lebensmut
Leben mit Krebs

Keine Angst vor den unsichtbaren Strahlen

Ein Interview mit dem Radioonkologen Prof. Dr. Claus Belka

Foto: ©Klinikum der LMU, Andreas Steeger

Prof. Dr. Claus Belka ist seit 2008 Direktor der Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie am Klinikum der Universität München

„Ich bin doch schon operiert, warum muss ich jetzt noch bestrahlt werden?“ Prof. Dr. Claus Belka hört die Frage oft. Grund genug, mit ihm über die moderne Strahlentherapie zu sprechen, die in den letzten zehn Jahren enorme Fortschritte gemacht hat.

Herr Prof. Belka, Strahlung ist unsichtbar und spüren kann man sie auch nicht. Was passiert bei der Strahlentherapie genau?

Ich erkläre es meinen Patienten gerne so: Bei Tumorzellen ist das Erbmaterial – oder einfacher gesagt der Bauplan – so durcheinander, dass die Zellen sich selbst nicht mehr gut reparieren können. Wenn jetzt ionisierende Strahlung den Tumor durchdringt, zerstört sie den Bauplan der Krebszellen vollständig. Anders ist es bei den gesunden Zellen. Sie können die meisten bis alle Einschläge durch die Strahlung selbst wiederherstellen. Am Ende der Therapie bleibt also das gesunde Gewebe im Wesentlichen repariert zurück. Das Tumorgewebe aber ist komplett geschädigt und wird vom Körper entsorgt.

Oft wird auch noch nach einer Operation bestrahlt. Warum?

Kurz gesagt bestrahlt man nach einer OP immer dann, wenn ein Risiko besteht, dass mikroskopisch kleine Tumorzellnester zurückgeblieben sind. Diese Situation liegt immer dann vor, wenn sich Tumorzellen am Schnittrand befinden. Wenn Lymphknoten befallen sind, muss man ebenfalls häufig davon ausgehen, dass Tumorzellen in der Region um den Tumor weitläufig verstreut sind und durch die Operation nicht vollständig entfernt werden können. Ob eine solche Situation vorliegt, kann erst nach der Aufarbeitung des herausoperierten Materials durch den Pathologen festgestellt werden.

Worin bestehen die Fortschritte in der Strahlentherapie der letzten zehn Jahre?

Ein großer technologischer Fortschritt betrifft das grundsätzliche Problem, dass Organe beweglich sind. Ob Blase, Lunge oder Prostata: Sie halten nicht still, wenn man sie bestrahlt. Früher hat man mit großen Sicherheitsräumen dafür gesorgt, dass der Tumor vollständig getroffen wird. Heute wird die Bestrahlung engmaschig mit CT, Oberflächenscannern oder Ultraschall kombiniert und überwacht. Sobald der Patient zuckt oder das Organ sich nur zwei Millimeter aus dem festgelegten Bestrahlungsfeld herausbewegt, schaltet sich das Gerät aus.

Der zweite Fortschritt: Wir können heute die Dosisverteilungen vorab exakt berechnen, selbst wenn diese sehr komplex sind. Und was wir mit der Bestrahlung treffen wollen, treffen wir auch, denn die Geräte sind geometrisch bis auf 0,5 Millimeter genau. So kann angrenzendes Gewebe bestmöglich geschont werden. Dennoch können wir nicht in jedem Fall verhindern, dass gesundes Gewebe bestrahlt wird.

Wann gelingt es nicht, gesundes Gewebe zu schonen?

Immer dann, wenn ein großer Bereich vom Tumor befallen ist und Tumorgewebe mit gesunden Strukturen vermischt ist. Beispiel Kehlkopfkarzinom. Wenn sich dieses in der Schleimhaut des Halses ausdehnt und Lymphknoten befallen waren, könnte ich zwar den sichtbaren Bereich des Tumors punktgenau bestrahlen. Doch die umgebende,

scheinbar gesunde Schleimhaut werde ich nicht schonen können, sonst schone ich auch den Tumor, der in diese Bereiche mikroskopisch eingewachsen ist.

Die Nebenwirkungen der Bestrahlung sind also insgesamt betrachtet geringer?

Ein Großteil der Nebenwirkungen ist heutzutage ausgesprochen gering. Viele Patienten, die bei uns mit Prostatakarzinom bestrahlt werden, berichten lediglich: „Na ja, manchmal brennt es ein bisschen beim Wasserlassen“, oder: „Ich bin ab und zu müde.“ Auch die früher gefürchteten Spätnebenwirkungen, wie die riesigen Lymphödeme beim Mammakarzinom, die nach einer großen Operation mit anschließender Nachbestrahlung des Lymphwegs auftraten, sehen wir praktisch nicht mehr.

Anders ist es bei Kopf-Hals-Tumoren bzw. wenn Schleimhäute betroffen sind. Hier kommt es häufig zu Reizungen und Entzündungen an den Schleimhäuten, in denen der Tumor wächst. In der Regel ist eine solche Therapie ohne Unterstützungsmaßnahmen besonders am Ende der Therapie nicht zu bewältigen.

Was raten Sie Betroffenen zum Thema Nebenwirkungen?

Mein Appell: Lassen Sie sich von jemandem beraten, der etwas davon versteht. Schenken Sie dieser qualifizierten, fachärztlichen Einschätzung Vertrauen und lassen Sie sich nicht von Geschichten anderer ängstigen. Wichtig ist, dass sich die Patienten früh und genau informieren. In München ist die Versorgung exzellent, wir haben zwei Universitätskliniken sowie etliche spezialisierte Praxen. Man kann sich also gut eine qualifizierte Zweitmeinung holen.

Wie sieht eine Strahlentherapie in Ihrer Klinik aus?

Neben der ambulanten und der stationären Behandlung gibt es auch Mischformen – je nachdem wie der Patient auf die Bestrahlung reagiert. Patientinnen mit Mammakarzinom z.B. kommen dreieinhalb bis sechseinhalb Wochen täglich zu uns zur Bestrahlung. Ähnliches gilt für das klassische Prostatakarzinom. Bei Hirntumoren starten wir oft stationär und machen ambulant weiter, wenn es gut geht. Stationär behandeln wir vor allem Patienten, die zur Strahlentherapie eine Chemotherapie erhalten. Gerade wenn wir wissen, dass auf den Patienten anstrengende Nebenwirkungen zukommen.

Das sind also recht lange Behandlungsintervalle?

Ja, wir Strahlentherapeuten sehen die Patienten zum Teil über lange Therapieserien, manchmal auch über mehrere Serien hinweg. Die Vorstellung, dass Strahlentherapie eine reine Gerätemedizin ist, stimmt mit Sicherheit nicht. Und auch wenn wir hier mit ca. 2.000 Neupatienten pro Jahr ein Großversorger sind, bekommen wir ein ganz gutes Gefühl dafür, was der einzelne Patient braucht.

Wie unterstützen Sie Patienten, die durch eine Therapie belastet sind?

Bei uns in der Strahlenklinik hat das psycho-onkologische Begleitungsangebot seinen festen Platz. Der Verein lebensmut finanziert seit 2010 pro Woche 19,25 Stunden Psycho-Onkologie in der Strahlentherapie. Das hat zwei Gründe: Zum einen erleben wir Ärzte, dass in unserem eng getakteten Arbeitsalltag der Akutmedizin oftmals nicht genug Zeit ist, um die Nöte und Sorgen der Patienten mit der gebotenen Ruhe und Tiefe aufzufangen. Gleichzeitig sehen wir, wie hilfreich es für den Betroffenen sein kann, wenn er gerade in den intensiven Phasen einer Therapie jemanden hat, der regelmäßig kommt. Diese Unterstützung bietet bei uns die psycho-onkologische Fachkraft und ihr Zuspruch kann entscheidend sein, um anstrengende Bestrahlungsintervalle durchzustehen.

Kann sich ein ehemaliger Patient auch nach Jahren mit Beschwerden an Sie wenden?

Natürlich, das ist Teil der Nachsorge. Egal, ob er bei uns oder woanders bestrahlt wurde, jeder Betroffene kann zu uns kommen. Das gilt für alle großen Kliniken und hoffentlich auch für die kleinen. Wir untersuchen dann, ob die Beschwerden eine Bestrahlungsfolge sein können. Wenn wir diesen Eindruck gewinnen, versuchen wir, den Patienten so gut es geht bei der Bewältigung der Spätfolgen zu unterstützen. Auch da kann die psycho-onkologische Begleitung wieder ins Spiel kommen.

Das Gespräch führte Regine Kramer