

Hodenkrebs

Leitfaden

Herausgeber:

Saarländische Krebsliga e. V.

Mainzer Straße 106

66121 Saarbrücken

Telefon: 06 81-6 59 10

Medizinischer Beitrag:

Dr. med. A. Schäfer

Chefarzt Dr. med. H. E. Reichert

Klinik für Urologie, Kinderurologie und

urologische Onkologie

SHG-Kliniken Völklingen

Ausgabe 01/2000

Redaktion:

R. Detemple & 1. Schröder

Beteil-Nr. 4030

Inhaltsverzeichnis

Seite

Grußwort (Saarländische Krebsliga e. V.)

3

Medizinischer Beitrag:

(Dr. med. A. Schäfer/ Chefarzt Dr. med. H. E. Reichert)

| | |
|--|----|
| Vorwort (Dr. med. A. Schäfer) | 4 |
| Aufbau und Funktion der Hoden | 5 |
| Was ist Hodenkrebs? | 6 |
| Wodurch kann Hodenkrebs entstehen? | 7 |
| Welche Warnzeichen müssen beachtet werden? | 8 |
| Welche Untersuchungsmethoden gibt es? | 9 |
| Welche Therapiemöglichkeiten bestehen? | 11 |
| Wie sieht das Nachsorgeprogramm aus? | 23 |
| Statistische Bewertung | 25 |
| Anhang | |
| Gedanken | 26 |
| Erfahrungen von Patienten | |
| Herr F. | 27 |
| Herr B. | 33 |

Grußwort

Durch die Diagnose „ KREBS" werden meist große Ängste ausgelöst. Denken Sie aber immer daran, dass Krebs eine Krankheit und kein Todesurteil ist. Sie verändert zwar das Leben der Betroffenen und Angehörigen, ist aber kein Grund zu verzweifeln.

Sie halten vermutlich diese Broschüre in der Hand, weil entweder Sie selbst, ein Angehöriger oder Freund an Hodenkrebs erkrankt ist. Es ist ein wichtiger Schritt, sich über diese Krankheit zu informieren und sich damit auseinanderzusetzen. Dadurch sind Sie in der Lage, sich mit den Ärzten über den Verlauf der Krankheit und die möglichen Therapieformen zu unterhalten.

Versuchen Sie, offen mit dieser Krankheit umzugehen. Dies ist wichtig für den Patienten und seine Mitmenschen. Reden Sie darüber! Niemand sollte seine Ängste und Sorgen verschweigen.

Hadern Sie auch nicht mit Ihrem Schicksal. Durch ein positives Denken und den Willen, gesund zu werden, können Sie Ihre Selbstheilungskräfte beeinflussen.

Wir, die Saarländische Krebsliga e.V., sind auch für Sie da und möchten Ihnen helfen. Rufen Sie uns einfach an.

Ihre
Saarländische Krebsliga e. V.



Vorwort

Dieser Leitfaden richtet sich an alle Männer, die an einem Hodenkrebs erkrankt sind, sowie deren Angehörigen, in dem Versuch, dem Informationsbedürfnis Rechnung zu tragen, welches sich im Angesicht dieser, im ersten Moment immer noch erschreckenden Diagnose, einstellt.

Er will versuchen, die Krankheit zu erklären, die notwendigen diagnostischen Schritte zu erläutern und die Behandlungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

Nicht zuletzt soll versucht werden, Mut zu machen und Motivation zu geben, die zum Teil einschneidende Therapie entschlossen anzugehen, an deren Ende heutzutage in der überwiegenden Anzahl der Fälle die endgültige Heilung steht.

Ausdrücklich soll der Leitfaden nicht den Dialog mit dem behandelnden Arzt ersetzen.

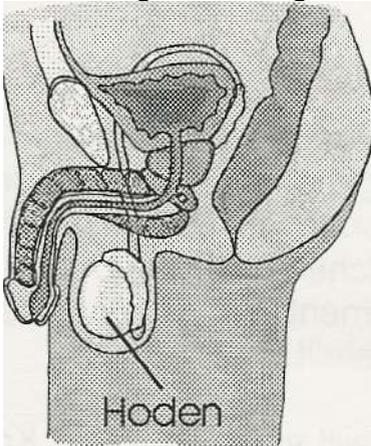
Dr. med. A. Schäfer

Aufbau und Funktion der Hoden

Der Hoden lässt sich im wesentlichen in 2 Zellgruppen einteilen, zum einen das **Keimzellgewebe** und zum anderen das **Stützgewebe**.

Das Keimzellgewebe, von dem über 90% der Hodencarcinome ihren Ausgang nehmen, ist für die Spermienproduktion verantwortlich. Diese entstehen im Keimzellgewebe über mehrere Vorstufen, bis sie als sogenannte Spermatozoen in die Nebenhodenkanälchen gelangen. Nach der abschliessenden Reifung dort gelangen sie als reife Spermien über den Samenleiter zur Ejakulation.

Eine weitere wichtige Funktion des Hodens ist die Produktion des männlichen Sexualhormons (Testosteron). Dieses wird in den sogenannten Leydigzellen produziert, welche in das Hodenstützgewebe eingebettet sind.



Der gesamte Hoden ist von einer derben Hülle, der Tunica albuginea, umgeben. Die Samenzellenproduktion wie auch die Testosteronproduktion des Hodens werden von der Hirnanhangsdrüse über Botenstoffe (FSH und LH) reguliert.

Was ist Hodenkrebs?

Hodenkrebs bedeutet eine Entartung der Zellen, so dass diese sich ungehindert und ohne Rücksicht auf Bedürfnisse des Gesamtorganismus vermehren und verbreiten.

Da sie dies auch auf Kosten des funktionstüchtigen und lebensnotwendigen Gewebes tun, und dieses somit zerstören und verdrängen, ergibt sich die Gefährlichkeit einer Krebserkrankung.

Hinzu kommt die Fähigkeit von Krebszellen, sich auf dem Lymph- oder Blutweg über grössere Strecken zu verbreiten und somit in fernen Organen ihr zerstörerisches Werk fortzusetzen. Dies wird als Metastasierung bezeichnet.

Wodurch kann Hodenkrebs entstehen?

Der Grund für eine derartige Entartung der Zellen ist auch heutzutage nicht gesichert.

Letztendlich scheint es sich in jedem Falle einer bösartigen Erkrankung um eine Änderung im Bereich des Erbgutes der jeweiligen Zellen zu handeln, welche durch eine Reihe von äusseren Faktoren ausgelöst werden kann. Da dies jedoch nicht in jedem Falle auftritt, spricht man nur von Risikofaktoren.

Für den Hodenkrebs diskutiert werden eine Reihe von Risikofaktoren wie z.B.

- hormonelle Einflüsse
- oder auch Umweltstoffe.

Gesicherte Risikofaktoren für Hodenkrebs sind jedoch lediglich

- ein Hodenhochstand, auch erfolgreich behandelt,
- die Zugehörigkeit zur weißen Rasse
- sowie eine Hodenkrebserkrankung der Gegenseite.

Dies zeigt, dass eine vorbeugende Einflussnahme auf die Hodenkrebserkrankung schwerlich möglich ist.

Welche Warnzeichen müssen beachtet werden?

Das häufigste Erstsymptom ist

eine schmerzlose Vergrößerung des Hodens, selten auch schmerzhaft. In jedem Falle ist eine Hodenvergrößerung, insbesondere bei jungen Männern, abklärungsbedürftig. Eine Vergrößerung des Inhaltes des Hodensackes kann auch durch gutartige Veränderungen, z. B. Flüssigkeitsansammlungen (Hydrocele testis), ein Venengeflecht (Varicocele), eine Verdrehung des Hodens (Hodentorsion), einen Leistenbruch oder eine Entzündung verursacht werden.

Seltenerer Symptome sind

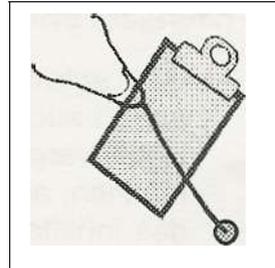
eine **Gynäkomastie** (Vergrößerung der männlichen Brust).

Y Etwa bei 5% der Patienten werden die ersten Symptome durch bereits aufgetretene Metastasen verursacht. Dies können sein **Flanken- oder Rückenschmerzen oder auch Atembeschwerden.** In diesen Fällen finden sich jedoch meist auch ein vergrößerter Hoden, welcher nur bis dato nicht beachtet wurde.

Insgesamt bleibt eine Hodenvergrößerung das herausragende Warnzeichen.

Welche Untersuchungsmethoden gibt es?

Am wichtigsten ist die **Tastuntersuchung des Hodens**, womit sich nahezu alle Hodencarcinome diagnostizieren lassen.



Bei unklaren Tastbefunden kann eine **Ultraschalluntersuchung** mit speziellen, hochfrequenten Schallköpfen hilfreich sein, mit der sich z.B. cystische Veränderungen von tumorösen gut unterscheiden lassen.

Hilfreich können auch die Blutwerte, sogenannte **Tumormarker**, sein. Dies sind beim Hodencarcinom:

- das Alpha-1 -Fetoprotein (AFP)
- das humane Choriongonadotropin (HCG) –
- die Lactat-Dehydrogenase (LDH) und
 - die placentare alkalische Phosphatase (PLAP)

welche bei verschiedenen Formen des Hodenkrebsses erhöht sind.

Modernere Verfahren wie

Kernspintomographie und **Computertomographie**

können bezüglich der Diagnose eines Hodencarcinomes keine Verbesserung erbringen, sind jedoch u.a. nach der Sicherung der Diagnose unerlässliche Hilfsmittel, um das Gesamtausmaß, d. h. insbesondere eine Metastasierung im Bauch und Brustraum, zu bestimmen.

Sollte durch die o. a. Untersuchungen ein Hodentumor nicht zweifelsfrei ausgeschlossen werden können, muss

eine operative Freilegung des verdächtigen

Hodens in Narkose erfolgen. Erst dann kann oftmals ein verdächtiger Hodentastbefund geklärt werden.



Welche Therapiemöglichkeiten bestehen?

Die Behandlung des Hodenkrebses richtet sich streng nach dem feingeweblichen Typ sowie nach dem individuellen Tumorstadium. Aus diesem Grund werden im folgenden die einzelnen feingeweblichen Unterscheidungen und die Stadieneinteilung vorgestellt:

Histologie (feingewebliche Differenzierung):

Wie oben bereits angeführt gehen mehr als 90% aller Hodentumore vom Keimzellgewebe aus. Diese werden nach einer internationalen Übereinkunft zunächst grob in 3 Gruppen unterteilt:

1. Reine Seminome
2. Nicht-Seminome
3. Kombinationen, bzw. Mischtumore, aus Seminom und Nicht-Seminom

Die Nicht-Seminome lassen sich weiter unterteilen in:

1. Embryonales Carcinom
2. Dottersacktumor (fast nur Kinder, Prognose günstig)
3. Chorioncarcinom (in reiner Form sehr selten)
4. Teratom (häufigstes Nicht-Seminom), mit einer weiteren Unterteilung:

- (1) Reifes Teratom (überwiegend gutartig)
- (2) Intermediäres, malignes Teratom
- (3) Anaplastisches Malignes Teratom (entspricht Embryonacarcinom)
- (4) Trophoblastisches, malignes Teratom (entspricht Chorioncarcinom)

Stadieneinteilung des Hodentumors (Staging)

Hier existieren 2 verschiedene Klassifikationssysteme, zum einen die bei allen bösartigen Erkrankungen international übliche, sogenannte TNM-Klassifikation, zum anderen die speziell für den Hodenkrebs erarbeitete Stadieneinteilung, welche sich an den klinischen Gegebenheiten und insbesondere der erforderlichen Therapie orientiert.

Die TNM-Stadien:

- Hier steht das T-Stadium für die lokale Ausdehnung des Krebses,
- das N-Stadium für die Absiedelung in die benachbarten Lymphknoten und
- das M-Stadium für Fernabsiedelungen im Organismus

| | Bedeutung |
|----|--|
| T1 | Tumor auf Nebenhoden und Hoden begrenzt, ohne Gefäß- und Lymphinfiltration |
| T2 | Tumor auf Hoden und Nebenhoden begrenzt, mit Gefäß- und/oder Lymphinfiltration oder Überschreitung der derben Hodenhaut (Tunica albuginea) |
| T3 | Tumor infiltriert den Samenstrang |
| T4 | Tumor infiltriert Hodensack |
| | |
| N0 | Keine Lymphknotenmetastasen nachweisbar |
| N1 | Lymphknotenmetastasen unterhalb des Zwerchfells, kleiner 2 cm |
| N2 | Lymphknotenmetastasen unterhalb des Zwerchfells, zwischen 2-5 cm |
| N3 | Lymphknotenmetastasen unterhalb des Zwerchfells, größer 5 cm |
| | |
| M0 | Keine Fernmetastasen nachweisbar |
| M1 | Lymphknotenmetastasen oberhalb des Zwerchfells oder Fernmetastasen (z.B. Lunge, Leber, Gehirn, Knochen) nachweisbar |

Aus diesen 3 Unterscheidungsparametern T, N und M lässt sich somit für jeden Tumor individuell ein Stadium angeben, z.B. T2, N2, M0, d.h. der Tumor ist auf Hoden begrenzt, hat jedoch bereits Gefäße oder Lymphgefäße infiltriert. Es sind Lymphknotenmetastasen in einer Größe zwischen 2-5 cm unterhalb des Zwerchfells nachweisbar, aber keine Fernmetastasen. -14-

Klinische Stadieneinteilung

Die im klinischen Alltag wichtigere und vor allen Dingen für die therapeutische Entscheidung bedeutsamere Stadienunterteilung, welche 1979 in Lugano getroffen wurde, und heute überlicherweise in Europa angewandt wird:

| | |
|--------------|--|
| Stadium 1: | Keine Lymphknotenmetastasen |
| Stadium II: | Lymphknotenmetastasen unterhalb des Zwerchfells mit weiterer Unterteilung A=> kleiner 2 cm, B => 2-5 cm, C => größer 5 cm |
| Stadium III: | Lymphknotenmetastasen oberhalb des Zwerchfells oder Fernmetastasen |

Therapie

Wie bereits erwähnt ist, orientiert sich die Therapie sehr eng an dem histologischen Typ des Carcinomes und der klinischen Stadieneinteilung.

Allen Formen des Hodenkrebses gemeinsam ist als wichtigster Schritt die komplette und vollständige Entfernung des erkrankten Hodens samt Samenstrang. Bei dieser Operation kann, bei positivem Carcinomnachweis, auf der Gegenseite eine Gewebeprobe entnommen werden, um eine möglicherweise noch versteckte Frühform eines Carcinomes der Gegenseite zu entdecken.

In der Folge sollen die 2 unterschiedlichen Therapiekonzepte der beiden histologischen Hodentypen (Seminom und Nicht-Seminom) getrennt und jeweils orientiert am klinischen Stadium dargestellt werden.

Seminom:

Grundlegendes Merkmal des Seminomes ist seine Empfindlichkeit gegen hochenergetische Strahlung. Aus diesem Grund besteht die Therapie des Seminomes in den Frühstadien (**Stadium 1 und Stadium II A und B**) neben der **Hodenentfernung** in der **Bestrahlung der Lymphknoten entlang der Bauchschlagader und gleichseitigen Beckenschlagader**. Ohne weitere Maßnahmen lassen sich hierdurch bereits Heilungsraten von über 90% erzielen. Mittlerweile durchgeführt werden auch alternative Behandlungskonzepte, insbesondere bei fehlendem Lymphknotenbefall. Hier besteht z. B. die Möglichkeit, auf eine Bestrahlung vollständig zu verzichten, wobei in der Folge jedoch sehr engmaschige Kontrolluntersuchungen erforderlich werden und dementsprechend eine größere psychische Belastung („Warten auf den Rückfall“) resultieren dürfte.

Durchgeführt wird auch statt Bestrahlung eine entsprechend dosierte Chemotherapie. Insgesamt zeigen die verschiedenen Behandlungsstrategien auf lange Sicht vergleichbar gute Ergebnisse, so dass die Entscheidung unter individuellen Gesichtspunkten getroffen werden kann.

In fortgeschrittenen Stadien des Seminomes (Stadium II C, Stadium III) zeigt sich die Bestrahlungstherapie immer weniger wirksam, so dass heute in diesen fortgeschrittenen Stadien die Therapie der Wahl eine Chemotherapie ist, ähnlich wie sie bei Nicht-Seminomen angewandt wird, mit vergleichbaren Ergebnissen.

Nicht-Seminome:

In dieser Gruppe werden die Teratome, Dottersacktumore und Mischtumoren aus Seminom und Teratom zusammengefasst und ebenso entsprechend ihrem klinischen Stadium behandelt. Auch hier muss in allen Stadien der Hoden samt Samenstrang entfernt werden.

Sollte sich in den nachfolgenden computertomographischen Untersuchungen des Bauches und Brustkorbes keine metastasenverdächtigen Lymphknoten finden, erfolgt entweder eine Operation, die sogenannte modifizierte oder nerverhaltende retroperitoneale Lymphadenektomie, bei der die Lymphknoten entlang der grossen Bauchgefässe auf der Seite des befallenen Hodens entfernt werden. Dies dient in erster Linie zur Sicherung der klinischen Stadieneinteilung. Das weitere Vorgehen richtet sich dementsprechend nach dem Ergebnis der feingeweblichen Untersuchung.

Sind auch im Operationspräparat keine Absiedelungen feststellbar, ist eine weitere Therapie nicht erforderlich. Der Patient wird in ein engmaschiges Nachsorgeprogramm aufgenommen.

Sollten sich im Operationspräparat mikroskopisch nachweisbare Metastasen gezeigt haben, erfolgt üblicherweise 2-3 Wochen postoperativ eine Chemotherapie.

Alternativ zur operativen Entfernung der Lymphknoten im Bauchraum kommt im klinischen Stadium 1 der nichtseminomatösen Hodentumore die Gabe zweier Zyklen Chemotherapie zum Einsatz.

Ergebnisse und Heilungsraten auch dieses Therapieregimes sind sehr gut.

Das Problem dieser Chemotherapie besteht jedoch darin, dass sie bei 50-70% der Patienten umsonst ist, da diese bereits durch die Operation geheilt sind.

Vereinzelt wird auch lediglich eine Überwachungsstrategie, ohne sofortige zusätzliche Therapie nach Hodenentfernung durchgeführt. Hier kommt es allerdings mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit zum späteren Auftreten von Metastasen, was dann eine entsprechende Behandlung nach sich zieht.

Eine generelle Empfehlung für dieses Vorgehen im Stadium 1 der nichtseminomatösen Hodentumore kann noch nicht gegeben werden. Hier muss im Einzelfall in enger Rücksprache mit dem betroffenen Patienten entschieden werden. Aktuelle Daten sprechen für eine geringe Überlegenheit der Chemotherapie.

Bei allen fortgeschrittenen Stadien des NichtSeminomes, bei allen fortgeschrittenen Stadien des Seminomes und bei allen trotz Vorbehandlungen fortschreitenden Formen des Hodenkrebses kommt heutzutage eine Kombinationschemotherapie zur Anwendung.

Hier haben sich in den letzten 20 Jahren grosse Fortschritte, insbesondere durch die Verwendung des Medikamentes Cisplatin ergeben, durch welches auch Patienten mit weitest fortgeschrittener und metastasierter Erkrankung noch eine Heilungschance haben. Üblicherweise kommen 3-4 Zyklen einer Kombination aus Cisplatin, Etoposid und Bleomycin zum Einsatz, jeweils verabreicht als Infusionen. Diese Kombination zeichnet sich durch eine hervorragende Wirksamkeit, bei gleichzeitig jedoch deutlichen Nebenwirkungen, aus. Mittlerweile in der Anwendung sind auch eine Vielzahl anderer Kombinationen mit ähnlich guter Wirksamkeit, allen gemeinsam ist jedoch Cisplatin als wirksamste Substanz.

Nach Chemotherapie verbliebene Resttumore werden operativ entfernt.

Das Ziel der heutigen Forschung ist es, Therapieprotokolle mit verminderten Nebenwirkungen zu entwickeln, ohne dass die sehr guten Ergebnisse der Hodentumorthérapie sich verschlechtern.

Nebenwirkung der Behandlung:

Durch die Entfernung des Hodens ist eine Störung der Fertilität (Zeugungsfähigkeit) oder Erektion nicht zu erwarten.

Durch die operative Entfernung der Lymphknoten im Bauchraum, entlang der grossen Bauchgefässe (Aorta und Vena cava), kann es zu einer Störung des Samenergusses kommen. Gliedsteife und Beischlaffähigkeit werden nicht beeinträchtigt.

Die Nebenwirkungen der Chemotherapie auf die Samenproduktion (zeitweiliger Verlust der Spermienproduktion) sind in der Regel nach 2 Jahren vollständig zurückgebildet.

Nebenwirkungen der Bestrahlung können Oberbauchbeschwerden, Übelkeit, im Extremfall auch ein Magengeschwür sein.

Abhängig von der applizierten Gesamtstrahlendosis kann es zu einem in der Regel vorübergehenden Versiegen der Spermaproduktion kommen. Schäden am Erbgut durch die Bestrahlung sind nicht belegt. Es empfiehlt sich jedoch, eine Empfängnisverhütung für die Dauer von 1 ¹/₂ - 2 Jahren durchzuführen.

Weder durch die Bestrahlung noch durch die Chemotherapie verursachte Gesundheitsschäden von danach gezeugten Kindern sind bekannt.

Die wesentlichen Nebenwirkungen der Chemotherapie sind Haarausfall, welcher sich wieder vollständig zurückbildet, Übelkeit, Erbrechen.

Schwerwiegender kann eine Infektanfälligkeit durch die Unterdrückung des Knochenmarks und damit der Produktion der weissen und roten Blutkörperchen sein.

Selten sind Schäden am Gehör und an Nerven.

Zu beachten ist eine eventuell ausgeprägte Lungenschädigung durch Bleomycin.



Nachsorge

Da die Lebenserwartung von Patienten mit Hodenkrebs hoch ist und auch ein Rezidiv geheilt werden kann, kommt der Nachsorge nach abgeschlossener Therapie eine herausragende Bedeutung zu.

Insbesondere für die Patienten mit minimierter Therapie und damit intensivierter Überwachung, sogenannte Surveillance-Patienten, ist eine intensive Nachsorge in zunächst monatlichen Abständen mit körperlicher Untersuchung und Bestimmung der Tumormarker von grösster Wichtigkeit. Zusätzlich werden in diesen Fällen auch alle 2 Monate Röntgenaufnahmen der Lungen und eine CT-Untersuchung des Bauches erforderlich, um ein mögliches Rezidiv frühzeitig erkennen und dementsprechend behandeln zu können.

Nach einem unauffälligem Verlauf können die Nachsorgeintervalle im 2. Jahr auf 2-, bzw. 4-monatlich gestreckt werden.

Verallgemeinernd lässt sich sagen, dass sogenannte Hochrisikopatienten, wie z.B. Surveillance-Patienten oder Patienten im fortgeschrittenen Stadium einer engmaschigeren Nachsorge bedürfen. Nach Standardtherapie der niedrigen Stadien spricht man von Niedrig-Risikopatienten. Hier reichen in der Regeln 1/4-jährliche Intervalle im 1. Beobachtungsjahr aus.

Insgesamt muss für die individuelle Nachsorgeplanung das Stadium der Erkrankung, die Art der Primärbehandlung und in einzelnen Fällen auch die Unterscheidung zwischen Seminom und Nicht-Seminom berücksichtigt werden.

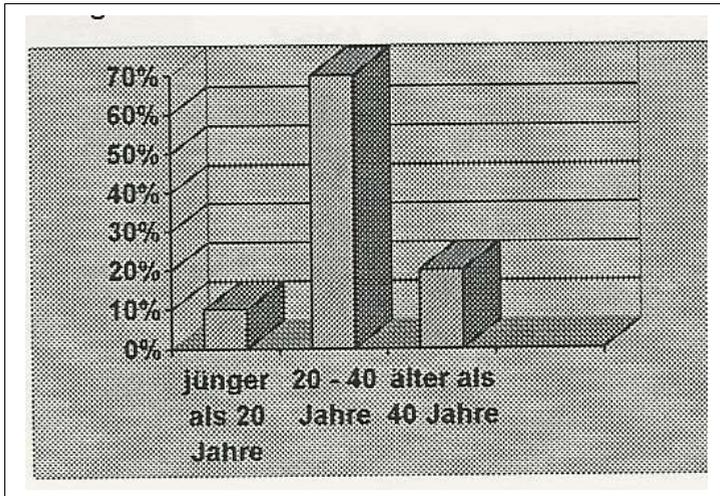
Die Dauer der erforderlichen Nachsorge wird üblicherweise mit 5 Jahren angegeben, da nach Ablauf von 4 Jahren in der Regel keine Spätrezidive mehr beobachtet wurden. Eine Ausnahme stellt hier jedoch das Zweitcarcinom des gegenüberliegenden Resthodens dar, welches auch mehr als 15 Jahre nach der Ersterkrankung auftreten kann.

Dies sollte auch nach überstandenem Hodenkrebsleiden in Erinnerung bleiben und Anlass sein zu regelmäßigen körperlichen Untersuchungen.



Statistische Bewertung

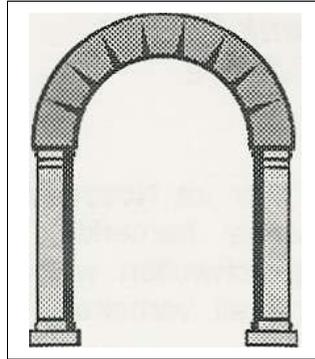
Der Hodenkrebs ist eine typische Erkrankung des jungen Mannes, 70% der Hodenkrebspatienten sind zwischen 20 und 40 Jahren. Nur 10% sind jünger und 20% älter. Dem gegenüber ist der Hodenkrebs in der Gruppe der 20-30jährigen mit über 40% die häufigste bösartige Erkrankung.



In den letzten 40 Jahren musste weltweit eine Zunahme der Neuerkrankungen verzeichnet werden, ohne dass eine gesicherte Ursache hierfür genannt werden kann. Die aktuellen Zahlen zeigen eine Neuerkrankungsrate in der Bundesrepublik Deutschland von 6-8 Patienten pro 100.000 Männern pro Jahr.

Dem gegenüber hat sich die Heilungschance in den letzten 20 Jahren erheblich verbessert. Dies ist insbesondere den Fortschritten durch die modernen Operationsverfahren und neuen Arzneimittelsubstanzen zu verdanken.

Gedanken



*Ich wage es,
meine Gefühle zuzugeben, nicht über ihnen zu
stehen,
sondern berührbar und verletzbar zu sein. Ich
will Worte finden
für das, was ich spüre.*

*Du sollst von meiner Angst wissen, aber
auch von meinem Mut.*

*Du sollst meine Unsicherheit spüren, aber
auch meine Festigkeit.*

*Du sollst mich sehen,
wie ich schwimme, krieche und fliege. Ich
will meine Gefühle bewusst erleben und
dann entscheiden,
wie ich mit ihnen umgehen will. Ich
will sie nicht verdrängen,
noch mich von ihnen beherrschen lassen.*

Herr F.
34 Jahre

Es war im November 1991, als ich abends unter der Dusche bemerkte, dass mein linker Hoden stark angeschwollen war. Ich war zu diesem Zeitpunkt 25 Jahre alt, verheiratet und hatte ein Kind.

Am nächsten Tag suchte ich gleich meinen Hausarzt auf, der mich sofort zum Urologen schickte. Der Urologe erklärte mir nach der Untersuchung, dass ich ins Krankenhaus müsse und schickte mich nach Völklingen. Dort wurde ich noch am gleichen Tag stationär aufgenommen.

Bereits für einen Tag später wurde der OP-Termin festgesetzt. Der Arzt informierte mich, dass bei dieser Operation ein Schnellschnitt durchgeführt werde, dabei Gewebe entnommen und untersucht würde. Falls es bösartig sei, entferne man den betroffenen Hoden komplett. Die Ereignisse überschlugen sich förmlich an diesem Tag.

Als ich aus der Narkose erwachte, wurde ich mit der Wirklichkeit konfrontiert: Mein linker Hoden war entfernt worden. Ich hatte Krebs.

Die Operation an sich war nicht sehr schlimm. Körperlich ging es mir anschließend relativ gut. Ich verspürte nur ein leichtes Ziehen in der Leiste. Schon einen Tag später konnte ich wieder aufstehen.

Doch schon nach kurzer Zeit wurde mir die nächste „Hiobsbotschaft“ überbracht. Es könne sein, dass die Lymphknoten befallen wären. Man müsse diese linksseitig komplett entfernen. Meine Lebenserwartung sei bei einem möglichen Befall und keiner Operation relativ gering. Ich stimmte also zu und der OP-Termin wurde festgesetzt.

Man klärte mich über die Risiken der Operation auf. Ein Punkt dabei war, dass ich vermutlich später keine Kinder mehr zeugen könne, was mich zu diesem Zeitpunkt weniger belastete als meine Frau. Mein Gedanke war, dass ich bereits ein Kind hatte und in meinem Zustand sowieso kein weiteres Kind in die Welt setzen wolle, das ich unter Umständen selbst gar nicht mehr sehen könne. Wir hörten zwar von der Möglichkeit, vor der geplanten Operation Samen einfrieren zu lassen, doch für mich kam eine solche Überlegung nicht in Betracht. Ich wollte leben, das allein war für mich in dieser Situation wichtig.

Das Risiko einer Impotenz sei zwar auch vorhanden, jedoch gering.

Am geplanten Operationstag bekam ich fürchterliche Angst, denn es handelte sich bei diesem Eingriff schließlich um eine „große Operation“, bei der der Bauchraum großräumig geöffnet würde. Ich sagte plötzlich nur noch: „NEIN!“

Die Ärzte waren erst einmal entsetzt. Dann setzten sie eine Woche lang ihre Überredungskünste ein, um mich doch zu operieren.

Sie erklärten mir immer wieder, welches Risiko bezüglich meiner Lebenserwartung ich auf mich nahm, wenn ich nicht bald zustimme. Die Möglichkeit eines Befalls der Lymphknoten sei nicht von der Hand zu weisen. Es begann für mich ein harter innerer Kampf.

Ich schwankte zwischen Verzweiflung und Wutgefühlen. Sehr oft kamen mir die Gedanken:

- Warum gerade ich?

- Was habe ich Schlechtes getan, dass ich jetzt diese Krankheit habe?

Ich fühlte mich regelrecht beschissen.

Der Gedanke, leben zu wollen, hat mich dann letztendlich doch dazu bewegt, zuzustimmen. Der OP-Termin wurde erneut festgesetzt und diesmal auch eingehalten.

Als ich wieder aus der Narkose erwachte, lag ich auf der Intensivstation. Mir tat alles weh. 6 oder 7 Schläuche ragten aus meinem Bauch heraus. Die ersten Versuche, aufzustehen, waren eine regelrechte Qual. Doch mit jedem Schlauch, der entfernt wurde, ging es auch mir etwas besser. Trotzdem dauerte es ca. 4 Wochen, bis ich mich wieder einigermaßen frei bewegen konnte. Ich hatte Probleme mit Magen und Darm. Auch Wundheilungsstörungen belasteten mich.

Als die Ärzte mir dann endlich mitteilten, dass meine Lymphknoten nicht befallen waren, entwickelte ich wieder eine riesige Wut. Warum hatte ich diese große Operation überhaupt auf mich genommen? Für nichts? Erst später stellte sich eine Erleichterung über den Befund ein.

Ich verbrachte fast zwei Monate in der Klinik. Bei einem Ausgangsgewicht von 120 kg hatte ich 30 kg abgenommen. Was mir während dieser Zeit und auch nachher noch fehlte, war eine kompetente, psychologische Betreuung. Ich wurde zwar medizinisch versorgt, aber um meine Seele kümmerte sich niemand.

Als ich wieder zu Hause war, wurde mir die Tragweite meiner Probleme noch stärker bewusst. Mein damaliger Arbeitgeber - ich hatte eine Stelle als Schreiner - kündigte das Arbeitsverhältnis bereits während meines Krankenhausaufenthaltes. Somit war ich auch noch arbeitslos. Ausgelaugt von meiner Erkrankung hatte ich aber nicht die Kraft, beim Arbeitsgericht Klage zu erheben. Ich nahm die Kündigung einfach hin.

Finanzielle Probleme belasteten mich. Ich hatte schließlich eine Familie zu ernähren. Zudem sollte ich noch zu einer Anschlussheilbehandlung - und das ohne Geld.

Irgend jemand gab mir dann den Tip, ich solle mich an die Saarländische Krebsliga wenden. So entstand der 1. Kontakt zu Frau Detemple, der Vorsitzenden dieses Vereins, dessen Selbsthilfegruppe ich mich anschloss. Auch in finanzieller Hinsicht wurde ich von ihr beraten und unterstützt. Dadurch konnte ich dann zur Kur fahren.

Nach meiner Genesung war es enorm schwer, wieder eine Anstellung zu finden. Welche Firma stellt schon einen Mitarbeiter als Schreiner mit 60% Schwerbeschädigung ein, dem 6 Tage mehr Urlaub sowie ein besserer Kündigungsschutz zustehen?

So bot mir das Arbeitsamt nach längerer Zeit eine Umschulung als Fein- und Gerätemechaniker in Koblenz an. Nebenbei bildete ich mich im Computerbereich weiter. Im Anschluss an diese Maßnahme bezuschusste das Arbeitsamt eine Anstellung bei der Firma Kartpalast. Als das Projekt beendet war, entliess sie jedoch alle Arbeitnehmer. Somit hatte diese Firma die Fördergelder ausgenutzt und ich stand wieder „auf der Straße“. Ohne die Unterstützung durch die Saarländische Krebsliga e. V. wäre ich vermutlich verzweifelt. Nach einer weiteren Zeit der Arbeitslosigkeit fand ich vor ca. 2 Jahren dann endlich eine Anstellung bei der evangelischen Kirche als Hausmeister. Ab diesem Zeitpunkt ging es dann endlich bergauf.

Es liegt eine sehr schwere Zeit hinter mir. Neben dem Kampf mit meiner Erkrankung musste ich mich immer wieder um unsere finanzielle Situation sorgen.

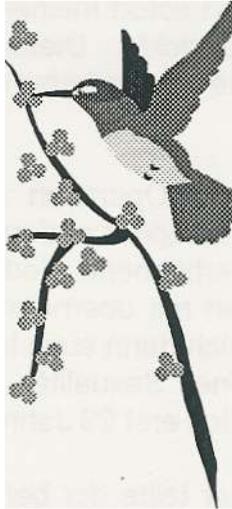
Das wichtigste für mich heute ist aber, dass ich wieder gesund bin und mich gut fühle. Meine Frau und ich haben sogar noch einen 2. Sohn bekommen.

Ich bin stolz, dass ich diesen schwierigen Lebensweg so bewältigt habe.

Allen Betroffenen kann ich aus Erfahrung sagen: Es kommt - bedingt durch die Erkrankung und den damit verbundenen Problemen - oftmals zu Mutlosigkeit und Wut.

Das wichtigste, um diese Phasen der Krankheit zu überwinden, ist jedoch ein positives Denken.

***Sie dürfen sich niemals aufgeben,
dann können Sie es schaffen.***



Herr B.

30 Jahre

An einem Wochenende im April 1998 schwoll einer meiner beiden Hoden plötzlich stark an. Ich hatte sehr starke Schmerzen.

Montags suchte ich sofort meinen Hausarzt auf, der mich zum Urologen schickte. Dieser vermutete nach der Untersuchung eine Hodendrehung und überwies mich ins Krankenhaus.

Mittwochs fand die Operation statt. Dabei wurde der erkrankte Hoden komplett entfernt. Der Arzt erklärte mir, dass der noch verbliebene Hoden die Arbeit des nicht mehr vorhandenen mit übernehmen würde. Durch diese Erklärung baute sich dann auch langsam meine Angst vor dem Verlust meiner Sexualität ab. Ich war zu diesem Zeitpunkt schliesslich erst 29 Jahre alt.

Eine Woche später teilte der behandelnde Arzt mir dann mit, dass der entfernte Hoden histologisch untersucht worden sei. Dabei habe man festgestellt, dass es sich um eine bösartige Erkrankung handele, nämlich um Hodenkrebs. Ich war in diesem Moment wie gelähmt und brauchte Zeit, um diese Diagnose zu begreifen. Nach einer weiteren Woche verliess ich das Krankenhaus.

Folgeuntersuchungen wie Computertomographie und Knochenszintigramm schlossen sich an. Man stellte fest, dass sich der Krebs bereits über den Hoden hinaus ausgebreitet hatte. Lunge, Leber sowie Wirbelsäule waren befallen.

Grosse Angst vor der notwendigen Therapie machte sich in mir breit. Mein Vater war nämlich erst wenige Jahre zuvor an Krebs gestorben und ich konnte mich an seinen Krankheitsverlauf gut erinnern. So ließ ich die Zeit ohne weitere Behandlung verstreichen. Ich war allerdings auch seit der Entfernung des Hodens schmerzfrei.

Im August 1998 bekam ich ganz schlimme Schmerzen. Es war wieder an einem Wochenende. Ich konnte es nicht mehr aushalten. Meine Schwägerin fuhr mich in die Notaufnahme. Dort wurde mir zuerst einmal Morphin verabreicht, das mich regelrecht „flach legte“.

Montags stellte der Arzt bei der Computertomographie eine Thrombose im Bauchraum fest. Dienstags kam Nierenbluten dazu. Man legte mir ein „Doppel-J“ und brachte mich auf die Intensivstation. Der Arzt erklärte mir, dass es nun wirklich höchste Eisenbahn sei, mit einer Chemotherapie zu beginnen. Begleitmedikamente, die man in Verbindung mit dieser Behandlung bekomme, würden die gefürchtete Nebenwirkung bezüglich der Übelkeit weitgehend abschwächen. Da mir eigentlich keine Wahl blieb, willigte ich ein.

Noch am gleichen Abend wurde mit der Chemotherapie begonnen. Sie bestand aus vier Zyklen à fünf Tagen mit jeweils zwei Wochen Pause. Die Chemotherapie machte mir wirklich keine grossen Probleme. Ich verlor zwar die Haare, wusste jedoch, dass diese wieder nachwachsen würden. Ich konnte auch essen, da es mir fast nie übel war. Das einzige Nahrungsmittel, wogegen ich einen gewissen Ekel entwickelte, war fettes Fleisch.

Bereits nach dem ersten Zyklus dieser Behandlung wurde erneut eine Computertomographie veranlasst. Der Arzt zeigte mir die Bilder im Vergleich zu den ersten Aufnahmen. Die Metastasen hatte sich grösstmässig um ungefähr die Hälfte zurückgebildet. Das gab mir Auftrieb, auch weiterhin durchzuhalten. Ich merkte nämlich, dass mir geholfen wurde.

Was mir jedoch grosse Probleme während meines Krankenhausaufenthaltes bereitete, war die strenge Bettruhe, die ich fünf Wochen lang wegen der Thrombose einhalten musste. Und obwohl ich genug aß, nach ich während dieser Zeit von 74 kg Ausgangsgewicht 23 kg ab. Meine Beine waren richtig dünn durch das viele Liegen. Nach den fünf Wochen musste ich das Laufen erst wieder erlernen. Ich konnte mich anfangs nicht ohne Hilfe auf meinen Beinen halten.

Nach der dritten Chemophase hatten sich die Metastasen noch weiter zurückgebildet, manche waren schon gar nicht mehr zu sehen.

Durch jede Verbesserung meines Zustandes wurde ich optimistischer.

Am 18. Januar 1999 wurde ich dann erneut operiert. Die Tumore, die sich an der Wirbelsäule befanden, wurden entfernt. Man wollte auch ein Stück der Leber wegschneiden, es waren jedoch keine Metastasen mehr festzustellen. Auch die Lunge bedurfte keinem operativen Eingriff mehr.

Der Arzt teilte mir nach ein paar Tagen mit, dass bei der Gewebeuntersuchung keine lebenden Krebszellen mehr festgestellt werden konnten.

Während des Krankenhausaufenthaltes stellte ich einen Antrag auf Anschlussheilbehandlung. Schon eine Woche nach meiner Entlassung fuhr ich nach Bad Neuenahr. Dort habe ich mich sehr gut erholt und viele nette Menschen kennengelernt. Ich kann nur jedem Betroffenen raten, diese Möglichkeit in Anspruch zu nehmen.

Ich gehe regelmässig zu den Nachsorgeuntersuchungen, die für mich bisher alle ohne negativen Befund ausgefallen sind.

Die Nierenblutung, an der ich litt, hat die Funktion der einen Niere jedoch stark beeinträchtigt. Dadurch habe ich ab und zu schon noch Schmerzen. Seit ich aber mindestens drei Liter Tee pro Tag trinke, sind diese auch zurückgegangen.

Nun ist bereits ein Jahr seit dieser grossen Operation vorbei. Ich bin zwar in Rente, da ich meinen Beruf als Metzger nicht mehr ausüben kann, jedoch habe ich meine Lebensfreude nicht verloren. Ich beschäftige mich mit vielen Dingen und habe mir Hobbys gesucht, die mich ausfüllen und ablenken. Eigentlich bin ich sehr oft unterwegs.

Ich hatte schon kurz nach meiner Diagnose „Krebs“ begriffen, dass ich mich nicht abkapseln darf. Mit anderen Menschen zu reden - auch über meine Krankheit - war und ist für mich ganz wichtig.

Einen Punkt möchte ich abschliessend noch erwähnen. Ich habe durch meine Familie - insbesondere meine Mutter - eine sehr grosse Unterstützung während dieser nicht immer einfachen Zeit erfahren. Ich hatte Menschen, auf die ich mich verlassen konnte und die zu mir standen. Auch mein 8jähriger Sohn, der zwar bei meiner geschiedenen Frau lebt, zu dem ich aber trotzdem ein sehr intensives Verhältnis habe, hat mir Kraft zum Durchhalten gegeben. Dafür danke.

