

Inoperabel?

Die Überlebenschancen seiner Krebspatientin standen bei nahezu null, zumindest nach der Statistik. Doch dann erlebte der Chirurg Matthias Anthuber, dass es sich manchmal lohnen kann, die Voraussetzungen für ein Wunder zu schaffen

Dies ist eine Geschichte von unglaublichen Zufällen. Von einer Patientin mit Kämpfernatur, wie ich sie selten in meinen 25 Jahren als Chirurg erlebt habe. Und die Geschichte zweier Freunde: Der eine ist Charlie Jauch, damals mein Oberarzt, einer der brillantesten Operateure, die ich kenne. Der andere Freund war ich, Assistenzarzt und schon damals bereit, auch mal gegen alle ärztliche Vernunft zu handeln.

Bevor ich unsere Patientin Helmke Sears das erste Mal traf, im März 1994, sah ich ihre CT-Bilder. Und die waren schrecklich: Ihre Leber war übersät mit Tochtergeschwülsten eines Darmkrebses, der ihr Jahre zuvor entfernt worden war. Inoperabel! Ihre Chancen, die nächsten zwei Jahre zu überleben, standen bei nahezu null.

Ich brachte diese Bilder nicht überein mit der dem Anschein nach kerngesunden Frau, die im Krankenbett lag und auf unsere Hilfe setzte: große braune Augen, dunkle, gelockte Haare. 36 Jahre war sie jung und hatte zwei Kinder, vier und sechs. Sie stellte ihre Fragen so gezielt, dass kein Ausweichen möglich war, und sagte dann – diese Worte werde ich nie vergessen: „Ich bin bereit, alles zu ertragen, damit meine Kinder noch lange ihre Mutter haben.“

Wir boten ihr eine Chemotherapie an, bei der man die Medikamente direkt in die Arterie gibt, die zur Leber führt. Aber dann kam der nächste Tiefschlag: Eine Anomalie ihrer Adern machte diese Therapie unmöglich. Ein Zufall, der sich später als glücklich erweisen würde – denn nur deshalb dachten wir über Alternativen nach.

Charlie und ich diskutierten im Arztzimmer. Zur Auswahl standen: eine „palliative Chemotherapie“, die viel weniger wirksam war, oder aber eine Lebertransplantation: Ein experimenteller Eingriff, dessen langfristige Erfolgschancen nur sehr theoretisch waren. Trotzdem stritt ich mit dem vorsichtigen Charlie für diese

Option, ich wollte der Frau, die zu allem entschlossen war, eine solche Möglichkeit nicht vorenthalten. Auch ich würde in ihrer Lage diesen Strohhalm ergreifen. „Du spinnst“, sagte Charlie, aber er konnte meinem Eifer nicht widerstehen. „Okay, wir schlagen es ihr vor und sind ganz

Ich brachte diese CT-Bilder nicht überein mit der dem Anschein nach kerngesunden Frau

ehrlich. Wenn sie es dann immer noch will, tun wir's.“

Die Leber kam acht Wochen später, morgens um halb acht. So konnten wir tagsüber transplantieren, was fast nie vorkommt – der nächste glückliche Zufall! Aber zunächst gab es ein weiteres Problem. Als der Bauchraum geöffnet war, entdeckte Charlie einen vergrößerten Lymphknoten in Nachbarschaft zur Leber: der Tumor hatte weiter gestreut, als wir dachten. „Das war's“, sagte er. „Komm, wir machen zu.“

Ich stellte mir vor, wie die Frau erwachen würde. Wie wir zugeben müssten, dass wir das Experiment abgebrochen hatten. Unmöglich! Zehn Minuten Streit am OP-Tisch. Ich wollte, dass wir den Eingriff ausweiten. Ein anderer Oberarzt hätte mich einfach aus dem OP geworfen – mein Freund Charlie gab nach. Und ich bin mir sicher: Wäre es mitten in der Nacht gewesen, so wie sonst bei Transplantationen – ich hätte mich nicht so aufgebaut wie jetzt, am helllichten Tag, voller Energie und Tatendrang. Wir hätten „zugemacht“.

Wir entnahmen der Patientin dann auch einen Teil des Magens, den Kopf der Bauchspeicheldrüse, den Zwölffingerdarm inklusive vieler Lymphknoten. Rein intuitiv

– wer sagte uns, dass der Krebs nicht woandershin gestreut hatte? Eine solche Vorgehensweise, ohne Absicherung durch irgendwelche Studien, hat es in einem derartigen Fall sicher noch nie gegeben.

Die Patientin erhielt noch eine Antikörpertherapie und brauchte zwei Monate, um sich von der Operation zu erholen. Aber das Wunder trat ein: Die Frau blieb nach dem Eingriff tumorfrei. Ich habe den Fall nie veröffentlicht, er ist zu einzigartig, um daraus Empfehlungen abzuleiten. Heute sind die Regeln für Transplantationen strenger. Jemand mit so schlechten Überlebenschancen würde nie eine Spenderleber bekommen. Ich kann nur spekulieren, warum sie überlebt hat. Alles mag zusammengespielt haben, die umstrittene Radikaltherapie und ihr unbeugsamer Wille.

Helmke Sears ist mir als Patientin treu geblieben, zur Tumornachsorge folgte sie mir in alle Städte, in denen ich seither gearbeitet habe. Zuletzt war ich vor zwei Jahren zu ihrem 50. Geburtstag am Ammersee eingeladen. Als sie mich in ihrer Rede als den Mann vorstellte, dem sie verdanke, dass sie diesen Geburtstag feiern dürfe, schossen mir die Tränen in die Augen. Es war einer der Momente, in denen mir bewusst wurde, wie sehr es sich lohnt, immer wieder die Grenzen zu überschreiten, die einem die „ärztliche Vernunft“ gebietet, nie nur der Statistik zu vertrauen, sondern auch dem Bauchgefühl.

Aufgezeichnet von Bernhard Albrecht

Prof. Matthias Anthuber, 51, ist Chefarzt der Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie am Klinikum Augsburg. Er wuchs in Niederbayern auf und entstammt einer Arztfamilie: der Vater war Chirurg, beide Brüder sind Ärzte.