

Integrative Therapie des Prostatakarzinoms

Evidence and clinical practice

Abstractbook 2017

EINE VERANSTALTUNG VON



PARTNER



Inhalt

Vorsorge und Chirurgie Dr. med. Roger Gablinger, Zürich	Seite 2
Bildgebung MRT und PET/CT Dr. med. Jonas Müller-Hübenthal, Köln	3
Strahlentherapie Dr. med. Silvia Gomez Ordonez, Aarau	4
Bestcases Dr. med. Boris Hübenthal, Zürich	5
Komplementärmedizin Prof. Dr. med. Marcus Schuermann, Richterswil	6
Systemtherapie PD Dr. med. Arnoud Templeton, Basel	7
Immuntherapie Prof. Dr. med. Frank Gansauge, Ulm	8
Anthroposophische und supportive Therapie Dr. med. Hannes Graf, Scuol	9
Über ESIO	10

Liebe Kolleginnen und Kollegen, Sehr geehrte Damen und Herren,

In der Schweiz erkrankt etwa jeder 10. Mann im Laufe seines Lebens an Prostatakrebs. Nach der Diagnosestellung ist neben der radikalen Prostatektomie und der Radiotherapie die aktive Beobachtung das Vorgehen der Wahl bei einer grossen Gruppe betroffener Männer.

Das „Warten“ auf die PSA Progression im Rahmen der aktiven Beobachtung oder bei biochemischem Rezidiv bedeutet häufig eine grosse psychische Belastung.

Besonders in dieser Phase der aktiven Beobachtung aber auch nach Operation und Strahlentherapie möchten viele Männer selbst etwas für sich tun und aktiv dazu beitragen einer Progression oder einem Rückfall vorzubeugen.

Die ESIO Jahrestagung 2017 widmet mit Ihrem Schwerpunktthema Integrative Therapie des Prostatakarzinoms dem damit verbunden grossen Informationsbedarf.

Neben Updates aus Diagnostik und Therapie des Prostatakarzinoms, erhalten Sie in praxisrelevanten Kurzvorträgen einen Überblick über die Evidenz und den praktischen Stellenwert von Ernährung, Phytotherapie, Immuntherapeutika und der Anthroposophischen Medizin.

Ein besonderes Highlight des ESIO Update 2017 bilden die Case Reports mit ungewöhnlichen Langzeitverläufen aus dem internationalen Datenbank Projekt www.bestcase-oncology.com.

Im Namen der Europäischen Gesellschaft für Integrative Onkologie danken wir Ihnen für Ihr Kommen und würden uns freuen, wenn Sie die Arbeit des ESIO e.V. unterstützen würden.

Für den Vorstand der ESIO e.V.

Dr. med. Boris Müller-Hübenthal
Vorstandsvorsitzender ESIO e.V.
Zentrum für Integrative Onkologie
Zürich

Prof. Dr. med. Marcus Schuermann
Vorstandsmitglied ESIO e.V.
Zentrum für Integrative Onkologie
Richterswil

Dr. med. Marc Schläppi
Vorstandsmitglied ESIO e.V.
Zentrum für Integrative Medizin
Kantonsspital St. Gallen

Vorsorge und Chirurgie

Dr. med. Roger Gablinger

Uroviva, Zürich

Vorsorge

Der aufgeklärte Mann

- Das allerwichtigste in der Vorsorge wie auch für jedwelche Strategie ist die sorgfältige Aufklärung des Patienten. Er muss für sich entscheiden können, ob er in der entsprechenden Lebenssituation überhaupt therapeutische Konsequenzen aus seiner Diagnose erwägen würde. Falls NEIN, dann kann auch auf eine PSA-Messung (Screening) verzichtet werden.
- Zur Aufklärung gehört:
 - Wissen über den langjährigen Spontanverlauf ohne Therapie
 - Konsequenzen wenn man ein Endstadium mit Knochenmetastasen „erleben“ muss.
 - Die verschiedenen Therapie-Optionen mit deren Chancen und Risiken.

PSA

- Kein Tumormarker sondern Organmarker
- Einzelner Wert wenig aussagekräftig; Dynamik sagt mehr aus
- Muss in Verbindung mit Klinik und Prostatagrösse und anderen Parametern beurteilt werden
- Verändert durch:
 - Prostatagrösse
 - Restharn
 - Entzündungen von Prostata und Blase
 - Katheter/Pigtail
 - Manipulationen
- Tiefes oder normales PSA schliesst PCA nicht aus

PSA-Ratio

- NUR zwischen 2ng und 10ng/ml

DRU

- Bei positivem Tastbefund ist PSA sekundär
- Bei tiefem PSA nicht auf DRU verzichten

PCA3-Test

- Nicht etabliert
- Nur weitere Entscheidungshilfe für/gegen Biopsie
- Von der KK nicht bezahlt

Chirurgie

Radikale Prostatektomie

- Etabliert
- Heilender Therapieansatz
- Für den jüngeren Patienten
- Blutverlust kein Thema mehr
- Inkontinenzrate 1-5% nach 1 Jahr
 - Inkontinenz muss definiert werden
 - Inkontinenz kann sekundär behandelt werden
- ED zu 100% bei fehlender Nervenschonung

- ED mit Nervenschonung je nach Alter 40-90%
- ED führt nicht zum Verzicht auf Sexualeben sondern verlangt einen Umbau des Sexualebens
 - Guter Sex mit Alprostadil (Prostaglandin E1) Caverject
- Nervenschonung mit schlechterem onkologischem Resultat
 - Keine bekannten Langzeitergebnisse
 - Stellt eine strategische Entscheidung für den Patienten dar
- Offen
 - Vorteile
 - Tastsinn des Operateurs vorhanden
 - Kürzere Anästhesiezeit
 - Günstiger
 - Nachteile
 - Hospitalisationszeit ca. 1.5 Tage länger als DV
 - Rekonvaleszenz ca. 2 Wochen länger als DV
- DaVinci Roboter assistierte Laparoskopie
 - Vorteile
 - Deutlich überlegen bei Nervenschonung
 - Kürzere Rekonvaleszenz von 2 Wo
 - Kürzere Hospitalisation von ca. 1.5 Tagen
 - Nachteile
 - Kein Tastsinn
 - Längere Anästhesie
 - 30° Kopftieflagerung
 - Deutlich Teurer
- **Fazit:**
 - Onkologisch und Ergebnisqualität identisch bei geübten Operateuren

LDR-Brachytherapie

- Etabliert
- Heilender Therapieansatz
- Radiojod 125
 - Alphastrahler
- Der perkutanen Bestrahlung im Ergebnis ebenbürtig
- Wiederholbar
- Mit perkutanen RT kombinierbar
- ED nach 8-10 Jahren

Fokaltherapie

- Nicht etabliert
- Lebensverlängernder Therapieansatz
- Muss in der Bildgebung (MRI) identifizierbar sein
- Überprüfung durch Template-Bx von Vorteil
- Von der Kasse (noch) nicht bezahlt
- Formen der Fokaltherapie
 - HIFU
 - Brachytherapie
 - Elektroporation

Bildgebung MRT und PET/CT

Dr. med. Jonas Müller-Hübenthal

Praxis im KölnTriangle, Köln

Die Bildgebung des Prostatacarcinoms werden wir anhand der Krankheitsstadien erarbeiten von der Früherkennung über das Initialstaging und das Rezidivstaging zum Therapiemonitoring des kastrationsresistenten Prostatacarcinoms. In der Früherkennung und dem Initialstaging kommt der multiparametrischen Kernspintomographie die größte Bedeutung zu. Wir gehen hier ausführlich auf die Untersuchungstechnik und die standardisierte Befundung nach dem PIRADS 2.0 Schema ein. Die mpMRT erkennt zuverlässig die klinisch relevanten Prostatacarcinome. Die ca. 10% nicht erkannten Carcinome sind der Niedrigrisikogruppe zuzuordnen.

Beim Initialstaging wird eine Risikostratifizierung nach D'Amico vorgenommen und hierauf basierend die Therapieentscheidung getroffen. Das T-Staging ist Domäne der mpMRT, während das N-Staging und selbstverständlich das M-Staging bestmöglich durch die PSMA-PET/CT erfolgen (Eigen 2016).

Das Rezidivstaging ist insbesondere im Hinblick auf eine erneute gezielte Therapie und Zeitgewinn für die Hormonersatzbehandlung ab einem PSA-Spiegel von 0,5 ng/ml eine gute Indikation für die PSMA-PET/CT. Hier geben wir Ihnen eine Literaturübersicht im Vergleich mit dem zweitbesten Tracer F18 Cholin auch mit eigenen Ergebnissen.

Das Therapiemonitoring des kastrationsresistenten Prostatacarcinoms kann, je nach biologischer Fragestellung, mit unterschiedlichen Tracern erfolgen, z.B. FDG, Cholin, Ga-DOTO-ATOC, Ga-PSMA und Fluorid.

Zum Abschluß werden wir kurz auf die neuen nuklearmedizinischen Therapieverfahren des Prostatacarcinoms eingehen: Ra-223 (Xofigo®) für knochenstoffwechselaktive Skelettmetastasen und Lu-177 PSMA für ossäre, lymphogene und parenchymatöse Manifestationen.

Radiotherapie (RT) Strahlentherapie beim Prostatakarzinom

Dr. med. Silvia Gomez Ordonez
Kantonsspital, Aarau

Für die optimale Behandlung von Patienten mit Prostatakarzinom ist eine gute Zusammenarbeit wichtig. Die Strahlentherapie (RT) kann bei unterschiedlichen Stadien des Prostatakarzinoms angewendet werden.

Genereller Behandlungsablauf:

Es werden die präzise Planung anhand der Computertomographie sowie der generelle Behandlungsablauf beschrieben.

Indikationen für die Strahlentherapie:

Definitive RT: Beim lokal begrenzten und fortgeschrittenem Prostatakarzinom ist die Strahlentherapie eine bewährte, betreffend Nebenwirkungsprofil gut tolerierte, Alternative zur Operation. Aktuelle Studien zeigen, dass im Gegensatz zur aktiven Beobachtung (Active surveillance), sowohl die Strahlentherapie als auch die Prostatektomie eine nahezu identisch geringere Inzidenz an Lokal- und systemischen Rezidiven aufweist. Auch stellen die Studien fest, dass das Toxizitätsprofil der Strahlentherapie bezüglich Miktionsverhalten und sexueller Funktion gut ist^{1,2}.

Adjuvante RT: Bei postoperativem Nachweis einer Samenblaseninfiltration, einer unvollständigen Tumorentfernung oder eines extraprostatatischen Wachstums, reduziert die Strahlentherapie das Risiko einer Metastasierung und erhöht das Überleben^{3,4}.

Salvage RT: Die Bestrahlung wird beim Wiederauftreten des Krebses (biochemisches oder makroskopisches Lokalrezidiv) nach einer Operation angewendet um die Tumorprogression zu kontrollieren.⁴

Palliative RT:

- Bei Hirn-, Lungen- und Lymphknotenmetastasen bietet die Radiochirurgie (Radiotherapie als Hochpräzisionsstrahlentherapie) eine schonende, äusserst präzise und hochwirksame Methode der Tumorentfernung. Mit einer genau lokalisierbaren und hochenergetischen Bestrahlung können Tumorzellen auf Anhiob abgetötet werden⁵.

- Bei schmerzhaften Knochenmetastasen kann die Strahlentherapie eine Linderung der Schmerzen bringen⁶.

Fazit: Die Strahlentherapie ist in verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms indiziert und ist eine effektive Behandlung.

Referenzen

1 Hamdy et al. 10-Year Outcomes after Monitoring, Surgery, or Radiotherapy for Localized Prostate Cancer. N Engl J Med 2016; 375:1415-24.

2 Donovan et al. Patient-Reported Outcomes after Monitoring, Surgery, or Radiotherapy for Prostate Cancer. N Engl J Med 2016; 375:1425-37.

3 Thompson et al. Adjuvant Radiotherapy for Pathological T3N0M0 Prostate Cancer Significantly Reduces Risk of Metastases and Improves Survival: Long-Term Followup of a Randomized Clinical Trial. The Journal of Urology 2009; 181:956-62.

4 Thompson et al. Adjuvant and Salvage Radiotherapy After Prostatectomy: AUA/ASTRO Guideline. The Journal of Urology 2013; 190:441-9.

5 <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02206334>

6 Cheon et al. A definition of "uncomplicated bone metastases" based on previous bone metastases radiation trials comparing single-fraction and multi-fraction radiation therapy J Bone Oncol 2015; 4(1):13-7.

Bestcases beim Prostatakarzinom

Dr. med. Boris Hübenthal
Zentrum für Integrative Onkologie, Zürich

Ungewöhnliche Langzeitverläufe bzw. das Langzeitüberleben bei fortgeschrittenen Tumorerleiden sind jedem onkologisch tätigen Arzt bekannt. Auch bei metastasierten Prostatakarzinomen existieren solche Verläufe. Die Website bestcase-oncology.com ermöglicht systematische Dokumentation solcher Fallstudien in einer Referenzdatenbank. Einen unabhängigen Expertenrat beurteilt die Case Reports anhand von definierten Kriterien und stellt damit die Qualität der veröffentlichten Fälle sicher. Neben der Erfassung der konventionellen Therapie können auch Lebensstil Faktoren und komplementäre und alternative Therapieformen dokumentiert werden. Ziel ist es einerseits die medizinische Versorgungsrealität von Bestcases zu beschreiben und andererseits, bei grösseren Fallzahlen, mögliche Faktoren zu identifizieren, die für den guten Behandlungsverlauf mitverantwortlich sein könnten.

Aktuell sind 9 Bestcases mit metastasiertem Prostatakarzinom im Portal erfasst. 2 Patienten werden im Rahmen der Präsentation beim ESIO Update 2017 exemplarisch vorgestellt.

Für die Einordnung des Fallberichtes als Bestcase ist grundsätzlich die 2 fache besser die 3 fache der mediane Überlebenszeit mit metastasiertem Prostatakarzinom zu fordern. Zudem spielen prädiktive Faktoren wie Gleason Score, PSA und Metastasierungsmuster bei Diagnosestellung bei der Bewertung eine wichtige Rolle. In den CHARTED und STAMPEDE Studien betrug das mediane Überleben mit initial eingeleiteter Androgendeprivation (ADT) 3,6 Jahre. Die Überlebenszeit konnte auf 4,8 bzw. 5,4 Jahre gesteigert werden, wenn primär zur ADT eine Chemotherapie mit Docetaxel durchgeführt wurde.

Beide beim ESIO Update 2017 vorgestellten Bestcases leben seit ab Diagnosestellung mit Metastasen (Lymphknoten bzw. Knochen und Lymphknoten) aktuell 10,5 bzw. 9,75 Jahre.

Der Gleason Score lag bei 4+5=9 bzw. 5+5=10. Die PSA Werte lagen bei 7,7 ng/ml (bei ED) bzw. 47 ng/ml. Neben lokaler Therapien mit Resektionen und Radiotherapie erhielten beide Patienten systemisch eine ADT. Komplementär erfolgte eine Immunmodulierende Misteltherapie

und im Verlauf auch die zum Teil repetitive Gabe des im Rahmen einer Magistralrezeptur erhältlichen Östrogen und Phytopräparates Sitosterol comp..

Schlussfolgerung

Gut 1 Jahr nach dem «go live» des Bestcase Portal wurden 22 Fallberichte erfasst, 9 davon metastasierte Prostatakarzinome. Eine Entitäten spezifische Zwischenauswertung der Datenbank ist nach Erfassung von 25 bis 30Kasusitiken vorgesehen.

Referenzen

1. Sweeney CJ, Chen YH et al N Engl J Med 2015;373:737-746.

2. James ND et al . Lancet. 2016 Mar 19;387(10024):1163-77.

3. Bestcase Projekt: www.bestcase-oncology.com

Komplementärmedizin beim Prostatakarzinom

Prof. Dr. med. Marcus Schuermann

Zentrum für Integrative Onkologie, Richterswil

Der Einsatz komplementärer Verfahren spielt seit langem eine wichtige Rolle in der Behandlung von Prostataerkrankungen. Hierzu zählen Mikronährstoffe, eine Reihe bekannter Polyphenole, aber auch v.a. eine Vielzahl von Phytoöstrogenen. Viele Effekte sind auf der experimentellen Ebene gut untersucht, in vitro auf der Ebene der Zellkulturen wie auch tierexperimentell. In der klinischen Anwendung existieren bislang eher kleinere Studien beim frühen Prostatakarzinom, die v.a. in Hinblick auf Polyphenole einen Nutzen belegen.

Anders sieht es aus, sobald aktiv-wirkende Östrogene einem Phytoöstrogengemisch beigelegt werden. Seit den Neunziger Jahren gibt es verschiedene dieser Kombinationen v.a. in der Komplementärmedizin in Anwendung, die besonders wirksam in der Behandlung des fortgeschrittenen Prostatakarzinoms zu sein scheinen, auch des bereits hormon-refraktären. Dies gilt auch für das Präparat Sitosterol comp. dass in etwa 60% eine PSA-Reduktion von mehr als 50% innerhalb von 3 Monaten erwirkt, verbunden mit einem klinischen Ansprechen. Die durchschnittlich erzielte Behandlungszeit liegt bei über 12 Monaten. Durch ein intensives Patientenmonitoring lassen sich die anfangs gefürchteten Komplikationen synthetischer Östrogene weitgehend vermeiden. Die Behandlungsform stellt zudem eine extrem kostengünstige Alternative dar verglichen mit modernen Medikamenten.

Im Vortrag erläutert werden die Indikationen und die therapeutischen Erfahrungen anhand konkreter Einzelfälle, die im klinischen Alltag eine Rolle spielen. Seit 2008 wurden über 200 Patienten behandelt und über 50 Fälle retrospektiv ausgewertet, die als Grundlage für die Behandlung des hormonrefraktären Prostatakarzinom dienen mit z. T. jetzt erreichter 9-jähriger Tumorkontrolle. Vieles spricht hier für die Erstellung einer Langzeitstrategie unter Einbezug von konventionellen aber auch komplementären Therapien.

Systemtherapie beim metastasierten Prostatakarzinom

PD Dr. med. Arnaud Templeton

St. Claraspital, Basel

Die Hormontzugsbehandlung (Androgen-deprivation, ADT) ist seit vielen Jahren der Grundpfeiler der Behandlung von Männern mit metastasiertem Prostatakarzinom. Eine ADT kann medikamentös durch den Einsatz von LHRH-Agonisten oder LHRH-Antagonisten erreicht werden oder chirurgisch durch eine bilaterale subkapsuläre Orchiektomie.

Vor kurzem konnte nun gezeigt werden dass die Ergänzung einer Chemotherapie (6 Zyklen Docetaxel) in diesem Kastrations-sensitiven Stadium der Erkrankung zu einer eindrucklichen Verbesserung der Prognose führen kann: In den Studien CHARTED¹ und STAMPEDE² zeigte sich für die frühe chemohormonale Therapie im Vergleich zur alleinigen ADT ein Überlebensvorteil von median über 1 Jahr für Männer mit metastasierter Erkrankung (insbesondere bei *high volume disease*, definiert als viszerale Metastasen oder ≥ 4 Knochenmetastasen, davon mindestens eine ausserhalb der Wirbelsäule und des Beckens).

Im Juni 2017 wurden nun zwei Studien zur Ergänzung von Abiraterone plus Prednison in dieser Situation publiziert.^{3,4} Beide Studien zeigten ebenfalls einen signifikanten und klinisch relevanten Überlebensvorteil für die Ergänzung von Abiraterone mit einer Hazard Ratio von 0.63 (STAMPEDE-Studie³) bzw. 0.62 (LATITUDE-Studie⁴). Bei der LATITUDE-Studie wurden Männern mit *de novo* metastasiertem Prostatakarzinom eingeschlossen mit mind. zwei Hochrisikokriterien (Gleason-Score 8-10, mindestens 3 Knochenmetastasen, viszerale Metastasen) wohngegen in der STAMPEDE-Studie bei knapp der Hälfte der Studienteilnehmer keine Fernmetastasen vorlagen (in der Subgruppe mit nicht metastasierter Erkrankung konnte kein Überlebensvorteil gezeigt werden).

Eine Aussage über die zu bevorzugende Therapie ist auf Grund der vorliegenden Studien nicht möglich und sollte unter Berücksichtigung unterschiedlicher Therapiedauer, zu erwartender Toxizität, Kosten, Verfügbarkeit (*off-label* Indikation) und individuellen Präferenzen besprochen werden.

Bei einer Krankheitsprogression unter fortgeführter ADT spricht man von einer Kastrations-resistenten Erkrankung (mCRPC). In dieser

Situation konnte für die oralen endokrinen Therapien Abiraterone⁵ und Enzalutamid⁶ bzw. eine Chemotherapie mit Docetaxel⁷ und Cabazitaxel⁸ sowie für den Alphapartikel-Emitter Radium-223⁹ eine Verbesserung der Gesamtüberlebens gezeigt werden.

Zur Verhinderung von skeletalen Ereignissen beim Vorliegen von Knochenmetastasen kommt eine Behandlung mit Zoledronat¹⁰ oder Denosumab¹¹ in Betracht; beide Medikamente haben keinen Einfluss auf das Gesamtüberleben und sollten nur bei Kastrations-resistenz und zusammen mit Calcium und Vitamin D eingesetzt werden.

Referenzen

- 1 Sweeney CJ, Chen YH, Carducci M, et al. Chemohormonal Therapy in Metastatic Hormone-Sensitive Prostate Cancer. The New England journal of medicine 2015;373:737-46.
- 2 James ND, Sydes MR, Clarke NW, et al. Addition of docetaxel, zoledronic acid, or both to first-line long-term hormone therapy in prostate cancer (STAMPEDE): survival results from an adaptive, multiarm, multistage, platform randomised controlled trial. Lancet 2016;387:1163-77.
- 3 James ND, de Bono JS, Spears MR, et al. Abiraterone for Prostate Cancer Not Previously Treated with Hormone Therapy. The New England journal of medicine 2017;377:338-51.
- 4 Fizazi K, Tran N, Fein L, et al. Abiraterone plus Prednisone in Metastatic, Castration-Sensitive Prostate Cancer. The New England journal of medicine 2017;377:352-60.
- 5 Ryan CJ, Smith MR, de Bono JS, et al. Abiraterone in metastatic prostate cancer without previous chemotherapy. The New England journal of medicine 2013;368:138-48.
- 6 Beer TM, Armstrong AJ, Rathkopf DE, et al. Enzalutamide in metastatic prostate cancer before chemotherapy. The New England journal of medicine 2014;371:424-33.
- 7 Tannock IF, de Wit R, Berry WR, et al. Docetaxel plus prednisone or mitoxantrone plus prednisone for advanced prostate cancer. The New England journal of medicine 2004;351:1502-12.
- 8 de Bono JS, Oudard S, Ozguroglu M, et al. Prednisone plus cabazitaxel or mitoxantrone for metastatic castration-resistant prostate cancer progressing after docetaxel treatment: a randomised open-label trial. Lancet 2010;376:1147-54.
- 9 Parker C, Nilsson S, Heinrich D, et al. Alpha Emitter Radium-223 and Survival in Metastatic Prostate Cancer. The New England journal of medicine 2013;369:213-23.
- 10 Saad F, Gleason DM, Murray R, et al. Long-term efficacy of zoledronic acid for the prevention of skeletal complications in patients with metastatic hormone-refractory prostate cancer. Journal of the National Cancer Institute 2004;96:879-82.
- 11 Fizazi K, Carducci M, Smith M, et al. Denosumab versus zoledronic acid for treatment of bone metastases in men with castration-resistant prostate cancer: a randomised, double-blind study. Lancet 2011;377:813-22.

Immuntherapie mit dendritischen Zellen bei Krebserkrankungen

Prof. Dr. med. Frank Gansauge
Labor Dr. Gansauge, Ulm

Dendritische Zelltherapien bei fortgeschrittenen Tumoren werden seit knapp zwei Jahrzehnten angewendet. Zum größten Teil werden sie in der austherapierten Situation oder additiv zur schulmedizinischen Therapie eingesetzt. In unserer Institution wurden seit 2001 über 3.500 Patienten mit dendritischen Zellen behandelt. In der palliativen Situation zeigte sich vor allem ein verlängertes Überleben in nahezu allen Tumorentitäten bei minimalen Nebenwirkungen. Beispiele sind in nachfolgender Tabelle aufgezeigt.

Tumortype	Number of patients	Response rates	Median survival
Pancreas	189	62%	13,4 months
Colorectal	112	59%	28,6 months
Stomach	62	51%	26,7 months
Ovarian	79	76%	41,4 months
Breast	284	66%	47,2 months
Prostate	357	62%	44,9 months
Lung	109	52%	25,3 months
Melanoma	78	72%	27,2 months

Bei Anwendung in der adjuvanten Situation konnten die Rezidivraten deutlich gesenkt werden.

Tumortype	Number of patients	Relapse rates with DC	Expected Relapse rates
Pancreas	47	51%	> 90 %
Colorectal	248	11%	> 45 %
Stomach	43	40%	> 80 %
Ovarian	43	28%	> 65 %
Breast	97	10%	> 40 %
Prostate	59	14%	> 30 %
Lung	66	11%	> 50 %
Melanoma	66	11%	> 50 %

Die dendritische Zelltherapie ist eine nebenwirkungsarme effektive Therapie bei Krebserkrankungen in der palliativen und adjuvanten Situation.

Anthroposophische und supportive Therapie

Dr. med. Hannes Graf
Clinica curativa, Scuol

Supportive Therapien dienen nicht primär der Heilung, sondern unterstützen und beschleunigen den Heilungsprozess und schwächen Symptome ab. In der Salutogenese nach Aaron Antonovsky ist Gesundheit nicht ein Zustand, sondern ein Prozess von krankmachenden (pathogenetischen) und gesundenden (salutogenetischen) Faktoren. In dieser ganzheitlichen Sichtweise schwächen supportive Therapien pathogenetische Faktoren ab und fördern die Salutogenese. Komplementärmedizin findet in der Onkologie eine zunehmend grössere Bedeutung im supportiven Setting, da sie erprobte Konzepte zur Förderung der Selbstheilungskräfte (Salutogenese) wie auch zur Linderung der Symptomatik bieten kann. Ein integrativer Ansatz mit Schwerpunkt in anthroposophischen Therapien unterteilt die supportive Therapien in fünf Gebiete von Diätetik, Bewegung, äussere Anwendung, Pharmako- und Gesprächstherapie.

Lifestyle Empfehlungen für Prostatapatienten bezüglich Ernährung und sportlicher Bewegung sind den allgemeinen Empfehlungen für Krebspatienten ähnlich und beinhalten eine gemüse- und fruchtreiche Ernährung, mit Vollkorn und reduziertem Anteil von gesättigten Fettsäuren und rotem Fleisch, sowie möglichst täglicher körperlicher Aktivität von mindestens 30 Minuten. Patienten mit Urininkontinenz profitieren von speziellem Beckenbodentraining. 'Bewegung' kann auch seelischer Art sein, wie sie in der Kunsttherapie in gestalterischen Techniken wie Malen, Zeichnen oder Plastizieren zur Anwendung kommen. Durch Sensibilisierung der Umfeld- und Eigenwahrnehmung wird die Urteils- und Handlungskompetenz gestärkt. Eine Kombination von seelischer und körperlicher Bewegung finden wir in der Heileurythmie, die eine achtsame Bewegungstherapie ist. Diese führt zur Symptomlinderung und Besserung der Lebensqualität. Äussere Anwendungen in Form von Bädern, Wickeln und Massagen gehören seit Jahrtausenden in den Heilmittelschatz aller Kulturen. So können Massagen Schmerzen, Ängste, Übelkeit oder Depression lindern. Die häufigste komplementärmedizinische Pharmakotherapie bei Krebspatienten im deutschsprachigen Raum ist die Misteltherapie. Sie verbessert sowohl

die Lebensqualität wie auch die Verträglichkeit von Standardtherapien. Beim Prostatakarzinom kommt dabei häufig die Eichenmistel als s.c. Therapie zum Einsatz. Zunehmende Hinweise deuten darauf hin, dass entzündungshemmende Therapien, auch aus der Phytotherapie, eine Hemmung in der Entstehung und Progression des Prostatakarzinoms haben. Prostatakarzinom Patienten sind eine Hochrisikogruppe (bis 45%) für behandlungsbedürftige, psychische Störungen. Durch sexuelle Dysfunktion, Inkontinenz und Hormonentzug sind Männer in ihrem Rollen- und Selbstkonzept schwer betroffen. Dennoch fällt es ihnen schwer psychoonkologische Begleitung in Anspruch zu nehmen. Niedriger ist die Hemmschwelle jedoch für Kunst- oder Bewegungstherapie.

Klinische Erfahrungen zeigen, dass durch eine integrative supportive Therapie die Lebensqualität von Prostatakarzinompatienten verbessert und der Heilungsprozess beschleunigt werden.

Literaturempfehlung

- D.I. Abrams, A. T. Weil (2014) *Integrative Oncology*. Oxford University Press
- V. Fintelmann, M. Treichler (2014) *Onkologie auf anthroposophischer Grundlage. Band I-III*. Info3-Verlag, Frankfurt am Main

Über ESIO e.V.

Die „European Society for Integrative Oncology“ versteht sich als Forum zur Förderung komplementärer und erfahrungsheilkundlicher Therapieformen in der Onkologie.

Wir möchten sowohl Therapeuten als auch Patienten und Angehörige über entsprechende Behandlungsmöglichkeiten informieren, die Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Therapierichtungen intensivieren und nicht zuletzt Vorbehalte durch die Unterstützung von klinischen Forschungsprojekten abbauen. In Vorbereitung befinden sich Informationsveranstaltungen für Patienten sowie Fortbildungsveranstaltungen für Therapeuten.

Wir freuen uns, wenn wir Ihr Interesse geweckt haben und Sie unseren Verein unterstützen möchten.

Gerne heißen wir Sie auch als Mitglied willkommen.



www.esio.info
www.esio.ch

SAVE-THE-DATE

ESIO-Update 2018 Immuntherapie

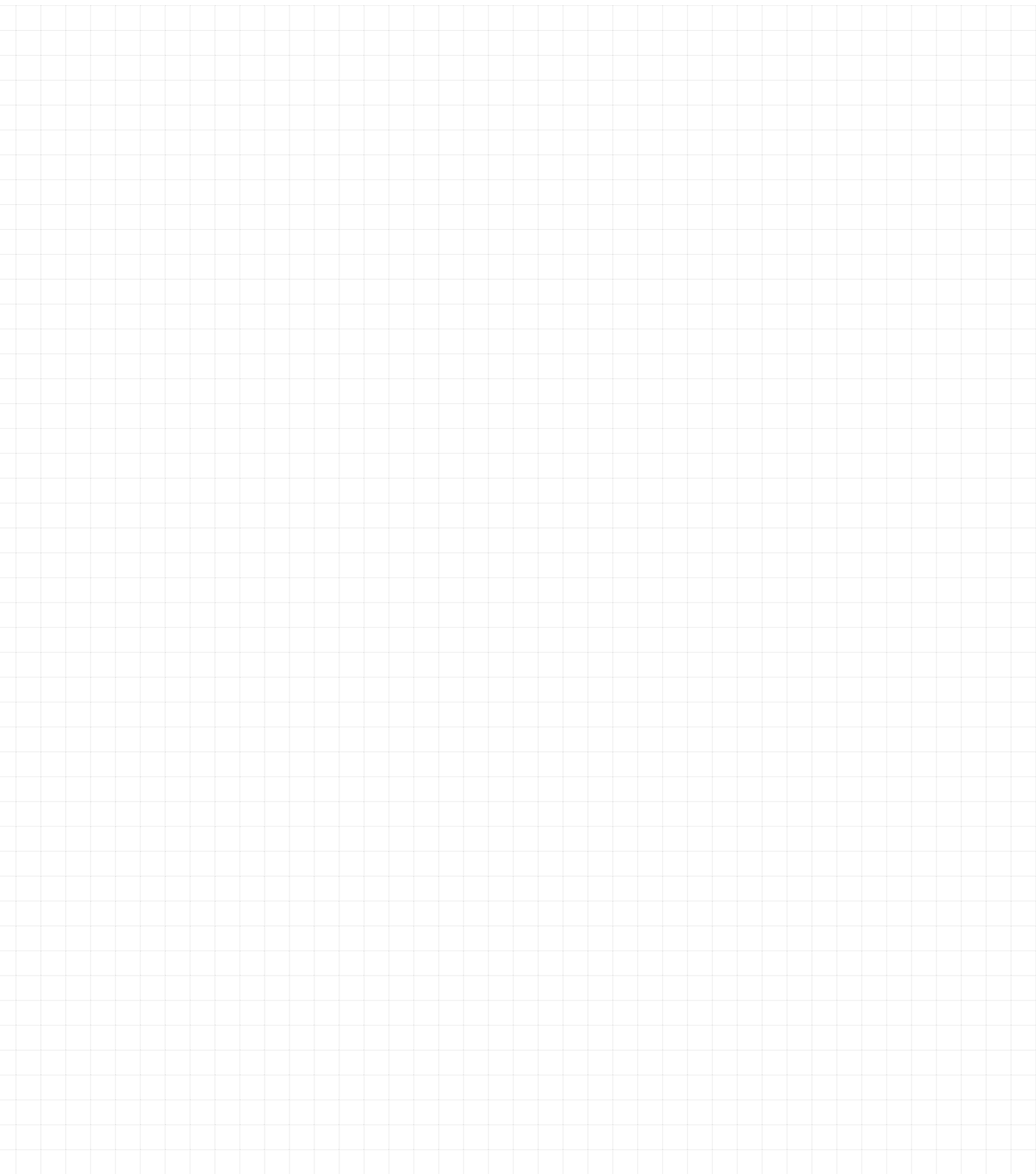
Anfang September 2018 in der PH Zürich

Mehr Infos in Kürze auf www.esio.ch

Notizen



Notizen



Mit freundlicher Unterstützung der
Günter und Regine Kelm Stiftung
zur Förderung der integrativen Krebstherapie



Science For A Better Life



CLINICA CURATIVA

CENTER DA SANDÀ ENGIADINA BASSA
GESUNDHEITZENTRUM UNTERENGADIN



Laborgemeinschaft
Medizinisches Labor

