

Hormonblockade gegen radikale lokale Therapien--

Und der Sieger ist....

Die Dreifache Hormonblockade als einzige Behandlungsform des klinisch lokalisierten oder klinisch nicht metastasierten Prostatakrebses ist endlich als eine sinnvolle Behandlungsoption anerkannt worden. *Urology* 60, Supplement 3A, September 2002, ist betitelt: "Neuere Ansätze der Androgen-Deprivationstherapie beim Prostatakrebs; Tätigkeitsbericht der Zweiten Internationalen Konferenz".

Die anwesenden Herausgeber sind Peter Carroll, M.D., Professor und Vorsitzender, Department of Urology, UC San Francisco. Der andere Herausgeber ist Dr. Philip Kantoff, Harvard Medical School.

Das Symposium wurde in Cambridge, Massachusetts abgehalten. Unter den Teilnehmern der 18. Internationalen Konferenz befanden sich einige der bekanntesten Namen auf dem Gebiet des Prostatakrebses. Der zweite Artikel des Symposiums hieß: "Derzeitige Schemata für Androgenentzugstherapien bei **neu** diagnostiziertem Prostatakrebs". Der Hauptautor ist Dr. Peter Carroll, ein Urologe, von dem man weiß, dass er dazu neigt, eher die Prostatektomie zu empfehlen. Dieser Artikel deckt einige erstaunliche und unerwartete Trends auf, die den Leser wahrscheinlich überraschen werden.

"...es scheint, dass die Anwendung von Androgenblockade (ADT - Androgen-Deprivationstherapie) bei Männern mit klinisch lokalisiertem Prostatakrebs immer mehr zunimmt...". seit 1995 haben von 1485 Patienten mit klinisch lokalisiertem Prostatakrebs aus 35 urologischen Arztpraxen landesweit 294 (20 %) von Ihnen sich für eine Hormonblockade (ADT) als der **einzigen** Therapieform entschieden (also keine Operation, keine Bestrahlung, keine "Seeds"). Hormonblockade allein wurde üblicherweise bei Männern mit geringem oder mittlerem Risiko ohne Nachweis von Metastasen eingesetzt. In der Vergangenheit haben sich nur Männer mit schlechten prognostischen Faktoren zur Hormonblockade (ADT) als Ersttherapie entschieden (ausgenommen unsere Praxis, in der sich Männer mit geringem, mittlerem oder hohem Risiko schon seit 1991 für eine Androgenblockade entscheiden).

Der Text auf Seite 10 dieses Artikels besagt Folgendes: "Eine neuere Reihe befürwortet eine alternative **primäre** Hormonbehandlung (primär bedeutet Hormonblockade allein ohne jegliche lokale Therapie) für Männer mit lokalisiertem Prostatakrebs. Leibowitz und Tucker"....(unsere von Wissenschaftlern überprüften Ergebnisse sind zusammengefasst, und die Autoren kommen zu der Schlussfolgerung) "...obwohl die Androgen-Entzugstherapie bei vielen Männern mit lokalisiertem Prostatakrebs wirksam zu sein scheint..." "Einzugestehen", dass die Androgen-Entzugstherapie bei Männern mit lokalisiertem Prostatakrebs wirksam eingesetzt werden kann, ist ein ziemlich starkes Zugeständnis vonseiten Urologen, die dieses Konzept seit 1991, als ich damit begann, lächerlich gemacht haben. Jetzt gestehen sie ein, dass Hormonblockade bei vielen Männern mit lokalisiertem Prostatakrebs wirksam ist. Die Tatsache, dass unsere vorangegangene Veröffentlichung "Behandlung von lokalisierten Prostatakrebs mit intermittierender dreifacher Hormonblockade - vorläufige Ergebnisse anhand von 110 aufeinanderfolgend behandelten Patienten; *The Oncologist*; (6; 177-182; 2001; Leibowitz, R. und Tucker, S. J.) zitiert wird, ist natürlich recht schmeichelhaft. Der Artikel kommt zu der Schlussfolgerung: "obwohl einige Studien auf einen Vorteil bei früher Anwendung von ADT hindeuten...", dann warnen die Verfasser, dass längere Beobachtung erforderlich ist usw. Sie räumen ein, dass eine frühe Androgenunterdrückungstherapie vorteilhaft zu sein scheint. Sie mahnen bei der Hormonblockade zur Vorsicht, aber lassen unerwähnt, dass nie nachgewiesen werden konnte, dass eine radikale lokale Behandlungen das Überleben verlängern.

In diesem Beitrag möchte ich die aktualisierten Ergebnisse der ersten annähernd 150 Patienten diskutieren, die ihren ersten Zyklus mit der dreifachen Hormonblockade abgeschlossen haben und jetzt Proscar einnehmen, 5 mg einmal täglich. Ich habe das Proscar- oder Finasterid-Erhaltungstherapie genannt. Die früheren Ergebnisse dieser unserer Studie wurden in *The Oncologist*, Heft April 2001 veröffentlicht. Eine Zusammenfassung dieser Arbeit erschien in den *Proceedings of the American Society of Clinical Oncology*, Band 20, 2001, Abstract Number 2372.

2002 erschienen zwei weitere Zusammenfassungen in den *Proceedings of the American Society of Clinical Oncology*, Band 21, 2002, Abstract Numbers 2481 und 2486. Sie sind betitelt mit "Five-Year Follow-Up of Triple Androgen Blockade for Clinically Localized Prostate Cancer: Prognostic Features and Preliminary Patterns of Failure" ("Weitere Fünf-Jahres Ergebnisse mit Dreifacher Androgenblockade bei klinisch lokalisiertem Prostatakrebs: Prognostische Merkmale und Versagensmuster") und die zweite: "At What PSA Level Should Cycle Two of Hormone Blockade Commence in Men Who Refuse Local Treatment for Prostate Cancer and Are Treated with Intermittent Androgen Blockade?" ("Bei welchem PSA-Wert sollte Zyklus zwei der Hormonblockade bei Männern beginnen, die sich einer lokalen Behandlung bei Prostatakrebs verweigern und mit intermittierender Hormonblockade behandelt werden?"). Diese Zusammenfassungen wurden von mir und Dr. Tucker verfasst.

Zum Zeitpunkt November 2002 mussten wir acht unserer annähernd 150 Patienten nachbehandeln. Wir hatten einen Todesfall durch Prostatakrebs. Dies ergibt eine Prostatakrebs-spezifische Fünf-Jahres-Überlebensrate von 99,4 %. Neben dem einen Patienten, der an Prostatakrebs starb, wurden sieben Patienten nachbehandelt. Alle sieben hatten mindestens einen Hoch**risiko**faktor nach der Definition von D'Amico. Nur einer von den sieben hatte nur ein Hochrisiko-Merkmal, einer hatte drei, und die anderen hatten zwei. In unserer Reihe gab es 39 weitere Patienten mit mindestens einem Hochrisiko-Merkmal, die keiner Nachbehandlung bedurften. Hochrisiko ist definiert als eine Gleason-Summe von 8 oder höher, PSA über 20 oder lokal fortgeschrittene Erkrankung. Diese Ergebnisse übertreffen die zu radikaler Prostatektomie, Bestrahlung oder Seeds veröffentlichten bei weitem.

Die Mayoklinik hatte eine Internetseite für Prostatakrebs im Frühstadium eingerichtet, einen Entscheidungsratgeber, der "fünf übliche Behandlungsoptionen" aufführt. Eine der fünf ist die Hormonblockade. Für mich bedeutet dies, dass sogar die Mayoklinik jetzt einräumt, dass "die Hormonblockade eine übliche Behandlungsoption für Prostatakrebs im Frühstadium" ist. Im *British Medical Journal* erschien ein Artikel von Lu-Yao, G.; 2002; 325: 740-743. Diese Studie untersuchte 94.000 Patienten aus Seattle gegenüber 120.000 Patienten aus Connecticut. Sie wurden 11 Jahre lang beobachtet. Bei Männern in Seattle war die Wahrscheinlichkeit für eine PSA-Messung 5,4-mal so hoch, und die Wahrscheinlichkeit einer Prostatabiopsie 2,2-mal so hoch, verglichen mit den Männern aus Connecticut. 6,6 % der Männer aus Seattle hatten entweder radikale Prostatektomie oder Bestrahlungstherapie. Nur 3,6 % der Männer aus Connecticut wurden auf diese Weise behandelt. Denken Sie daran, dass die ursprüngliche Patientenbasis Männer ohne bekannten Prostatakrebs waren. Das Faszinierende ist, dass man annehmen sollte, dass, wenn radikale lokale Therapien Vorteile bringen, die Seattle-Gruppe mit fast doppelt so vielen radikalen Prozeduren eine höhere Überlebensrate bei Prostatakrebs haben sollte. Das Risiko, an Prostatakrebs zu sterben, war aber in Seattle etwas höher als in Connecticut (nicht statistisch signifikant höher). Radikale Behandlungen verringerten also nicht das Risiko, an Prostatakrebs zu sterben, verursachten aber schreckliche Nebenwirkungen. Die Studie kommt darum zu dem Schluss, dass es im Ergebnis bei Prostatakrebs nach 11 Jahren keinen Unterschied zwischen aggressiverer gegenüber weniger aggressiver Vorgehensweisen beim Erkennen und Behandeln von Prostatakrebs gibt.

Ein im *Journal of Urology*, Band 165, S. 469-473 erschienener Artikel von Judd Moul

berichtet "unsere Ergebnisse deuten darauf hin, dass das Verbreiten von Tumorzellen bei der Operation für die Wiederkehr (Ausbreitung) der Krankheit verantwortlich sein kann." Ja, die Schlussfolgerung ist, dass die Operation für das Ausbreiten des Prostatakrebses verantwortlich sein kann. Dr. Thomas Stamey, berühmter Urologe in Stanford (jetzt im Ruhestand) hatte darauf hingewiesen, dass unbehandelter Prostatakrebs der Stadien T1 und T2 eine mittlere PSA-Verdoppelungszeit von vier Jahren aufweist, was bedeutet, dass ein PSA von 1,5 vier Jahre braucht, um auf 3 zu steigen, oder von 2 auf 4 usw. Dagegen haben Patienten, bei denen Bestrahlung oder Operation versagte, Verdoppelungszeiten von gewöhnlich 100 oder weniger Tagen. Er merkt dazu an, dass diese Patienten unbehandelt besser dran gewesen wären. Er fügt hinzu "Es ist daher im Bereich des Möglichen, dass der Chirurg, der bei einer radikalen Prostatektomie einen positiven Schnittrand schafft, dem Strahlentherapeuten ähnlich ist... beide verwandeln einen langsam fortschreitenden Krebs in eine schnell fortschreitende Erkrankung."¹

Dieses gleiche Phänomen des Verbreitens von Krebszellen durch die Behandlung wird auch von A. Siddiqua in *Urology* (60; 2: 2002; S. 270-275) beschrieben, "Unsere Ergebnisse zeigen, dass eine beträchtliche Anzahl von Patienten, die eine Brachytherapie haben machen lassen, iatrogenische (d. h. vom Arzt verursachte), durch das Einführen der Nadeln verursachte Ausbreitung von Prostatakrebszellen im Blutkreislauf haben."

In einem Gespräch mit Paul Lange, einem Urologen in Seattle, gibt es ein Zitat, "Das Argument, dass Prostatakrebs eine systemische Erkrankung ist, gewinnt durch eine Vielzahl von Quellen an Boden." Systemisch heißt außerhalb der Prostata, wie z. B. in den Knochen. Dr. Chodak, Urologe an der University of Chicago, wird in *Urology*; 60; 201-208; 2002, bezüglich einzig Hormonblockade für lokalisierten Prostatakrebs zitiert. "Manche Patienten wählen diesen Ansatz wegen der Wirkung auf den PSA-Wert." (Ich erinnere den Leser daran, dass alle Männer, die mit der dreifachen Hormonblockade/Leibowitz-Protokoll behandelt wurden, unmessbare PSA-Werte von unter 0,1 erreichten), **"und weil von keiner der lokalen Therapien bewiesen wurde, dass sie das Überleben verlängern."**

Dr. J. Talcott, in einem Leitartikel im *Journal of the National Cancer Institute*, Band 94; Nr. 6, 20. März 2002, Seiten 407-409: "Während des letzten Jahrzehnts haben Ärzte damit begonnen, Männer mit nichtsymptomatischem frühem Prostatakrebs einzig mit Hormonblockade zu behandeln." Tatsächlich wählten in einer in den Jahren 1995 bis 1997 durchgeführten Studie 27 % der Männer einzig die Hormonblockade als Erstbehandlung bei frühem (nicht metastasiertem) Prostatakrebs.

Schon 1981 kam Dr. David Byar vom National Cancer Institute zu dem Schluss "Die wichtigsten Schlussfolgerungen scheinen zu sein, dass sich manche Prostatakrebsfrüher ausbreiten, und dass in Zukunft (denken Sie daran, dass er dies 1981 schrieb) zusätzlich zur Operation **oder an ihrer Stelle** irgend eine systemische Behandlung (wie *Dreifache Hormonblockade/Leibowitz-Protokoll*) angewandt werden sollte." Das kursiv Geschriebene habe ich eingefügt).

Die Definition der dreifachen Hormonblockade/Leibowitz-Protokoll bezieht sich auf Männer mit klinisch lokalisiertem und/oder klinisch nicht metastasiertem Prostatakrebs, die zuvor nie eine Hormonblockade oder lokale Therapie gehabt haben. Sie werden 13 Monate lang mit Lupron² oder Zoladex, drei Casodex täglich (nicht eine)³ und Proscar, 5 mg einmal täglich behandelt. Anschließend müssen die Männer bei Proscar, 5 mg einmal täglich bleiben, der so genannten Proscar-Erhaltungstherapie.

1 Prof. Hackethal lässt grüßen! (Anm. d. Übers.)

2 In Deutschland: Enantone/Trenantone (Anm. d. Übers.)

3 Hier sind Casodex-Tabletten zu 50 mg gemeint. Neuerdings sind in Deutschland (preisgünstigere) 150-mg-Tabletten auf dem Markt (Anm. d. Übers.).

Bevor Casodex zur Verfügung stand, verwendete ich Flutamid, zwei alle acht Stunden⁴. Jede andere Kombination ist keine Dreifache Hormonblockade/Leibowitz-Protokoll. In ähnlicher Weise sollten Männer, bei denen die Krankheit nach lokaler Therapie wieder auftritt, nicht die gleiche Erfolgsquote erwarten, wie wir sie mit der Dreifachen Hormonblockade/Leibowitz-Protokoll erzielen. Die Männer, bei denen die Krankheit nach vorangegangener Hormonblockade und/oder lokaler Therapie wieder auftritt, und die mit der Dreifachen Hormonblockade behandelt werden, erreichen während der Behandlung in der Regel unmessbare PSA-Werte. Bei den meisten Männern wird das PSA allerdings sechs bis 36 Monate später wieder steigen.

Als Ende 2001 unsere Arbeit erstmals in einem größeren Krebsfachblatt angeführt wurde, fertigte ich eine Vortragsfolie, auf der ich schrieb: "Nur-Hormonblockade wird jetzt als geeignete Behandlungsoption für so genannten klinisch lokalisierten Prostatakrebs anerkannt". Seit der Zeit, als ich anfang, die dreifache Hormonblockade/Leibowitz-Protokoll als einzige Behandlungsart bei lokalisiertem Prostatakrebs zu empfehlen, hat es zehn Jahre gebraucht, bis in einem Artikel im *Journal of the National Cancer Institute* Hormonblockade als legitime Behandlungsoption für Männer mit so genanntem frühem Prostatakrebs anerkannt wurde. In diesen zehn Jahren habe ich vom lächerlich gemacht bis zum als Pionier bezeichnet zu werden alles durchlaufen. Die Reise vom Exkommunizierten zum Experten war lang, schmerzhaft und oft entmutigend, aber die schließliche Rehabilitation schmeckt absolut köstlich. Leser, die mit einigen meiner früheren Veröffentlichungen vertraut sind, werden Verständnis dafür haben, dass die Hormonblockade als eine akzeptable Behandlungsmöglichkeit das ist, was ich als "Platin-mit-Diamanten-Standard" für das Behandeln frühen Prostatakrebses bezeichne.

Vergleichen wir schließlich unsere Ergebnisse mit denen von Watchful Waiting und radikaler Prostatektomie:

Während im Mittel 6,2 Jahren weiterer Beobachtung gab es zwischen Operation und Watchful Waiting keinen signifikanten Unterschied in Bezug auf das Überleben. In dem Arm mit radikaler Prostatektomie gab es weniger Todesfälle durch Prostatakrebs, aber das Überleben insgesamt unterschied sich statistisch nicht.

In der Ausgabe vom 12. September 2002 des *New England Journal of Medicine* wird in einem Artikel von Lars Holmberg, Band 347, Nr. 11, über einen prospektiven randomisierten Versuch zum Vergleichen der radikalen Prostatektomie mit Watchful Waiting bei frühem Prostatakrebs berichtet. Von 1989 bis 1999 wurden 695 Männer mit frisch diagnostiziertem Prostatakrebs in den Stadien T1b, T1c oder T2 nach dem Zufallsprinzip einem Watchful Waiting oder einer radikalen Prostatektomie zugewiesen.

Zu beachten ist, dass die Männer, die für radikale Prostatektomie bestimmt worden waren, bei Rückfall mit sofortiger Hormonblockade behandelt wurden, während bei denen mit Watchful Waiting die Therapie zeitverzögert war. Da viele glauben, dass frühe Hormonblockade das Überleben verbessert, würde dies die Studie gegen Watchful Waiting einnehmen. Ich möchte darauf hinweisen, dass in der Watchful-Waiting-Gruppe 21 mit Gleason 8 bis 10 waren, nur 14 in der Gruppe mit radikaler Prostatektomie. PSA-Werte im weiteren Verlauf werden nicht angegeben. Jedes steigende PSA nach radikaler Prostatektomie würde als Versagen betrachtet werden, aber diese Ergebnisse werden nicht angegeben. Die Verfasser betonen auch, dass ihre Ergebnisse in erster Linie mit einer Gruppe von Männern ermittelt wurden, bei denen der Prostatakrebs klinisch entdeckt wurde statt, wie heute viel eher üblich, durch PSA-Messung. Nur bei 10 % der Patienten war er durch das PSA entdeckt worden. Tatsächlich ist eine ihrer Schlussfolgerungen, dass bei Männern, deren Krebs durch

⁴ Flutamid gibt es in USA nur als 125-mg-Tabletten, in Deutschland dagegen als 250-mg-Tabletten. Die von Dr. Leibowitz hier genannten zwei Tabletten entsprechen also mengenmäßig einer in Deutschland marktüblichen Tablette (Anm. d. Übers.).

eine PSA-Vorsorgeuntersuchung festgestellt wurde, das Risiko, an Prostatakrebs zu sterben, sogar noch niedriger sein könnte, weil Männer um Jahre länger leben, je früher man ihren Prostatakrebs diagnostiziert. Wenn man die Erkrankung erst dann diagnostiziert, wenn sie schon in die Knochen metastasiert ist, dann ist das Überleben viel kürzer als bei Feststellung durch PSA-Messung. Das bedeutet, dass während der ersten fünf bis acht Jahre nach Feststellung durch das PSA die meisten Männer nicht an Prostatakrebs sterben werden, nicht einmal unbehandelt. Jeder mögliche Nutzen durch Operation würde einige weitere Jahre lang nicht offenbar sein. Folglich könnte der absolute Nutzen durch radikale Behandlung, wenn es überhaupt einen gibt, bei Patienten mit PSA-Vorsorgeuntersuchung (wie es heute in den USA üblicherweise der Fall ist) noch weniger ausgeprägt sein, als bei den an dieser Studie beteiligten Männern.

Die Verfasser weisen darauf hin, dass es die erwarteten, gut dokumentierten Nebenwirkungen durch die Operation gab, wie Impotenz und Inkontinenz. Sie erinnern uns daran, dass es bei sechsjähriger Weiterbeobachtung zwischen Watchful Waiting und radikaler Prostatektomie keinen Unterschied beim Überleben gibt. Sogar bei dieser Studie mit all ihren Voreingenommenheiten erfordern die Befunde beim Vergleich zwischen radikaler Prostatektomie und Watchful Waiting, dass 17 Patienten sich einer radikalen Prostatektomie unterziehen, um einem Todesfall durch Prostatakrebs über eine Dauer von acht Jahren zu verhindern. Die Verfasser betonen, dass dies das bestmögliche Resultat sei. Aber zum Zeitpunkt der Veröffentlichung ist die Sterbenswahrscheinlichkeit durch irgend eine Ursache gleich, egal ob man für Watchful Waiting oder radikale Prostatektomie bestimmt worden war.

Ich stellte dann einen Vergleich an zwischen radikaler Prostatektomie gemäß dieser Versuchsreihe und den Ergebnissen aus unserer Dreifachen Hormonblockade/Leibowitz-Protokoll. Wir empfehlen Dreifache Hormonblockade, nicht Watchful Waiting. Man muss daher die radikale Prostatektomie mit der Dreifachen Hormonblockade/Leibowitz-Protokoll vergleichen. Wir haben 115 Patienten behandelt. Sie behandelten 347. Weil ihre Reihe dreimal so groß war wie unsere, muss man unsere Ergebnisse mit drei multiplizieren, um mit ihren Ergebnissen vergleichbar zu sein. Bei uns war die mittlere Zeit der Weiterbeobachtung 60 Monate. Ihre war 72 Monate. Wir hatten einen Todesfall durch Prostatakrebs. Sie hatten 16. Weil sie dreimal so viele Patienten hatten wie wir, hatten sie gegenüber unserer Behandlung 13 Prostatakrebsbedingte Todesfälle mehr. Nur einer unserer Patienten entwickelte Fernmetastasen; bei 35 der radikal Prostatektomierten stellte man metastatische Erkrankung fest. Das bedeutet, dass, verglichen mit unserer Behandlung, 32 mehr Patienten Metastasen entwickelten. Wir mussten sieben Patienten nachbehandeln. Sie haben mindestens 40 nachbehandelt. Das ergibt ein zweimal so häufiges Versagen bei der radikalen Prostatektomie, verglichen mit unserer Behandlung. Unser Anfang-PSA war 12,7, ihres war im wesentlichen der gleiche – 13. Unsere Patienten hatten alle bekannte, dokumentierte Gleason-Summen. Bei 46 von ihren war nicht einmal die Gleason-Summe bekannt. Unsere durchschnittlicher Anfangs-Gleason-Summe war 6,6. Ihre war nicht bekannt, weil 46 fehlten.

Wir schließen daraus, dass die Ergebnisse mit der Dreifachen Hormonblockade/Leibowitz-Protokoll denen der radikalen Prostatektomie, wie im *New England Journal of Medicine* vom September 2002 berichtet, bei weitem überlegen sind. Unsere nichtinvasive Behandlungsweise mit (fast immer) reversiblen Nebenwirkungen stellt für uns die offensichtlich zu bevorzugende Behandlung bei klinisch lokalisiertem Prostatakrebs dar. Vermeiden Sie lokale Behandlung mit bleibenden Nebenwirkungen und mit Ergebnissen, die unseren weit unterlegen sind! Wir gestehen ein, dass, um dieses Ergebnis zu belegen, eine prospektive randomisierte Versuchsreihe nötig wäre. Wir fordern Urologen und Strahlentherapeuten auf, dies zu tun. Aber wenden Sie nicht irgend eine Hormonblockade an. Wenden Sie die Hormonblockade an, die die höchste

Erfolgsrate für irgend ein veröffentlichtes Protokoll aufweist, die Dreifache Hormonblockade/Leibowitz-Protokoll.

In der Versuchsreihe, über die ich gerade berichtete, "hatten fast die Hälfte der Männer in der Gruppe mit radikaler Prostatektomie mindestens einmal in der Woche Urinverlust." Tatsächlich berichteten 62 % der Männer von gewisser Undichtigkeit, und 43 % brauchten regelmäßig einen Schutz wegen ihrer Inkontinenz. Keiner der Patienten in unserer Reihe war inkontinent. 80 % der Männer in der Gruppe mit radikaler Prostatektomie berichteten über erektile Dysfunktion. Die Nebenwirkungen der Dreifachen Hormonblockade/Leibowitz-Protokoll sind im wesentlichen immer reversibel, mit dem seltenen Fall eines älteren Patienten, der von beträchtlicher anhaltender erektiler Dysfunktion berichtete.

Gegen Ende 2001 begannen Artikel über Prostatakrebs, Hormonblockade als eine akzeptable Behandlungsoption für Männer mit klinisch lokalisiertem Prostatakrebs anzuerkennen. Es erfüllt mit Dankbarkeit und Befriedigung zu sehen, dass Ärzte diese Behandlungsoption anerkennen und damit beginnen, einigen ihrer Patienten zu erlauben, so behandelt zu werden. Wie Winston Churchill es so treffend formulierte, "dies ist vielleicht nicht der Anfang vom Ende, aber es ist das Ende vom Anfang." Die Hormontherapie für klinisch lokalisierten Prostatakrebs ist eine Behandlungsoption, deren Zeit endlich gekommen ist.

Während das Jahr 2002 sich seinem Ende zuneigt, stellen wir fest, dass das Pendel in unsere Richtung schwingt. Jedes Jahr werden mehr Männer von dieser Möglichkeit erfahren, werden auf dieser Therapieform bestehen, und mehr Ärzte werden schließlich die Dreifache Hormonblockade/Leibowitz-Protokoll als ihre Behandlung der Wahl bei klinisch lokalisiertem Prostatakarzinom empfehlen. Überall auf der Welt entdecken Männer, dass es endlich eine höchst erfolgreiche nichtinvasive Behandlungsoption mit umkehrbaren Nebenwirkungen gibt, mit der erfolgreich Prostatakrebs behandelt werden kann, ohne die Männer inkontinent und/oder impotent zurückzulassen.

Und wie immer -

wünsche ich Ihnen

Glück

Wohlergehen

und ein langes Leben

Dr. BOB

** Nichts von dem Vorstehenden sollte als medizinischer Rat oder Konsultation aufgefasst werden, und alles in diesem Beitrag ist nur zur Information gedacht. Jegliche medizinische Behandlung, Konsultation, Entscheidung und Empfehlung kann nur durch den Patienten und den ihn behandelnden Arzt geschehen.

Überarbeitet 7.11.02

Aus dem Englischen übersetzt von Ralf-Rainer Damm, Dezember 2002