

[Interview mit Nicole Erickson M.Sc, RD]

„Eine Diät kann einen Tumor weder heilen noch fördern“

Ernährung kann Krebs nicht heilen. Dennoch versprechen viele Krebspatienten sich von einer speziellen Diät, Kontrolle über ihre Krankheit zu erhalten. Das kann schwerwiegende Folgen haben. Der Münchner Ernährungswissenschaftlerin Nicole Erickson M.Sc, RD zufolge sind zwischen 30 und 85 Prozent aller Krebspatienten mangelernährt – je nach Tumorstadium, -art und Therapieansatz. Ursula Kathhöfer (www.textwiese.com) sprach mit der Diätassistentin vom Comprehensive Cancer Center am Klinikum der Universität München (CCC) über die Gründe.

Gibt es überhaupt eine spezielle Diät für Krebspatienten?

Nein. Jede Krebsart wird mit anderen Medikamenten behandelt. Wie könnte eine einzige Diät diese unterschiedlichen Krebstypen beeinflussen? Der Deutschen Krebsgesellschaft zufolge gibt es keine wissenschaftlich nachgewiesene Diät, die einen Tumor heilen kann. Und keine, die einen Tumor fördert.

Dennoch sind die Patienten für Diätvorschläge sehr empfänglich.

Die Patienten sind verzweifelt, sie tragen eine große psychische Last. Nach dem ersten Schock fragen sie sich, was sie für sich tun können. Da bleiben nur Sport und Ernährung. Andere fragen sich, womit sie Krebs verdient haben und wollen dafür büßen. Sie müssen nur „Krebs“ und „Ernährung“ googeln und schon geraten sie an große Versprechungen, die Hoffnung machen.

Kann man von krebskranken Menschen erwarten, dass sie wissenschaftlich fundierte Ratschläge von leeren Versprechungen unterscheiden?

Das ist schwierig. Einer Studie zufolge können 70 Prozent Wissenschaft nicht

von Scharlatanerie unterscheiden. Evidenz-basierte Nachweise sind für Menschen ohne medizinisches Fachwissen schwer zu verstehen. Wunderbare Versprechen klingen hingegen glaubwürdig. Die Scharlatanerie behauptet vieles einfach. Alles, was nicht widerlegt ist, gilt als wahr.

Eine der angepriesenen Diäten verspricht einen hohen Nutzen, wenn Patienten auf Kohlenhydrate verzichten.

Eine isokalorische ketogene Diät mit wenig Kohlenhydraten ist in der Epilepsie und bei bestimmten Stoffwechselerkrankungen indiziert, nicht jedoch bei Krebs. Wer die Diät streng verfolgt, kann sein Gewicht nicht halten, es kommt zu ungewolltem Gewichtsverlust. Hinzu kommen Nebenwirkungen wie Dehydratation, Kardiomyopathie, gastrointestinale Symptome oder Nephrolithiasis.

Warum ist es wichtig, dass Onkologen wissen, wie ihre Patienten sich ernähren?

Strenge Diäten haben Nebenwirkungen, die leicht mit den Nebenwirkungen der Therapie zu verwechseln sind.

So führt die als Wunderheilmittel gepriesene Stachelannone, auch Sauer-sack genannt, zu Neurotoxizität. Dies ist aber auch eine bekannte Nebenwirkung der Chemotherapie. Wie soll der Arzt handeln, wenn er nicht weiß, woher die Nebenwirkung kommt und wie sie sich reduzieren lässt? Eine unserer Stoma-Patientinnen trank ausschließlich Obst- und Gemüsesäfte. Um das Stoma bildete sich eine Hautreaktion, hinzu kam ein hoher Kaliumwert im Blut. Für den Arzt sind Ursachen für Symptome wie diese erst erkennbar, wenn er von der Diät weiß.

Wie können Onkologen ihre Patienten davor schützen, Scharlatanen aufzusitzen?

Sie müssen das Vertrauen der Patienten gewinnen. Das gelingt allerdings nicht, wenn der Arzt auf die Frage, wie der Patient sich ernähren kann, sagt: „Sie dürfen alles essen.“ Das ist eine grobe Antwort auf eine große Frage. Auch wenn der Patient von seinen Diäten erzählt, hilft kein Satz wie: „Lassen Sie das, das ist doch Quatsch.“ Besser wäre die Frage: „Was möchten Sie mit der Diät erreichen?“ Wenn der Patient sagt, dass er Angst vor einem wachsenden Tumor hat, hat der Arzt die Lösung in der Hand. Er kann spezifisch auf den Patienten eingehen. Für den Patienten ist entscheidend, dass er eine machbare Lösung mitnimmt.

Vielen Dank!

» WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN

- www.was-essen-bei-krebs.de – ein Projekt des CCC und Eat What You Need e.V.

S3-Leitlinie

Neue Empfehlungen zum Lungenkarzinom

von Dr. med. Marianne Schoppmeyer, Nordhorn, www.medicinundtext.de

Das Leitlinienprogramm Onkologie hat die S3-Leitlinie zur „Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Lungenkarzinoms“ aktualisiert. Die Leitlinie entstand unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) sowie der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG). Es werden unter anderem neue Therapieprinzipien beim Vorliegen bestimmter Genveränderungen im Tumor sowie die Neuentwicklungen in der immunologischen Tumorthherapie aufgegriffen. Weitere Änderungen betreffen die Kapitel zur Früherkennung des Lungenkarzinoms, seine Stadieneinteilung, seine pathologisch-anatomische Diagnostik, die Aufklärung betroffener Patienten sowie deren palliativmedizinische Versorgung.

Früherkennung des Lungen-Ca

Lungenkarzinome zählen zu den häufigen Krebserkrankungen. Aufgrund der demografischen Entwicklung und steigender Inzidenzraten bei Frauen, prognostizieren Experten einen weiteren Anstieg der Erkrankungsfälle bis 2020.

Aufgrund der hohen Letalität des Lungenkarzinoms kommt der Früherkennung ein hoher Stellenwert zu. Mittlerweile sind die Ergebnisse der großen US-amerikanischen Screening-Studie „National Lung Screening Trial“ veröffentlicht. Die Nutzen-Risiko-Abwägung der zur Verfügung stehenden Früherkennungsverfahren rechtfertigt aus medizinischer Sicht keine uneingeschränkt positive Empfehlung für ein CT-basiertes Lungenkrebs-Screening. In bestimmten Fällen kann jedoch eine Low-Dose-CT zur Früherkennung sinnvoll sein. Dies gilt für

- asymptomatische Risikopersonen im Alter zwischen 55 und 74 Jahren und einer Raucheranamnese von ≥ 30 Packungsjahren und weniger als 15 Jahren Nikotinkarenz
- asymptomatische Risikopersonen im Alter ≥ 50 Jahren und einer Raucheranamnese von ≥ 20 Packungsjahren und bestimmten weiteren Risikofaktoren (Z. n. Lungen-Ca,

positive Familienanamnese, Z. n. HNO-Malignom oder anderer Raucher-assoziiierter Malignome, Z. n. Lymphom-Erkrankung, Asbestexposition, COPD, Lungenfibrose)

Die jährliche Untersuchung mittels Low-Dose-CT sollte innerhalb eines qualitätsgesicherten Früherkennungsprogramms mindestens für zwei Jahre erfolgen und durch ein multidisziplinäres Behandlungsteam – idealerweise in einem zertifizierten Lungenkrebszentrum – durchgeführt werden. An dem Team sollten Radiologen, Pneumologen, Thoraxchirurgen, Onkologen und Strahlentherapeuten beteiligt sein. Begleitend sollte eine Raucher-Entwöhnung stattfinden.

Pathologisch-anatomische Diagnostik

Die aktuelle TNM-Klassifikation basiert auf der WHO-Klassifikation der Lungentumoren von 2015. Sie enthält eine neue Klassifikation der Adenokarzinome, einer Untergruppe der nicht-kleinzelligen Lungenkarzinome (NSCLC). Aufgrund neuer medikamentöser Ansätze in der Therapie des metastasierten Stadiums dieser Tumoren sind molekulare Analysen und immunpathologische Untersuchungen nun Voraussetzung, um die medikamentöse Therapie festzulegen. Therapeutisch relevant sind derzeit EGFR-Mutatio-

nen, ALK- und ROS1-Translokationen sowie BRAF V600-Mutationen bei Adenokarzinomen und NSCLC mit einer Adenokarzinom-Komponente sowie Plattenepithelkarzinome bei Nie- oder Leichtrauchern. Dieses Spektrum wird sich aller Voraussicht nach sukzessive erweitern. Parallel zu den molekularpathologischen Untersuchungen sollte eine immunhistochemische Untersuchung auf PD-L1-Expression bei Patienten im Stadium IV erfolgen.

Therapie im Stadium IV

Patienten im Stadium IIIB/IV haben eine mediane Überlebenszeit bei unselektionierter Therapie von 8 bis 18 Monaten. Deutlich günstiger ist ihre Prognose, wenn eine zielgerichtete Therapie von ausgewählten, therapeutisch angehbaren molekularen Veränderungen durchgeführt werden kann. Unter dem Stichwort „Personalisierte Therapie“ oder „Stratifizierende Therapie“ haben sich die Prinzipien, besonders der Chemotherapie im metastasierten Stadium, tiefgreifend geändert. Insbesondere wenn eine EGFR-, ROS1- und BRAF V600-Mutation oder eine EML4-ALK-Translokation im Tumor vorliegt, können die Patienten mittlerweile von neu entwickelten Medikamenten wie beispielsweise Afatinib oder dem ALK-Inhibitor Crizotinib profitieren. Auch die neuen immuntherapeutischen Checkpoint-Inhibitoren wie Nivolumab, Pembrolizumab und Atezolizumab wurden in der Leitlinie berücksichtigt.

Neben der medizinischen Behandlung dürfen Rehabilitation, psychoonkologische Unterstützung, Sozialberatung und eine frühe palliative Therapie jedoch nicht aus dem Auge verloren werden.

» WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Leitlinienprogramm Onkologie: Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Lungenkarzinoms, 2018, AWMF-Registernummer: 020/007OL, online unter: ogy.de/o091