

Komplementäre Behandlungsmethoden – Spezifische Gefahren in der Onkologie

Im Gegensatz zur Anwendung komplementärer Behandlungsmethoden bei chronischen, nicht akut lebensbedrohlichen Erkrankungen wie z.B. rheumatoide Arthritis kann eine alleinige

Anwendung dieser Methoden in der Onkologie eine Heilungschance für immer verstreichen lassen. In einer Übersicht weisen die Autoren auf folgende spezifische Risiken hin:

Methode	Spezifische Gefahren
Akupunktur	Verletzungen und Infektionen
Antioxidantien	Positive Wirkung ungesichert, zum Teil krebsfördernd
Eigenbluttherapie	Übertragung von Viren (Hepatitis B, HIV)
Immunstimulantien	Paradoxe Reaktionen mit Stimulation des Tumorwachstums oder Veränderung des Metastasierungsverhaltens
Krebsdiäten, nicht ausgewogen	Mangelernährung mit Gewichtsabnahme, Leistungsminderung und Abwehrschwäche
Misteltherapie	Allergischer Schock
TCM (traditionelle chinesische Medizin)	Undeklariertes Zusatz hochwirksamer Arzneistoffe, karzinogene Inhaltsstoffe
Thymus-/Milzextrakte vom Kalb	Übertragung von BSE
Vitamintherapie, hochdosiert	Hypervitaminosen
Zelltherapie	Allergischer Schock

Darüber hinaus verweisen die Autoren auf Interaktionen von Phytotherapeutika mit Zytostatika (z.B. Johanniskraut, Grapefruit, Phytoestrogene generell), die die Wirkung, aber auch die unerwünschten Wirkungen wie Nephro- oder Hepatotoxizität der Zytostatika vermindern oder verstärken können.

Es gibt zu denken, dass nach einer Studie im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern in Deutschland Ärzte die wesentlichen Promotoren komplementärer Heilmethoden sind. Trotz eines subjektiv eingeschätzten niedrigen Kenntnisstandes der Ärzte über die jeweiligen Methoden wird ihnen ein vergleichsweise hoher Nutzen beigemessen.

Quelle: Der Internist, Sonderheft März 2008, 12

Orthokin – Weiterhin kein wissenschaftlicher Nachweis eines medizinischen Nutzens

Das Wirkprinzip des aus Blut des Patienten individuell hergestellten „Orthokins“ soll in einer In-vitro-Stimulation der Monozyten liegen, vermehrt den Interleukin-1-Rezeptorantagonisten (IL-1Ra) zu produzieren. Die Frage bleibt offen, ob dies für eine erfolgreiche Unterdrückung der durch Interleukin-1 induzierten proinflammatorischen Effekte ausreicht. Nach einem Kommentar zur Wirksamkeit von Orthokin bei lumbalen Bandscheibenvorfällen werden einer Studie schwere methodische Mängel vorgeworfen: u.a. nicht plausibler Studienplan, diffuse Einschlusskriterien, keine belegte Vergleichbarkeit der Studienarme. Ähnliche Kritik gilt für eine Studie bei Kniegelenksarthrosen (untersucht gegen Hyaluronsäure oder Plazebo). Nach Ansicht des Autors wird bei problematischer enger personeller und finanzieller Verflechtung zwischen dem Hersteller (Orthogen AG) und der Studienleitung auf Produktwerbung deutlich mehr Wert gelegt. Nachdem der Ärztekammer weitere kritische Stimmen aus Fachkreisen zu Orthokin vorliegen, kann der Einschätzung des Autors zugestimmt werden, dass eine Erstattung von Orthokin durch private Krankenkassen unverändert nicht gegeben ist. Hinweis: Seit 2002 ist ein rekombinant hergestellter IL-1Ra, im Handel als Anakinra®, bei rheumatoider Arthritis zugelassen. Die „Individualrezeptur“ Orthokin dagegen unterliegt keiner behördlichen Überprüfung auf Wirksamkeit und Unbedenklichkeit.

Quelle: Versicherungsmedizin 2008, Heft 1, 36

Erythropoetine – Verkürzte Überlebensdauer

Erythropoetine (Epoetin α , Epoetin β , Darbepoetin α) dürfen in den USA bei Krebspatienten grundsätzlich nur noch angewandt werden, um eine Bluttransfusion zu vermeiden und nur noch bei einer Anämie als Folge einer Chemotherapie (nicht bei Anämien im Verlauf einer Tumorerkrankung). Nach Been-

digung einer Chemotherapie müssen Erythropoetine wieder abgesetzt werden. In einer Studie war die Überlebensdauer selbst bei den Krebspatienten verkürzt, bei denen der Hb-Gehalt nicht über 12 g/dl lag. Diskutiert wird zusätzlich ein vollständiges Verbot der Anwendung von Erythropoetinen beim Mammakarzinom

und bei Kopf-Hals-Tumoren. Fachinformationen geben immer noch obere Hb-Grenzwerte von 13 g/dl zur Therapie mit Erythropoetin an.

Quellen: www.aerzteblatt.de, 4. Kongress des Instituts für Qualität Nordrhein, Düsseldorf, März 2008

Knoblauch – Interaktion mit Saquinavir

Das BfArM hat verfügt, Knoblauchpräparate mit mehr Gehalt an Knoblauch als es 0,8 g frischem Pflanzenmaterial entspricht mit Warnhinweisen zu versehen, dass bei gleichzeitiger Einnahme die Wirksamkeit von Saquinavir (Invirase®) vermindert wird. Nach amerikanischen Erfahrungen nehmen bis zu

35 Prozent der AIDS-Patienten gleichzeitig Knoblauchzubereitungen ein. Die Aufnahme von zweimal täglich 4 g frischem Knoblauch ergab einen um 54 Prozent erniedrigten Plasmaspiegel des Proteinkinase-Inhibitors. Auf diese mindestens seit 2002 bekannte Interaktion wird in der ausführlichen Fachinfor-

mation zu Saquinavir 2007 hingewiesen. Bei Arzneimittelverordnungen sollte immer auch an mögliche, überwiegend individuell ausgeprägte Interaktionen mit pflanzlichen Arznei- oder Nahrungsmitteln gedacht werden.

Quelle: Pharm. Ztg. 2008; 153: 101

Ihr Ansprechpartner bei Rückfragen:

Dr. Günter Hopf, Ärztekammer Nordrhein, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf, Tel. (02 11) 43 02-1560