

Newsletter

DES ONKOLOGISCHEN ZENTRUMS TRAUNSTEIN



ONKOLOGISCHES
ZENTRUM
TRAUNSTEIN

Ausgabe: November 2017

Kliniken Südostbayern AG
Cuno-Niggel-Straße 3
83278 Traunstein
T 0861 1533
F 0861 705-2465
E oz.ts@kliniken-sob.de



Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir müssen an dieser Stelle einmal über Motivation sprechen:

Was ist das eigentlich: Motivation?

Es ist garantiert für jeden von uns gar nicht so leicht, hierfür eine griffige Erklärung oder Definition zu finden. Klar: Spaß, Erfolgserlebnisse, Anerkennung und Herausforderungen gehören irgendwie zum Begriff „Motivation“ – aber was machen wir damit? Motivation ist doch eine emotional sehr positiv besetzte Eigenschaft von Menschen. Das wissen natürlich auch die Motivationspsychologen, die uns in der Motivationstheorie mit der Komplexität dieser Wortbedeutung weiterhelfen können.

Motivation ist Energie! Sie verbraucht aber auch Energie. Sie bewegt uns zum Handeln weil der Körper physische oder emotionale Bedürfnisse hat oder weil unser Kopf hin zu einem bestimmten Ziel oder weg von einer unangenehmen Sache will.

Das bringt uns zur „Weg-von“- Motivation: wir wollen weg von einem unerwünschten Zustand und hin zu einem besseren Gefühl, mehr Erfolg, mehr Anerkennung und Spaß der „Hin-zu-Motivation“.

Letztere liegt inhaltlich nahe der „intrinsischen Motivation“, d.h. der positive Antrieb, etwas zu erreichen, zu verändern, zu gestalten – das braucht keine externen Anreize wie z.B. Geld, Status u.v.m. Im Gegensatz dazu sind es gerade diese von außen kommenden Anreize, welche bei Menschen auch eine „extrinsische Motivation“ provozieren können.

Was hat nun Motivation mit dem Onkologischen Zentrum zu tun?

Sehr Vieles!

Die vielen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Onkologischen Zentrum, die assoziierten Praxen und der Vorstand der Kliniken Südostbay-

ern AG haben nämlich ein klares, gemeinsames Ziel: eine qualitativ und menschlich auf höchstem Niveau vorgehaltene Versorgung von Tumorpatienten. Das ist anstrengend für Alle. Motivation ist und verbraucht gleichzeitig Energie.

Alle Mitarbeiter beweisen täglich durch ihr Interesse an der Onkologie, durch Teilnahme an Kongressen und Fortbildungen, dem Umgang mit Patienten, dass genau dieses Ziel von allen Organzentren innerhalb des Onkologischen Zentrums Traunstein verfolgt wird. Niemand bekommt etwas dafür (intrinsische oder Hin-zu Motivation), uns allen genügt das Ziel und der tägliche kleine Erfolg bei der Betreuung unserer Patienten. An dieser Stelle möchten wir allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern dafür ganz herzlich unseren Dank für ihren unermüdlichen Einsatz aussprechen.

Das Onkologische Zentrum ist eine tägliche Herausforderung - für alle Beteiligten. Umso mehr freuen wir uns, dass es uns von Jahr zu Jahr besser gelingt, das Ziel einer optimalen Versorgung von Krebspatienten zu erreichen. Bitte unterstützen Sie uns weiterhin in diesem Bestreben! An Motivation hierzu fehlt es nicht, denn gibt es eine bessere Motivation als den Erfolg?

Der aktuelle Newsletter bietet Ihnen hierzu wieder einen informativen Überblick über das Portfolio und die mannigfaltigen Aktivitäten des Zentrums. Gleichzeitig möchten wir Ihnen natürlich auch neue operative und medikamentöse Behandlungsstrategien näher bringen.



Trotzdem bleiben gerade an der Schnittstelle Klinik und Praxis häufig noch viele Fragen unserer Krebspatienten und ihrer Angehörigen unbeantwortet. An wen kann mich mit meinen alltäglichen Sorgen und Nöten wenden?. In München hat sich aus dieser Situation heraus der Verein „Lebensmut e.V.“ gegründet, der sich seit vielen Jahren um die Probleme der Krebspatienten im Alltag kümmert. Um so mehr freut es uns, dass wir vom Onkologischen Zentrum ausgehend, nun diese großartige Idee auch in Traunstein weiter transportieren können. Im September haben einige Mitglieder des OZ den Verein „Gemeinsam gegen den Krebs e.V.“ gegründet, der mit einem breiten Angebot ab 2018 versuchen wird die Lücke in der alltäglichen Versorgung zu schließen.

Für Ihr Vertrauen in unser Zentrum auch im Jahr 2017 dürfen wir uns im Namen des gesamten Teams sehr herzlich bei Ihnen bedanken.

Im Namen des gesamten Teams
Ihre

PD Dr. Rolf Schauer,

Prof. Dr. Dirk Zaak

Therapieansätze und aktuelle klinische Studien zur Behandlung maligner Lymphome am Onkologischen Zentrum Traunstein

Lymphome gehören zu den zehn häufigsten Tumoren und stellen eine heterogene Gruppe von Erkrankungen dar, die sowohl aus B- wie auch T- Zellen hervorgehen können. In Deutschland sind 2012 etwa 16.000 Patienten an einem Non-Hodgkin-Lymphom (NHL) erkrankt und etwa 3500 daran verstorben. Da das mittlere Erkrankungsalter bei etwa 70 Jahren liegt, ist mit einer kontinuierlichen Zunahme der Inzidenz von NHLs aufgrund der sich verändernden Altersstruktur der Gesellschaft zu rechnen. Aus klinischer Sicht werden indolente von aggressiven Lymphomen unterschieden. Zu den eher indolent verlaufenden Lymphomen gehören u.a. die follikulären Lymphome (29 Prozent), die MALT Lymphome (mukosa-assoziierte Lymphome) (9 Prozent) und die chronische lymphatische Leukämie (B-CLL) (12 Prozent). Eine Zwischenstellung nimmt das Mantelzell-Lymphom ein, das häufig rasch progredient bzw. rezidivierend verläuft. Unter den aggressiven Lymphomen stellt das diffus-großzellige Lymphom den größten Anteil dar.

Davon zu unterscheiden ist der Morbus Hodgkin, eine Erkrankung des jüngeren Lebensalters (medianes Erkrankungsalter bei etwa 43 Jahren) und einer deutlich geringeren Zahl an Neuerkrankungen (etwa 2200 im Jahr 2012).

Die Therapieergebnisse der Behandlung von Lymphomen haben sich in den letzten Jahrzehnten deutlich gebessert, nicht zuletzt durch die konsequente Behandlung einer Vielzahl von Patienten in Therapieoptimierungsstudien der deutschen Studiengruppen (GLSG, DSHNHL, GCLLSG, GHSG), die in diesem Feld weltweit zu den führenden Studiengruppen gehören.

Therapiestrategien

Aggressive Lymphome gehören zu den am besten zu behandelnden Lymphomen mit einer hohen Heilungsrate, die selbst im fortgeschrittenen Stadium über 60 Prozent liegt. Zentraler Bestandteil der Therapie ist die antizykinhaltige Chemotherapie mit CHOP in Kombination mit dem CD20 Antikörper Rituximab. Die Intensität der Therapie hängt von pa-

tientenspezifischen Faktoren wie Alter, Stadium, LDH, Allgemeinzustand und Anzahl der extranodalen Befällen ab. Eine Dosisintensivierung mittels autologer Blutstammzelltransplantation in der Primärtherapie führt zu keiner Verbesserung der Therapieergebnisse, die Strahlentherapie ist bei PET positiven Restbefunden fester Therapiebestandteil. Die im onkologischen Zentrum angebotene OPTIMAL Studie der Deutschen Studiengruppe für hochmaligne Lymphome (DSHNHL) prüft bei älteren Patienten, ob eine dosisdichtere Gabe von Rituximab sowie eine Anwendung liposomalen Vincristins die Therapieergebnisse verbessern können. In der Rezidivsituation haben die Patienten eine sehr schlechte Prognose, hier bietet die Abteilung für Hämatologie und Onkologie ihren Patienten, die nicht für eine Hochdosistherapie qualifizieren die Teilnahme an einer Studie an, in der ein neuartiger Antikörper zum Einsatz kommt.

Bei indolenten Lymphomen stellt das follikuläre Lymphom den größten Anteil an Erkrankungen dar. Aufgrund des häufig nur sehr langsamen Progresses wird weiterhin auch bis ins Stadium IV bei asymptomatischen Patienten keine Therapie begonnen. Wird der Patient symptomatisch mit starken B-Symptomen, Lymphknotenschwellungen größer 7 cm oder aber einer Kompression von Organen bzw. einer Verschlechterung der Blutbildwerte ist eine Therapieindikation gegeben. Bisher war hier der Einsatz einer konventionellen Chemotherapie mit CHOP oder Bendamustin Standard in Kombination mit einem CD20 Antikörper. Dank neuerer hochwirksamer Antikörper und Tyrosinkinaseinhibitoren sind hier erstmals chemotherapiefreie Behandlungsansätze denkbar allerdings nur in kontrollierten Studien.

Die besten Heilungschancen haben Patienten mit Hodgkin Lymphomen. Diese sind das Ergebnis konsequenter Therapieoptimierungsstudien der Deutsche Hodgkin Studiengruppe. Die Behandlung von Hodgkin Lymphomen im Rahmen von Studien ist Standard. Selten in der Onkologie wird versucht aufgrund der exzellenten Ergebnisse eine Therapie deeskalation durchzuführen, indem die Zahl der

Chemotherapiezyklen reduziert, die Bestrahlungsfelder verkleinert oder aber die Bestrahlung ganz weggelassen wird. Die Studiengruppe bietet unterschiedliche Konzepte für niedrig, intermediäre und Hochrisikopatienten an. Aktuell steht die sehr interessante HD21 Studie für Patienten im fortgeschrittenen Stadium zur Verfügung. Hier wird versucht, die hohe Toxizität des bisherigen Therapiestandards, durch Modifikation und Anwendung eines neuartigen Antikörper-Chemotherapiekonstruktes ohne Wirkungsverlust zu reduzieren.

Zahlreiche Vorträge und Veröffentlichungen auf internationalen Kongressen lassen erwarten, dass sich die Therapiestandards in den nächsten Jahren noch weiter verändern werden. Interessant wird sein inwiefern die Immuntherapie Einzug auch in die Behandlung von Lymphomen nehmen wird. Gerne können jederzeit Patienten in unserer Spezialsprechstunde für Lymphomerkrankungen vorgestellt werden. ■

F. Zettl

KONTAKT

Schwerpunkt Lymphome, Leukämien & Plasmozytome
Dr. Thomas Kubin
Koordinatorin: Dr. Elisabeth Dietl

T 0861 705-1243

F 0861 705-1729

E thomas.kubin@kliniken-sob.de

Therapieansätze und aktuelle klinische Studien zur Behandlung maligner Lymphome am Onkologischen Zentrum Traunstein

Lymphome gehören zu den zehn häufigsten Tumoren und stellen eine heterogene Gruppe von Erkrankungen dar, die sowohl aus B- wie auch T- Zellen hervorgehen können. In Deutschland sind 2012 etwa 16.000 Patienten an einem Non-Hodgkin-Lymphom (NHL) erkrankt und etwa 3500 daran verstorben. Da das mittlere Erkrankungsalter bei etwa 70 Jahren liegt, ist mit einer kontinuierlichen Zunahme der Inzidenz von NHLs aufgrund der sich verändernden Altersstruktur der Gesellschaft zu rechnen. Aus klinischer Sicht werden indolente von aggressiven Lymphomen unterschieden. Zu den eher indolent verlaufenden Lymphomen gehören u.a. die follikulären Lymphome (29 Prozent), die MALT Lymphome (mukosa-assoziierte Lymphome) (9 Prozent) und die chronische lymphatische Leukämie (B-CLL) (12 Prozent). Eine Zwischenstellung nimmt das Mantelzell-Lymphom ein, das häufig rasch progredient bzw. rezidivierend verläuft. Unter den aggressiven Lymphomen stellt das diffus-großzellige Lymphom den größten Anteil dar.

Davon zu unterscheiden ist der Morbus Hodgkin, eine Erkrankung des jüngeren Lebensalters (medianes Erkrankungsalter bei etwa 43 Jahren) und einer deutlich geringeren Zahl an Neuerkrankungen (etwa 2200 im Jahr 2012).

Die Therapieergebnisse der Behandlung von Lymphomen haben sich in den letzten Jahrzehnten deutlich gebessert, nicht zuletzt durch die konsequente Behandlung einer Vielzahl von Patienten in Therapieoptimierungsstudien der deutschen Studiengruppen (GLSG, DSHNHL, GCLLSG, GHSG), die in diesem Feld weltweit zu den führenden Studiengruppen gehören.

Therapiestrategien

Aggressive Lymphome gehören zu den am besten zu behandelnden Lymphomen mit einer hohen Heilungsrate, die selbst im fortgeschrittenen Stadium über 60 Prozent liegt. Zentraler Bestandteil der Therapie ist die antrazyklinhaltige Chemotherapie mit CHOP in Kombination mit dem CD20 Antikörper Rituximab. Die Intensität der Therapie hängt von pa-

tientenspezifischen Faktoren wie Alter, Stadium, LDH, Allgemeinzustand und Anzahl der extranodalen Befällen ab. Eine Dosisintensivierung mittels autologer Blutstammzelltransplantation in der Primärtherapie führt zu keiner Verbesserung der Therapieergebnisse, die Strahlentherapie ist bei PET positiven Restbefunden fester Therapiebestandteil. Die im onkologischen Zentrum angebotene OPTIMAL Studie der Deutschen Studiengruppe für hochmaligne Lymphome (DSHNHL) prüft bei älteren Patienten, ob eine dosisdichtere Gabe von Rituximab sowie eine Anwendung liposomalen Vincristins die Therapieergebnisse verbessern können. In der Rezidivsituation haben die Patienten eine sehr schlechte Prognose, hier bietet die Abteilung für Hämatologie und Onkologie ihren Patienten, die nicht für eine Hochdosistherapie qualifizieren die Teilnahme an einer Studie an, in der ein neuartiger Antikörper zum Einsatz kommt.

Bei indolenten Lymphomen stellt das follikuläre Lymphom den größten Anteil an Erkrankungen dar. Aufgrund des häufig nur sehr langsamen Progresses wird weiterhin auch bis ins Stadium IV bei asymptomatischen Patienten keine Therapie begonnen. Wird der Patient symptomatisch mit starken B-Symptomen, Lymphknotenschwellungen größer 7 cm oder aber einer Kompression von Organen bzw. einer Verschlechterung der Blutbildwerte ist eine Therapieindikation gegeben. Bisher war hier der Einsatz einer konventionellen Chemotherapie mit CHOP oder Bendamustin Standard in Kombination mit einem CD20 Antikörper. Dank neuerer hochwirksamer Antikörper und Tyrosinkinaseinhibitoren sind hier erstmals chemotherapiefreie Behandlungsansätze denkbar allerdings nur in kontrollierten Studien.

Die besten Heilungschancen haben Patienten mit Hodgkin Lymphomen. Diese sind das Ergebnis konsequenter Therapieoptimierungsstudien der Deutsche Hodgkin Studiengruppe. Die Behandlung von Hodgkin Lymphomen im Rahmen von Studien ist Standard. Selten in der Onkologie wird versucht aufgrund der exzellenten Ergebnisse eine Therapie deeskalation durchzuführen, indem die Zahl der

Chemotherapiezyklen reduziert, die Bestrahlungsfelder verkleinert oder aber die Bestrahlung ganz weggelassen wird. Die Studiengruppe bietet unterschiedliche Konzepte für niedrig, intermediäre und Hochrisikopatienten an. Aktuell steht die sehr interessante HD21 Studie für Patienten im fortgeschrittenen Stadium zur Verfügung. Hier wird versucht, die hohe Toxizität des bisherigen Therapiestandards, durch Modifikation und Anwendung eines neuartigen Antikörper-Chemotherapiekonstruktes ohne Wirkungsverlust zu reduzieren.

Zahlreiche Vorträge und Veröffentlichungen auf internationalen Kongressen lassen erwarten, dass sich die Therapiestandards in den nächsten Jahren noch weiter verändern werden. Interessant wird sein inwiefern die Immuntherapie Einzug auch in die Behandlung von Lymphomen nehmen wird. Gerne können jederzeit Patienten in unserer Spezialsprechstunde für Lymphomerkrankungen vorgestellt werden. ■

F. Zettl

KONTAKT

Schwerpunkt Lymphome, Leukämien & Plasmozytome
Dr. Thomas Kubin
Koordinatorin: Dr. Elisabeth Dietl

T 0861 705-1243
F 0861 705-1729
E thomas.kubin@kliniken-sob.de

Therapieoptimierungsstudien für Lymphompatienten am Onkologischen Zentrum Traunstein

Morbus Hodgkin			
HD21	Deutsche Hodgkin Studien- gruppe (GHSg)	M. Hodgkin ab Stadium IIB mit großem Mediastinaltumor oder Extranodalbefall, III, IV	Therapieoptimierungsstudie in der Primär- therapie: 6x BEACOPP eskaliert versus 6x BrECADD mit reduzierter Toxizität
Non Hodgkin Lymphome			
Optimal	Deutsche Studiengruppe für hochmaligne Non-Hodgkin-Lym- phome (DSHNHL)	aggressive CD20+ B-NHL Lym- phome mit guter und weniger guter Prognose zwischen 61 und 80 Jahren	Optimierte Gabe von Rituximab und Ersatz von konventionellem durch liposomales Vin- cristin sowie FDG-PET basierte Therapiere- duktion
B-MIND		Patienten mit rezidiertem ag- gressiven CD20+ B-NHL Lym- phome, die ungeeignet für eine Hochdosistherapie sind	6 x Rituximab-Bendamustin und Rituxima- berhaltung versus 6 x MOR00208-Benda- mustin und Erhaltung mit MOR00208
GABe2016	Deutsche Studiengruppe für niedrigmaligne Lymphome	Komorbide Patienten mit ther- apiebedürftigen follikulären Lym- phomen	Obinutuzumab Bendamustin gefolgt von Obi- nutuzumaberhaltung versus Obinutuzumab Monotherapie
StiL NHL7-2008 (Maintain)	Studiengruppe für indolente Lym- phome (STiL)	Patienten mit therapiebedürfti- gem Morbus Waldenström	Bendamustin Rituximab mit und ohne an- schließender Rituximaberhaltung
Triangle	Europäisches Mantelzell-Lym- phom Netzwerk	Patienten mit Therapiebedürfti- gem Mantelzell-Lymphom zwi- schen 18 und 65 Jahren	3-armige Studie die den Stellenwert von Ibrutinib einem BTK-Inhibitor sowie der auto- logenen Transplantation prüft.

SAVE THE DATE

Merken Sie sich folgende Termin vor:

10. Januar 2018

**Neues aus San Antonio -
Aktuelle Empfehlungen und Trends in der
Therapie des Mammakarzinoms**

Großer Seminarraum, Klinikum Traunstein

7. März 2018

**22. Traunsteiner Symposium
„Praktische Gastroenterologie“**

Großer Seminarraum, Klinikum Traunstein

21. April 2018

12. Chiemgauer Krebskongress

in Gut Ising





Herzlich Willkommen

Wenn Information auf Emotion trifft

Sehr gut besuchter 3. Traunsteiner Krebskongress begeistert Laien- und Fachpublikum

Ganz im Zeichen von Information, Kommunikation und Empathie hat der vom Onkologischen Zentrum Traunstein (OZ) dreitägige 3. Traunsteiner Krebskongress gestanden. Unter dem Motto „Gemeinsam gegen den Krebs“ beleuchteten hochkarätige Referenten für das zahlreich erschienene Laien- wie Fachpublikum gleichermaßen gut verständlich verschiedenste Aspekte des Themas Krebs. In der entspannten Atmosphäre des Bildungszentrums für Gesundheitsberufe kamen Betroffene, Interessierte, Ärzte und medizinisches Fachpersonal locker ins Gespräch. Und für unter die Haut gehende, bewegende Momente sorgten Weltklasse-Langläuferin Steffi Böhler und LaBrassBanda-Frontmann Stefan Dettl im Interview mit BR-Moderator Norbert Joa.

Prof. Dirk Zaak vom Onkologischen Zentrum Traunstein konnte zur Kongresseröffnung am Freitag in der Aula des Bildungszentrum im Namen des gesamten Teams - wie schon bei der Auftaktveranstaltung am Vorabend mit dem mitreißenden Vortrag des international

renommierten Hamburger Krebsforschers Prof. Thorsten Schlomm über Gene und Bits in der Medizin - noch mehr Gäste als erwartet begrüßen. Unter ihnen auch Traunsteins Oberbürgermeister Christian Kegel, der in seinem Grußwort spontan versprach, in der nächsten Zeit das Angebot zur Darmkrebsvorsorge wahrzunehmen. Wie not dies tut, machte der gut vorbereitete Moderator der Veranstaltung deutlich: „Jeden Tag bekommen 1.400 Deutsche die Diagnose Krebs“, sagte Norbert Joa. Die gute Nachricht sei, dass die Möglichkeiten von Diagnose und Therapie dank intensiver Forschung immer besser würden und Früherkennung nach wie vor die Heilungschancen erhöhe. Wer dennoch von einer Krebserkrankung betroffen sei, dem wolle der Kongress Mut machen im Sinne von „Ja, wir haben Krebs, aber das Leben geht weiter.“

Diesem Anspruch wurde, die bis ins letzte Detail perfekt organisierte Veranstaltung in vielerlei Hinsicht immer wieder gerecht. So bewies sie den insgesamt mehr als 500 Besuchern, dass Vorsorge zwar Not tut, aber nicht weh tut. Davon konnten sich die Gäste in der Aula auch gleich ein Bild machen: Bei einer Live-Schaltung ins Klinikum Traunstein nahmen sie an einer Darmspiegelung teil. Während der mit der Veröffentlichung einverständene Patient selig vor sich hinschlummerte, entführte Gastroenterologie-Chefarzt Dr. Anton Kreuzmayr das faszinierte Publikum

auf eine aufschlussreiche endoskopische Reise durch den Darm. Obwohl die rund zehnmündige Untersuchung nicht schmerzhaft und ein unverzichtbares Mittel zur Vorsorge gegen eine schlimmstenfalls tödliche Krebserkrankung ist, wird sie ebenso wie die Prostatakrebsvorsorge viel zu wenig wahrgenommen. „Die Angst vor dem Urologen ist unbegründet, wenn Prostata-Krebs rechtzeitig erkannt wird, ist er meist heilbar“, so das Fazit eines von erfreulich vielen Männern besuchten Kurzvortrags von Urologie-Oberarzt Dr. Thomas Hofmann.

Einige Seminarräume weiter stellte Dr. Christian Geltner, Chefarzt der Pneumologie an der Kreisklinik Bad Reichenhall, fest, dass Raucher im Schnitt zehn Jahre früher sterben und der Anteil der an Lungenkrebs erkrankten Frauen weiterhin steige. Die häufigste Krebserkrankung bei Frauen sei aber nach wie vor „der Brustkrebs, jede Zehnte ist betroffen“, so Prof. Afshin Rashmanian-Schwarz beim „Talk in der Aula“ mit Norbert Joa. Der Chefarzt der neuen Klinik für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie am Klinikum Traunstein machte Patientinnen mit einer nicht vermeidbaren Brust-Amputation Mut, indem er die heutzutage mit gutem Ergebnis möglichen Rekonstruktionen aus körpereigenem Gewebe vorstellte. Sein Vortrag in Wort und Bild bewegte das Publikum sichtlich.

Und auch der abendliche Talk des Patiententages ging den Menschen unter die Haut: So,

◀ Die große Gesprächsrunde (v. l.): Stefan Dettl (Musiker), Steffi Böhler (Skilangläuferin), BR-Moderator Norbert Joa, Dr. Philip Janda (Stresstherapeut) sowie Prof. Dirk Zaak.

▶ Die Bilder sprechen für sich: Ein Krebskongress kann unterhaltend, informativ, wissenschaftlich, mal ernst, freundlich oder auch schon mal lustig sein.



als die sympathische Sportlerin Steffi Böhler mit Joa und dem Stresstherapeuten Dr. Philip Janda offen über ihre vor fünf Jahren erfolgte Diagnose Schilddrüsenkrebs und ihren Umgang damit sprach. Heute geheilt, machte die 36-Jährige Betroffenen Mut: „Das heißt nicht gleich Untergang, man muss sich nicht gleich ein Grab schaufeln.“

Vollblutmusiker Stefan Dettl, der das Publikum zwischendurch mit Gitarrist Fabian Jungreithmayr vor Begeisterung von den Stühlen riss, zollte Steffi Böhler höchste Anerkennung für ihre mentale Stärke im Umgang mit der Diagnose Krebs. Sie habe in ihrem sozialen Umfeld gefunden, was andere Menschen auch in den von Janda dringen empfohlenen Selbsthilfegruppen finden könnten, so Böhler.

Betroffene nahmen beim Krebskongress auch sehr gerne die Möglichkeit wahr, direkt mit Selbsthilfegruppen wie der von Dr. Eckhard Pfeiffer geleiteten Prostatakrebs Selbsthilfe in Traunstein ins Gespräch zu kommen. Wie Ärzte bei der Diagnose Krebs ihren Patienten die schlimme Nachricht überbringen, brachte Kommunikationsprofi Oliver Keifert beim Ärztetag auf den Punkt: „Es ist eine große Kunst, Dinge einfach darzustellen“, sagte er. Ob Vorträge für jedermann oder auch die sehr gut besuchten Ausführungen für das medizinische Fachpersonal: Die Referenten des Krebskongresses beherrschten diese Kunst erfreulich gut.

Und so konnten die Kongressbesucher eine Fülle wertvoller Informationen mitnehmen,

etwa auch beim Vortrag von Hämato-Onkologie-Chefarzt Dr. Thomas Kubin über die Fortschritte in der Medizin bei der Weiterentwicklung der Immuntherapie. Oder auch ganz lebensnahe Tipps wie die der Jenaer Professorin Jutta Hübner über die richtige Ernährung bei Krebs.

Einmal mehr engagierte sich auch der FC Bayern Fanclub Rot-Weiße-Traun Traunstein e.V. für vom Krebs Betroffene: Er verdoppelte den Erlös seines Torwandschießen vor dem Bildungszentrum, der direkt dem guten Zweck zukommt.

Zusammen mit der Ankündigung Prof. Zaaks, dass im Juli ein Verein „Gemeinsam gegen den Krebs e.V.“ gegründet werde, bestätigte der rundum gelungene Kongress, was der Traunsteiner Landrat Siegfried Walch im Gespräch mit Dr. Uwe Gretscher, Vorstandsvorsitzender der Kliniken Südostbayern AG, so zusammenfasste: „Es ist eine Ausnahme und im ländlichen Raum durchaus nicht selbstverständlich, dass wir mit dem Klinikverbund in den Landkreisen Berchtesgadener Land und Traunstein eine qualitativ sehr gute Gesundheitsversorgung haben.“ Dafür könne man durchaus dankbar sein, so der Aufsichtsratsvorsitzende der Kliniken AG. ■



Operative Therapie immer schonender

Gynäkologische Krebserkrankungen wurden in den vergangenen Jahrzehnten meist sehr radikal operiert. So war bei Operation des Zervixkarzinoms (Wertheim-OP) bzw. Endometriumkarzinoms ein Zugang über eine Längsschnitt-Laparotomie obligat. Beim Vulvakarzinom erfolgte meist eine en-bloc-Resektion der Vulva (radikale Vulvektomie) und der inguinalen Lymphknoten, oftmals mit sehr verstümmelndem Ergebnis. Hier hat sich in den vergangenen Jahren ein deutlicher Wandel hin zu schonenderen Verfahren durchgesetzt. Viele Studien zeigen, dass dadurch die gleiche onkologische Sicherheit gegeben ist. Beim Ovarialkarzinom hingegen ist nach wie vor die primäre radikale (RO-) Resektion sämtlicher Tumormanifestationen der Goldstandard, gefolgt von einer adjuvanten Chemotherapie. Wie eine neue große Studie zeigt (LIONS-Studie), kann nun aber auch beim Ovarialkarzinom im Einzelfall auf eine komplette Lymphknotenentfernung verzichtet werden. Auch in der Rezidivsituation kann eine erneute OP bei ausgewählten Patientinnen das Überleben verlängern.

Minimal-invasive Operation des Zervix- und Endometriumkarzinoms durch Laparoskopie Eingriffe mittels Bauchspiegelung (Laparoskopie) sind seit vielen Jahren Standard bei gynäkologischen Operationen, wie Adnexektomien, Hysterektomien (Totale laparoskopische Hysterektomie – TLH, oder Laparoskopische suprazervikale Hysterektomie – LASH), Myomenukleationen, Endometriose-resektionen u.v.m. Laparoskopische onkologische Eingriffe wie die radikale Hysterektomie nach Wertheim oder pelvine / paraaortale Lymphknotenentfernungen stellen sicherlich nochmals spezielle Anforderungen sowohl an die Erfahrung des Operateurs als auch die Technik dar. Viele Studien zeigen inzwischen, dass das minimal-invasive Vorgehen die gleichen outcome-Raten wie das offene Operieren zeigt (gleiche Anzahl resezierter Lymphknoten, gleiche Resektionsränder der

Parametrien und der Vagina, gleiche Rezidivraten), aber mit deutlich geringerem Operationstrauma, schnellerer Wundheilung, Mobilisation und Erholung der Patientinnen einhergeht. Sowohl der Blutverlust als auch die Wundinfektionsrate und der Schmerzmittelbedarf bei laparoskopischer OP sind signifikant geringer. Voraussetzung

für derartige Laparoskopien ist neben der Erfahrung des Operateurs die entsprechende technische Ausstattung, z. B. mit HD-, 4K- oder 3-D Laparoskopie-Einheit, Ultraschall-gesteuerte Schneideinstrumente (z. B. Ultracision®, Ethicon, Thunderbeat®, Olympus) und weiteres Zubehör-Instrumentarium.

Den Patientinnen des Gynäkologischen Krebszentrums Traunstein werden derartige laparoskopische Verfahren falls immer möglich angeboten. So erfolgt beim Zervixkarzinom zunächst ein laparoskopisches Lymphknotenstaging (pelvine und paraaortale Lymphonodektomie), und bei im Schnellschnitt negativen Lymphknoten die laparoskopische Hysterektomie nach Wertheim. Gerade beim Endometriumkarzinom mit oft älteren, adipösen Patientinnen und hohem Risiko von Wundheilungsstörungen (Diabetes!) zeigt die Laparoskopie Vorteile, so dass die Hysterektomie, Adnexektomie, Lymphonodektomie oder auch Omentektomie möglichst auf diesem Wege erfolgen.

Vulvakarzinom

Während die Inzidenz des Zervixkarzinoms durch die verbesserte Früherkennungsuntersuchung rückläufig ist und durch die HPV-Impfung weiter abnehmen wird, nahm die Fallzahl an Vulva- und Vaginalkarzinomen in den letzten Jahren deutlich zu. Aktuell wird mit ca. 4000 Neuerkrankungen pro Jahr in Deutschland gerechnet. Auch jüngere Frauen zwi-



schen 40 und 60 Jahren zeigen gehäuft HPV-assoziierte prä-invasive Läsionen oder Vulvakarzinome. Bei frühzeitiger Diagnose eines Vulvakarzinoms lässt sich dieses durch eine lokale Exzision sicher behandeln, es muss bei einseitiger Lokalisation keine komplette Vulvektomie erfolgen. Während bisher eine Resektion mit mindestens 10 mm Sicherheitsabstand gefordert wurde, zeigen aktuelle Daten gleiche onkologische Sicherheit, d. h. Rezidivraten, auch bei einem Resektionsrand von 3 mm. Die Abklärung der inguinalen Lymphknoten erfolgt über separate Schnitte in den Leisten (3-Schnitt-Technik), die früher praktizierte en-bloc-Resektion gilt heute als obsolet. Bei jeder Form der Resektion und Defekt-Deckung sind funktionelle Faktoren (Miktions, Sphinktererhalt, Möglichkeit von GV) zu bedenken. Bei großen Defekten ist eine plastische Deckung gelegentlich unumgänglich. Diese kann am Klinikum Traunstein in Kooperation mit der Plastischen Chirurgie (CA Prof. Rahmanian-Schwarz) z. B. mittels M. Gracilis-Lappenplastik, erfolgen.

Ab einer Infiltrationstiefe > 1mm (\geq pT1b) muss eine Abklärung des Nodalstatus erfolgen. Ist das Karzinom streng einseitig lokalisiert (>1cm von der Mittellinie an der Klitoris und hinteren Kommissur entfernt) und < 2cm, genügt auch eine ipsilaterale Abklärung des Lymphknotenstatus in der Leiste, sofern diese Lymphknoten unauffällig sind. Bei einseitiger Lokalisation und Tumorgöße < 4cm kann

auch eine Sentinel-Lymphonodektomie nach vorheriger radioaktiver Markierung des Tumors angeboten werden, allerdings muss eine ausführliche Aufklärung der Patientin und sehr exakte pathologische Aufarbeitung erfolgen.

All diese Entwicklungen führen dazu, dass die früher üblichen teils verstümmelnden Operationen meist vermieden und das Risiko von Wundheilungsstörungen und Lymphödemem reduziert werden können.

Ovarialkarzinom

Aufgrund fehlender Screeningmethoden und uncharakteristischer Symptomatik werden nach wie vor ca. 70% aller Ovarialkarzinome erst im fortgeschrittenen Stadium (Stadium III / IV) diagnostiziert. An Präventionsmöglichkeiten stehen nur die genetische Testung bei familiärem Risiko und prophylaktische Adnexektomie zur Verfügung. Inzwischen gibt es Hinweise, dass viele Ovarialkarzinome fortgeleitete Tubenkarzinome sind, so dass wir immer auch bei Sterilisationen, Hysterektomien und anderen gynäkologischen Eingriffen eine prophylaktische beidseitige Salpingektomie anbieten. Basis der Therapie des Ovarialkarzinomes ist entsprechend der S3-Leitlinie nach wie vor die primäre Operation mittels Explorativ-Laparotomie mit Entfernung der Adnexe, des Uterus, des Omentums, der Lymphknoten und sämtlicher sichtbarer Tumorabsiedelungen. Derartige multi-viszerale Resektionen sind oft sehr aufwändig und beinhalten u. U. die Entfernung befallener Darmsegmente, Resektionen an der Blase oder den Ureteren, am Peritoneum, Mesenterium, am Zwerchfell, Leber und Milz. Dennoch zeigen alle Studien, dass eine primäre komplette R0-Resektion der entscheidende Prognosefaktor ist und diese Patientinnen das beste outcome haben. Seit langem wird die Frage der neo-adjuvanten Chemotherapie mit folgender Operation diskutiert. Die bisherigen Studien zeigen keinen Unterschied zwischen neo-adjuvanter und adjuvanter Chemotherapie, so dass diese im Einzelfall, z. B. bei primärer Inoperabilität, empfohlen werden kann (Vergote et al. NEJM). Zur weiteren Beantwortung dieser Frage startete vor kurzem die deutsche

AGO Ovar 19 / TRUST Studie, an der das Gynäkologische Krebszentrum in Traunstein ebenfalls teilnimmt.

Die Frage nach der Notwendigkeit einer kompletten pelvinen und paraaortalen Lymphknotenentfernung wurde in der deutschen AGO LIONS (Lymphadenectomy in ovarian neoplasm) - Studie untersucht, deren Ergebnisse aktuell auf dem ASCO 2017 präsentiert wurden (Harter et al.). Hier wurden über 600 Patientinnen mit fortgeschrittenem Tumor (Stadium III / IV), die alle tumorfrei (R0) operiert werden konnten, randomisiert in eine Gruppe mit und eine ohne kompletter Lymphknotenentfernung. Weder das Rezidiv-freie noch das Gesamtüberleben unterschied sich in den beiden Gruppen, so dass nun bei kompletter Resektion des Tumors und makroskopisch unauffälligen Lymphknoten (nach entsprechender Exploration des Retroperitonealraumes) auf die Lymphknotenentfernung in diesem Kollektiv verzichtet werden kann.

Weitere beim ASCO 2017 präsentierte Studien zeigten erneut, dass alternative Verfahren, wie z. B. HIPEC (Hypertherme intraperitoneale Chemotherapie) als experimentiell zu betrachten sind und derzeit nicht empfohlen werden können. Auch in der Rezidivsituation sollte allerdings unter bestimmten Voraussetzungen ein erneuter operativer Ansatz in Betracht gezogen werden. Wie die ebenfalls

beim ASCO 2017 präsentierten Daten der deutschen DESKTOP III Studie an über 400 Patientinnen zeigen, hatten diejenigen mit erneuter kompletter Tumorresektion gefolgt von Chemotherapie das beste outcome im Vergleich zu den Patientinnen mit alleiniger Chemotherapie.

Insgesamt geht der Trend bei den gynäkologischen Krebserkrankungen also weiter hin zu einer möglichst individualisierten und schonenderen Therapie, wobei die operativen Verfahren nach wie vor den Goldstandard der Behandlung darstellen. ■

KONTAKT

Gynäkologisches Krebszentrum
Prof. Dr. Christian Schindlbeck
Koordinatorin: Dr. Michaela Eder

T 0861 705-1231

F 0861 705-1695

E christian.schindlbeck@kliniken-sob.de



Strahlentherapie und Radioonkologie

Neues aus der Radioonkologie

Vom 21.-23. September wurden von der Abteilung Strahlentherapie-Radioonkologie des Klinikums Traunstein zum vierten Mal die „Chiemsee-Tage der Bayerischen Radio-Onkologen“ veranstaltet. Unter dem Motto „Praxis trifft Universität“ diskutierten Ordinarien deutschsprachiger Universitäten (LMU und TU München, Erlangen, Frankfurt, Düsseldorf Innsbruck, Basel) mit bayerischen Klinik- und Praxis-Chefs wieder über Neuerungen auf dem Gebiet der Krebstherapie und Möglichkeiten der Anwendung in der klinischen Routine.

„In Bayern haben wir heute an Schwerpunkt-Krankenhäusern, wie dem Klinikum Traunstein einen Versorgungsstandard erreicht, der demjenigen von Universitätskliniken in nichts nachsteht“, so Dr. Auberger, der Chefarzt der Traunsteiner Strahlentherapie in einem Interview. „Häufig werden sogar mehrere gleichwertige Behandlungsverfahren für dieselbe Behandlungssituation angeboten. Umso wichtiger ist es, in einer Zeit der „personalisierten Medizin“ die für den jeweiligen Patienten am besten geeignete Therapie, zu selektieren. Dies geschieht bereits täglich in den Tumorkonferenzen unseres Onkologischen Zen-

trums und dies war auch Hauptthema in allen Organ-Sitzungen der Chiemseetage 2017.“

Mammakarzinom

Mehrere klinische Studien beschäftigten sich in den USA, in Kanada und Großbritannien mit einer Verkürzung der Behandlungszeiten beim Mammakarzinom und konnten feststellen, dass bei Vergleich unserer alten Bestrahlungstechniken, eine Verkürzung der Behandlungszeit ohne Verstärkung der Nebenwirkungen möglich ist. Da in diesen Ländern die Versorgung mit Linearbeschleunigern nicht flächendeckend ist, sind die Wartezeiten und die Wegstrecken zur nächsten Strahlentherapie lang. Deshalb führten in diesen Ländern die Ergebnisse dieser Studien zu einer deutlichen Verbesserung der Patientenversorgung. In Deutschland liegt dagegen heute eine hervorragende flächendeckende Versorgung mit modernsten Therapie-Beschleunigern vor, sodass vielmehr die Frage im Vordergrund steht, wie man durch noch aufwändigere Techniken die Nebenwirkungen einer Behandlung noch weiter reduzieren kann. Für diese Konzepte sind Vorteile durch eine Verkürzung der Behandlungszeit bislang

noch nicht gesichert. Dies zeigt, dass klinische Forschung auch immer regional und zielorientiert zu sehen ist.

Zu den Highlights des Symposiums gehörten deshalb auch die neuen Strahlentherapie-techniken zur Behandlung von Brustkrebs, die es ermöglichen, mittels IMRT-Technik in der gleichen Sitzung das Operationsbett und die gesamte Brust mit unterschiedlichen Dosen zu behandeln, wie es bei uns schon seit einigen Jahren üblich ist, und mittels Atem-getriggelter Bestrahlung Herz und Lunge noch besser zu schonen. Derzeit wird in Traunstein gerade ein TOP-Linearbeschleuniger eingebaut, der über die Möglichkeit einer solchen Atem-Triggerung verfügt.

Eine besondere Expertise konnte das Klinikum Traunstein in der adjuvanten Behandlung des Mammakarzinoms mittels Brustrekonstruktion und Strahlentherapie vorweisen, da hier eine besonders enge Kooperation zwischen der Radioonkologie und der Plastischen Chirurgie erforderlich ist, um das optimale Timing und eine maximale Supportivtherapie der verschiedenen Behandlungen aufeinander abzustimmen. Hier liegt in den meisten bayerischen Zentren nur eine sehr begrenzte Expertise vor.

Prostatakarzinom:

Bei Patienten mit Prostatakarzinom-Rezidenen nach Strahlentherapie war bisher eine anti-androgene Therapie empfohlen. Eine Operation oder eine erneute Strahlentherapie wurde nur in Ausnahmefällen durchgeführt. Hier steigen inzwischen die Fallzahlen und auch die Erfolgsraten für eine Zweitbestrahlung mittels Pulsed Dose Rate Brachytherapie, so dass heute- abhängig vom Einzelfall – diese Therapie als Alternative zur systemischen Adrogen-deprivationstherapie angeboten werden kann. Auch im Falle einer Oligo-Metastasierung (wenige Metastasen, d.h. bis zu 3-5 Lymphknoten- oder Knochenmetastasen) steht die lokale Therapie mittels Bestrahlung und/oder Operation mittlerweile im Vordergrund, da hierdurch die antiandrogene Therapie, deren Langzeitnebenwirkungen hinsichtlich der Lebensqualität bisher häufig unterschätzt wur-



den, teils über mehrere Jahre hinausgeschoben werden kann.

Eine Verkürzung der Behandlungszeit bei primärer Strahlentherapie des Prostatakarzinoms wird bisher nicht generell empfohlen. Für eine Protonentherapie wurden nach einheitlicher Meinung bisher keine klinisch belegbaren Vorteile gegenüber einer Intensitätsmodulierten Strahlentherapie (wie sie an unsrem Haus durchgeführt wird) nachgewiesen.

Die interstitielle perineale Applikation eines Abstandshalters (Spacers) zwischen vorderer Darmwand und Prostata soll das Proktitisrisiko bei der primären Strahlentherapie des PC (derzeit ca. 1,5%) noch weiter senken. Ein Spacer ist ein Ballon, der über eine Hohlnadel von perineal eingebracht wird und anschließend mit Kochsalzlösung gefüllt wird, um die vordere Darmwand von der Prostata weg nach hinten zu drängen. Bisher gibt es in Deutschland nur drei Kliniken, die diese Methode verwenden. In Traunstein beginnt gerade die Testphase.

Radio-Immuntherapie

Bei einer Reihe von Tumoren werden heute bereits die Immuntherapie und die Strahlentherapie erfolgreich kombiniert. Hierdurch ergibt sich eine gegenseitige Wirkungsverstärkung, die dazu führen kann, dass bei der sog. Radioimmuntherapie durch die Bestrahlung eines Tumors an einer Stelle auch die Wirkung der Immuntherapie bei anderen nicht bestrahlten Tumorherden und Metastasen verstärkt wird, weil die Bestrahlung das Immunsystem zusätzlich anregt. „Es wird sich künftig also in den meisten Fällen nicht die Frage stellen,“ so Prof. Belka vom Klinikum Großhadern, „wie die Immuntherapie eine Strahlentherapie ersetzen kann, sondern wie die beiden Therapieformen am besten miteinander kombiniert werden müssen.“

Lungen- und Lebermetastasen; HCC

Einen ganzen Nachmittag widmeten sich die Experten dem Thema Stereotaxie (SRT) und Radiochirurgie. Die SRT von Lungenmetastasen ist eine nahezu nebenwirkungsfreie, si-

chere Therapie, die an 3 Tagen ambulant durchgeführt werden kann und weist gleiche Heilungsraten wie eine Operation aber wesentlich geringere Nebenwirkungen auf. Auch bei frühzeitig erkannten Bronchialkarzinomen sind die Ergebnisse einer SRT und einer Operation gleichwertig, obwohl die deutschen Leitlinien bei operablen Primärtumoren bisher noch die Resektion empfehlen. Zur Behandlung von inoperablen Lebermetastasen werden heute verschiedenste Verfahren angeboten, so dass die Auswahl nicht selten dem Zufall überlassen ist. Hier sind die Einsatzmöglichkeiten der SRT, die in vielen Fällen der Radiofrequenzablation deutlich überlegen ist, noch zu wenig bekannt. Auch bei der Behandlung des inoperablen Hepatozellulären Karzinoms konnte die SRT in der Kombination mit einer TACE das rezidiv-freie und das mediane Überleben gegenüber einer alleinigen TACE verbessern.

Auch mit den Unterschieden zwischen verschiedenen Stereotaxie- und Radiochirurgie-Geräten befasste sich die Experten-Diskussion und stellte fest, dass zwischen dem Cyberknife-System und der LINAC-basierten SRT, wie sie an den beiden Münchner Universitäten und auch am Klinikum Traunstein betrieben wird, hinsichtlich der Erfolgsraten und der Einsatzmöglichkeiten kein signifikanter Unterschied besteht. „Keinesfalls ist Cyberknife das einzige Gerät, mit dem eine gute stereotaktische Strahlentherapie betrieben werden kann“, stellte Prof. Zimmermann von der Universität Basel fest. Die LINAC-basierte SRT ist technisch völlig gleichwertig. „Darüber hinaus zählt wesentlich auch die Zusammenarbeit der verschiedenen medizinischen Fachgebiete an einer Klinik, die in einer Cyberknife-Praxis fehlen“.

Hals-Nasen-Ohren-Tumore:

Nach wie vor stellt die kombinierte Radiochemotherapie von HNO-Tumoren eine der aggressivsten Behandlungen im Bereich der Strahlentherapie dar. Durch den Einsatz sog. „zielerichteter“ Therapien (Substanzen, die bestimmte Stoffwechselprozesse in der Zelle beeinflussen) in Kombination mit der Be-

strahlung hat sich die Stärke der Nebenwirkungen nur gering gebessert, jedoch kann denjenigen Patienten, die aus internistischen Gründen nicht Chemotherapie-fähig sind, eine adäquate Alternative geboten werden.

Von entscheidender Bedeutung sind eine optimale begleitende Schmerz- und Ernährungstherapie, Haut- und Schleimhautpflege, und die frühzeitige Behandlung von lokalen Infektionen und Mykosen die nur von einem eingesetzten Team unter stationären oder tagesstationären Bedingungen, wie sie in Bayern außerhalb der Universitätskliniken nur noch am Klinikum Traunstein bestehen, zu meistern sind.

Mit den heutigen Bild-gestützten (IGRT) - Präzisionstechniken sind auch Re-Bestrahlungen mit gutem Erfolg und akzeptablem Nebenwirkungsspektrum umsetzbar, wenn der Abstand zum Rezidiv mehr als 2 Jahre beträgt.

Krebs und Spiritualität:

Ein Highlight des Symposiums, war auch der Vortrag von Prof. Oliver Micke zum Thema „Spiritualität und Krebs“, der vielfältig darlegte, dass es nicht nur auf die medizinische Behandlung des Tumors, sondern in gleicher Weise auf die mentale Begleitung des Krebspatienten ankommt. Das Eingehen auf Ängste und Kontrollverlust, das Stärken von Hoffnung und Mut und das Einbeziehen von Glaubensvorstellungen und sozialen Verankerungen des Patienten sei ebenso Aufgabe des Arztes, wie die Therapie selbst und könne nicht nur dem Psychoonkologen überlassen werden.



KONTAKT

Strahlentherapie und Radioonkologie
CA Dr. Thomas Auberger
Dr. Ingrid Jacob - Strahlen Tagesklinik

T 0861 705-1293

F 0861 705-1751

E strahlen.ts@kliniken-sob.de

Prostatakrebszentrum:

Urologische Krebstherapie auf höchstem Niveau

Große Auszeichnung für das Prostatakrebszentrum Traunstein

Auf dem diesjährigen Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) in Dresden Ende September, mit 7000 Teilnehmern immerhin der drittgrößte urologische Fachkongress weltweit, wurde das „**Prostatakrebszentrum Traunstein**“ mit dem renommierten **Alexander-von-Lichtenberg-Preis** ausgezeichnet.

Der Preis wird jährlich von einer Fachjury an niedergelassene urologische Projekte vergeben, die einer verantwortungsbewussten und qualitätsorientierten sektorenübergreifenden, regionalen fachmedizinischen Versorgung in vorbildlicher Weise gerecht werden.

Stellvertretend für das ganze Team wurde dem Koordinator des Zentrums, Dr. Thomas Hofmann der Alexander-von-Lichtenberg-Preis vom Präsidenten der DGU Prof. Tilmann Kälble überreicht.

Das prämierte Traunsteiner Projekt

Untersuchungen aus den U.S.A. lassen den Rückschluss zu, dass durch die Behandlung in Krebszentren bei Patienten mit fortgeschrittenem Prostatakarzinom (Pca), eine Verbesserung des Überlebens erzielt werden kann. Vor diesem Hintergrund ist die Anzahl der von der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifizierten Prostatakrebszentren in Deutschland kontinuierlich auf 97 angestiegen. Grundsätzlich zeichnet sich bei der „Therapiekaskade“ von Patienten mit PCa ein Trend zur ambulanten Behandlung ab. Dies könnte insbesondere in ländlichen Räumen mit unzureichender Vernetzung mit den, meist nur in Kliniken etablierten Organkrebszentren zu Defiziten in der fachübergreifenden Interaktionen (u.a. Nichterfassung klinischer Daten, unnötige Doppeluntersuchungen, fehlende Prüfung der Therapieeffizienz etc.) und damit potentiell zu schlechteren Behandlungsergebnissen führen.

Eine gewachsene Infrastruktur aus der Urologischen Gemeinschaftspraxis Traunstein und der Abteilung für Urologie am Klinikum Traunstein initiierte bereits 2008 regelmäßige interdisziplinäre uro-onkologische Fallkonferenzen. Diese personelle und infrastrukturelle

Vernetzung von Niederlassung und Hauptabteilung führte Ende 2012 unter dem Dach des Onkologischen Zentrums zur Gründung des DKG-zertifizierten Prostatakrebszentrums Traunstein. Im Übrigen das erste Zentrum Deutschlands in dieser Kombination. Das Zentrum hat den Anspruch, in die ländliche Region Südostbayerns eine uro-onkologische Versorgung aus einer Hand zu implementieren, die den nationalen und internationalen Versorgungsrichtlinien entspricht. Zusätzlich wurde im Jahr 2013 ein Kooperationsmodell etabliert, das fast alle urologischen Facharztpraxen im Raum Südostbayern als zertifizierte Kooperationspartner in das Prostatakrebszentrum Traunstein einbindet.

Mittlerweile werden jährlich ca. 200 Neuerkrankungen im Zentrum diagnostiziert und leitliniengerecht behandelt. Die regelmäßigen Überprüfungen durch die Deutsche Krebsgesellschaft verliefen stets ohne Beanstandungen und auch die Qualitätsvergleiche mit den anderen deutschen Prostatakrebszentren bestätigen mit Spitzenplätzen den eigenen hohen Anspruch des Traunsteiner Teams. Das Traunsteiner Projekt wurde, so Prof. Kälble für den Alexander-von-Lichtenberg-Preis

2017 ausgewählt, weil es exemplarisch für die praktische Umsetzung eines Modells zur optimierten Versorgung uro-onkologischer Patienten stehe und weil es die Rolle der niedergelassenen Urologie qualitativ und in der öffentlichen Wahrnehmung neu definiert hat.

KONTAKT

Prostatakrebszentrum
Prof. Dr. Dirk Zaak
Dr. Thomas Hofmann - Koordinator

T 0861 705-1197
F 0861 705-1469
E zaak@urologie-traunstein.de

▼ Verleihung des Alexander-von-Lichtenberg-Preises. Von links: Prof. Dr. T. Kälble, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie und Dr. Thomas Hofmann, Prostatakrebszentrum Traunstein.



Darmkrebszentrum:

Update Darmkrebsvorsorge

Im Darmzentrum Traunstein werden Patienten mit Darmkrebs behandelt. Eines unserer Hauptziele ist es aber, durch Vorsorge zu verhindern, dass es überhaupt zu einer Erkrankung an Darmkrebs kommt. Deshalb gibt es in Deutschland seit 2002 ein Vorsorgeprogramm zur Vermeidung und Früherkennung von Darmkrebs. Seither gehen die Rate an Neuerkrankungen und die Sterblichkeit an Darmkrebs zurück – und das, obwohl bisher leider nur ein geringer Teil der Bevölkerung das Angebot zur Vorsorge wahrnimmt.

Für die beschwerdefreie Bevölkerung beginnt die Darmkrebsvorsorge ab dem 50. Lebensjahr. Von den Krankenkassen wird ab diesem Alter zunächst jährlich eine Untersuchung auf nicht sichtbares Blut im Stuhl übernommen. Seit Ende letzten Jahres wird eine neue Generation von Stuhltests (quantitative immunologische Tests, iFOBT), die genauer und weniger fehleranfällig sind, bezahlt. Wenn im Stuhltest nicht sichtbares Blut nachgewiesen wird, so ist eine Koloskopie zur Vorsorge nötig.

Ab dem 55. Lebensjahr hat man Anspruch auf eine Darmspiegelung. Diese sollte bei unauf-

fälligem Befund nach 10 Jahren wiederholt werden. Es wird derzeit in Fachkreisen heftig und teilweise kontrovers diskutiert, ob das Alter für die erste Darmspiegelung herabgesetzt werden sollte. Bisher gibt es hierzu keinen Beschluss, trotzdem gibt es Risikogruppen, die frühzeitig mit der Darmkrebsvorsorge beginnen sollten. Zu diesen Risikogruppen gehören in erster Linie Menschen mit einer familiären Darmkrebsbelastung und Menschen, die an einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung leiden. Aber auch häufige Bauchschmerzen, chronische Durchfälle oder Verstopfungen, eine Änderung des Stuhlverhaltens oder sogar Blut im Stuhl sind Anlass für eine frühzeitige Untersuchung. Wenn Sie zu einer dieser Risikogruppen gehören, so nehmen Sie gerne mit uns, Ihrem Hausarzt oder einem niedergelassenen Gastroenterologen Kontakt auf, um festzulegen, ob und ab wann eine Darmspiegelung nötig und sinnvoll ist.

Wenn bei einer Darmspiegelung Polypen, das sind mögliche Darmkrebsvorstufen, festgestellt und entfernt wurden, dann sollte in jedem Fall spätestens nach 5 Jahren eine erneute Darmspiegelung erfolgen. Je nach Anzahl und Größe der Polypen eventuell sogar schon deutlich früher. Dieses Intervall wird

von jeweiligen Untersucher festgelegt und empfohlen. Auch wenn der Darm bei der Darmspiegelung nicht ausreichend gereinigt war oder wenn ein deutlich erhöhtes familiäres Risiko vorliegt, ist eventuell ein verkürztes Intervall bis zur nächsten Untersuchung nötig. Auch in diesen Fällen gibt der Untersucher eine Empfehlung ab.

Darmkrebs kann durch die Vorsorgedarmspiegelung verhindert werden. Und auch wenn Darmkrebs im Frühstadium entdeckt wird, kann er zu fast 100 Prozent geheilt werden. Die Darmkrebsvorsorge ist eine Erfolgsgeschichte, an der noch zu wenig Menschen teilnehmen! Deshalb gehen Sie zur Darmkrebsvorsorge und animieren Sie ihre Angehörigen, dies auch zu tun. ■

M. Buchhorn, R. Schauer

KONTAKT

Darmzentrum
PD Dr. Drs. h.c. Rolf Schauer
Koordinatoren: Dr. Matthias Buchhorn
Dr. univ. Angela Wimmer
T 0861 705-1201
F 0861 705-1470
E rolf.schauer@kliniken-sob.de

Darmkrebszentrum:

Dr. med. Angela Wimmer

Koordinatorin für das Darmkrebszentrum Traunstein

Dr. med. univ. Angela Wimmer ist seit 1. Juli 2017 neben Dr. Matthias Buchhorn die neue Koordinatorin für das Darmkrebszentrum Traunstein. Die personelle Änderung wurde notwendig, weil die bisherige Koordinatorin, Dr. med. univ. Cornelia Kneisl als Fachärztin für Chirurgie aus der Abteilung ausgeschieden ist und nun zunächst eine Ausbildung zur Allgemeinärztin anstrebt.

Dr. Wimmer ist 28 Jahre jung und befindet sich bereits im 5. Jahr der Weiterbildung zur

Allgemein- und Viszeralchirurgin in der Chirurgie des Klinikums Traunstein. Frau Wimmer kennt bestens die Vorgaben für die Darmkrebszentren hinsichtlich Vorsorge, Diagnostik, Therapie und Nachsorge bei Patienten mit kolorektalen Karzinomen.

Dr. Wimmer wird zusammen mit Dr. Buchhorn die Koordination des Darmkrebszentrums Traunstein in bewährter Weise fortführen. Wir wünschen ihr auf diesem Wege viel Glück und Erfolg und bedanken

uns ebenso bei Frau Kneisl für ihren Einsatz für das Darmkrebszentrum in den vergangenen Jahren! ■

R. Schauer



► Dr. med. univ. Angela Wimmer

4. Siegsdorfer Lauf fürs Leben

Auch das Onkologische Zentrum Traunstein wieder am Start

Bei strahlend blauem Himmel und Sonnenschein haben auch dieses Jahr wieder knapp 400 Teilnehmer den Weg nach Siegsdorf zum 4. Lauf fürs Leben, organisiert von der „Wohlfühlwerkstatt Traunstein e.V.“, gefunden. Der Verein „Wohlfühlwerkstatt Traunstein e.V.“ bietet seit Jahren Krebspatienten einen Rückzugsort mit einer Vielzahl von Angeboten zur Verbesserung der Lebensqualität, fern ab von Klinik und Praxis.

Wie bereits in den letzten Jahren war die Veranstaltung erneut ein Riesenerfolg. Schon im Vorfeld wurde der Lauf von Betrieben, Firmen und dem Onkologischen Zentrum der Kliniken Südostbayern AG und weiteren öffentlichen Einrichtungen tatkräftig unterstützt. Die angemeldeten Läufer, Walker und Spaziergänger absolvierten die ein Kilometer lange Runde, die beim Café Weinmüller an der Hauptstraße begann, vorbei am Museum und durch den

Kurpark bis zum Generationen-Spielplatz und dann über die Marienstraße wieder zurück zur Hauptstraße führte, mit Bravour und spendeten für jede gelauene Runde einen Euro für die »Wohlfühl-Werkstatt«.

Und so kam auch wieder eine ansehnliche Summe von 3175 € zusammen, für die sich die Vorsitzende und Organisatorin der »Wohlfühl-Werkstatt«, Annemarie Emmer bei der abschließenden Feier sehr herzlich bei allen Teilnehmern und Förderern des »Lauf fürs Leben« bedankte. ■



▲ Auch die Mitglieder des Onkologischen Zentrums kamen ganz schön ins Schwitzen beim Lauf fürs Leben.

◀ Selbst die Jüngsten sind mitgelaufen, für den guten Zweck!



Foto: Erwin Heckl



Therapieoptimierungsstudien für Lymphompatienten am Onkologischen Zentrum Traunstein

Morbus Hodgkin			
HD21	Deutsche Hodgkin Studien- gruppe (GHSg)	M. Hodgkin ab Stadium IIB mit großem Mediastinaltumor oder Extranodalbefall, III, IV	Therapieoptimierungsstudie in der Primär- therapie: 6x BEACOPP eskaliert versus 6x BrECADD mit reduzierter Toxizität
Non Hodgkin Lymphome			
Optimal	Deutsche Studiengruppe für hochmaligne Non-Hodgkin-Lym- phome (DSHNHL)	aggressive CD20+ B-NHL Lym- phome mit guter und weniger guter Prognose zwischen 61 und 80 Jahren	Optimierte Gabe von Rituximab und Ersatz von konventionellem durch liposomales Vin- cristin sowie FDG-PET basierte Therapiere- duktion
B-MIND		Patienten mit rezidiviertem ag- gressiven CD20+ B-NHL Lym- phome, die ungeeignet für eine Hochdosistherapie sind	6 x Rituximab-Bendamustin und Rituxima- berhaltung versus 6 x MOR00208-Benda- mustin und Erhaltung mit MOR00208
GABe2016	Deutsche Studiengruppe für niedrigmaligne Lymphome	Komorbide Patienten mit thera- piebedürftigen follikulären Lym- phomen	Obinutuzumab Bendamustin gefolgt von Obi- nutuzumaberhaltung versus Obinutuzumab Monotherapie
StiL NHL7-2008 (Maintain)	Studiengruppe für indolente Lym- phome (STiL)	Patienten mit therapiebedürfti- gem Morbus Waldenström	Bendamustin Rituximab mit und ohne an- schließender Rituximaberhaltung
Triangle	Europäisches Mantelzell-Lym- phom Netzwerk	Patienten mit Therapiebedürfti- gem Mantelzell-Lymphom zwi- schen 18 und 65 Jahren	3-armige Studie die den Stellenwert von Ibrutinib einem BTK-Inhibitor sowie der auto- logenen Transplantation prüft.

SAVE THE DATE

Merken Sie sich folgende Termin vor:

10. Januar 2018

**Neues aus San Antonio -
Aktuelle Empfehlungen und Trends in der
Therapie des Mammakarzinoms**

Großer Seminarraum, Klinikum Traunstein

7. März 2018

**22. Traunsteiner Symposium
„Praktische Gastroenterologie“**

Großer Seminarraum, Klinikum Traunstein

21. April 2018

12. Chiemgauer Krebskongress

in Gut Ising





Wenn Information auf Emotion trifft

Sehr gut besuchter 3. Traunsteiner Krebskongress begeistert Laien- und Fachpublikum

Ganz im Zeichen von Information, Kommunikation und Empathie hat der vom Onkologischen Zentrum Traunstein (OZ) dreitägige 3. Traunsteiner Krebskongress gestanden. Unter dem Motto „Gemeinsam gegen den Krebs“ beleuchteten hochkarätige Referenten für das zahlreich erschienene Laien- wie Fachpublikum gleichermaßen gut verständlich verschiedenste Aspekte des Themas Krebs. In der entspannten Atmosphäre des Bildungszentrums für Gesundheitsberufe kamen Betroffene, Interessierte, Ärzte und medizinisches Fachpersonal locker ins Gespräch. Und für unter die Haut gehende, bewegende Momente sorgten Weltklasse-Langläuferin Steffi Böhler und LaBrassBanda-Frontmann Stefan Dettl im Interview mit BR-Moderator Norbert Joa.

Prof. Dirk Zaak vom Onkologischen Zentrum Traunstein konnte zur Kongresseröffnung am Freitag in der Aula des Bildungszentrum im Namen des gesamten Teams - wie schon bei der Auftaktveranstaltung am Vorabend mit dem mitreißenden Vortrag des international

renommierten Hamburger Krebsforschers Prof. Thorsten Schlomm über Gene und Bits in der Medizin - noch mehr Gäste als erwartet begrüßen. Unter ihnen auch Traunsteins Oberbürgermeister Christian Kegel, der in seinem Grußwort spontan versprach, in der nächsten Zeit das Angebot zur Darmkrebsvorsorge wahrzunehmen. Wie not dies tut, machte der gut vorbereitete Moderator der Veranstaltung deutlich: „Jeden Tag bekommen 1.400 Deutsche die Diagnose Krebs“, sagte Norbert Joa. Die gute Nachricht sei, dass die Möglichkeiten von Diagnose und Therapie dank intensiver Forschung immer besser würden und Früherkennung nach wie vor die Heilungschancen erhöhe. Wer dennoch von einer Krebserkrankung betroffen sei, dem wolle der Kongress Mut machen im Sinne von „Ja, wir haben Krebs, aber das Leben geht weiter.“

Diesem Anspruch wurde, die bis ins letzte Detail perfekt organisierte Veranstaltung in vielerlei Hinsicht immer wieder gerecht. So bewies sie den insgesamt mehr als 500 Besuchern, dass Vorsorge zwar Not tut, aber nicht weh tut. Davon konnten sich die Gäste in der Aula auch gleich ein Bild machen: Bei einer Live-Schaltung ins Klinikum Traunstein nahmen sie an einer Darmspiegelung teil. Während der mit der Veröffentlichung einverständene Patient selig vor sich hinschlummerte, entführte Gastroenterologie-Chefarzt Dr. Anton Kreuzmayr das faszinierte Publikum

auf eine aufschlussreiche endoskopische Reise durch den Darm. Obwohl die rund zehnmündige Untersuchung nicht schmerzhaft und ein unverzichtbares Mittel zur Vorsorge gegen eine schlimmstenfalls tödliche Krebserkrankung ist, wird sie ebenso wie die Prostatakrebsvorsorge viel zu wenig wahrgenommen. „Die Angst vor dem Urologen ist unbegründet, wenn Prostata-Krebs rechtzeitig erkannt wird, ist er meist heilbar“, so das Fazit eines von erfreulich vielen Männern besuchten Kurzvortrags von Urologie-Oberarzt Dr. Thomas Hofmann.

Einige Seminarräume weiter stellte Dr. Christian Geltner, Chefarzt der Pneumologie an der Kreisklinik Bad Reichenhall, fest, dass Raucher im Schnitt zehn Jahre früher sterben und der Anteil der an Lungenkrebs erkrankten Frauen weiterhin steige. Die häufigste Krebserkrankung bei Frauen sei aber nach wie vor „der Brustkrebs, jede Zehnte ist betroffen“, so Prof. Afshin Rashmanian-Schwarz beim „Talk in der Aula“ mit Norbert Joa. Der Chefarzt der neuen Klinik für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie am Klinikum Traunstein machte Patientinnen mit einer nicht vermeidbaren Brust-Amputation Mut, indem er die heutzutage mit gutem Ergebnis möglichen Rekonstruktionen aus körpereigenem Gewebe vorstellte. Sein Vortrag in Wort und Bild bewegte das Publikum sichtlich.

Und auch der abendliche Talk des Patiententages ging den Menschen unter die Haut: So,

◀ Die große Gesprächsrunde (v. l.): Stefan Dettl (Musiker), Steffi Böhler (Skilangläuferin), BR-Moderator Norbert Joa, Dr. Philip Janda (Stresstherapeut) sowie Prof. Dirk Zaak.

▶ Die Bilder sprechen für sich: Ein Krebskongress kann unterhaltend, informativ, wissenschaftlich, mal ernst, freundlich oder auch schon mal lustig sein.



als die sympathische Sportlerin Steffi Böhler mit Joa und dem Stresstherapeuten Dr. Philip Janda offen über ihre vor fünf Jahren erfolgte Diagnose Schilddrüsenkrebs und ihren Umgang damit sprach. Heute geheilt, machte die 36-Jährige Betroffenen Mut: „Das heißt nicht gleich Untergang, man muss sich nicht gleich ein Grab schaufeln.“

Vollblutmusiker Stefan Dettl, der das Publikum zwischendurch mit Gitarrist Fabian Jungreithmayr vor Begeisterung von den Stühlen riss, zollte Steffi Böhler höchste Anerkennung für ihre mentale Stärke im Umgang mit der Diagnose Krebs. Sie habe in ihrem sozialen Umfeld gefunden, was andere Menschen auch in den von Janda dringen empfohlenen Selbsthilfegruppen finden könnten, so Böhler.

Betroffene nahmen beim Krebskongress auch sehr gerne die Möglichkeit wahr, direkt mit Selbsthilfegruppen wie der von Dr. Eckhard Pfeiffer geleiteten Prostatakrebs Selbsthilfe in Traunstein ins Gespräch zu kommen. Wie Ärzte bei der Diagnose Krebs ihren Patienten die schlimme Nachricht überbringen, brachte Kommunikationsprofi Oliver Keifert beim Ärztetag auf den Punkt: „Es ist eine große Kunst, Dinge einfach darzustellen“, sagte er. Ob Vorträge für jedermann oder auch die sehr gut besuchten Ausführungen für das medizinische Fachpersonal: Die Referenten des Krebskongresses beherrschten diese Kunst erfreulich gut.

Und so konnten die Kongressbesucher eine Fülle wertvoller Informationen mitnehmen,

etwa auch beim Vortrag von Hämato-Onkologie-Chefarzt Dr. Thomas Kubin über die Fortschritte in der Medizin bei der Weiterentwicklung der Immuntherapie. Oder auch ganz lebensnahe Tipps wie die der Jenaer Professorin Jutta Hübner über die richtige Ernährung bei Krebs.

Einmal mehr engagierte sich auch der FC Bayern Fanclub Rot-Weiße-Traun Traunstein e.V. für vom Krebs Betroffene: Er verdoppelte den Erlös seines Torwandschießen vor dem Bildungszentrum, der direkt dem guten Zweck zukommt.

Zusammen mit der Ankündigung Prof. Zaaks, dass im Juli ein Verein „Gemeinsam gegen den Krebs e.V.“ gegründet werde, bestätigte der rundum gelungene Kongress, was der Traunsteiner Landrat Siegfried Walch im Gespräch mit Dr. Uwe Gretscher, Vorstandsvorsitzender der Kliniken Südostbayern AG, so zusammenfasste: „Es ist eine Ausnahme und im ländlichen Raum durchaus nicht selbstverständlich, dass wir mit dem Klinikverbund in den Landkreisen Berchtesgadener Land und Traunstein eine qualitativ sehr gute Gesundheitsversorgung haben.“ Dafür könne man durchaus dankbar sein, so der Aufsichtsratsvorsitzende der Kliniken AG. ■



Operative Therapie immer schonender

Gynäkologische Krebserkrankungen wurden in den vergangenen Jahrzehnten meist sehr radikal operiert. So war bei Operation des Zervixkarzinoms (Wertheim-OP) bzw. Endometriumkarzinoms ein Zugang über eine Längsschnitt-Laparotomie obligat. Beim Vulvakarzinom erfolgte meist eine en-bloc-Resektion der Vulva (radikale Vulvektomie) und der inguinalen Lymphknoten, oftmals mit sehr verstümmelndem Ergebnis. Hier hat sich in den vergangenen Jahren ein deutlicher Wandel hin zu schonenderen Verfahren durchgesetzt. Viele Studien zeigen, dass dadurch die gleiche onkologische Sicherheit gegeben ist. Beim Ovarialkarzinom hingegen ist nach wie vor die primäre radikale (RO-) Resektion sämtlicher Tumormanifestationen der Goldstandard, gefolgt von einer adjuvanten Chemotherapie. Wie eine neue große Studie zeigt (LIONS-Studie), kann nun aber auch beim Ovarialkarzinom im Einzelfall auf eine komplette Lymphknotenentfernung verzichtet werden. Auch in der Rezidivsituation kann eine erneute OP bei ausgewählten Patientinnen das Überleben verlängern.

Minimal-invasive Operation des Zervix- und Endometriumkarzinoms durch Laparoskopie Eingriffe mittels Bauchspiegelung (Laparoskopie) sind seit vielen Jahren Standard bei gynäkologischen Operationen, wie Adnexektomien, Hysterektomien (Totale laparoskopische Hysterektomie – TLH, oder Laparoskopische suprazervikale Hysterektomie – LASH), Myomenukleationen, Endometrioseresektionen u.v.m. Laparoskopische onkologische Eingriffe wie die radikale Hysterektomie nach Wertheim oder pelvine / paraaortale Lymphknotenentfernungen stellen sicherlich nochmals spezielle Anforderungen sowohl an die Erfahrung des Operateurs als auch die Technik dar. Viele Studien zeigen inzwischen, dass das minimal-invasive Vorgehen die gleichen outcome-Raten wie das offene Operieren zeigt (gleiche Anzahl resezierter Lymphknoten, gleiche Resektionsränder der

Parametrien und der Vagina, gleiche Rezidivraten), aber mit deutlich geringerem Operationstrauma, schnellerer Wundheilung, Mobilisation und Erholung der Patientinnen einhergeht. Sowohl der Blutverlust als auch die Wundinfektionsrate und der Schmerzmittelbedarf bei laparoskopischer OP sind signifikant geringer. Voraussetzung

für derartige Laparoskopien ist neben der Erfahrung des Operateurs die entsprechende technische Ausstattung, z. B. mit HD-, 4K- oder 3-D Laparoskopie-Einheit, Ultraschall-gesteuerte Schneideinstrumente (z. B. Ultracision®, Ethicon, Thunderbeat®, Olympus) und weiteres Zubehör-Instrumentarium.

Den Patientinnen des Gynäkologischen Krebszentrums Traunstein werden derartige laparoskopische Verfahren falls immer möglich angeboten. So erfolgt beim Zervixkarzinom zunächst ein laparoskopisches Lymphknotenstaging (pelvine und paraaortale Lymphonodektomie), und bei im Schnellschnitt negativen Lymphknoten die laparoskopische Hysterektomie nach Wertheim. Gerade beim Endometriumkarzinom mit oft älteren, adipösen Patientinnen und hohem Risiko von Wundheilungsstörungen (Diabetes!) zeigt die Laparoskopie Vorteile, so dass die Hysterektomie, Adnexektomie, Lymphonodektomie oder auch Omentektomie möglichst auf diesem Wege erfolgen.

Vulvakarzinom

Während die Inzidenz des Zervixkarzinoms durch die verbesserte Früherkennungsuntersuchung rückläufig ist und durch die HPV-Impfung weiter abnehmen wird, nahm die Fallzahl an Vulva- und Vaginalkarzinomen in den letzten Jahren deutlich zu. Aktuell wird mit ca. 4000 Neuerkrankungen pro Jahr in Deutschland gerechnet. Auch jüngere Frauen zwi-



schen 40 und 60 Jahren zeigen gehäuft HPV-assoziierte prä-invasive Läsionen oder Vulvakarzinome. Bei frühzeitiger Diagnose eines Vulvakarzinoms lässt sich dieses durch eine lokale Exzision sicher behandeln, es muss bei einseitiger Lokalisation keine komplette Vulvektomie erfolgen. Während bisher eine Resektion mit mindestens 10 mm Sicherheitsabstand gefordert wurde, zeigen aktuelle Daten gleiche onkologische Sicherheit, d. h. Rezidivraten, auch bei einem Resektionsrand von 3 mm. Die Abklärung der inguinalen Lymphknoten erfolgt über separate Schnitte in den Leisten (3-Schnitt-Technik), die früher praktizierte en-bloc-Resektion gilt heute als obsolet. Bei jeder Form der Resektion und Defekt-Deckung sind funktionelle Faktoren (Miktion, Sphinktererhalt, Möglichkeit von GV) zu bedenken. Bei großen Defekten ist eine plastische Deckung gelegentlich unumgänglich. Diese kann am Klinikum Traunstein in Kooperation mit der Plastischen Chirurgie (CA Prof. Rahmanian-Schwarz) z. B. mittels M. Gracilis-Lappenplastik, erfolgen.

Ab einer Infiltrationstiefe > 1mm (\geq pT1b) muss eine Abklärung des Nodalstatus erfolgen. Ist das Karzinom streng einseitig lokalisiert (>1cm von der Mittellinie an der Klitoris und hinteren Kommissur entfernt) und < 2cm, genügt auch eine ipsilaterale Abklärung des Lymphknotenstatus in der Leiste, sofern diese Lymphknoten unauffällig sind. Bei einseitiger Lokalisation und Tumorgöße < 4cm kann

auch eine Sentinel-Lymphonodektomie nach vorheriger radioaktiver Markierung des Tumors angeboten werden, allerdings muss eine ausführliche Aufklärung der Patientin und sehr exakte pathologische Aufarbeitung erfolgen.

All diese Entwicklungen führen dazu, dass die früher üblichen teils verstümmelnden Operationen meist vermieden und das Risiko von Wundheilungsstörungen und Lymphödemem reduziert werden können.

Ovarialkarzinom

Aufgrund fehlender Screeningmethoden und uncharakteristischer Symptomatik werden nach wie vor ca. 70% aller Ovarialkarzinome erst im fortgeschrittenen Stadium (Stadium III / IV) diagnostiziert. An Präventionsmöglichkeiten stehen nur die genetische Testung bei familiärem Risiko und prophylaktische Adnexektomie zur Verfügung. Inzwischen gibt es Hinweise, dass viele Ovarialkarzinome fortgeleitete Tubenkarzinome sind, so dass wir immer auch bei Sterilisationen, Hysterektomien und anderen gynäkologischen Eingriffen eine prophylaktische beidseitige Salpingektomie anbieten. Basis der Therapie des Ovarialkarzinomes ist entsprechend der S3-Leitlinie nach wie vor die primäre Operation mittels Explorativ-Laparotomie mit Entfernung der Adnexe, des Uterus, des Omentums, der Lymphknoten und sämtlicher sichtbarer Tumorabsiedelungen. Derartige multi-viszerale Resektionen sind oft sehr aufwändig und beinhalten u. U. die Entfernung befallener Darmsegmente, Resektionen an der Blase oder den Ureteren, am Peritoneum, Mesenterium, am Zwerchfell, Leber und Milz. Dennoch zeigen alle Studien, dass eine primäre komplette R0-Resektion der entscheidende Prognosefaktor ist und diese Patientinnen das beste outcome haben. Seit langem wird die Frage der neo-adjuvanten Chemotherapie mit folgender Operation diskutiert. Die bisherigen Studien zeigen keinen Unterschied zwischen neo-adjuvanter und adjuvanter Chemotherapie, so dass diese im Einzelfall, z. B. bei primärer Inoperabilität, empfohlen werden kann (Vergote et al. NEJM). Zur weiteren Beantwortung dieser Frage startete vor kurzem die deutsche

AGO Ovar 19 / TRUST Studie, an der das Gynäkologische Krebszentrum in Traunstein ebenfalls teilnimmt.

Die Frage nach der Notwendigkeit einer kompletten pelvinen und paraaortalen Lymphknotenentfernung wurde in der deutschen AGO LIONS (Lymphadenectomy in ovarian neoplasm) - Studie untersucht, deren Ergebnisse aktuell auf dem ASCO 2017 präsentiert wurden (Harter et al.). Hier wurden über 600 Patientinnen mit fortgeschrittenem Tumor (Stadium III / IV), die alle tumorfrei (R0) operiert werden konnten, randomisiert in eine Gruppe mit und eine ohne kompletter Lymphknotenentfernung. Weder das Rezidiv-freie noch das Gesamtüberleben unterschied sich in den beiden Gruppen, so dass nun bei kompletter Resektion des Tumors und makroskopisch unauffälligen Lymphknoten (nach entsprechender Exploration des Retroperitonealraumes) auf die Lymphknotenentfernung in diesem Kollektiv verzichtet werden kann.

Weitere beim ASCO 2017 präsentierte Studien zeigten erneut, dass alternative Verfahren, wie z. B. HIPEC (Hypertherme intraperitoneale Chemotherapie) als experimentiell zu betrachten sind und derzeit nicht empfohlen werden können. Auch in der Rezidivsituation sollte allerdings unter bestimmten Voraussetzungen ein erneuter operativer Ansatz in Betracht gezogen werden. Wie die ebenfalls

beim ASCO 2017 präsentierten Daten der deutschen DESKTOP III Studie an über 400 Patientinnen zeigen, hatten diejenigen mit erneuter kompletter Tumorresektion gefolgt von Chemotherapie das beste outcome im Vergleich zu den Patientinnen mit alleiniger Chemotherapie.

Insgesamt geht der Trend bei den gynäkologischen Krebserkrankungen also weiter hin zu einer möglichst individualisierten und schonenderen Therapie, wobei die operativen Verfahren nach wie vor den Goldstandard der Behandlung darstellen. ■

KONTAKT

Gynäkologisches Krebszentrum
Prof. Dr. Christian Schindlbeck
Koordinatorin: Dr. Michaela Eder

T 0861 705-1231

F 0861 705-1695

E christian.schindlbeck@kliniken-sob.de



Strahlentherapie und Radioonkologie

Neues aus der Radioonkologie

Vom 21.-23. September wurden von der Abteilung Strahlentherapie-Radioonkologie des Klinikums Traunstein zum vierten Mal die „Chiemsee-Tage der Bayerischen Radio-Onkologen“ veranstaltet. Unter dem Motto „Praxis trifft Universität“ diskutierten Ordinarien deutschsprachiger Universitäten (LMU und TU München, Erlangen, Frankfurt, Düsseldorf Innsbruck, Basel) mit bayerischen Klinik- und Praxis-Chefs wieder über Neuerungen auf dem Gebiet der Krebstherapie und Möglichkeiten der Anwendung in der klinischen Routine.

„In Bayern haben wir heute an Schwerpunkt-Krankenhäusern, wie dem Klinikum Traunstein einen Versorgungsstandard erreicht, der demjenigen von Universitätskliniken in nichts nachsteht“, so Dr. Auberger, der Chefarzt der Traunsteiner Strahlentherapie in einem Interview. „Häufig werden sogar mehrere gleichwertige Behandlungsverfahren für dieselbe Behandlungssituation angeboten. Umso wichtiger ist es, in einer Zeit der „personalisierten Medizin“ die für den jeweiligen Patienten am besten geeignete Therapie, zu selektieren. Dies geschieht bereits täglich in den Tumorkonferenzen unseres Onkologischen Zen-

trums und dies war auch Hauptthema in allen Organ-Sitzungen der Chiemseetage 2017.“

Mammakarzinom

Mehrere klinische Studien beschäftigten sich in den USA, in Kanada und Großbritannien mit einer Verkürzung der Behandlungszeiten beim Mammakarzinom und konnten feststellen, dass bei Vergleich unserer alten Bestrahlungstechniken, eine Verkürzung der Behandlungszeit ohne Verstärkung der Nebenwirkungen möglich ist. Da in diesen Ländern die Versorgung mit Linearbeschleunigern nicht flächendeckend ist, sind die Wartezeiten und die Wegstrecken zur nächsten Strahlentherapie lang. Deshalb führten in diesen Ländern die Ergebnisse dieser Studien zu einer deutlichen Verbesserung der Patientenversorgung. In Deutschland liegt dagegen heute eine hervorragende flächendeckende Versorgung mit modernsten Therapie-Beschleunigern vor, sodass vielmehr die Frage im Vordergrund steht, wie man durch noch aufwändigere Techniken die Nebenwirkungen einer Behandlung noch weiter reduzieren kann. Für diese Konzepte sind Vorteile durch eine Verkürzung der Behandlungszeit bislang

noch nicht gesichert. Dies zeigt, dass klinische Forschung auch immer regional und zielorientiert zu sehen ist.

Zu den Highlights des Symposiums gehörten deshalb auch die neuen Strahlentherapie-techniken zur Behandlung von Brustkrebs, die es ermöglichen, mittels IMRT-Technik in der gleichen Sitzung das Operationsbett und die gesamte Brust mit unterschiedlichen Dosen zu behandeln, wie es bei uns schon seit einigen Jahren üblich ist, und mittels Atem-getriggelter Bestrahlung Herz und Lunge noch besser zu schonen. Derzeit wird in Traunstein gerade ein TOP-Linearbeschleuniger eingebaut, der über die Möglichkeit einer solchen Atem-Triggerung verfügt.

Eine besondere Expertise konnte das Klinikum Traunstein in der adjuvanten Behandlung des Mammakarzinoms mittels Brustrekonstruktion und Strahlentherapie vorweisen, da hier eine besonders enge Kooperation zwischen der Radioonkologie und der Plastischen Chirurgie erforderlich ist, um das optimale Timing und eine maximale Supportivtherapie der verschiedenen Behandlungen aufeinander abzustimmen. Hier liegt in den meisten bayerischen Zentren nur eine sehr begrenzte Expertise vor.

Prostatakarzinom:

Bei Patienten mit Prostatakarzinom-Rezidenen nach Strahlentherapie war bisher eine anti-androgene Therapie empfohlen. Eine Operation oder eine erneute Strahlentherapie wurde nur in Ausnahmefällen durchgeführt. Hier steigen inzwischen die Fallzahlen und auch die Erfolgsraten für eine Zweitbestrahlung mittels Pulsed Dose Rate Brachytherapy, so dass heute- abhängig vom Einzelfall – diese Therapie als Alternative zur systemischen Adrogen-deprivationstherapie angeboten werden kann. Auch im Falle einer Oligo-Metastasierung (wenige Metastasen, d.h. bis zu 3-5 Lymphknoten- oder Knochenmetastasen) steht die lokale Therapie mittels Bestrahlung und/oder Operation mittlerweile im Vordergrund, da hierdurch die antiandrogene Therapie, deren Langzeitnebenwirkungen hinsichtlich der Lebensqualität bisher häufig unterschätzt wur-



den, teils über mehrere Jahre hinausgeschoben werden kann.

Eine Verkürzung der Behandlungszeit bei primärer Strahlentherapie des Prostatakarzinoms wird bisher nicht generell empfohlen. Für eine Protonentherapie wurden nach einheitlicher Meinung bisher keine klinisch belegbaren Vorteile gegenüber einer Intensitätsmodulierten Strahlentherapie (wie sie an unsrem Haus durchgeführt wird) nachgewiesen.

Die interstitielle perineale Applikation eines Abstandshalters (Spacers) zwischen vorderer Darmwand und Prostata soll das Proktitisrisiko bei der primären Strahlentherapie des PC (derzeit ca. 1,5%) noch weiter senken. Ein Spacer ist ein Ballon, der über eine Hohlnadel von perineal eingebracht wird und anschließend mit Kochsalzlösung gefüllt wird, um die vordere Darmwand von der Prostata weg nach hinten zu drängen. Bisher gibt es in Deutschland nur drei Kliniken, die diese Methode verwenden. In Traunstein beginnt gerade die Testphase.

Radio-Immuntherapie

Bei einer Reihe von Tumoren werden heute bereits die Immuntherapie und die Strahlentherapie erfolgreich kombiniert. Hierdurch ergibt sich eine gegenseitige Wirkungsverstärkung, die dazu führen kann, dass bei der sog. Radioimmuntherapie durch die Bestrahlung eines Tumors an einer Stelle auch die Wirkung der Immuntherapie bei anderen nicht bestrahlten Tumorherden und Metastasen verstärkt wird, weil die Bestrahlung das Immunsystem zusätzlich anregt. „Es wird sich künftig also in den meisten Fällen nicht die Frage stellen,“ so Prof. Belka vom Klinikum Großhadern, „wie die Immuntherapie eine Strahlentherapie ersetzen kann, sondern wie die beiden Therapieformen am besten miteinander kombiniert werden müssen.“

Lungen- und Lebermetastasen; HCC

Einen ganzen Nachmittag widmeten sich die Experten dem Thema Stereotaxie (SRT) und Radiochirurgie. Die SRT von Lungenmetastasen ist eine nahezu nebenwirkungsfreie, si-

chere Therapie, die an 3 Tagen ambulant durchgeführt werden kann und weist gleiche Heilungsraten wie eine Operation aber wesentlich geringere Nebenwirkungen auf. Auch bei frühzeitig erkannten Bronchialkarzinomen sind die Ergebnisse einer SRT und einer Operation gleichwertig, obwohl die deutschen Leitlinien bei operablen Primärtumoren bisher noch die Resektion empfehlen. Zur Behandlung von inoperablen Lebermetastasen werden heute verschiedenste Verfahren angeboten, so dass die Auswahl nicht selten dem Zufall überlassen ist. Hier sind die Einsatzmöglichkeiten der SRT, die in vielen Fällen der Radiofrequenzablation deutlich überlegen ist, noch zu wenig bekannt. Auch bei der Behandlung des inoperablen Hepatozellulären Karzinoms konnte die SRT in der Kombination mit einer TACE das rezidiv-freie und das mediane Überleben gegenüber einer alleinigen TACE verbessern.

Auch mit den Unterschieden zwischen verschiedenen Stereotaxie- und Radiochirurgie-Geräten befasste sich die Experten-Diskussion und stellte fest, dass zwischen dem Cyberknife-System und der LINAC-basierten SRT, wie sie an den beiden Münchner Universitäten und auch am Klinikum Traunstein betrieben wird, hinsichtlich der Erfolgsraten und der Einsatzmöglichkeiten kein signifikanter Unterschied besteht. „Keinesfalls ist Cyberknife das einzige Gerät, mit dem eine gute stereotaktische Strahlentherapie betrieben werden kann“, stellte Prof. Zimmermann von der Universität Basel fest. Die LINAC-basierte SRT ist technisch völlig gleichwertig. „Darüber hinaus zählt wesentlich auch die Zusammenarbeit der verschiedenen medizinischen Fachgebiete an einer Klinik, die in einer Cyberknife-Praxis fehlen“.

Hals-Nasen-Ohren-Tumore:

Nach wie vor stellt die kombinierte Radiochemotherapie von HNO-Tumoren eine der aggressivsten Behandlungen im Bereich der Strahlentherapie dar. Durch den Einsatz sog. „zielgerichteter“ Therapien (Substanzen, die bestimmte Stoffwechselprozesse in der Zelle beeinflussen) in Kombination mit der Be-

strahlung hat sich die Stärke der Nebenwirkungen nur gering gebessert, jedoch kann denjenigen Patienten, die aus internistischen Gründen nicht Chemotherapie-fähig sind, eine adäquate Alternative geboten werden.

Von entscheidender Bedeutung sind eine optimale begleitende Schmerz- und Ernährungstherapie, Haut- und Schleimhautpflege, und die frühzeitige Behandlung von lokalen Infektionen und Mykosen die nur von einem eingesetzten Team unter stationären oder tagesstationären Bedingungen, wie sie in Bayern außerhalb der Universitätskliniken nur noch am Klinikum Traunstein bestehen, zu meistern sind.

Mit den heutigen Bild-gestützten (IGRT) - Präzisionstechniken sind auch Re-Bestrahlungen mit gutem Erfolg und akzeptablem Nebenwirkungsspektrum umsetzbar, wenn der Abstand zum Rezidiv mehr als 2 Jahre beträgt.

Krebs und Spiritualität:

Ein Highlight des Symposiums, war auch der Vortrag von Prof. Oliver Micke zum Thema „Spiritualität und Krebs“, der vielfältig darlegte, dass es nicht nur auf die medizinische Behandlung des Tumors, sondern in gleicher Weise auf die mentale Begleitung des Krebspatienten ankommt. Das Eingehen auf Ängste und Kontrollverlust, das Stärken von Hoffnung und Mut und das Einbeziehen von Glaubensvorstellungen und sozialen Verankerungen des Patienten sei ebenso Aufgabe des Arztes, wie die Therapie selbst und könne nicht nur dem Psychoonkologen überlassen werden.



KONTAKT

Strahlentherapie und Radioonkologie
CA Dr. Thomas Auberger
Dr. Ingrid Jacob - Strahlen Tagesklinik

T 0861 705-1293

F 0861 705-1751

E strahlen.ts@kliniken-sob.de

Prostatakrebszentrum:

Urologische Krebstherapie auf höchstem Niveau

Große Auszeichnung für das Prostatakrebszentrum Traunstein

Auf dem diesjährigen Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) in Dresden Ende September, mit 7000 Teilnehmern immerhin der drittgrößte urologische Fachkongress weltweit, wurde das „**Prostatakrebszentrum Traunstein**“ mit dem renommierten **Alexander-von-Lichtenberg-Preis** ausgezeichnet.

Der Preis wird jährlich von einer Fachjury an niedergelassene urologische Projekte vergeben, die einer verantwortungsbewussten und qualitätsorientierten sektorenübergreifenden, regionalen fachmedizinischen Versorgung in vorbildlicher Weise gerecht werden.

Stellvertretend für das ganze Team wurde dem Koordinator des Zentrums, Dr. Thomas Hofmann der Alexander-von-Lichtenberg-Preis vom Präsidenten der DGU Prof. Tilmann Kälble überreicht.

Das prämierte Traunsteiner Projekt

Untersuchungen aus den U.S.A. lassen den Rückschluss zu, dass durch die Behandlung in Krebszentren bei Patienten mit fortgeschrittenem Prostatakarzinom (Pca), eine Verbesserung des Überlebens erzielt werden kann. Vor diesem Hintergrund ist die Anzahl der von der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifizierten Prostatakrebszentren in Deutschland kontinuierlich auf 97 angestiegen. Grundsätzlich zeichnet sich bei der „Therapiekaskade“ von Patienten mit PCa ein Trend zur ambulanten Behandlung ab. Dies könnte insbesondere in ländlichen Räumen mit unzureichender Vernetzung mit den, meist nur in Kliniken etablierten Organkrebszentren zu Defiziten in der fachübergreifenden Interaktionen (u.a. Nichterfassung klinischer Daten, unnötige Doppeluntersuchungen, fehlende Prüfung der Therapieeffizienz etc.) und damit potentiell zu schlechteren Behandlungsergebnissen führen.

Eine gewachsene Infrastruktur aus der Urologischen Gemeinschaftspraxis Traunstein und der Abteilung für Urologie am Klinikum Traunstein initiierte bereits 2008 regelmäßige interdisziplinäre uro-onkologische Fallkonferenzen. Diese personelle und infrastrukturelle

Vernetzung von Niederlassung und Hauptabteilung führte Ende 2012 unter dem Dach des Onkologischen Zentrums zur Gründung des DKG-zertifizierten Prostatakrebszentrums Traunstein. Im Übrigen das erste Zentrum Deutschlands in dieser Kombination. Das Zentrum hat den Anspruch, in die ländliche Region Südostbayerns eine uro-onkologische Versorgung aus einer Hand zu implementieren, die den nationalen und internationalen Versorgungsrichtlinien entspricht. Zusätzlich wurde im Jahr 2013 ein Kooperationsmodell etabliert, das fast alle urologischen Facharztpraxen im Raum Südostbayern als zertifizierte Kooperationspartner in das Prostatakrebszentrum Traunstein einbindet.

Mittlerweile werden jährlich ca. 200 Neuerkrankungen im Zentrum diagnostiziert und leitliniengerecht behandelt. Die regelmäßigen Überprüfungen durch die Deutsche Krebsgesellschaft verliefen stets ohne Beanstandungen und auch die Qualitätsvergleiche mit den anderen deutschen Prostatakrebszentren bestätigen mit Spitzenplätzen den eigenen hohen Anspruch des Traunsteiner Teams. Das Traunsteiner Projekt wurde, so Prof. Kälble für den Alexander-von-Lichtenberg-Preis

2017 ausgewählt, weil es exemplarisch für die praktische Umsetzung eines Modells zur optimierten Versorgung uro-onkologischer Patienten stehe und weil es die Rolle der niedergelassenen Urologie qualitativ und in der öffentlichen Wahrnehmung neu definiert hat.

KONTAKT

Prostatakrebszentrum
Prof. Dr. Dirk Zaak
Dr. Thomas Hofmann - Koordinator

T 0861 705-1197
F 0861 705-1469
E zaak@urologie-traunstein.de

▼ Verleihung des Alexander-von-Lichtenberg-Preises. Von links: Prof. Dr. T. Kälble, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie und Dr. Thomas Hofmann, Prostatakrebszentrum Traunstein.



Darmkrebszentrum:

Update Darmkrebsvorsorge

Im Darmzentrum Traunstein werden Patienten mit Darmkrebs behandelt. Eines unserer Hauptziele ist es aber, durch Vorsorge zu verhindern, dass es überhaupt zu einer Erkrankung an Darmkrebs kommt. Deshalb gibt es in Deutschland seit 2002 ein Vorsorgeprogramm zur Vermeidung und Früherkennung von Darmkrebs. Seither gehen die Rate an Neuerkrankungen und die Sterblichkeit an Darmkrebs zurück – und das, obwohl bisher leider nur ein geringer Teil der Bevölkerung das Angebot zur Vorsorge wahrnimmt.

Für die beschwerdefreie Bevölkerung beginnt die Darmkrebsvorsorge ab dem 50. Lebensjahr. Von den Krankenkassen wird ab diesem Alter zunächst jährlich eine Untersuchung auf nicht sichtbares Blut im Stuhl übernommen. Seit Ende letzten Jahres wird eine neue Generation von Stuhltests (quantitative immunologische Tests, iFOBT), die genauer und weniger fehleranfällig sind, bezahlt. Wenn im Stuhltest nicht sichtbares Blut nachgewiesen wird, so ist eine Koloskopie zur Vorsorge nötig.

Ab dem 55. Lebensjahr hat man Anspruch auf eine Darmspiegelung. Diese sollte bei unauf-

fälligem Befund nach 10 Jahren wiederholt werden. Es wird derzeit in Fachkreisen heftig und teilweise kontrovers diskutiert, ob das Alter für die erste Darmspiegelung herabgesetzt werden sollte. Bisher gibt es hierzu keinen Beschluss, trotzdem gibt es Risikogruppen, die frühzeitig mit der Darmkrebsvorsorge beginnen sollten. Zu diesen Risikogruppen gehören in erster Linie Menschen mit einer familiären Darmkrebsbelastung und Menschen, die an einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung leiden. Aber auch häufige Bauchschmerzen, chronische Durchfälle oder Verstopfungen, eine Änderung des Stuhlverhaltens oder sogar Blut im Stuhl sind Anlass für eine frühzeitige Untersuchung. Wenn Sie zu einer dieser Risikogruppen gehören, so nehmen Sie gerne mit uns, Ihrem Hausarzt oder einem niedergelassenen Gastroenterologen Kontakt auf, um festzulegen, ob und ab wann eine Darmspiegelung nötig und sinnvoll ist.

Wenn bei einer Darmspiegelung Polypen, das sind mögliche Darmkrebsvorstufen, festgestellt und entfernt wurden, dann sollte in jedem Fall spätestens nach 5 Jahren eine erneute Darmspiegelung erfolgen. Je nach Anzahl und Größe der Polypen eventuell sogar schon deutlich früher. Dieses Intervall wird

vom jeweiligen Untersucher festgelegt und empfohlen. Auch wenn der Darm bei der Darmspiegelung nicht ausreichend gereinigt war oder wenn ein deutlich erhöhtes familiäres Risiko vorliegt, ist eventuell ein verkürztes Intervall bis zur nächsten Untersuchung nötig. Auch in diesen Fällen gibt der Untersucher eine Empfehlung ab.

Darmkrebs kann durch die Vorsorgedarmspiegelung verhindert werden. Und auch wenn Darmkrebs im Frühstadium entdeckt wird, kann er zu fast 100 Prozent geheilt werden. Die Darmkrebsvorsorge ist eine Erfolgsgeschichte, an der noch zu wenig Menschen teilnehmen! Deshalb gehen Sie zur Darmkrebsvorsorge und animieren Sie ihre Angehörigen, dies auch zu tun. ■

M. Buchhorn, R. Schauer

KONTAKT

Darmzentrum
PD Dr. Drs. h.c. Rolf Schauer
Koordinatoren: Dr. Matthias Buchhorn
Dr. univ. Angela Wimmer
T 0861 705-1201
F 0861 705-1470
E rolf.schauer@kliniken-sob.de

Darmkrebszentrum:

Dr. med. Angela Wimmer

Koordinatorin für das Darmkrebszentrum Traunstein

Dr. med. univ. Angela Wimmer ist seit 1. Juli 2017 neben Dr. Matthias Buchhorn die neue Koordinatorin für das Darmkrebszentrum Traunstein. Die personelle Änderung wurde notwendig, weil die bisherige Koordinatorin, Dr. med. univ. Cornelia Kneisl als Fachärztin für Chirurgie aus der Abteilung ausgeschieden ist und nun zunächst eine Ausbildung zur Allgemeinärztin anstrebt.

Dr. Wimmer ist 28 Jahre jung und befindet sich bereits im 5. Jahr der Weiterbildung zur

Allgemein- und Viszeralchirurgin in der Chirurgie des Klinikums Traunstein. Frau Wimmer kennt bestens die Vorgaben für die Darmkrebszentren hinsichtlich Vorsorge, Diagnostik, Therapie und Nachsorge bei Patienten mit kolorektalen Karzinomen.

Dr. Wimmer wird zusammen mit Dr. Buchhorn die Koordination des Darmkrebszentrums Traunstein in bewährter Weise fortführen. Wir wünschen ihr auf diesem Wege viel Glück und Erfolg und bedanken

uns ebenso bei Frau Kneisl für ihren Einsatz für das Darmkrebszentrum in den vergangenen Jahren! ■

R. Schauer



► Dr. med. univ. Angela Wimmer

4. Siegsdorfer Lauf fürs Leben

Auch das Onkologische Zentrum Traunstein wieder am Start

Bei strahlend blauem Himmel und Sonnenschein haben auch dieses Jahr wieder knapp 400 Teilnehmer den Weg nach Siegsdorf zum 4. Lauf fürs Leben, organisiert von der „Wohlfühlwerkstatt Traunstein e.V.“, gefunden. Der Verein „Wohlfühlwerkstatt Traunstein e.V.“ bietet seit Jahren Krebspatienten einen Rückzugsort mit einer Vielzahl von Angeboten zur Verbesserung der Lebensqualität, fern ab von Klinik und Praxis.

Wie bereits in den letzten Jahren war die Veranstaltung erneut ein Riesenerfolg. Schon im Vorfeld wurde der Lauf von Betrieben, Firmen und dem Onkologischen Zentrum der Kliniken Südostbayern AG und weiteren öffentlichen Einrichtungen tatkräftig unterstützt. Die angemeldeten Läufer, Walker und Spaziergänger absolvierten die ein Kilometer lange Runde, die beim Café Weinmüller an der Hauptstraße begann, vorbei am Museum und durch den

Kurpark bis zum Generationen-Spielplatz und dann über die Marienstraße wieder zurück zur Hauptstraße führte, mit Bravour und spendeten für jede gelaufene Runde einen Euro für die »Wohlfühl-Werkstatt«.

Und so kam auch wieder eine ansehnliche Summe von 3175 € zusammen, für die sich die Vorsitzende und Organisatorin der »Wohlfühl-Werkstatt«, Annemarie Emmer bei der abschließenden Feier sehr herzlich bei allen Teilnehmern und Förderern des »Lauf fürs Leben« bedankte. ■



▲ Auch die Mitglieder des Onkologischen Zentrums kamen ganz schön ins Schwitzen beim Lauf fürs Leben.

◀ Selbst die Jüngsten sind mitgelaufen, für den guten Zweck!



Foto: Erwin Heckl

