

# Homöopathische Tumorthherapie bei gewandelten Metastasierungsparadigmen

Dargestellt am Beispiel zweier Kasuistiken

Von Jens Wurster und Manfred Wolf

Autoren-PDF für private Zwecke des Autors

## ●● Zusammenfassung

Die Tumorstreuung von Primärtumoren in die abhängigen Lymphknotenpartien galt als sog. Kaskadentheorie. Sie führte zur Ausrottung der regionalen Lymphknoten mit oft drastischen Folgen wie Verstümmelungen, Lymphödem und Lebensqualitätseinschränkungen. Das aktuellere Seed-and-Soil-Modell sieht nur im Primärtumor von soliden Tumoren die Quelle der Metastasierung. Der Lymphknotenbefall und die Entfernung der Lymphknoten üben keinen Einfluss auf die Metastasierung und auf das Langzeitüberleben aus: Lymphknoten metastasieren nicht.

## ●● Schlüsselwörter

Tumorthherapie, Lymphknoten, Metastasierung.

## ●● Summary

The tumor dispersion of primary tumors in the dependent groups of lymph nodes was hold as the so called „cascade theory“. It led to the eradication of the regional lymph nodes with often drastic results like mutilation, lymphedema and restrictions in quality of life. The more topical seed-and-soil-theory perceives the origin of metastasis only in the primary tumor of solid tumors. The infestation of lymph nodes and the removal of the lymph nodes have no influence on the metastasis and on the long time survival: Lymph nodes do not form metastases.

## ●● Keywords

Tumor therapy, lymph nodes, metastasis.

## Einleitung

Das Lymphknotenparadigma hat sich in den letzten Jahren dank neuerer klinischer und epidemiologischer Arbeiten beträchtlich gewandelt [10]. Dieser aktuelle Lymphknotenparadigmenwechsel ändert und erweitert die Therapieoptionen und Strategien für die Praxis, für die Wissenschaft und auch für die Homöopathie. Das gut 100 Jahre alte Paradigma, das es als unerlässlich ansah, möglichst viele Lymphknotenstationen zu entfernen, um vermeintlich das Überleben des Patienten zu verbessern, hat sich als nicht stichhaltig erwiesen [9].

## Paradigmenwechsel

**Lymphknotenexzisionen.** Den Lymphknoten in der Nähe des Primärtumors wurde früher eine Filterfunktion im Sinne der Kaskadentheorie nachgesagt. Diese sollten daher möglichst vollständig entfernt werden, was aber mit erheblicher Einschränkung der Lebensqualität verbunden war – verbunden mitunter auch mit Lymphödem und Bewegungseinschränkungen.

Nach der Gesundheitsberichtserstattung des Bundes (BRD) wurden allein im Jahr 2007 74 000 Lymphknotenexzisionen durchgeführt. Aufgrund der Lymphknotenentfernung nach Brustkrebsoperation klagten selbst nach 5 Jahren 38% der Betroffenen über Schmerzen und Lymphödeme und die damit verbundene gravierende Einschränkung der Lebensqualität, verursacht durch eine nun nicht mehr zeitgemäße Therapie, die sich auf eine über 100 Jahre alte Hypothese gründete, die immer weitergetragen wurde.

●● Es hat sich auch gezeigt, dass der Lymphknotenbefall und die Entfernung oder Nichtentfernung der Lymphknoten

keinen Einfluss auf das Langzeitüberleben haben. Es ist einzig sinnvoll, Lymphknoten als prognostischen Faktor zu entnehmen.

●● Es muss unabdingbar werden, verstümmelnde Radikaloperationen, die die Lebensqualität erheblich beeinträchtigen, den Menschen nicht mehr zuzumuten.

## Lymphknotenentfernung zur Kontrolle und Prognoseermittlung.

Hölzel et al. [10] konnten zeigen, dass die von Metastasen befallenen Lymphknoten nicht zur weiteren Ausbreitung des Tumorleidens beitragen. Damit fällt das Dogma, dass die Überlebenschancen eines Tumorkranken von der Frage abhängig sind, wie viele Lymphknoten bereits von Krebs befallen sind. Dies bestätigt auch die weitverbreitete Erkenntnis in der Chirurgie, dass die sog. Radikaloperation mit Lymphknotendissektion für die Prognose des Überlebens der Krebserkrankung nicht mehr den ehemals angenommenen Stellenwert hat. Die unmittelbare Konsequenz aus diesen Erkenntnissen liegt für Hölzel und seine kooperierenden Teams darin, nur die Lymphknoten zu entfernen, die zur lokalen Kontrolle, zur Ermittlung der Prognose und der sich daraus ergebenden Therapieentscheidung unerlässlich sind.

●● Deshalb ist es allgemein in der Medizin besonders geboten, über Behandlungsstrategien und zeitbedingte Leitlinien bei soliden Tumoren kritisch nachzudenken. Das gilt natürlich auch für die homöopathische Tumorbehandlung.

## Homöopathische Krebsbehandlung

Die homöopathische Krebsbehandlung hat schon Geschichte, denn bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts hatten prominente homöopathische Ärzte (E. Schlegel, J.C. Burnett, J.H. Clarke, R.T. Cooper u.a.)

über das Krebsproblem therapeutische Empfehlungen abgegeben, wie z.B. die Arboro-vital-Methode, die allerdings bald in Vergessenheit geriet.

In den letzten Jahren hat sich eine neue Generation von in- und ausländischen homöopathischen Ärzten (D. Spinedi, J. Wurster, J. Kleber, R.S. Pareek, D. Payrhuber u.a.) in Fachbüchern und Literaturbeiträgen intensiver mit der Homöopathie als onkologische Heilmethode befasst. Es wurden erwartungsgemäß unterschiedliche Therapieoptionen empfohlen, wobei die Similesuche – insbesondere von Spinedi und Wurster – privilegiert wurde.

Es zeigte sich, dass eine konsequente homöopathische Tumortherapie – meist mit dem repertorisierten Simillimum – die Heilungschancen bei Krebs deutlich verbessern kann.

### Problemstellung

Gegenstand dieser Arbeit sind Darlegungen und Besprechungen neuerer Auffassungen zur Bedeutung der Lymphknotenpathogenese bei soliden Tumoren einschließlich der Darlegung zweier typischer Krankengeschichten, die das Seed-and-Soil-Konzept belegen. Auch soll untersucht werden, inwieweit die unterlassene bzw. begrenzte Lymphknotenentfernung das Konzept der homöopathischen Krebsbehandlung erweitert und bereichert. Ganz wesentlich für die Prognose scheint zu sein, dass die systematische Entfernung von Lymphknoten – ob von Metastasen befallen oder nicht – keinen Einfluss auf das Überleben ausübt [6, 10].

Außerdem sollen für die weitere klinische homöopathische Arbeit und Forschung Empfehlungen und Hypothesen im Sinne der Entwicklung neuer Therapieoptionen im homöopathischen Bereich gegeben werden.

### Belege für das gewandelte Lymphknotenparadigma

- Eine Entfernung der Lymphknoten bewirkt keine längere Überlebenszeit [7, 20].
- Ein veränderter Lymphknotenstatus verbessert nicht die Überlebenszeit [7]. Die Lymphknoten sind wahrscheinlich keine Filter oder temporären Barrieren im Rahmen der kontinuierlichen Tumorstreuung [7, 21].

- Die Tumorlokalisationen beeinflussen die Frequenz der Lymphknotenmetastasen, aber nicht die Überlebenszeit [11, 19].
- Die Überlebenszeit nach der „Sentinel-Technik“ (Wächter-Lymphknoten) ist nicht besser als nach der klassischen operativen Axillausräumung [18].
- Die axilläre Lymphknotendissektion beeinflusst die Lebensqualität ohne einen signifikanten Überlebenszeitgewinn [6].
- Bei soliden Tumoren hat auch die regionale Bestrahlung ohne Axilladissektion einen zu vernachlässigenden Effekt auf das Überleben [15].

### Kasuistiken: Homöopathische Tumortherapien bei Lymphknotenmetastasen

In der homöopathischen Krebstherapie versucht man, zuerst ein Mittel für den gesamten Menschen zu finden, um das Immunsystem so anzuregen, dass es den Tumor überwinden kann. Bei einer Metastasierung in die Lymphknoten lassen sich in den meisten Fällen bereits zirkulierende Tumorzellen im Blut (MAINTRAC-Verfahren) nachweisen. Deshalb scheint eine einzelne Lymphknotenentfernung oder die Entfernung mehrerer Lymphknotenstationen mehr als fraglich. Das Immunsystem des Patienten wird stimuliert, um die Lymphknoten auf immunologischem Weg zu beeinflussen.

Der Begründer der Homöopathie ahnte wohl diesen Paradigmenwechsel zur Lymphknotenstrategie voraus und legte die Totalität der Symptome als Grundlage zur Behandlung der chronischen Krankheiten, wie Krebs, dar.

#### Fall 1

Metastasiertes Melanom Clark-Level IV mit einer Lymphknotenmetastase in der Axilla. Erstdiagnose August 1999.

3 Monate nach der operativen Entfernung des malignen Melanoms traten in der Axilla Lymphknotenmetastasen auf. Nach bioptischer Diagnosesicherung wurde eine komplette Axilladissektion angedacht. Der Patient wurde darauf hingewiesen, dass nur die komplette Ausräumung aller Lymphknotenstationen in der Achsel sein Leben verlängern könne. Der

#### Clark-Level zur histologischen Bestimmung eines malignen Melanoms

- I: Alle Tumorzellen befinden sich oberhalb der Basalmembran
- II: Überschreitung der Basalmembran, Invasion in die Papillenschicht
- III: Invasion bis an die Grenze zur Netzschicht
- IV: Invasion in die Netzschicht
- V: Invasion in die Subkutis

Patient lehnte die Operation ab und begann „nur“ die homöopathische Therapie.

**Mittelgabe und Verlauf.** Aufgrund der Totalität der Symptome wurde das Arzneimittel *Sulfur lotum* gewählt, das viele seiner chronischen Beschwerden zum Verschwinden bringen konnte. Auch die Lymphknotenmetastasen bildeten sich zurück [23: 70–83].

Der Patient ist nach 10 Jahren kontinuierlicher homöopathischer Behandlung ohne Anzeichen für ein Fortschreiten des malignen Melanoms. Als Zeichen einer vollkommenen Gesundung hat sich nebenher der hohe Blutdruck gesenkt und ein seit Jahren bestehender Altersdiabetes ist ebenfalls verschwunden.

#### Fall 2

Metastasiertes amelanotisches Melanom Clark-Level IV am Fuß mit Metastasen in der Leiste. Erstdiagnose 2003.

Nach Operation des Melanoms zeigen sich nach 1 Jahr Metastasen am Oberschenkel, die wiederum operativ entfernt wurden. Kurze Zeit später erschien eine weitere Lymphknotenmetastase in der rechten Leiste, die sehr schmerzhaft war.

Als Therapie wurde eine Ausräumung der Lymphknotenstationen in der Leiste empfohlen.

**Mittelgabe und Verlauf.** Die Patientin wurde auf eigenen Wunsch „nur“ homöopathisch behandelt und bekommt ihr Konstitutionsmittel *Sepia succus*. Da der Fall noch sog. miasmatische Überlagerungen aufwies, waren mehrere Zwischengaben *Thuja occidentalis* nötig.

Die Untersuchung auf zirkulierende Tumorzellen mit dem MAINTRAC-Verfahren im Blut ergab: Die Anzahl tumorverdächtiger Zellen im Kreislauf, die das Epithelzellantigen tragen, belief sich auf

9 250 000 Zellen; Zellen, die das Melanomzellantigen präsentieren: 513 800.

Unter kontinuierlicher homöopathischer Therapie hat sich der Wert um das 33-Fache gesenkt und die Zellen haben kein Melanomzellantigen mehr exprimiert. Die anfängliche Lymphknotenmetastase von 5×8 cm in der Leiste hat sich zurückgebildet.

Die Patientin ist nun 5 Jahre beschwerdefrei und arbeitet als Trainerin einer Fußball-Jugendmannschaft.

### Epkritische Überlegungen

Hätte man bei diesen beiden Patienten nach dem damaligen geltenden Stand die Lymphknotenmetastasen operiert, ohne den gesamten Menschen zu behandeln, hätte das körpereigene Immunsystem die Tumoren möglicherweise nicht unter Kontrolle halten können.

Des Weiteren hätten sich gewaltige Auswirkungen auf die Lebensqualität ergeben, da die Entfernung der Lymphknoten einen Lymphstau mit all seinen Folgen nach sich gezogen hätte.

Nach der Auffassung von Hölzel et al. [10] genügt es wahrscheinlich, nur den Sentinel-Lymphknoten zur Diagnosesicherung zu entfernen und den Rest zu belassen, da von den Lymphknoten keine Metastasierungsfahrer ausgeht.

●● **Der gesamte Mensch ist krebskrank und die zu messenden zirkulierenden Tumorzellen im Blut spiegeln diese Situation wider. Deswegen ist es höchst wichtig, den gesamten Menschen individuell zu behandeln und die Homöopathie bietet hierfür ein gutes Konzept.**

### Diskussion

Das Problem der regionären Lymphknotenresektion wird von verschiedenen medizinischen Disziplinen hinsichtlich Funktion und Radikalität unterschiedlich diskutiert. Das liegt einmal an den unterschiedlichen Erfahrungen durch verschiedene Schulen, auch am Festhalten an etablierten Lehrmeinungen und individueller Literaturbetrachtung bzw. -verfolgung.

Dem eingeleiteten Lymphknotenparadigmenwechsel durch die Münchner Epidemiologen Hölzel und Engel mochten sich verschiedene Wissenschaftler nicht unkritisch anschließen, weil sie die Ergeb-

nisse oft nur durch statistische Studienbelege ansahen und meinten, dass auch entsprechendes klinisches Wissen zur Interpretation der statistischen Resultate unabdingbar sei (Hohenberger zit. nach [24]).

**Elektive Lymphknotenresektion.** Nach Auffassungen von Hölzel und Engel an ihrem sehr umfangreichen epidemiologischen Material aus dem Tumorregister München ist der Beweis erbracht, dass die früher praktizierte elektive Lymphknotenresektion sowohl beim Brustkrebs als auch beim malignen Melanom überholt ist. Deshalb sind jetzt weitere epidemiologische Studien ethisch gerechtfertigt und nötig, um abschließend die Behandlungsstrategien und Leitlinien der Fachgesellschaften zu ändern.

**Lymphadenektomie.** Die standardisierte Lymphadenektomie ist ebenfalls nicht unproblematisch und H. Bauer sieht – wie viele andere – hierin eine erhöhte Morbidität (zit. nach [24]). Auch die pelvine Lymphadenektomie beim Endometriumkarzinom verbessert weder das rezidivfreie noch das Gesamtüberleben der Patientinnen (britische und italienische Studien).

A. Schneider (Sprecher der AGO, Gruppe Zervixkarzinom; zit. nach [24]) und U. Wagner (Sprecher der AGO, Gruppe Ovarialkarzinom; zit. nach [24]) hielten hingegen zum gegenwärtigen Zeitpunkt das Überleben durch Lymphadenektomie für höher, aber die epidemiologischen Folgerungen des Tumorregisters München wären durchaus wichtig, um Diskussionen in Gang zu setzen [24]. Kritisch sagten sie, dass sie retrospektiv und inhomogen wären. K.J. Ullrich (Sprecher der AGO, Gruppe Uterus, zit. nach [24]), hält es zurzeit nicht für angemessen, einen generellen Verzicht auf die Lymphadenektomie bei gynäkologischen Malignomen vorzunehmen [24]. W. Hohenberger nimmt Bezug zur früher praktizierten elektiven Lymphknotenresektion beim Brustdrüsenkrebs und Melanom und meint, dass diese auch schon durch die Wächter-Lymphknotenexzision überholt sei (zit. nach [24]).

### Ausblick

Die Beurteilungen der Lymphknotenresektionen bei verschiedenen Organkarzinomen wird in Zukunft wohl vordergründig davon abhängen, ob überzeugende

prospektive epidemiologische und klinische Studien die tradierten Behandlungsstrategien einschließlich der Leitlinien ablösen können. Bis dahin dürften viele Patienten und Kliniken bei operativen Maßnahmen verunsichert sein und das reduzierte operative Vorgehen wird eine Ermessensfrage im halblegalen Raum bleiben, den aber auch schon der aufgeklärte Patient mit beeinflussen kann.

Die adjuvanten Therapien und speziell die Homöopathie bekommen ein erweitertes Einsatzfeld auf dem unterstützenden Sektor. Die noch nicht ausreichend begründete homöopathische kurative Therapie erhält weitere Unterstützung durch das veränderte Lymphknotenparadigma, das sich auch auf die Metastasierungsvorgänge erstreckt und die Kaskadentheorie der Lymphknotenstreuung verdrängt.

Letztlich werden sich wohl die meisten Kliniker auf den vermeintlich alten bewährten Schienen weiterbewegen, weil die sog. Kaskadentheorie der Lymphknoten als Filter noch nicht aus den Köpfen verschwunden ist und das Seed-and-Soil-Modell sich zuerst noch weiter beweisen und durchsetzen muss.

### Ableitbare Konsequenzen für die homöopathische Tumorbehandlung

Der Paradigmenwechsel bei Lymphknotenmetastasen von soliden Tumoren (ca. 93% aller Tumoren) fordert zu neuen Strategien auch bei der homöopathischen Behandlung auf, weil

- immer mehr solide Tumoren mit ihren Lymphknoten besonders in der Perspektive im Abflussgebiet weniger drastisch operiert werden,
- die adjuvante Homöotherapie bei soliden Tumoren einen höheren Stellenwert mit neueren Aufgaben erhält,
- die verbliebenen Lymphknoten – ob positiv oder negativ – mit dem zu ermittelnden homöopathischen Simile adjuvant behandelt werden sollten,
- die zusätzliche Stärkung des Immunsystems bei soliden Tumoren durch die Homöotherapie gefördert wird,
- es ein wichtiges Anliegen der homöopathischen Therapeuten zu sein hat, diesen Paradigmenwechsel auch in ihrem Fachgebiet zu erörtern, zu prüfen und publik zu machen.

Die praktische homöopathische Tumortherapie hat somit ein viel breiteres Feld und höhere adjuvante und kurative Aufgaben erhalten. Auch für die wissenschaftliche Onkologie stellen sich neue Fragen und ein weites Feld bleibt zu bestellen.

Die Münchner Forscher, die Epidemiologen D. Hölzel und J. Engel und der Pathologe U. Löhns, zogen 2008 folgende Schlussfolgerung, der wir uns anschließen und die mit in unsere Überlegungen einfließt [10: 582 f.]:

„Die genetische Steuerung der Metastasierung legt einen prinzipiell gleichartigen Metastasierungsprozess für alle Karzinome nahe. Die Hypothese ‚Metastasen metastasieren nicht‘ hat aufgrund epidemiologischer Daten eine hohe Plausibilität. Eine Reduktion der elektiven Lymphknotendissektionen (LKD) auf das für prognoseadaptierte Therapieentscheidungen erforderliche Ausmaß wäre dann (bio-)logisch konsequent.“

**Online zu finden unter:**

<http://dx.doi.org/10.1055/s-0030-1257585>

●● **Literatur**

[1] **Bonenkamp JJ, Hermans J, Sasko M et al.** Extended lymph-node dissection for gastric cancer. *N Engl J Med* 1999; 340: 908–914

[2] **Bruch HP, Schwandner O, Schiedeck THK et al.** Actual standards and controversies on operative technique and lymph-node dissection in colorectal cancer. *Langenbecks Arch Surg* 1999; 384 (2): 167–175

[3] **Burnett JC.** Die Heilbarkeit von Tumoren durch Arzneimittel. London; 1893. Deutsche Übersetzung von G. Risch. Schriftenreihe der Clemens von Bönninghausen-Akademie. Bd. 8. 3. Aufl. München: Müller & Steinicke; 2001

[4] **Clarke JH.** The Therapeutics of Cancer. New Delhi: Jain; 1921. Reprint: 1990

[5] **Cooper RM.** The cancer problem: Some deductions based on clinical experience. In: Clarke JH. The Therapeutics of Cancer. Reprint. New Delhi: Jain; 2005: 10–42

[6] **Engel J, Lebeau A, Sauer H, Hölzel D.** Are we wasting our time with the sentinel technique? Fifteen reasons to stop axilla dissection. *The Breast* 2006; 15: 452–455

[7] **Fisher B, Brown A., Mamounas E et al.** Effect of preoperative chemotherapy on local-regional disease in women with operable breast cancer. *J Clin Oncol* 1997; 15 (7): 2483–2493

[8] **Halsted WS.** The results of operations for the cure of cancer of the breast performed at the Johns Hopkins Hospital from June,



**Dr. med. Jens Wurster**

Clinica St. Croce  
Via al Parco 27  
CH-6644 Orselina  
E-Mail: jens.wurster@bluewin.ch  
Website: www.clinicasantacroce.ch

Geboren in Düsseldorf, Medizinstudium und Promotion. Homöopathische Ausbildung bei Dr. Michael Barthel und Dr. Horst Barthel. 1992–1998 Supervision bei Dr. Dario Spinedi, Tessin. Seit 1998 homöopathische Tumorbehandlung in der von Dr. Dario Spinedi geleiteten Clinica St. Croce. Seit 2002 eigene Seminarstätigkeit über Krebsbehandlung mit Homöopathie, ab 2003 Dozent für Homöopathie bei den Augsburger Dreimonatskursen. Seit 2007 Leitung eines Ärzteteams in der Clinica St. Croce als Supervisor der homöopathischen Krebsbehandlung.



**PD Dr. med. Manfred Wolf**

Praxis für Homöopathie  
Florastr. 7a, 13125 Berlin  
E-Mail: manfred.wolf@berlin.de  
Website: www.krebs-homöopathie-berlin.de

Humanmedizinstudium Friedrich-Schiller-Universität Jena, Promotion HU-Berlin (Charité). Ärztliche Tätigkeiten in Brandenburg/Havel und Berlin Buch AdW. Facharzt für Chirurgie und Habilitation. Oberarzt und Leiter der chirurgischen Abteilung in der Geschwulstambulanz der Charité. Chirurgischer Chefarzt in der Zentralen Poliklinik der Bauarbeiter Berlin. Ausbildung in Homöopathie bei Drs. Köhler, Buchmann, Gypser, Schramm, Gawlik. Zusatzbezeichnung Homöopathie 1992, Weiterbildungsmächtigung 1998, Homöopathie-Diplom 2006. Eigene homöopathische Praxis seit 1992.

1893 to January, 1894. *Johns Hopkins Hospital Reports* 1894–1895; 4: 297

[9] **Hölzel D, Eckel R, Engel J.** Metastasierung beim kolorektalen Karzinom. *Chirurg* 2008; 1–10

[10] **Hölzel DJ, Engel J, Löhns U.** Sind elektive Lymphknotendissektionen in der Karzinomchirurgie noch zeitgemäß? *Zentralbl Chir* 2008; 133: 582–589

[11] **Janni W, Rack B, Sommer H et al.** Intramammary tumor location does not influence prognosis but influences the prevalence of axillary lymph-node metastases. *J Cancer Res Clin Oncol* 2003; 129 (9): 503–510

[12] **Kleber JJ.** Naturheilkundliche Krebstherapie. Groß Wittensee: Kai Kröger; 2007

[13] **Pareek RS, Pareek A.** Krebs heilbar durch Homöopathie. Groß Wittensee: Kai Kröger; 2007

[14] **Payrhuber D.** Homöopathie und Krebs. Eigenverlag; 2006

[15] **Ragaz J, Olivetto IA, Spinelli JJ et al.** Locoregional radiation therapy in patients with high-risk breast cancer receiving adjuvant chemotherapy: 20-year results of the British Columbia randomized trial. *J Natl Cancer Inst* 2005; 97 (2):116–126

[16] **Schlegel E.** Die Krebskrankheit. 2. Aufl. Stuttgart: Hippokrates; 1927

[17] **Spinedi D.** Die Krebsbehandlung in der Homöopathie I, II, III. Cheiron 1999; 2000; 2003

[18] **Tanis PJ, Nieweg OE, Valdes Olmos RA et al.** Impact of nonaxillary sentinel node biopsy on staging and treatment of breast cancer patients. *Br J Cancer* 2002; 87 (7): 705–710

[19] **Van de Vijver MJ, He YD, van't Veer LJ et al.** A gene expression signature as a predictor of survival in breast cancer. *N Engl J Med* 2002; 347 (25): 1999–2009

[20] **Veronesi U, Marubini E, Mariani L et al.** The dissection of internal mammary nodes does not improve the survival of breast cancer patients. 30-year results of a randomized trial. *Eur J Cancer* 1999; 35 (9): 1320–1325

[21] **Veronesi U, Orecchia R, Zurrada SA et al.** Avoiding axillary dissection in breast cancer surgery: a randomized trial to assess the role of axillary radiotherapy. *Ann Oncol* 2005; 16 (3): 383–388

[22] **Wong SL, Hong JM, Hollenbeck BK et al.** Hospital lymph node examination rates and survival after resection for colon cancer. *JAMA* 2007; 298: 2149–2154

[23] **Wurster J.** Die homöopathische Behandlung und Heilung von Krebs und metastasierter Tumore. 2. Aufl. Buchendorf: Peter Irl; 2007

[24] **Zylka-Menhorn V.** Ist die Lymphadenektomie nicht mehr zeitgemäß? *Dtsch Ärztsch* 2009; 106: A 1353–1358