

Argumentation gegen lokale Therapien, für eine Hormontherapie

von Dieter Voland

A Feststellungen und Thesen:

1. Prostatakrebs ist ein Krebs, der hormonabhängig ist (Testosteron) und bei Hormonentzug "verhungert".
2. Prostatakrebs ist in sehr frühen Stadien bereits systemisch (Mikrometastasen).
3. Diese Mikrometastasen werden bei den Standarduntersuchungen nicht erkannt.
4. Blutuntersuchungen zur Erkennung frühzeitiger Metastasierung -
PSM-Test (findet 1 Krebszellen unter 10 Mio. Blutzellen) und
RT PCR sind in USA bekannt (siehe Auszüge aus Artikel von Prof. Dr. Dr. med. habil. Ben L. Pfeifer), in Deutschland aber nicht bekannt, erst recht nicht angewandt.
5. Beim Knochenszintigramm werden Metastasen erst erkannt, wenn diese ca. 8 mm und größer sind.
6. Wenn der Tastbefund positiv ist, dann ist der Krebs schon lange! metastasiert.
7. Die meisten Fälle von PK-Metastasierungen werden in Deutschland gar nicht oder erst bei der Operation erkannt.
8. Dabei kann eine lokale Therapie überhaupt nur dann erfolgreich sein, wenn auch Mikrometastasen mit Sicherheit ausgeschlossen werden können.
9. Daher versagen lokale Therapien sehr oft, wenn die Mikrometastasen später wachsen und explodieren.
10. Prostatakrebs ist bereits in wesentlich früheren Stadien eine systemische Erkrankung, als dies in der Urologie zugegeben wird.
11. Die Hormonbehandlung (2-fach, LH-RH und Antiandrogene) wird bei metastasierten Prostatakrebsen angewandt.
12. Diese Hormonbehandlung hat zu beachtlichen, initialen Erfolgen, oftmals nachweisbare Reduzierung der Tumormasse sowohl in der Prostata als auch in den Metastasen geführt.
13. Eine lang andauernde Hormonbehandlung führt zu hormonresistenten Krebszellen.
14. Zunehmend wird daher auf intermittierende Hormonbehandlung übergegangen - mit Behandlungspausen, in denen Testosteron wieder produziert wird und der Krebs wieder auf Hormone reagiert. (daher ist Orchiektomie der größte aller Fehler!).
15. Immer mehr klinische Studien beweisen, dass die Kombination LHRH plus ein Antiandrogen eine verbesserte Wirksamkeit aufweist. (Prof. Dr. Pfeifer).
16. Weder die chirurgische noch die chemische Kastration (LHRH) können die in den Nebennieren gebildeten Androgene beeinflussen. (Prof. Dr. Pfeifer).
17. Adrenale Androgene sind für bis zu 20 % des in der Prostata nachzuweisenden Dehydrotestosteron verantwortlich. (Harper u. a).
18. Die von der Nebenniere stammenden Androgenvorstufen sind für die Entwicklung von Hormonresistenz und die Aufrechterhaltung des Krebswachstums verantwortlich (Labrie u. a.).
19. Prostatakrebszellen produzieren Angiostatin, dieses hemmt das Wachstum der fernen Metastasen.
20. Eine Anti-Hormonbehandlung - Entzug von Androgen - führt zu Apoptose von Prostata-

Krebszellen (Empfehlung von Flutamid seitens der urologischen Chirurgen).

21. Dihydrotestosteron (DHT) wirkt wesentlich stärker auf den Prostatakrebs (Faktor 5-10) als Testosteron allein.
22. Daher ist Proscar als dritte Komponente erforderlich!
23. Für jede einzelne dieser drei Komponenten der DHB ist in wissenschaftlichen Studien eine krebsmindernde Wirkung nachgewiesen. Warum sollte dann die Kombination nicht noch besser wirken???

B Begründung für Ablehnung der sog. Standardtherapien Prostatektomie und Strahlenbehandlung:

1. Bei meiner Diagnose G1/T1c bei PSA = 6,0, Biopsie 1/3 Proben rechts positiv, hochdifferenziert (links unbestimmt) ist die Krebsbelastung mit ziemlicher Sicherheit sehr gering. Dementsprechend halte ich es für wahrscheinlich, dass es sich bei mir noch um einen nicht-metastasierten Krebs handelt.
2. Bei solch geringer Krebsbelastung ist eine konservative Behandlung eher angemessen als eine radikale Operation oder Bestrahlung!
3. Die "Nebenwirkungen" sowohl einer Operation als auch einer Strahlenbehandlung [Impotenz, Inkontinenz (Harn und/oder Stuhl), Fisteln, etc.] sind mit großer Wahrscheinlichkeit auf Dauer bzw. über längere Zeit und sind gravierend und beeinträchtigen erheblich die Lebensqualität.
4. Wenn lt. Fachwelt sogar "Watchful waiting" eine akzeptable Lösung ist und es **keine Beweise für bessere Ergebnisse bei radikaler Behandlung** (Prof. Pfeifer) gibt, warum sollte ich dann diese gravierenden Nebenwirkungen in Kauf nehmen?????
5. Wenn die Krebszellen lokal in der Prostata bekämpft werden durch operative Entfernung (oder Bestrahlung), wird kein Angiostatin mehr erzeugt, welches das Wachstum von Metastasen hemmt. Folglich wachsen die Metastasen exponentiell, insofern ist die Prostatektomie oder die Bestrahlung kontraproduktiv, wenn nicht **absolut** sicher gestellt ist, dass **keine** metastasierten Krebszellen im Körper sind.
6. Dies ist aber mit den angewandten Methoden niemals sicherzustellen!!!
7. Es gibt viele Fälle (einige persönlich bekannt), wo nach der OP der PSA wieder angestiegen ist! War dann diese OP nicht umsonst??? Oder sogar falsch??

C Meine Begründung für die Hormontherapie nach Dr. Leibowitz (Dreifache Antiandrogen Blockade)

Wenn die 2-fache Hormonbehandlung (LHRH + Antiandrogene) bei metastasiertem Krebs so gute Erfolge hat und sowohl in der Prostata als auch in den sehr viel aggressiveren Metastasen, warum sollte diese Behandlung nicht auch bei lokal begrenztem Krebs gut sein?

Durch die totale Hormonblockade über 12-14 Monate werden die Krebszellen in der Prostata und die Mikrometastasen durch Apoptose vernichtet.

Proscar verhindert die Umwandlung von Testosteron in Dehydrotestosteron, letztes ist jedoch um ein Vielfaches stärker krebsfördernd als Testosteron.

Die Hormonblockade dauert nur 13 Monate (12-14), wird dann abgesetzt, sodass der Testoste-

ronspiegel sich wieder normalisiert. Dies verhindert die Bildung von hormonresistenten Krebszellen.

Proscar ist in Doppelblind-Studien in USA 1992 als positiv in bezug Senkung der PSA-Werte nachgewiesen (siehe "Proscar-Grüße am Vatertag" von Dr. Leibowitz und Hinweis auf "Journal of Urology", Vol. 148 v. Okt.1992).

Durch die Anwendung von Proscar wird weiterhin die Bildung von Dehydrotestosteron verhindert, damit das Wachstum von Prostatakrebs.

Die Nebenwirkungen Diarrhoe, Gynäkomastie und Hitzewallungen sind temporär, lassen sich durch Gegenmittel oder durch Umstellen auf andere Medikamente reduzieren und hören nach Beendigung der Hormontherapie wieder auf.

Die Potenz kehrt ebenfalls zurück (ca. 6 Monate nach Absetzen von LHRH).

Die Wiederaufnahme der Hormonblockade ist jederzeit möglich, wenn erforderlich. Dies ist aber bei den inzwischen über 100 Patienten von Dr. Leibowitz nach Zeiträumen von bis zu 10 Jahren noch nicht in einem einzigen Fall erforderlich gewesen, da die PSA-Werte kontrolliert sich auf einem niedrigen Niveau halten.

Selbst die radikalen Therapien sind nicht verbaut, falls erforderlich.

In der Abhandlung von Prof. Dr. Dr. med. habil. Ben L. Pfeifer, Lexington, USA:

Prostatakrebs: Kontroversen und neue Aspekte für Diagnostik und Therapie

Darin schreibt der Autor:

Pro und Kontra Vorsorgeuntersuchung:

"... dass **bis heute kein Nachweis über eine Lebensverlängerung von Patienten** mit Prostatakrebs durch Früherkennung und anschließender Behandlung mittels **radikaler Operation oder Bestrahlung erbracht werden konnte.**"

"Wir wissen heute, dass die **klinische Diagnostik von Prostatakrebs unzuverlässig ist** in Bezug auf die Auswahl von Patienten mit ‚heilbarer‘ Krebserkrankung. ...so haben 30 % zum Zeitpunkt der Diagnose bereits Metastasen.... Bei weiteren 30 % ergibt die klinische Untersuchung, dass der Krebs die Kapsel bereits durchbrochen hat und damit, **unabhängig von allen theapeutischen Bemühungen, innerhalb von 10 Jahren metastasiert.**"

"...dass nur bei 40 % aller Patienten mit Prostatakrebs eine potentiell heilbare Erkrankung zum Zeitpunkt der Diagnosestellung vorliegt."

"Unter diesen 40 % **sind weitere 10 %, bei denen während einfacher Prostatektomie minimaler krebsbefall entdeckt wird, welcher für die meisten experten keine aggressive behandlung rechtfertigt.**"

"Leider wird bei der radikalen Prostatektomie bei diesen echten Kandidaten (30 %) noch einmal bei etwa der Hälfte festgestellt, dass kurative Behandlung wegen vorher nicht erkanntem Befall außerhalb der Prostata ausgeschlossen ist."

"Für die verbesserte Beurteilung frühzeitiger Metastasierung sind kürzlich zwei weitere Testmethoden beschrieben worden: Der prostata-spezifische Membran-Antigen (PSM) Test ... und die sog. Reverse Transcriptase Polymerase Chain Reaction (RT PCR)... ist man in der Lage, eine einzige Prostatakrebszelle unter 10 Millionen Blutzellen zu identifizieren...."

Behandlungs-Dschungel:

"So bestehen Urologen seit Jahren darauf, dass die radikale Entfernung der Prostata die einzige, wirklich kurative Behandlungsmethode darstellt (,Goldstandard: Radikale Prostatektomie‘). Zu leicht wird dabei allerdings vergessen, dass es **für diese Behauptung absolut keine Beweise gibt**, und möglicherweise die Empfehlung zum Eingriff auch von einer finanziellen Motivation des Urologen beeinflusst wird. In den USA kostet dieser Eingriff immerhin zwischen 20.000 und 30.000 US-\$, und der Operateur erhält davon einen erheblichen Anteil...."

"So wird der Radiologe Bestrahlung empfehlen..."

"Der betroffene Patient ist deshalb gut beraten, eine zweite oder dritte Meinung einzuholen, bevor er sich für einen Behandlungsweg entscheidet."

"Zu den kurativen Behandlungsverfahren für Prostatakrebs, der auf die Vorsteherdrüse beschränkt ist, zählen nach wie vor die radikale Prostatektomie und die Bestrahlung. **Obwohl weder für die operative, noch für die Bestrahlungsbehandlung Beweise vorliegen, dass sie im Vergleich zu mehr konservativen Therapien einen zusätzlichen Überlebensvorteil für Patienten erbringen....**"

Diese Aussagen sind in einem umfangreichen Literaturverzeichnis belegt (siehe Original-Artikel).