

Kreftpasientene dine bruker det – hva vet vi om mistelbehandling?

■ ANETTE K. BENDER *spesialist i allmennmedisin, Oslo og International certification in Anthroposophic medicine*

Med tysk bakgrunn og interesse for komplementærmedisinske metoder, spesielt antroposofisk medisin, har jeg før medisinstudiet i Norge vært praktikant ved det antroposofiske sykehus Filderklinikk ved Stuttgart (1). Erfaringene derfra har etter fullført utdanning styrket mitt ønske om å søke og videreformidle aktuell kunnskap og tilby mine kreftpasienter behandling med mistelpreparater.



I begynnelsen av min allmennmedisinske karriere i 1995 møtte jeg en mann som hadde fått diagnosen mesoteliom, og som nektet å bruke annen behandling enn injeksjoner med mistelpreparat. Jeg hjalp ham å administrere dette, mens han ble fulgt opp ved sykehuset. Til tross for den alvorlige prognosen ble hans tilstand stadig bedre, og tumorforandringene gikk tilbake mens han fortsatte mistelbehandling. Sykehusets konklusjon etter tre års oppfølging var at diagnosen måtte være feil. Han avsluttet mistelbehandlingen, og døde noen år senere – av mesoteliom.

I min praksis har jeg siden opplevd flere liknende historier som ville egnet seg for vurdering i NAFKAM (Nasjonalt forsknings-senter innen alternativ og komplementær medisin) register for eksepsjonelle sykdomsforløp (RESF) (2), og jeg oppfordrer pasientene til å sende inn sine sykehistorier. Derimot har jeg ikke opplevd at pasienter har avbrutt behandlingen pga uønskede virkninger.

Dette gir håp om at integrative og komplementære metoder, som her antroposofisk mistelbehandling, kan være et viktig bidrag innen dagens og fremtidens medisin.

Definisjoner – Hva er integrativ/komplementær medisin/ CAM?

Det er fortsatt ingen enighet om begrepsdefinisjon, og dette er et av arbeidsområdene til det EU-finansierte tre-årige prosjekt CAM-brella (3) som nærmer seg avslutningen nå i høst.

Min tilnærming refererer til definisjonen som CamDoc Alliance presenterer (4), og som noenlunde er i overensstemmelse med Nasjonalt informasjonssenter for alternativ behandling (NIFA) definisjoner (5):

CAM står for «Complementary and Alternative Medicine», der «alternativ» betyr behandlingsmetoder utført av ikke-leger/ medisinsk skolert personell *istedenfor* konvensjonelle medisinske behandlinger, mens «komplementær» forstås som et supplement til konvensjonell behandling, utført av både leger og ikke-leger. Integrativ medisin forener konvensjonell og komplementær behandling i et felles behandlingskonsept.

Som en følge av min interesse og praksis var det nærliggende å delta ved den første tyske kongress om integrativ onkologi ved brystkreft som ble holdt i Berlin 4.–5. februar 2012. (Alle foredrag, dessverre bare på tysk, er tilgjengelig over internett (6))

Ressurssterke brystkreftpasienter

Utgangspunkt for kongressen var økende interesse for integrativ tilnærming innen onkologi i Tyskland – ved flere sertifiserte kreftsentre er integrativ tilnærming en etablert del av terapitilbudet, spesielt for pasienter med brystkreft. Dette forklares med at brystkreftpasienter i stor grad er ressurssterke, velutdannede og velinformerte kvinner som ønsker og velger andre behandlingsmetoder, ofte ved siden av et konvensjonelt tilbud.

I USA er integrativ onkologi en selvfølge ved alle de renommerte tumorsentrene.

Integrativ onkologi består av to søyler

Dr. Thomas Breitkreuz, onkolog og sjefslege ved Paracelsus Krankenhaus, og en av initiativtagerne for kongressen, ser det slik: «Integrativ onkologi består av to søyler. Den ene søylen er klassisk kirurgisk, radiologisk og farmakologisk tumorreduserende terapi. Den andre søylen har som mål å møte sykdommen ved å styrke pasientenes helsemessige ressurser... Integrativ onkologi betyr ikke at konvensjonelle og komplementærmedisinske metoder blir brukt om eller ved siden av hverandre, men at behandlerne i dialog forsøker en felles tilnærming ut fra erkjennelsen og forståelsen av interaksjoner. På sikt vil en felles tilnærming og samarbeid bidra med forskningsdata som kan bekrefte eller avkrefte den antatt positive effekten av integrativ behandling. Foreløpig er det gjort for lite forskning som viser signifikant bedre outcome. Men det foreligger studier som tyder på at for eksempel akupunktur, yoga, forskjellige naturmedisinske terapier og spesielt mistelterapi kan redusere kjemo- og stråleterapiens bivirkninger, og særlig tumorbetenget fatigue som oppleves som spesielt belastende. Reduksjonen av bivirkninger antas å være betydelige.

Prof. dr. med. Marion Kiechle, direktør ved kvinneklinikken, Technische Universität

München og leder av bioetikkommissjonen i Bayern, understreket viktigheten av mosjon og riktig ernæring. Aktiv idrett i ung alder er en viktig forebyggende faktor mot brystkreft, og deltagelse i mosjonsprogram øker overlevelsestid, mens vektøkning fem kilo over normal BMI reduserer overlevelsestid (7, 8).

Dr. Kiechle mener at komplementærmedisin burde være en selvfølge ved brystsentrene, siden kvinnene ønsker dette. Hun antar at ca. 90 prosent av tyske brystkreftpasienter bruker komplementærmedisin, men at bare 40 prosent av disse tør å snakke med legen sin om det. Imidlertid viser det seg at de fleste pasientene har et ønske om åpenhet, og at compliance øker når pasientene kan snakke med legen sin om mulige komplementærmedisinske terapier.

Dr. med. Anette Voigt, sjefslege ved det antroposofiske Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke, opplever at kvinnene som velger dette sykehuset i stor grad ser sykdommen som en sjans og stiller spørsmålet «Hva kan jeg bidra med selv?» Pasientene er opptatt av å aktivere egne krefter til helbredelse, og ønsker veiledning. Hennes erfaring er at pasientene ved GK Herdecke ofte *ikke* følger legens råd om konsvensjonell behandling, og at hun derfor ser overraskende mange positive sykdomsforløp hos kvinner som nettopp velger komplementærmedisinske eller alternative tilnæringer.

Mistelbehandling

Dilemmaet mistelforskning – RCT kan ikke brukes

I følge dr. med. Gunver Kienle, forsker ved IFAEMM (9) foreligger per dags dato i alt 155 studier om onkologisk mistelterapi. 130 av studiene er presentert på informasjonsiden www.mistel-therapie.de (10), sist aktualisert mai 2010. De fleste studiene svarer av forskjellige grunner ikke til dagens evidenskrav om dobbelblind-studiedesign eller RCT med stor antall inkluderte deltagere – ikke minst vil en dobbelblind studie være lett å «avblinde» siden mistelpreparatene som regel settes subkutant og gir lokale reaksjoner.

Dette har ført til Cochrane-omtalen (11) som konkluderer at det ikke var nok evidens for tydelige konklusjoner hva angår mistelbehandling, men at det i fravær av uavhengige studier med god kvalitet skulle bero på klinisk skjønn om mistelbehandling hadde en god effekt ved en gitt problemstilling. Likevel er mange av studiene som er presentert i [mistel-therapie.de](http://www.mistel-therapie.de) av høy kvalitet, gjennomført i henhold til GCP (good clinical practice), og gir viktige kliniske informasjon. Søk på «mistletoe» på PubMed kom opp med 1137 studier (12).

En nylig pågående studie om mistelbehandling ved pankreaskreft måtte avbrytes, fordi gjennomsnittsoverlevelsestid 18 m

der i mistelgruppen var langt over kontrollgruppens tid på fem måneder (Dr. Kienle, personlig meddelelse).

Mistelpreparater på markedet

Mistelpreparatene er fremstilt av mistel fra forskjellige vertstrær (eple, eik, furu, gran), og type preparat velges i henhold til tumor-type, og om pasienten er mann eller kvinne. I utgangspunkt velges den laveste dosering, for Iscador seriepakning 0, for Helixor serie I. Hver eske inneholder hhv. syv eller åtte ampuller i økende styrke. Avhengig av reaksjonen gjentas samme serie, eller økes til neste styrke. Ved samtidig stråle- eller kjemoterapi reduseres styrken, eller økes mer forsiktig.

Det finnes flere preparater (Iscucin, Abnobaviscum, Iscador, Helixor) fremstilt og registrert i Tyskland og Sveits, hvorav Iscador og Helixor markedsføres i Norge gjennom Norges Naturmedisinsentral (13). NNS opplyser at de i 2011 solgte 18 592 døgndoser av Iscador og Helixor til sammen. Det antas at mange pasienter i tillegg kjøper mistelpreparatene direkte fra Tyskland.

Som en midlertidig «mutual recognition» særordning frem til år 2017 kan preparatene skrives på vanlig hvit resept, på linje med andre antroposofiske og homøopatiske preparater (14).

Der er ikke vist at noen av preparatene er å foretrekke fremfor de andre.

Howdan brukes mistel i praksis?

Siden mistelbehandling stimulerer hensiktsmessige immunreaksjoner, og både kirurgi og adjuvant stråle- eller kjemoterapi svekker immunsystemet, anbefaler tyske onkologer som bruker mistelpreparater å starte med mistelbehandling så snart som mulig etter diagnosestillingen.

Både Iscador og Helixor settes som subkutane injeksjoner i intakt hud i nærheten av tumor, men ikke i strålefelt. (Det finnes studier med gode kliniske resultater om injeksjon både i tumor, intravenøs, intravesical eller intrapleural, men dette egner seg ikke for norsk allmennpraksis og omtales ikke videre her (15)). En lokal reaksjon ved innstikkstedet kan forventes, som hevelse, rubor og varmeøkning. Reaksjonen burde være helt avbleket før neste injeksjon settes etter en til tre dager. Ved kraftigere reaksjoner (hevelse over fem centimeter diameter, ikke tilbakegang innen to dager) skal det ikke økes i styrke, men heller reduseres. Noen får også en lett temperaturstigning utover dagen etter injeksjon. Injeksjonsfrekvensen tilpasses etter sykdomstilstanden, som regel hyppige injeksjoner initialt opptil daglig x 1, med avtagende injeksjonsfrekvens og pauser mellom eskene etter hvert.

De fleste pasienter setter injeksjonene selv

etter opplæring. Kontraindikasjoner mot injeksjon er feber > 38 grader, hodepine, svimmelhet, generalisert kløe eller andre tegn på allergisk reaksjon.

Behandlingsvarigheten er for så vidt ubegrenset, men vurderes fortløpende. Ved tilbakefall eller utilstrekkelig effekt skiftes til preparat fra annet vertstre eller til et annet mistelpreparat.

Bivirkninger ved bruk av mistelpreparater

Bortsett fra noen veldig få allergiske reaksjoner er det så godt som ingen rapporterte bivirkninger ved bruk av mistelpreparater – den lokale reaksjonen ved innstikkstedet er tegn på ønsket immunrespons, og ikke en «allergisk reaksjon» som feilaktig beskrevet. Mistelpreparatene interagerer ikke med CYP 450. Merkelig nok er det nettopp fravær av bivirkninger som er årsak til at mistelpreparater er klassifisert som reseptfrie i Tyskland, som derfor refunderes bare for palliativ behandling og ved påviste metastaser, eller av private sykeforsikringer.

Både Helixor (16) og Iscador (17) sender ut informasjonsmateriell til leger og pasienter på tysk og engelsk.

INTERESSEKONFLIKT: Anette K Bender er leder av Norske legers forening for antroposofisk medisin NLFAM (18) og styremedlem i IVAA (Internationale Vereinigung anthroposophischer Ärztgesellschaften) (19)

REFERANSER

- <http://www.filderklinikk.de/>
- http://uit.no/ansatte/organisasjon/artikkel?p_menu=28927&p_document_id=84807&p_dimensjon_id=88112
- <http://www.cambrella.eu/home.php>
- http://www.camdoc.eu/Complementary_Medicine/Definitions.html
- http://www.nifab.no/om_alternativ_behandling/hva_er_alternativ_behandling/definisjoner
- <http://www.brustkrebs-integrativ.de/doku.html>
- <http://breast-cancer-research.com/content/10/5/R92>
- <http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/krebs/mamma-karzinom/article/522284/krebs-ehrer-argument-sport.html?sh=2&h=1357854731>
- <http://www.ifaemm.de/>
- <http://www.mistel-therapie.de/mistletoe.html>
- <http://summaries.cochrane.org/CD003297/mistletoe-treatment-in-cancer-patients>
- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=mistletoe>
- <http://www.nn-s.no/Nyheter/Default.aspx>
- http://www.legemiddelverket.no/templates/InterPage_82492.aspx
- <http://wissenschaft.mistel-therapie.de/index.php5?page=84&lang=1#Obj1182>
- <http://www.helixor.com/site.php?mainkat=02&subkat=01&id=26>
- <http://www.iscador.com/index.aspx>
- <http://www.nlfam.no/hjem/>
- <http://www.ivaa.info/>

abender@broadpark.no