborwerte sind stabil, die B-Lymphozyten liegen im Normbereich und der Karnofsky-Index liegt bei 100, was bedeutet, dass die Patientin wieder in der Lage ist, ihren Alltag zu bewältigen. Sie geht täglich schwimmen. Sie fühlt sich insgesamt sehr viel wohler und schaut positiv in die Zukunft.“

TIPPS FÜR DIE PRAXIS

Faktoren, die die Zahl der Ovulationen herabsetzen, wie Schwangerschaft, Stillen, aber auch die Antibabypille reduzieren das Risiko, an Eierstockkrebs zu erkranken. Die Gabe von Hormonen, die eine Ovulation hervorrufen - etwa für eine Fertilitätsbehandlung oder auch Hormonersatz nach der Menopause - kann das Risiko dagegen erhöhen. Da auch das im Fettgewebe vorhandene Enzym Aromatase das hormonelle Geschehen beeinflusst, kann sich auch eine Reduktionsdiät positiv auswirken und dient der Risikominimierung. Grundsätzlich haben Frauen mit Ovarialkarzinom ein höheres Risiko, zusätzlich an Brust- oder Darmkrebs zu erkranken. Durch die massive antikanzeröse Therapie beim Ovarialkarzinom besteht darüber hinaus das Risiko einer sekundären Kanzerose wie Leukämie.

Eine biologische Begleittherapie ist daher in jedem Fall empfehlenswert.

FORUM 08/2000

(aktualisiert 10/2019 von Dr. S. Scheibel)

Ovarialtumore

GRUNDLAGEN

Ovarialtumoren sind Geschwüre des Eierstocks, die vom Oberflächenepithel, den Keimzellen oder dem Stroma ausgehen können. Sie werden unterteilt in

1. Primäre epitheliale Ovarialtumoren. Sie sind serös, muzinös, endometrioid oder klarzellig. Sie können gutartig, aber auch bösartig sein, wie z. B. die epithelialen Ovarialkarzinome oder auch die undifferenzierten Ovarialkarzinome, deren Zellen histologisch keinem bestimmten Ursprungsgewebe zuzuordnen sind.
2. Primäre mesenchymale Ovarialtumoren wie das Ovarialfibrom und Mischtumoren wie das Adenofibrom.
3. Sexcord-Tumoren, die aus den Keimleisten entstehen. Man unterscheidet weibliche (wie Granulosazelltumoren), männliche (wie Androblastom, ein Ovarialkarzinom, das aus männlich angelegtem Keimepithel hervorgeht) und Mischformen (wie Gynandroblastom).
4. Keimzelltumoren, die aus unreifen Keimzellen (z. B. Dysgerminom), aus embryonalen (z. B. Teratom) oder aus extraembryonalen Zellen (z. B. malignes Chorion-epitheliom) bestehen.
5. Sekundäre Ovarialtumoren. Sie entstehen aus Metastasen, z. B. bei Brustkrebs oder Karzinomen des Gastrointestinaltrakts.

Jeder dritte Ovarialtumor entwickelt sich im Laufe der Zeit zu einem Karzinom. Die Prognose ist dann ungünstig, denn meist handelt es sich dabei um rasch proliferierende Malignome. Wie bei anderen Krebserkrankungen ist auch der Eierstockkrebs dann am besten behandelbar, wenn er frühzeitig erkannt wird. Ovarialtumoren verursachen jedoch zu Beginn ihrer Entwicklung keine charakteristischen Frühsymptome. Allenfalls geringfügige Symptome wie

Unwohlsein im Verdauungstrakt und Druck oder Schmerzen im Beckenbereich treten auf. Diese finden bei den Betroffenen meist zunächst kaum Beachtung. Wenn sich Symptome in Form von Zyklusstörungen oder Schmerzen bei der Menstruation bemerkbar machen, ist die Erkrankung oft schon im fortgeschrittenen Stadium. Weitere fassbare Symptome sind Unterleibsbeschwerden und allgemeines Unwohlsein sowie Blutungen in der Postmenopause - Leitsymptom bei hormonbildenden Ovarialtumoren, die Kortikosteroide, Oestrogene, Gestagene und Androgene synthetisieren können.

Ein Ovarialkarzinom kann sich auch auf das Bauchfell ausdehnen, das Ovarien, Uterus und das Intestinum umgibt. Daher sammelt sich hier oft Flüssigkeit (Aszites) an, wodurch der Bauchraum anschwillt. Wenn sich der Tumor auf das Zwerchfell ausdehnt, kann sich auch dort Flüssigkeit ansammeln, und die Patientin wird kurzatmig - bis hin zur Atemnot.

Erbliche Vorbelastung erhöht das Risiko, an einem Ovarialkarzinom zu erkranken. Sind zwei oder mehr Verwandte ersten Grades (Mutter, Schwester oder Tochter) betroffen, ist das Risiko dreifach höher als bei anderen Frauen. Bei 80 % der malignen Ovarialtumoren ist ein Defekt im Genom der Tumorzellen nachweisbar, durch den offenbar ein wichtiges Tumorsuppressorgen inaktiviert wird. Infolge dessen könnten Reparaturvorgänge an den Epithelzellen des Eierstocks nach der Ovulation unkontrolliert ablaufen und damit ein Tumor entstehen. Die Ovulation selbst könnte demnach aufgrund des durch sie induzierten Zellschadens und der darauffolgenden Reparaturvorgänge am Ovarialepithel ein Krebsrisiko darstellen. Dafür spricht die Tatsache, dass die meisten Karzinome auf dem Oberflächenepithel des Ovars entstehen, also dort, wo die ovulationsbedingten Zellrupturen hervorgerufen werden. Besonders tumorgefährdet ist das rechte Ovar, in dem der Eisprung öfter stattfindet.

Ist der Krebs erst aufgetreten, wird radikal operiert, denn eine maximale Tumorreduktion geht mit einer besseren Überlebenschance einher. Eine Operation ermöglicht zudem eine genaue Diagnostik und die Bestimmung des Tumorstadiums.

DIAGNOSTIK

Große prognostische Bedeutung hat das Stadium des Tumors zum Zeitpunkt der Diagnose. Die Einteilung des Stadiums von Ovarialkarzinomen kann nach den Richtlinien der FIGO erfolgen:

Stadium

- I - der Tumor beschränkt sich auf die Ovarien
- I a - der Tumor beschränkt sich auf ein Ovar, kein Aszites
- I b - der Tumor beschränkt sich auf beide Ovarien, kein Aszites
- I c - der Tumor beschränkt sich auf ein oder beide Ovarien, Aszites mit Tumorzellen
- II - der Tumor hat eines oder beide Ovarien befallen mit Ausdehnung in das kleine Becken
- II a - Ausdehnung oder Metastasen der Gebärmutter und/oder Eileiter
- II b - Ausdehnung auf andere Organe des kleinen Beckens
- III - der Tumor hat eines oder beide Ovarien befallen mit intraperitonealen Metastasen außerhalb des kleinen Beckens oder Befall retroperitonealer Lymphknoten
- IV - Befall eines oder beider Ovarien mit Fernmetastasen außerhalb der Peritonealhöhle, z. B. im Leberparenchym

Ab Stadium II b fällt die 5-Jahres-Überlebensrate drastisch ab.

Die Differentialdiagnose zwischen benignen und potentiell malignen Tumoren wird histologisch gestellt. Für letzteres sprechen hyperchromatische vergrößerte Kerne, eine hohe Zahl an Mitosen, mehrseitige papilläre Epithelverbände und beginnende Stromainvasion.

Ein relevanter Tumormarker im Blut ist CA - 125, der beim Ovarialkarzinom erhöht ist. Erhöhte Werte finden sich allerdings auch bei gutartigen Erkrankungen wie Pankreatitis, Perikarditis oder Pleuritis sowie während der Ovulation. Ein weiterer Tumormarker ist das Plattenepithelkarzinom-Antigen (Squamous Cell Carcinoma Antigen, SCC), das beim primär benignen zystischen Ovarialteratom zuverlässig die maligne Entartung signalisiert. Jeder Ovarialtumor mit SCC-Werten über 2 ng/ml ist verdächtig auf maligne Entartung, eine weitere histologische Abklärung ist notwendig.

DER INTERESSANTE FALL

Dass man auch konventionell austherapierten Patienten mit naturheilkundlichen Maßnahmen hervorragend helfen kann, beweisen **Isabell Hoffmann-Klose** und **Joachim G. Klose**, beide Heilpraktiker und Ärzte aus Bochum. Sie berichten: Die 49jährige Patientin K. R. aus Iserlohn stellt sich mit uncharakteristischen Unterbauchbeschwerden bei ihrem Hausarzt vor. Die Patientin befindet sich in regelmäßiger gynäkologischer Kontrolle, Vorerkrankungen sind

keine bekannt. Der Hausarzt diagnostiziert einen Aszites und überweist seine Patientin in das nächste Krankenhaus zur weiteren Abklärung. Sie wird stationär aufgenommen und nach der Diagnose "Ovarialtumor" operiert.

Die Klassifizierung nach der Operation "solide wachsendes Karzinom beider Eierstöcke mit diffus tumorösen Metastasen" entspricht einem Stadium nach der "International Federation of Gynecology and Obstetrics" (FIGO) IV Grading 3 (5-Jahres-Überlebensrate 5%). Im pathologischen Befund heißt es: "...aufgrund der großen Ausdehnung ist der Ausgangspunkt des Tumors nicht mehr zu identifizieren. Dabei spielt der Ausgangspunkt bei dem bereits fortgeschrittenen Stadium des Tumors für die Prognose keine Rolle mehr."

Nach "Totaloperation" und Tumormassenreduktion folgt eine Chemotherapie über den Zeitraum von sechs Monaten. Mehrfach muss sich die Patientin Operationen zur Entfernung von Metastasen unterziehen. Nach einem vierwöchigen Kuraufenthalt ergibt die radiologische Untersuchung, dass das Tumorwachstum nicht zum Stillstand gekommen ist. Es folgt ein weiterer Chemotherapiezyklus, der den Prozess nicht aufzuhalten vermag.

Der Allgemeinzustand der Patientin ist zu diesem Zeitpunkt sehr stark reduziert. Sie ist nicht mehr in der Lage, ihren gewohnten Tätigkeiten nachzugehen und den Haushalt zu führen.

Sie ist stark depressiv, leidet unter erheblichem Haarausfall und zudem unter Polyneuropathie. Sechs Monate später wird der Patientin von ihren behandelnden Onkologen aufgrund des therapierefraktären, weiterhin progredienten Ovarialkarzinoms ein dritter chemotherapeutischer Zyklus empfohlen. Nach sorgfältigen Überlegungen bricht die Patientin diesen Zyklus ab.

Sie wendet sich drei Monate danach an unsere Praxis für Naturheilverfahren. Wir halten bei dieser Patientin eine biologisch geführte Krebstherapie für notwendig, um durch ein funktionstüchtiges Immunsystem die weitere Progression der malignen Tumormassen zu verhindern.

Zu Beginn der naturheilkundlichen Therapie zeigen die Laborwerte der Patientin eine Tumoranämie und pathologische Leberwerte. Sie erhält aufgrund des fortgeschrittenen Tumorstadiums eine Behandlung mit **NeyDIL® Nr. 66 St.II**, **NeyFegan® Nr. 26 D7** und **NeySpilen® Nr. 8 D7** im Wechsel mit Vitamin-C-Hochdosis. Intramuskulär erhält sie Homöopathika und Phytotherapeutika, subkutan Mistel, oral Enzyme sowie eine orthomolekulare Substitutionstherapie.

Im Rahmen des Restagings bei einer Gynäkologin können nach weiteren drei Monaten weder eine Tumoranämie noch eine Leberbelastung diagnostiziert werden, sämtliche

vergleichbaren Laborparameter liegen im Normbereich. Die Kernspintomographie zeigt im Vergleich zur Voruntersuchung keine erneute Herdbildung, d. h., die bei Grading 3 zu befürchtende generalisierte Metastasierung hat nicht stattgefunden.

Die Behandlung wird weiter fortgeführt, woraufhin die Patientin sich psychisch und körperlich wieder deutlich besser fühlt. Sie ist infektfrei. Die Laborwerte sind stabil, die B-Lymphozyten liegen im Normbereich und der Karnofsky-Index liegt bei 100, was bedeutet, dass die Patientin wieder in der Lage ist, ihren Alltag zu bewältigen. Sie geht täglich schwimmen. Sie fühlt sich insgesamt sehr viel wohler und schaut positiv in die Zukunft.

TIPPS FÜR DIE PRAXIS

Faktoren, die die Zahl der Ovulationen herabsetzen, wie Schwangerschaft, Stillen, aber auch die Antibabypille reduzieren das Risiko, an Eierstockkrebs zu erkranken. Die Gabe von Hormonen, die eine Ovulation hervorrufen - etwa für eine Fertilitätsbehandlung oder auch Hormonersatz nach der Menopause - kann das Risiko dagegen erhöhen. Da auch das im Fettgewebe vorhandene Enzym Aromatase das hormonelle Geschehen beeinflusst, kann sich auch eine Reduktionsdiät positiv auswirken und dient der Risikominimierung. Grundsätzlich haben Frauen mit Ovarialkarzinom ein höheres Risiko, zusätzlich an Brust- oder Darmkrebs zu erkranken. Durch die massive antikanzeröse Therapie beim Ovarialkarzinom besteht darüber hinaus das Risiko einer sekundären Kanzerose wie Leukämie.

Eine biologische Begleittherapie ist daher in jedem Fall empfehlenswert.

FORUM 10/1997 - Prostata-Karzinom
(aktualisiert 11/2019 Dr. S. Scheibel)

GRUNDLAGEN

Das Prostata-Karzinom ist der häufigste Tumor bei Männern in Europa - histologisch lässt es sich bei mehr als 40 % der über 50jährigen nachweisen. Mehr als die Hälfte der erfassten Tumoren entfallen auf die Gruppe der über 65jährigen. Vor dem 40. Lebensjahr treten sie dagegen selten auf. Klinische Symptome zeigen nur ca. 9 % der Betroffenen. Das Verhältnis von Erkrankungen zu Todesfällen beträgt 5 : 1. In den letzten zehn Jahren nahm die Mortalität um 16 % zu - Tendenz steigend. In Deutschland sterben jährlich mehr als 10.000 Männer an Prostatakrebs.

Als stärkster Indikator für Progression und Mortalität erwies sich der histologische Differenzierungsgrad - je undifferenzierter der Tumor, desto höher das Mortalitätsrisiko. Neben dem Tumorgrad hängt das Mortalitätsrisiko vom Alter des Patienten bei Diagnosestellung ab. 80 % der unter 60jährigen erliegen der Erkrankungen gegenüber 49 % der über 80jährigen. Dagegen korreliert die lokale Ausbreitung des Tumors nicht mit der Mortalität. Lokal begrenzte Karzinome schreiten langsam voran. Viele der Patienten entwickeln nie Symptome, weil der Tumor im Laufe ihres Lebens keine bedeutsame Größe erreicht. Ob und wie in diesen Fällen ohne Symptome behandelt werden soll, hängt davon ab, ob die Lebenserwartung erhöht werden kann, ohne durch die Therapie die Lebensqualität unzumutbar zu mindern. Manche Patienten haben an den Begleiterscheinungen einer Therapie schwerer zu tragen als an dem Grundübel. Immerhin ist die radiologische wie auch die operative Behandlung selbst wieder mit Risiken verbunden: Impotenz, Harninkontinenz und Verletzungen der Blase können die Folge sein, im Extremfall der Tod. Einige befürworten daher die Strategie, die unnötigen Behandlungen möglichst zu minimieren. Dagegen steht die Besorgnis, dass infolge nicht

rechtzeitiger Erkennung und Therapie alljährlich Tausende, die vielleicht hätten gerettet werden können, einen grausamen, schmerzhaften Tod erleiden.

Wenn klinische Symptome auftreten, wird je nach Differenzierungsgrad und klinischem Stadium behandelt. Die Prostata wird entweder entfernt oder bestrahlt.

Bei fortgeschrittenem Prostata-Karzinom erfolgt oft eine Hormonbehandlung. Sie basiert auf der Erkenntnis, dass Androgene das Wachstum dieser Tumorart merklich beschleunigen können und umgekehrt ein Hormonentzug es zu verzögern vermag. Es werden Medikamente, z. B. auf Östrogenbasis, eingesetzt, die die Wirkung oder Bildung von Androgenen negativ beeinflussen. Der Androgenspiegel lässt sich auch durch eine chemische (z. B. mit Goserelin) oder operative Kastration, also das Entfernen der Hoden, wirksam senken. Allerdings werden fast alle metastasierenden Tumoren irgendwann resistent gegen die Hormontherapie - dann schreitet das Leiden schnell fort. Die Therapie zielt darauf ab, das Krebswachstum zu verlangsamen sowie Schmerz und andere Symptome zu lindern. Gewöhnlich sterben die Patienten innerhalb von 2 - 5 Jahren, nachdem bei ihnen Metastasen entdeckt worden sind.

Die Behandlung muss individuell auf den Patienten maßgeschneidert sein und Stadium des Tumors, Grad seiner Malignität und mögliche Komplikationen berücksichtigen. Parallel zur konventionellen Therapie oder auch, wenn Patienten diese grundsätzlich ablehnen, kann dem malignen Geschehen entgegengewirkt werden und dabei der Organismus geschont und die Abwehrkräfte gestärkt werden. Die Behandlung mit **NeyDIL® Nr. 66** in Verbindung mit **NeyFegan® Nr. 26** hat sich hier bereits vielfach bewährt. Das Krankheitsbild konnte positiv beeinflusst werden - bis hin zur Vollremission. Bei Anwendung zusätzlich zur konventionellen Therapie war jene für die Patienten besser verträglich.

DER INTERESSANTE FALL

Dr. med. Siglinde Makabe, praktische Ärztin aus Dreieich, verfügt über einen reichhaltigen Erfahrungsschatz in der Tumorthherapie mit **NeyDIL® Nr. 66**. Sie berichtet von einem Patienten, bei dem im Alter von 57 Jahren durch eine histologische Untersuchung ein Prostata-Karzinom nachgewiesen worden war. Der PSA-Wert (Prostata-spezifisches Antigen) war entsprechend erhöht. Der Patient war beruflich stark beansprucht und stand "mitten im Leben", als ihn die Diagnose "wie ein Blitz aus heiterem Himmel" traf. Auch die in Aussicht stehende Therapie

war für ihn nicht sehr ermutigend: Seine Ärzte legten ihm eine Radikaloperation mit Kastration nahe. In Anbetracht dieser Aussichten wollte es der Patient zunächst lieber mit naturheilkundlichen Behandlungsformen versuchen. Einen Monat nach Diagnosestellung wurde eine Therapie mit pflanzlichen Homöopathika versucht. Aus eigenem Antrieb stellte er die Ernährung auf makrobiotische Kost um. Die PSA-Werte blieben jedoch unverändert.

Auf Anraten der nun konsultierten Frau Dr. Makabe wurde erstmals **NeyDIL® Nr. 66** verabreicht. Mit Hilfe dieser Behandlung wurden bei dem Patienten ohne operativen Eingriff und ohne Chemotherapie rückläufige PSA-Werte bis in den Normbereich erreicht. Der fachärztliche Befund lautete: normalgroße, normalkonsistente Prostata ohne geringsten Hinweis auf karzinomatöse Veränderungen. Derzeit erhält der Patient als Erhaltungsdosis einmal im Monat eine Ampulle **NeyDIL® Nr. 66** als Injektion. Er kann seinen Beruf in vollem Umfang ausüben und hat sich von seinem Krebs verabschiedet.

DIAGNOSTIK

Von allen Krebsarten ist beim Prostatakrebs das Risiko der erblichen Veranlagung am größten. Man schätzt es mindestens dreimal so hoch im Vergleich zur Normalbevölkerung, wenn nahe Verwandte, wie Vater oder Bruder, an einem solchen Tumor leiden. Wenn zwei Verwandte ersten Grades betroffen sind, ist es zehnfach erhöht. Bei familiärer Disposition ist eine jährliche Vorsorgeuntersuchung ab 40 angeraten - ganz speziell dann, wenn innerhalb kurzer Zeit Beschwerden beim Wasserlassen, ungewöhnlicher Harndrang oder auch Erektionsstörungen auftreten. Ähnliche Symptome zeigen sich auch bei einer altersbedingten gutartigen Vergrößerung der Prostata, wenngleich allmählicher als bei Krebs. Für die Untersuchung ertastet der Arzt das im Normalzustand etwa walnussgroße Organ, das die Harnröhre direkt unterhalb des Blasenausgangs umschließt, vom Enddarm aus. Verhärtungen lassen auf ein Karzinom schließen. Ist die Prostata vergrößert, fühlt sich jedoch weich an, so leidet der Mann wahrscheinlich unter einer gutartigen Vergrößerung. Bei zu starken Beschwerden werden Teile der Drüse mit verschiedenen Verfahren abgetragen. Das entfernte Gewebe durchmustert man sicherheitshalber immer mikroskopisch auf Anzeichen einer malignen Entartung, und gelegentlich wird dann erst eine solche entdeckt.

Eine weitere diagnostische Möglichkeit bietet ein einfacher Bluttest. Er kann bei Männern, die

keinerlei Symptome einer organischen Veränderung aufweisen, einen Verdacht auf Krebs anzeigen. Gemessen wird dazu der Gehalt an Prostata-spezifischem Antigen (PSA) im Blut. Es wird in den Epithelzellen der Prostata gebildet, hat proteolytische Eigenschaften und ist für die Verflüssigung des Samens bei der Ejakulation erforderlich. Die meisten derart entdeckten Tumoren sind noch mikroskopisch klein. Ein erhöhter PSA-Wert beweist jedoch keinesfalls, dass eine Krebserkrankung vorliegt. Ursache können auch andere Faktoren sein, etwa eine beginnende gutartige Vergrößerung, eine Entzündung oder sogar lediglich mechanischer Druck auf die Drüse. Umgekehrt ist der PSA-Wert bei vielen bereits an Prostatakrebs erkrankten Männern zum Zeitpunkt der Diagnose normal.

Dass PSA nicht als konstanter Wert betrachtet werden darf, zeigt sein altersbedingter Anstieg. Als grobes Raster für die PSA-Normwerte gilt für Männer unter 50: $PSA < 2,5 \text{ ng/ml}$.

Für Männer bis 60: $PSA < 3,5 \text{ ng/ml}$. Für Männer bis 70: $PSA < 4,5 \text{ ng/ml}$. Aussagekräftiger als der absolute PSA-Wert ist die jährliche Verlaufskontrolle: Ein Anstieg von $0,8 \text{ ng/ml}$ in diesem Zeitraum signalisiert ein erhöhtes Tumorrisiko - egal ob der Ausgangswert bei 2 oder 4 lag. Wichtig ist, dass die Bestimmung immer mit der gleichen Meßmethode erfolgt. Da in Deutschland über 50 verschiedene PSA-Bestimmungsverfahren auf dem Markt sind, weichen die Werte teilweise drastisch voneinander ab. Das beauftragte Labor sollte deshalb über alle Umstellungen informieren.

Erhöhte PSA-Werte im Harn signalisieren ein benignes Prostataadenom. Aus diesem Grund wird zur Differentialdiagnostik der Quotient von Serum- zu Harn-PSA herangezogen. Der Serum-Harn-Quotient für PSA bei Karzinom-Patienten ist dementsprechend gegenüber Patienten mit benignem Prostataadenom signifikant erhöht ($6,0$ gegenüber $0,3$). Weitere diagnostische Verfeinerungen sind die PSA-Dichte, d. h. PSA-Konzentration pro Volumen Drüse und das Verhältnis zwischen freiem und gebundenem PSA. Die proliferative Aktivität des Tumors, angezeigt durch einen kontinuierlichen PSA-Anstieg, geht dem klinischen Progress um 6 - 8 Monate voraus. Steigende PSA-Werte erfordern daher nicht unbedingt einen sofortigen therapeutischen Handlungsbedarf. Dieser besteht lediglich, wenn der Patient zusätzlich über tumorbedingte Beschwerden klagt.

Steht die Diagnose fest, folgt eine Klassifikation nach Stadien. Ein weit verbreitetes Klassifikationsschema sieht vier Stadien vor: Im Stadium A sind die bösartigen Herde noch mikroskopisch klein und nicht ertastbar. Dieser Typus wird beim Abschälen von Prostatagewebe durch

die Harnröhre erfasst. Im Stadium B können Knoten ertastet werden, verursachen aber nur selten Beschwerden. Im Stadium C ist der größte Teil der Prostata bereits befallen und steinhart. Im Stadium D haben sich schließlich Metastasen gebildet, die sich über Lymph- oder Blutbahnen verbreiten und in anderen Geweben ansiedeln. Das Prostata-Karzinom neigt zu Metastasen in das Skelettsystem, vor allem in Becken- und Lendenwirbelsäule, aber auch in die Extremitäten. Die Metastasen der Wirbelsäule führen zu einem Ischias-Syndrom. Jeder "Ischias" beim Mann über 50 ist daher Prostata-Karzinom-verdächtig. Im Fall der Metastasenbildung kann die saure Serum-Phosphatase erhöht sein.

TIPS FÜR DIE PRAXIS

Ernährungsbedingte Risikofaktoren für ein Prostata-Karzinom ist sehr eiweißreiche Nahrung. Wer also zuviel Fleisch, aber auch zuviel Fett isst, erkrankt eher daran. Einen gewissen Schutz vor Krebs bieten die folgenden Substanzen:

- β -Carotin (mindestens 600 μ g/100g), enthalten vor allem in grün/gelbem Gemüse, z. B. Kürbis, Karotten, Spinat, grüner Salat, grüner Spargel und Tomaten
- Vitamin E, vor allem in Weizenkeimöl
- Sulfide, z. B. in Knoblauch
- Phenole und Indole, z. B. in Sauerkraut und Rosenkohl
- Quercetin, z. B. in Schwarztee, Zwiebeln und Äpfeln
- Limonen, z. B. in Zitrusfrüchten
- Isoflavone und Lignanvorläufer; dies sind Phytoöstrogene, die wegen ihrer hormonähnlichen Wirkung hormonabhängige Karzinome positiv beeinflussen; enthalten z.B. in Sojaprodukten, Hafer sowie Wein.

Da Patienten mit kleinen Tumoren eine sehr gute Prognose haben, sollten Männer über 45 motiviert werden, regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung zu gehen. Ab 75 besteht dagegen kein erhöhtes Mortalitätsrisiko mehr durch ein langsam fortschreitendes Prostata-Karzinom, und es wird kein Screening mehr empfohlen.