

3. SOLL ICH EINE CHEMOTHERAPIE MACHEN?

„Ja zur Chemo, aber unter meiner eigenen Regie“

Jutta Trautmann, 59, Referentin in der Erwachsenenbildung

Nur ein einziges Mal war ich im Krankenhaus zur Chemotherapie. Dort war es sehr laut, neben mir eine Männerclique, die machten Witze über den Cocktail, den die Schwester gleich bringen würde, riefen „Wohl bekomm's“. Ich finde das ja in Ordnung – nur brauchte ich Ruhe für die Infusion. Versuchte, mir positive Bilder von den Vorgängen in meinem Körper zu machen. Deshalb handelte ich mit meinem Arzt aus, die Chemo in einer Praxis bei mir um die Ecke zu machen.

Dieser Konflikt kommt nach der OP: Aggressive Therapien sollen die Heilungschancen verbessern. Aber ihre Nebenwirkungen sind hart. Und viele Frauen würden auch ohne sie gesund

Dass ich überhaupt eine Chemotherapie machen würde – da war ich mir schnell sicher. Eigentlich bevorzuge ich alternative Medizin, aber der Tumor war einfach sehr aggressiv und hatte bereits in die Lymphknoten gestreut. Zur Debatte stand eine Hochdosis-Chemotherapie, die gerade erst erforscht wurde, und eine etwas niedriger dosierte, gut getestete Variante. Ich habe damals mehrere Meinungen eingeholt und mich dann doch nach Bauchgefühl für die weniger aggressive Variante entschieden. Insgesamt habe ich die Therapie gut vertragen. Nur ganz am Schluss, nach etwa sechs Infusionen, rebellierte mein Körper. Ich

war schwach, und meine Blutwerte erholten sich nur noch langsam. Ich besprach mit meinem Arzt, dass ich die letzten beiden Infusionen sein lasse. Die ganze Zeit bin ich außerdem zu einer Ärztin für Naturheilverfahren gegangen, von ihr bekam ich ein Mistelpräparat. Und in der Reha begann ich mit Guolin-Qigong. Diese Bewegungsmuster werden in der chinesischen Medizin in der Krebstherapie eingesetzt. Wenn ich mit Abstand auf die Phase der Chemotherapie zurückschaue, wird mir klar: Mir hat es sehr geholfen, mich immer wieder zu fragen, was ich selbst will – und dann auch danach zu handeln.

Nach der Operation: weitere Therapien im Überblick

„Alles gut“: Der Krebs hat noch nicht gestreut – und trotzdem weitere aggressive Therapien? Welche Behandlungen die Ärzte jetzt vorschlagen:

Bestrahlung: Nach einer brusterhaltenden Operation wird das restliche Brustgewebe, eventuell auch das jeweilige Lymphabflussgebiet, über mehrere Wochen bestrahlt, um möglicherweise verbliebene Krebszellen zu zerstören. Das Risiko, dass sich erneut ein Tumor bildet, sinkt so von 30 bis 40 auf 5 bis 10 Prozent. Obwohl die Bestrahlung heute viel gezielter erfolgt als früher, gibt es bei etlichen Frauen Nebenwirkungen wie Hautreizungen,

Lymphödeme oder Müdigkeit, sehr selten auch Herzschäden.

Hormontherapie:

70 bis 80 Prozent der Frauen haben einen so genannten hormonrezeptorpositiven Tumor, der besonders viele Andockstellen für Hormone aufweist. Die Hormontherapie verhindert, dass Östrogene und Gestagene auf Krebszellen wirken und sie wachsen lassen. Jüngere Frauen leiden vor allem darunter, dass sie durch die Medikamente schlagartig in die Wechseljahre kommen. Bei älteren Frauen werden heute mehr und mehr so genannte Aromatasehemmer eingesetzt, die sich in neuen Studien als effektiver als das

altbewährte Tamoxifen erwiesen haben. Mögliche gravierende Nebenwirkungen gibt es jedoch bei beiden: Tamoxifen erhöht das Gebärmutterkrebsrisiko und kann Thrombosen und Embolien verursachen. Die Aromatasehemmer lösen nicht selten Muskel- und Gelenkschmerzen aus und können zu einer starken Osteoporose führen.

Chemotherapie: Die eingesetzten Substanzen hemmen die Teilung und das Wachstum von Tumorzellen. Es gibt verschiedene Varianten der Chemotherapie, die sich in ihrer Aggressivität unterscheiden. Das ältere, so genannte CMF-Schema ist schonender,

neuere Chemotherapien, die Anthrazykline und Taxane enthalten, sind etwas effektiver. Dafür sind aber auch die Nebenwirkungen heftiger. So sollen Frauen, deren Herz nicht ganz gesund ist, zum Beispiel keine anthrazyklinhaltige Therapie bekommen.

Antikörper: Bei etwa jeder fünften Frau produziert der Körper zu viel des so genannten HER2-Proteins, das Tumorzellen zum Wachstum anregt und durch Antikörper wie den Wirkstoff Trastuzumab blockiert werden soll. Durch eine zusätzliche Therapie mit solchen Antikörpern überleben absolut betrachtet rund fünf Prozent mehr Frauen. ▽



Nur einmal war Jutta Trautmann zur Chemo in der Klinik. Dort war es laut, sie brauchte Ruhe.

Chemo, Strahlen und Co: Wie viel Leid macht Sinn?

Die Operation war erfolgreich, der Körper ist durchgecheckt: keine Spur von Krebs. Und doch kann er wiederkommen, wenn sich irgendwo noch winzige, nicht nachweisbare Krebsnester verstecken. Um das zu verhindern, gibt es zusätzliche, sozusagen **vorsorgliche Behandlungen**, die so genannten adjuvanten Therapien. Andere Regeln gelten, wenn der Krebs bereits Metastasen gebildet hat. Die verschiedenen adjuvanten Therapien sind jedoch immer mit belastenden und gefährlichen Nebenwirkungen verbunden (siehe Kasten vorherige Seite). Diese wiegen umso schwerer, da man weiß: 70 Prozent der Frauen wären auch ohne zusätzliche Behandlungen geheilt. Besonders häufig gilt das für Frauen nach den Wechseljahren.

Wer aber braucht wirklich eine adjuvante Therapie, und wem kann sie erspart werden? Zentrales Kriterium dieser Entscheidung: das individuelle Risiko eines Rezidivs, also einer Rückkehr des Tumors. Waren z. B. auch die Lymphknoten in der Achselhöhle befallen, erleidet ungefähr die Hälfte der Frauen ohne zusätzliche Therapie innerhalb von 15 Jahren einen Rückfall. Bei einem Tumor mit weniger als einem Zentimeter Durchmesser und ohne Befall der Lymphknoten liegt das Rückfallrisiko unter zehn Prozent. Junge Frauen (unter 35) haben generell ein höheres Risiko. Wichtig sind auch die biologischen Eigenschaften des Tumors: Wächst er schnell oder langsam? Ist sein Wachstum hormonabhängig? Welche genetischen Mutationen liegen im Tumorgewebe vor?

Auf zwei Fragen sollten Arzt oder Ärztin jeder Frau klar antworten: Wie groß ist mein individuelles Rückfallrisiko, wenn ich keine adjuvante Therapie mache? Und um wie viel Prozent kann ich es verringern? Und zwar in absoluten Zahlen. Liegt das Rezidivrisiko bei zehn Prozent, und eine Therapie verringert dieses Risiko auf sieben Prozent, bedeutet dies: Nur drei von hundert behandelten Frauen profitieren. In relativen Zahlen wären das um 30 Prozent bessere Heilungschancen – das klingt natürlich viel beeindruckender.

Sich allein aufgrund solcher Statistiken festzulegen, ist allerdings schwer.

Eine wichtige Rollen spielen nun mal Gefühle: Frauen, denen Ärzte zu einer Chemotherapie raten, fürchten meist vor allem Übelkeit und Haarausfall. Gegen die Übelkeit gibt es heute zum Glück sehr wirksame Medikamente. Und die Haare wachsen wieder, wenn auch zunächst ungewohnt lockig. Andere Nebenwirkungen, wie z. B. eine Osteoporose oder eine Schädigung von Nerven oder Herz, können dagegen andauern und das ganze Leben lang Probleme machen. Seit Neuestem versucht man, die Entscheidungsgrundlage mit Hilfe von so genannten **Gen-Chips** zu verbessern. Mit diesen Tests, die genetische Eigenschaften des Tumors bestimmen, kann eingegrenzt werden, ob eine Frau ein hohes oder niedriges Rezidivrisiko hat. Dadurch kann vielen Frauen die Chemotherapie erspart werden. Leider werden die Kosten – bis zu 2500 Euro für einen Gentest wie MammaPrint – in Deutschland noch nicht von den Krankenkassen übernommen. Nicht so teuer (knapp 200 Euro) ist der Femtelle-Test. Er weist bestimmte Eiweißstoffe im Tumorgewebe nach, die im Zusammenhang mit der Rückfallgefahr stehen. Einer Studie zufolge kann damit rund die Hälfte der Frauen mit ursprünglich „mittlerem“ Risiko in die Niedrigrisikogruppe eingeordnet und so von einer Chemotherapie verschont werden.

Letztlich aber geht es immer auch um eine ganz persönliche Haltung im Umgang mit Krebs. Manche Frauen akzeptieren gravierende Nebenwirkungen, auch wenn sich die Heilungsaussichten damit nur leicht verbessern. Andere haben die innere Überzeugung, dass sie auch ohne Therapie gesund bleiben. Und viele wollen wissen: **Was kann ich zusätzlich selbst tun?** Neben vielen Angeboten aus dem Bereich der Naturheilkunde (siehe Lesetipps rechts) gibt es darauf eine eindeutige Antwort: Sport. Mehrere Studien haben gezeigt, dass ungefähr eine halbe Stunde Bewegung am Tag das Rezidivrisiko genauso stark reduziert wie so manches nebenwirkungsreiche Medikament.

Neue Studien, neue Wege

Die optimale Therapie gegen Brustkrebs ist noch nicht gefunden. Neue Substanzen und Verfahren werden darum ständig in klinischen Studien erprobt. Wer als Patientin daran teilnimmt, hat möglicherweise selbst einen Vorteil, auf jeden Fall nutzen die Studienergebnisse aber Frauen, die in Zukunft erkranken. Der Teilnahme an einer Studie sollte man trotzdem erst nach gründlicher Aufklärung über mögliche Risiken zustimmen. Bei vielen klinischen Studien ist der neue Wirkstoff vorher schon an mehreren hundert Menschen erprobt worden. Dennoch besteht das Risiko, dass sich seltene Nebenwirkungen erst zeigen, wenn mehrere tausend Teilnehmer das Medikament nehmen. Alle Studienteilnehmerinnen werden deshalb gründlich überwacht und sind über den Auftraggeber der Studie – meist eine Pharmafirma – versichert. Wer Bedenken bekommt, kann jederzeit ohne Angabe von Gründen aussteigen. Infos und Listen aktueller Studien unter: www.brustkrebs-studien.de

Les- und Infotipps

Alternative Therapien:

Dr. Jutta Hübner: „Aloe, Ginkgo, Mistel & Co.“ Der Ratgeber beschreibt und bewertet über 100 komplementäre Arznei- und Ergänzungsmittel bei Krebs (24,95 Euro, Schattauer)

Informationen und Beratung zu ganzheitlicher Krebsbehandlung auch unter Telefon 062 21/138 02-0 und www.biokrebs-heidelberg.de

Erfahrungsberichte:

Kora Decker: „Jetzt ist heute. Mein Leben nach der Diagnose“ (12,90 Euro, Deutscher Taschenbuch Verlag)

Vera Sandberg: „Krebs. Und alles ist anders“ (16,95 Euro, BRIGITTE-Buch im Diana-Verlag)

Miriam Pielhau: „Fremdkörper“ (17,90 Euro, mvv-Verlag)