

Newsletter

DES ONKOLOGISCHEN ZENTRUMS TRAUNSTEIN



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



Ausgabe: November 2021

**Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,**

wie zu erwarten, sind die Auswirkungen der Coronapandemie noch lange nicht vorbei. Wir sind trotz zeitweilig sehr hoher Inzidenzzahlen in den Landkreisen in den Krankenhäusern der KSOB-AG in den vergangenen ersten 3 Wellen noch recht glimpflich davongekommen. So konnten wir uns trotz der Versorgung von Corona-Patienten doch weitgehend uneingeschränkt um die Versorgung von Krebspatienten kümmern, die auf Grund der Dringlichkeit der Behandlung mit potentieller Verschlechterung der Prognose bei Aufschub immer eine hohe Priorität haben. Trotzdem gab es Bereiche der Versorgung wie Prävention, Früherkennung, Nachsorge und psychoonkologische Unterstützung, die nach Erhebungen über alle onkologischen Zentren inklusive der universitären Spitzenzentren eingeschränkt stattgefunden haben. Beispielsweise wurden im Bayerischen Krebsregister in den Monaten März bis Mai 2020 im ersten Lockdown 30 % weniger Krebsfälle gemeldet. Als Ursache werden die Allgemeinverfügung der Länder, eine Reduktion von Früherkennungsuntersuchungen sowie das Vermeidungsverhalten von Betroffenen angeführt. U.a. bei Darmkrebs zeigt die Statistik bereits eine Zunahme von Diagnosen in höheren Stadien. Modellberechnungen aus Großbritannien gehen von einer klaren Zunahme von Krebssterbefällen mit entsprechend verkürzter durchschnittlicher Überlebenszeit von Krebspatienten aus. Differenzierte Auswertungen sind aktuell auf Grund der zeitlich deutlich verzögerten Erfassung durch die klinischen Krebsregister noch nicht möglich.

Der schnelle Durchbruch mit den mRNA-Vakzinen gegen das Coronavirus zeigt deren Potenz. Leider können Patienten mit höhergradiger Immunsuppression - krankheitsbedingt oder therapiebedingt - öfters keine ausreichenden Antikörpertiter auf-

bauen, allerdings zeigt sich die zusätzlich induzierte T-Zell-Antwort etwas robuster. Wichtig ist bei diesen Patienten eine 3. Boosterimpfung, die spätestens nach 6 Monaten, für stärker Immunsupprimierte bereits ab 4 Wochen nach der 2. Impfdosis verabreicht werden darf. Der Ursprung dieser neuartigen mRNA-Impfstoffe liegt in der Entwicklung als Arzneimittel für die Behandlung von Krebserkrankungen, Phase I- und erste Phase II-Studien gegen verschiedene Krebserkrankungen dazu laufen derzeit auch in Deutschland.

Trotz der Covid-19-Pandemie konnten die zahlreichen Innovationen, insbesondere bei der medikamentösen Therapie erfolgreich in die flächendeckende Versorgung integriert werden. Dies ist dank eines intensiven fachlichen Austausches meist mit virtuellen Medien gelungen. Ebenso haben wir recht schnell gelernt, mit dem neuartigen Coronavirus auch bei abwehrgeschwächten Patienten umzugehen. Heute ist Covid-19 eines von vielen Elementen, das bei der Behandlung von Patient*innen mit hämatologischen und onkologischen Erkrankungen zu beachten ist.

Moderne Arzneimittel gegen die verschiedensten Krebserkrankungen werden in hoher Frequenz entwickelt und die Differenzierung der Therapie schreitet auf Grund von immer umfangreicherer biologischer Charakterisierung der Tumoren schnell voran. Dies bringt für manche Patienten zusätzlich ganz individuelle, personalisierte Therapiemöglichkeiten (sog. Präzisionsmedizin) mit zielgerichteten Therapien, Immuntherapien oder neuartigen Therapiekombinationen. Um bei der rasch steigenden Menge an Therapieoptionen schnell weiter voran zu kommen, bedarf es einer umfassenden Erhebung von Daten, die den ganzen komplexen Versorgungspfad

eines jeden Patienten abbilden und auch mit Real-World-Daten abgleichen. Solche viele und komplexe Auswertungen dürften in Zukunft nur noch mit Hilfe von künstlicher Intelligenz ausreichend gelingen.

Das Onkologische

Zentrum Traunstein beteiligt sich seit langem an der Erhebung solcher Daten im Rahmen von klinisch-wissenschaftlichen Studien der Phasen II und III, aber auch der Erhebung von Real-World-Daten etwa bei Phase IV-Studien, Registerstudien für seltene Entitäten sowie mit den Meldungen an die klinischen Krebsregister. Dafür arbeiten unsere Study Nurses und unsere Tumordokumentarinnen quasi als eine ganze Abteilung im Hintergrund und leisten damit einen relevanten Beitrag zum Erkenntnisgewinn und wissenschaftlichen Fortschritt im Bereich der Krebsmedizin.

Wir haben die Zeit in und zwischen den Coronawellen für unser Onkologisches Zentrum genutzt, die Digitalisierung in unseren Kliniken rasch voran zu treiben. Neben einer endlich guten Lösung von „Work Anywhere“, also Homeoffice für manche Berufsgruppen bzw. für einen Teil der Tätigkeiten ist eine elektronische Patientenakte eingeführt worden, unser Krankenhausinformationssystem wurde um viele Möglichkeiten erweitert und wir haben begonnen, weitere Subsysteme zu integrieren, so z.B. das „Chemocompile“-Programm, das ein qualitätsgesichertes, voll EDV-basiertes Chemotherapie-Managementprogramm darstellt.



▲ Dr. Thomas Kubin

... weiter Seite 2

Immuntherapie bei mikrosatelliteninstabilen Tumoren hochwirksam –

Neue Hoffnung für Patientinnen und Patienten mit fortgeschrittenem Darmkrebs und Gebärmutterkrebs

Dieses Jahr steht für uns wieder eine Rezertifizierung unseres Onkologischen Zentrums an, bei der wir unsere gesamten Strukturen und Abläufe, aber auch Fallzahlen und Komplikationen von externen Auditoren überprüfen lassen. Des Weiteren wurde durch Erweiterung der interdisziplinären Behandlung von Pankreastumoren zusammen mit dem Darmzentrum ein „viszeralonkologisches Zentrum“ etabliert, das diesen November in die erste Zertifizierung geht. Der erste Viszeral-onkologische Kongress im Oktober dieses Jahres war als unsere erste Präsenzveranstaltung unter Hygienekonzept ein voller Erfolg, nachdem der 15. Chiemgauer Krebskongress im Mai dieses Jahres noch komplett virtuell stattgefunden hat. In den Vorbereitungen für kommendes Jahr arbeiten wir in Zusammenarbeit mit unseren niedergelassenen Kollegen auch an der Etablierung eines Zentrums für hämatologische Neoplasien und ab 2023 wird ein Uro-onkologisches Zentrum geplant. Die neuen Koordinatoren stellen sich in diesem Heft bei Ihnen vor. Trotz oder gerade wegen den vielen Möglichkeiten und Innovationen, aber auch coronabedingten Problemen müssen wir sehr viel mit unseren Patienten sprechen, sie lotsen und ihnen das Gefühl geben, dass wir jederzeit im Diagnostik- und Therapieprozess für sie da sind und sie ggf. auch jederzeit auffangen können, wenn es Komplikationen gibt oder sich eine palliative Situation abzeichnet. Wir sollten im besten Sinne des Wortes „Kümmerer“ für unsere Patientinnen und Patienten sein. Dies gelingt bei einer wohnortnahen Versorgung immer am besten.

Für Ihr Vertrauen in unsere Arbeit und Ihre Verbundenheit darf ich mich im Namen des gesamten Teams erneut sehr herzlich bei Ihnen bedanken.

Ihr



Dr. Thomas Kubin
Sprecher des Onkologischen Zentrums
Im Namen des gesamten Teams

Seit einigen Jahren erleben wir einen Paradigmenwechsel in der Onkologie. Die Immunonkologie ist eine der bedeutendsten aktuellen Entwicklungen in der Medizin und hat nachhaltig die moderne Diagnostik und Behandlung krebserkrankter Patientinnen und Patienten geprägt. Neue Immuntherapien mit sogenannten Immuncheckpoint-Inhibitoren – Wirkstoffe, die die Zerstörung von Krebszellen durch das Immunsystem aktivieren – haben sich zu einer wichtigen Säule der Tumorthherapie entwickelt. Hier kommen Antikörper zum Einsatz, die inhibitorische Signale der T-Zelle über die PD-1/PD-L1- und CTLA4-Signalkaskade unterbinden.

Diese Form der Therapie ist bereits für die Behandlung zahlreicher Erkrankungen wie dem Lungenkarzinom, dem malignen Melanom, Kopf-Hals- und urologischen Tumoren zugelassen. Eine hohe Expression von PD-L1 in Tumormustern gibt hierbei prädiktive Hinweise, ob eine Immuntherapie erfolgsversprechend sein wird. PD-L1 ist nur eines von vielen Beispielen, dass quantitative Bestimmungen von sogenannten Biomarkern in klinischen Gewebeproben zur individualisierten Krebstherapie immer wichtiger für den Erfolg einer Behandlung werden.

Beim metastasierten kolorektalen Karzinom, bei denen Fernmetastasen chirurgisch nicht entfernt werden können, kommt zunächst eine Chemotherapie mit oder ohne Antikörper gegen den EGF-Rezeptor oder gegen die VEGF-Familie zum Einsatz. Bei ca. 4-8% aller kolorektalen Karzinome lässt sich jedoch eine bestimmte Eigenschaft, eine sogenannte "hochgradige Mikrosatelliteninstabilität" (MSI-H), nachweisen. Dabei liegt in den Tumorzellen ein Defekt in den Reparaturmechanismen des Erbguts vor. Immer wenn sich die DNA bei der Zellteilung verdoppelt, entstehen kleine Fehler (DNA-Mismatch), die in der Regel von einem hoch konservierten Reparatursystem sofort korrigiert werden und somit keinerlei Auswirkungen haben. Wenn jedoch der Reparaturmechanismus (Mismatch Repair) defekt ist, häufen sich im Laufe vieler Zellteilungen

diese Fehler. Einen Hinweis darauf liefert die Mikrosatelliteninstabilität, das Auftreten neuer Allele innerhalb kurzer, repetitiver DNA-Sequenzen. Dies kann zur Expression von Neoantigenen führen und damit das körpereigene Immunsystem auf den Plan rufen. Je mehr Genveränderungen in den Tumorzellen vorliegen, desto besser sprechen diese auf eine Immuntherapie an, weil sie für das Immunsystem viele Angriffspunkte bieten und als fremd erkannt werden.

In der Phase III-Studie Keynote 177 wurde untersucht, wie effizient eine alleinige Immuncheckpoint-Blockade mit Pembrolizumab, einem PD-1-Antikörper, im Vergleich zur Standardchemotherapie mit ggf. einer zusätzlichen Antikörpertherapie wirkt. Insgesamt nahmen 307 Patientinnen und Patienten mit metastasiertem kolorektalem Karzinom teil, bei denen eine Mikrosatelliteninstabilität vorlag. Die Überlebenszeit, ohne dass die Krankheit weiter voranschritt, verdoppelte sich unter der Immuntherapie. Gleichzeitig erwies sich die Immuntherapie als verträglicher, die gesundheitsbezogene Lebensqualität (HRQoL) war signifikant besser und es traten weniger schwere Nebenwirkungen (Grad 3 - 5) auf.

In der Checkmate-142, einer nichtrandomisierten Phase-II-Studie, wurde die Wirksamkeit eines Immuntherapie-Kombinationsregimes mit Ipilimumab und Nivolumab beim metastasierten oder rezidierten Darmkrebs und MSI-H-Status ab mindestens einer Vortherapie evaluiert. Hier kam es zu deutlich höheren Raten beim partiellen- und Komplettansprechen sowie bei der Krankheitskontrolle.

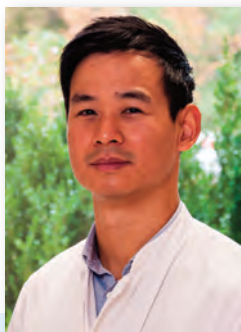
Diese Daten haben dazu geführt, dass die Immuntherapie zum neuen Therapiestandard in der Erstbehandlung oder nach vorangegangener Chemotherapie beim metastasierten Darmkrebs und hochgradiger Mikrosatelliteninstabilität geworden ist.

Aber auch beim fortgeschrittenen Gebärmutterkrebs gibt es Hoffnung. Eine Mikrosate-

liteninstabilität lässt sich bei ca. 30 Prozent der Patientinnen nachweisen. Die Europäische Kommission hat basierend auf der GARNET-Studie eine Zulassung für die erste Immuntherapie mit Dostarlimab, einem PD-1 Antikörper, beim metastasierten Endometriumkarzinom mit hoher Mikrosatelliteninstabilität, das während oder nach einer vorherigen Behandlung mit einer Platin-basierten Chemotherapie progredient ist, erteilt. In der Studie, an der 108 Patientinnen teilnahmen, konnte gezeigt werden, dass die Behandlung mit einer Immuncheckpoint-Blockade zu einer signifikant besseren Ansprech- und Krankheitskontrollrate führte.

Die Stratifizierung dieser Patientinnen und Patienten und die Behandlung mit einer individualisierten Krebstherapie ist bereits fest in unserer klinischen Routine verankert. Bei anderen Tumorerkrankungen mit Mikrosatelliteninstabilität wird derzeit die Wirksamkeit der Immuntherapie in klinischen Studien überprüft. Erste vielversprechende Ergebnisse lassen uns zuversichtlich in die Zukunft blicken, um auch in früheren Behandlungslinien und in Kombination mit anderen Medikamenten bei verschiedenen Tumorentitäten unseren Patientinnen und Patienten auch zukünftig die optimale Therapie nach den neuesten Erkenntnissen der Wissenschaft anbieten zu können. ■

Dr. med. Kai Tran



KONTAKT

Abt. Hämatologie, Onkologie, Palliativmedizin
Dr. Kai Tran

T 0861 705-1243

F 0861 705-1729

E kai.tran@kliniken-sob.de

Gynäkologisches Krebszentrum:

Neue Koordinatorin des Gynäkologischen Krebszentrums

Frau Lisa Fricke wird ab 1. Dez. 2021 als neue Koordinatorin des gynäkologischen Krebszentrums tätig werden und Frau Michaela Eder ablösen, die sich selbst dem Schwerpunkt Geburtshilfe an der Frauenklinik zuwenden wird.

Frau Fricke ist in München geboren und hat Pharmazie und Medizin in Innsbruck, Freiburg und München studiert. Seit Anfang 2018 ist sie an der Frauenklinik in Traunstein tätig und beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit der Operativen Gynäkologie und Gynäkologischen Onkologie. Ebenso wird sie die Betreuung der Studien im Bereich Zervix-, Ovarial- und Endometriumkarzinom übernehmen. Lisa Fricke wird gerne bei allen Fragestellungen im Bereich des gynäkologischen Krebszentrums zur Verfügung stehen. Wir bedanken uns bei Frau Michaela Eder und wünschen Lisa Fricke alles Gute. ■



KONTAKT

Gynäkologisches Krebszentrum
Lisa Fricke

T 0861 705-1231

F 0861 705-1695

E Lisa.Fricke@kliniken-sob.de



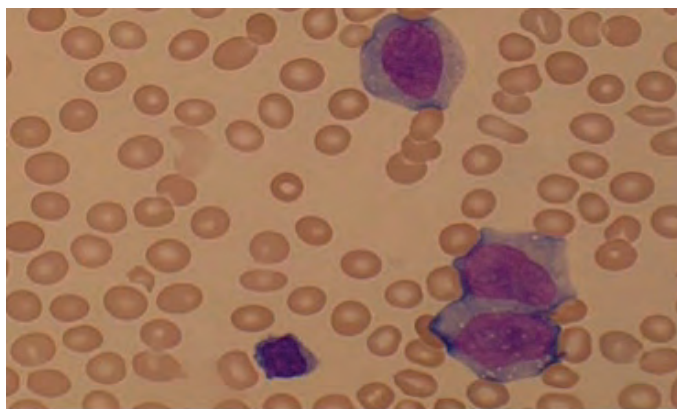
▲ Das Team vom Gynäkologischen Krebszentrum, von links: Fachärztin Dr. Juliane Singhartinger, Oberärztin Dr. Sandra Rummel, Chefarzt Prof. Dr. med. Christian Schindlbeck und Lisa Fricke

Neue Entwicklungen in der Behandlung der akuten myeloischen Leukämie

Jedes Jahr erkranken etwa 5000 Personen in Deutschland an einer akuten Leukämie, davon wird bei etwa 80 Prozent eine akute myeloische Leukämie (AML) diagnostiziert. Der Altersdurchschnitt liegt bei etwa 71 Jahren. Unbehandelt verstirbt in den ersten fünf Monaten nach Symptombeginn etwa die Hälfte der Patienten, kaum ein Patient überlebt das erste Jahr. Hat sich die Prognose der jüngeren Patienten seit Einführung der Chemotherapie und der Knochenmarkstransplantation deutlich verbessert und liegt im günstigsten Fall bei einem fünf Jahres Überleben von knapp 80 Prozent, bleiben die Therapieerfolge bei älteren und damit dem größten Teil der Patienten überschaubar. Seit Kurzem stehen nun mehrere Substanzen mit neuartigen Wirkungsmechanismen aber auch neuem Nebenwirkungsspektrum zur Verfügung, die die Prognose deutlich verbessern können (siehe Tabelle 1 und Abbildung 1).

Diagnostik und Therapieeinleitung

Die Symptome einer AML werden durch die rasch fortschreitende hämatopoetische Insuffizienz aufgrund einer Blasteninfiltration des Knochenmarks ausgelöst. Häufig werden die Patienten mit Anämiesymptomen und Blutungszeichen aufgrund einer Thrombozytopenie oder aber neutropeniebedingten Infektionen beim Hausarzt vorstellig. Im Rahmen der Laboruntersuchungen fallen dann die typischen Blutbildveränderungen mit einer Ausschwemmung von Blasten ins periphere Blut auf (Abb. 2).



▲ Abb 2: Myeloische Blasten im peripheren Blut bei AML Erstdiagnose

Bei ca. 40% der Patienten kann es aber auch zu einem aleukämen Verlauf kommen. Besteht der klinische Verdacht auf das Vorliegen einer AML ist eine sofortige hämatologische Vorstellung bzw. Einweisung in eine Klinik mit hämato-onkologischem Schwerpunkt notwendig. Ziel der Behandlung in den ersten Stunden ist einerseits die teils akut lebensbedrohlichen Symptome der AML wie Blutungsneigung und Infektionen zu behandeln und rasch die Verdachtsdiagnose zu bestätigen. Dies erfolgt auch heute noch primär mikroskopisch aus dem peripheren Blut und einer Knochenmarksaspiration. Bereits im Rahmen der Initialdiagnostik muss ausreichend Material für die folgenden durchflußzytometrischen und molekularbiologischen Analysen asserviert werden. Nach morphologischer Diagnosesicherung wird mittels sofortiger Einleitung einer Chemotherapie die rasche Blastenvermehrung gestoppt. Parallel erfolgt die Versendung des gewonnenen Materials mittels Kurierdienst an Speziallabore. Das onkologische Zentrum Traunstein kooperiert hier eng mit der AML Studienzentrale des Universitätsklinikum Ulm, einem der führenden europäischen Zentren in der Diagnose und Therapie der AML. Innerhalb von 48-72 Stunden - auch an Wochenenden - steht ein Ergebnis der wesentlichen molekularbiologischen Prognoseparameter (u.a. FLT-3, NPM1, RUNX1) sowie eine Therapieempfehlung zur Verfügung. Idealerweise kann dem Patienten eine Studienteilnahme angeboten werden. Stimmt der Patient zu, wird das Material für spätere wissenschaftliche Analysen in einer Biobank in Ulm asserviert.

Hieraus wird deutlich, dass die Betreuung eines Leukämiepatienten ein gut eingespieltes und erfahrendes Team aus Ärzten, Pflegepersonal, Mitarbeitern des Stützsekretariates und Psychoonkologen erfordert.

Therapiephase

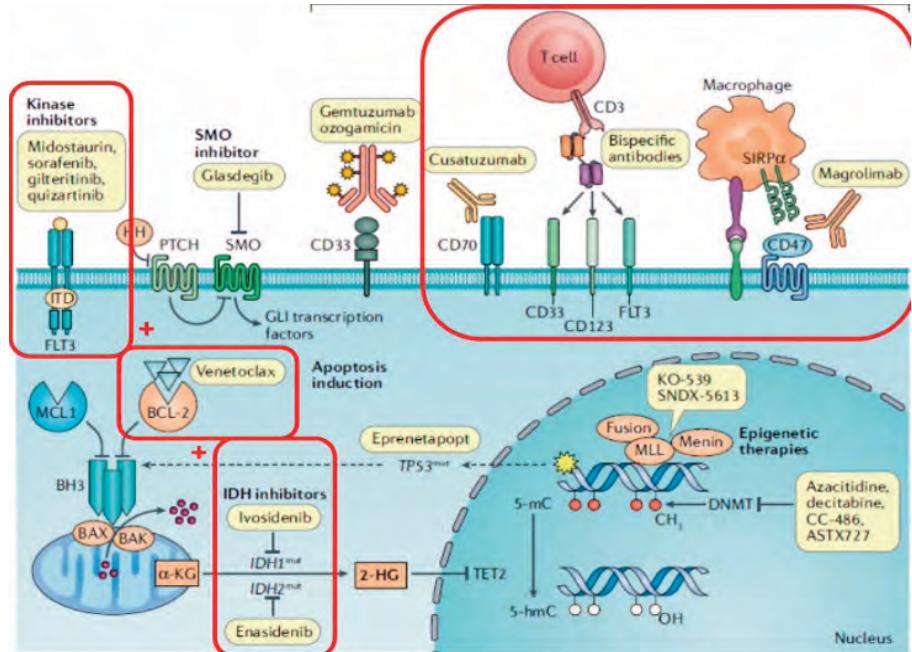
Die definitive Therapieentscheidung und Empfehlung richtet sich einerseits nach der auf zytogenetischen und molekularbiologischen Parametern basierenden Risikoeinteilung des „European Leukemia Networks“ und andererseits nach dem Alter und Allgemeinzustand des Patienten. Zunehmend spielen hier die molekularen Analysen eine Rolle bei der Auswahl neuer therapeutischer Substanzen (Abb 1). Bei Patienten bis 65 Jahren stellt eine Induktionschemotherapie bestehend aus Daunorubicin und Cytarabin weiterhin den Therapiestandard dar. Neu ist allerdings, dass in Abhängigkeit des molekularen Subtyps die Therapie um den FLT-3 Inhibitor Midostaurin oder aber um ein Chemotherapie-CD33 Antikörperkonjugat ergänzt wird. Bei therapieassoziierten oder aus einem MDS entstandenen AML kommt jetzt eine liposomale Version von Daunorubicin und Cytarabin zum Einsatz. Diese Substanz wird auch im Rahmen der AMLSG 30-18 Studie bei Intermediär- und Hochrisiko-AML geprüft. Liegt beim Patienten eine IDH1 oder IDH2 Mutation vor, kann dem Patienten die Teilnahme an der AMLSG 29-18 Studie angeboten werden, bei der die IDH1 und IDH2 Inhibitoren Ivosidenib und Enasidenib zusätzlich zur Chemotherapie in der Erstlinie zum Einsatz kommen. Beide Studien werden am onkologischen Zentrum in Traunstein in Kooperation mit der AMLSG Studiengruppe angeboten. Patienten zwischen 65 und 75 Jahren kann, wenn es der Allgemeinzustand und die Komorbiditäten des Patienten zulassen, eine intensive Chemotherapie angeboten werden. Diese Entscheidung muss zusammen mit dem Patienten und in Kenntnis der molekularen Risikofaktoren getroffen werden, da die Ergebnisse einer intensiven Therapie mit steigendem Alter schlechter werden und die therapieassoziierte Mortalität ansteigt. Nach Erreichen einer kompletten Remission (CR) schließt sich eine Konsolidierungstherapie an. Die Art der Konsolidierungstherapie ist ebenfalls abhängig vom individuellen Rezidivrisiko. Aufgrund der schnellen molekularen Diagnostik wird bereits ein bis zwei Wochen nach Diagnosestellung bei Patienten mit Intermediärer- und Hochrisiko-

siko-AML Kontakt mit den Transplantationszentren in München aufgenommen und eine Familien-bzw. Fremdspendersuche eingeleitet.

Nach Erreichen einer CR erfolgt eine Blutstammzelltransplantation von einem fremden Spender. Bei Patienten mit günstigem Risikoprofil wird die Therapie mit mehreren Konsolidierungsschemotherapien fortgesetzt. Eine Erhaltungstherapie z.B. mit oralem 5-Azacytidin nach Abschluss der Chemotherapie wurde vor kurzem zugelassen.

Kommt ein Patient nicht für eine intensive und somit kurative Therapie in Frage, besteht eine palliative Situation mit leider ungünstiger Prognose. In den letzten zwei Jahren sind hier allerdings mehrere neue Substanzen zugelassen worden, die Hoffnung auf eine Therapieverbesserung machen. Zum einen wurde der Hedgehog-Inhibitor Glasdegib in Kombination mit niedrig-dosiertem Cytarabin zugelassen, insbesondere aber überzeugen die Daten zur Kombination von hypomethylierenden Substanzen wie Azacytidin und Decitabin und dem aus der Lymphomtherapie bekannten bcl-2-Inhibitor Venetoclax. Die Komplettremissionsraten ließen sich von 28% auf 66% steigern, was sich in eine Verlängerung des medianen Überlebens von 9,6 auf 14,7 Monate übersetzte, in nicht wenigen Fällen aber auch deutlich länger. Allerdings ist diese Therapie nicht untoxisch, insbesondere im ersten Zyklus treten tiefe Zytopenien auf, so dass hier eine stationäre Therapie sinnvoll und möglich ist.

Die Rezidivtherapie erfolgt in Abhängigkeit der Vortherapien und des Allgemeinzustandes. Wichtig ist, dass eine erneute molekulare Diagnostik erfolgt, da im Rahmen der klonalen Evolution sich unter Umständen neue Therapiemöglichkeiten ergeben (z.B. Nachweis einer Flt-3 Mutation). Im Rezidiv steht der Zweitgenerations Flt-3 Inhibitor Gilterinib zur Verfügung. Die in den USA zugelassenen IDH1 und IDH2 Inhibitoren Ivosidenib und Enasidenib werden in Europa vermutlich in nächster Zeit noch nicht zugelassen, hier muss ggfs. ein



individueller Antrag auf Kostenübernahme bei den Krankenkassen gestellt werden. Die Prognose der rezidierten AML ist insgesamt sehr schlecht.

Nachsorge

Die Nachsorge nach Abschluß einer AML-Therapie muss engmaschig durch einen Hämatologen erfolgen um ein Rezidiv frühzeitig zu erkennen. Hier sind evtl. wiederholte Knochenmarkspunktionen inkl. der Analyse molekularer Marker zur Bestimmung der minimalen Resterkrankung notwendig. In Zukunft ist zu hoffen, dass durch die weiteren Analysen molekularer Mechanismen neue Substanzen verfügbar werden, die die schlechte Prognose verbessern. Aufgrund der immer weiteren genetischen und molekularen Subklassifizierung der AML ist allerdings zu erwarten, dass die Therapien zunehmend individueller werden. Insgesamt ist nach Jahren des therapeutischen Stillstandes Bewegung in die AML Therapielandschaft gekommen - eine positive Entwicklung und zugleich Herausforderung an das therapeutische Team.

Dr. med. Florian Zettl

▲ Abb. 1: Ansatzpunkte neuer Substanzen in der AML-Therapie Döhner et al. Nature Reviews Clinical Oncol 2021

KONTAKT

Abt. Hämatologie, Onkologie, Palliativmedizin

Dr. Florian Zettl

T 0861 705-1243

F 0861 705-1729

E florian.zettl@kliniken-sob.de

Quellen:
<https://www.onkopedia.com/de/onkopedia/guidelines/akute-myeloische-leukaemie-aml/@@guideline/html/index.html#litIDOEJGAI> (besucht zuletzt am 05.10.2021)
<https://www.fachinfo.de>

Substanz	Zulassung	Indikation	Überleben
Midostaurin	09/2017	De novo Flt-3 mut AML	51,4% 4-Jahres ÖL
Gilteritinib	24.10.2019	r/r AML Flt-3 mut	Median 9,3 Monate
Ivosidenib	2019 FDA keine EMA Zulassung	De novo AML ≥ 75 Jahre oder unfit r/r AML	Median 9 Monate (r/r AML)
Enasidenib	2019 FDA keine EMA Zulassung	De novo AML ≥ 75 Jahre oder unfit r/r AML	Median 9 Monate (r/r AML)
Gemtuzumab-Ozogamycin	04/2018	De novo AML CD33+	Median 46 Monate ELN (günstig/intermediär) 13 Monate ELN (ungünstig)
Venetoclax	05/2021	De novo AML unfit	Median 17,5 Monate
Glasdegib	06/2020	De novo AML unfit	Median 8,8 Monate
CPX-351 liposmales Daunorubicin/ Cytarabin	08/2018	Therapie-assoziierte AML und AML mit MDS typischen Veränderungen	

▲ Tabelle. 1: Neu zugelassene Substanzen in der AML Therapie

Zentrum für hämatologische Neoplasien ab 2022 geplant

Die Etablierung dieses Zentrums stellt einen weiteren Schritt für das gesamte Onkologische Zentrum dar und garantiert die bereits bestehende hochqualifizierte Versorgung unserer Patienten auf hohem Niveau mit dem Versprechen einer ständigen Weiterentwicklung sowie einem fortlaufenden Qualitätsmanagement. Das Zentrum soll im Klinikum Traunstein zusammen mit der onkologischen

Praxis Fr. Dr. Kronawitter/Hr. Dr. Jung entstehen.

Der bisherige Schwerpunkt für hämatologische Neoplasien wurde von Frau OÄ Dr. Elisabeth Dietl koordiniert, wir bedanken uns für ihre wertvolle Arbeit. Die zwei Koordinatoren für das neue Zentrum stellen sich vor:

Koordinator OA Dr. Matthias Egger

Nach Abschluss meines Studiums an der Universität Innsbruck begann ich 2010 meine Ausbildung zum Internisten am Klinikum Traunstein.

Schon während meiner ersten Rotation in die Abteilung für Hämatologie und Onkologie entwickelte ich ein ausgeprägtes Interesse für dieses spannende und zukunftssträchtige Fach und die Betreuung dieses besonderen Patientenkollektivs.

Nachdem ich 2016 die Facharztprüfung für Innere Medizin erfolgreich absolviert hatte, lag es daher nahe, dass ich meine weitere ärztliche Tätigkeit diesem Schwerpunkt widmen werde.

Unter der Leitung von CA Dr. Kubin erhielt ich in meiner Weiterbildungszeit eine breite und fundierte Ausbildung auf dem gesamten Gebiet der Hämato-/Onkologie.

Nach Erlangung des Facharztes für Hämatologie und internistische Onkologie wurde ich schließlich 2021 zum Oberarzt ernannt.

Ich werde nun zusammen mit meinem geschätzten Kollegen Dr. Tran die Funktion des Koordinators des geplanten Zentrums für hämatologische Neoplasien übernehmen, eine spannende und zugleich sicherlich sehr fordernde Tätigkeit.

Ich freue mich auf eine spannende und produktive interdisziplinäre und institutsübergreifende Zusammenarbeit.

Stellv. Koordinator Dr. med. Kai Tran

Ich habe Humanmedizin in München studiert und in der Molekularen Pathologie am Universitätsklinikum der TUM promoviert. Im Rahmen meiner experimentellen Doktorarbeit habe ich an deregulierten Signalwegsmolekülen in humanen Tumorproben zur quantitativen Bestimmung von Biomarkern für die personalisierte Krebstherapie geforscht. Teile der Dissertation wurden in hochrangigen, internationalen Fachzeitschriften veröffentlicht.

Nach Tätigkeit als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Pathologie der TUM, begann ich 2017 meine Facharztausbildung für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie am Klinikum Traunstein.

Neben meiner klinischen Tätigkeit engagiere ich mich ehrenamtlich für die Deutsche Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs und bin Mitglied mehrerer Fachgesellschaften.

Seit 2021 habe ich sehr gerne die Funktion des stellvertretenden Koordinators für das geplante Zentrum für hämatologische Neoplasien übernommen.



Dr. Matthias Egger



Dr. Kai Tran

KONTAKT

Abt. Hämatologie, Onkologie, Palliativmedizin

T 0861 705-1243

F 0861 705-1729

E matthias.egger@kliniken-sob.de

E kai.tran@kliniken-sob.de

Zystische Pankreastumore –

Differentialdiagnostik und therapeutisches Vorgehen im geplanten Viszeral-onkologischen Zentrum Traunstein

Seit vielen Jahren bildet die Leber- und Pankreaschirurgie im Klinikum Traunstein einen wesentlichen Schwerpunkt in der Tumorbehandlung. Dabei unterliegt insbesondere die Pankreaschirurgie wegen der Komplexität des Eingriffs und des Komplikationsspektrums Mindestmengen, die vom GBA (Gemeinsamer Bundesausschuss) festgelegt werden und die Behandlungsqualität sichern sollen. Im Rahmen der Zertifizierungen innerhalb der Onkologischen Zentren besteht zudem die Möglichkeit für die entsprechenden Abteilungen, sich als sogenanntes Viszeralonkologisches Zentrum zertifizieren zu lassen. In dieser Phase befinden wir uns nun und hoffen, Ende November 2021 erfolgreich das Audit zu bestehen um dann ein Viszeralonkologisches Zentrum mit den Entitäten „Darmkrebszentrum“ und „Pankreaskrebszentrum“ in einer organisatorischen Einheit anbieten zu können.

In den letzten Jahren hat die Inzidenz der zystischen Pankreasneoplasien (PCN) scheinbar deutlich zugenommen, was jedoch auf die bessere Qualität der bildgebenden Diagnostik und damit auf eine häufigere Diagnosestellung zurückgeführt werden kann. In der Literatur wird die Prävalenz von PCN mit bis zu 45% angegeben. Im Gegensatz zu Leber- und Nierenzysten, die fast immer harmlos sind, ist dies bei Zysten der Bauchspeicheldrüse mitunter nicht der Fall. Die Abgrenzung zu Pseudozysten nach akuter oder chronischer Pankreatitis ist dabei meist unproblematisch. Zystische Läsionen des Pankreas weisen also unterschiedliche Dysplasie- und Malignitätsgrade auf und stellen eine heterogene Gruppe an Entitäten dar. PCNs stellen somit potenziell Vorläuferläsionen für ein Pankreasadenokarzinom dar und sollten daher konsequent und frühzeitig diagnostiziert und behandelt werden.

Die WHO gruppiert PCNs in neoplastische und nichtneoplastische sowie in epitheliale und nichtepitheliale zystische Pankreasveränderungen und unterscheidet über 20 Subgruppen. Im chirurgischen Alltag spielen aber nur 4 Hauptformen der PCN eine Rolle, die im Folgenden vorgestellt werden:

Serös-zystische Neoplasie (SCN)

Hier handelt es sich um eine gutartige Erkrankung meist des Pankreaskorpus-/schwanz und praktisch ohne Entartungspotenzial. Der Altersgipfel liegt bei 65 Jahren, Frauen sind häufiger betroffen (7:1). Im CT / MRT zeigen sich mikrozystische Veränderungen (Honigwabenmuster), ein Anschluss zum Pankreas(haupt)gang besteht nicht. Eine Operation (Resektion) ist nur bei Auftreten von Symptomen indiziert (Verdrängung).

Serös-pseudopapilläre Neoplasie (SPN)

Es handelt sich um einen seltenen Tumor (Frantz-Tumor), der fast ausschließlich bei jungen Frauen (Häufigkeitsgipfel 30 Jahre) auftritt. Das Entartungspotenzial der bei Diagnosestellung häufig schon großen (5-7cm) Tumoren liegt bei 10-15%. Typisch bei dieser Läsion sind gemischt solide-zystische Anteile wobei der Tumor im gesamten Pankreas auftreten kann. Die Ergebnisse bei radikaler Resektion auch im metastasierten Stadium sind exzellent hinsichtlich der Langzeitprognose.

Muzinös-zystische Neoplasie (MCN)

Diese makrozystische, unilokuläre Läsion betrifft ebenfalls nahezu ausschließlich Frauen mit einem Altersgipfel zwischen 50 und 60 Jahren und findet sich am häufigsten im Pankreasschwanz. Das Entartungsrisiko liegt bei 10-40% so dass diese Tumore praktisch immer reseziert werden sollten. Der Zysteninhalt ist klar und muzinös und sehr häufig mit einem hohen Gehalt an CEA. Dagegen können meist keine erhöhten Amylase- oder Lipasewerte nachgewiesen werden, da fast nie ein Anschluss der MCN zum Pankreasgang besteht.

Intraduktale papillär-muzinöse Neoplasie (Nebengang) (IPMN; BD)

Diese Neoplasie hat ihren Ausgangspunkt von den Gangepithelien des Pankreasgangs – in diesem Fall von den Nebengängen. Der Tumor kann im gesamten Pankreas auftreten,

sowohl einzeln als auch multifokal wobei sich in der Bildgebung inklusive ERCP dilatierte Nebengänge zeigen. Das Entartungspotenzial wird mit bis zu 30% angegeben. Die IPMN ist eine Erkrankung in der 5. bis 7. Dekade. Wegen der Möglichkeit einer malignen Entartung auch bei der Nebengang IPMN stellt sich die Frage nach der OP Indikation und dem Zeitpunkt des Eingriffs. Da eine alleinige Abschätzung anhand der Größe der Läsion zu unsicher ist, sollten weitere Kriterien wie Wachstumsdynamik, erhöhtes Ca 19-9 im Serum, neu aufgetretener Diabetes und Pankreatitis in die Entscheidung einbezogen werden. Nutzen und Risiko müssen natürlich abgewogen werden wobei bei dieser Läsion auch limitierte Resektionen (Enukleation, Segmentresektion) möglich sind.

Intraduktale papillär-muzinöse Neoplasie (Hauptgang) (IPMN; MD)

Die Hauptgang IPMN wie auch der gemischte Typ (mixed type; MT) stellen wegen des hohen malignen Entartungspotenzials bis zu 100% Läsionen dar, welche einer onkologisch radikalen Operation zugeführt werden sollen. Auch die Hauptgang IPMN kann multifokal auftreten und betrifft wie die Nebengang IPMN Patienten zwischen der 5. und 7. Lebensdekade. Ein zystischer Hauptgangdurchmesser von $\geq 1\text{cm}$ gilt anhand verschiedener Leitlinien und Empfehlungen als klare OP Indikation.

Zusammenfassend stellen zystische Läsionen des Pankreas eine heterogene Gruppe von Entitäten dar, die aufgrund der immer besseren Bildgebung zunehmend häufiger diagnostiziert werden. Patienten mit z.B. sonographischem Nachweis von „Zysten“ im Pankreas sollten wegen der therapeutischen Konsequenzen zur Durchführung weiterer, spezifischer Diagnostik im „Pankreaskrebszentrum“ vorgestellt werden. ■

PD Dr. Rolf Schauer

MVZ für Hämatologie und Onkologie im Klinikum Traunstein

Mit dem 1.1.2021 wurde unser Angebot für die ambulante Versorgung von Patienten mit hämatologischen und onkologischen Erkrankungen um ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) erweitert.

Diese Facharztpraxis für Hämatologie und Onkologie wird von den beiden am Klinikum Traunstein tätigen Oberärzten Dr. Elisabeth Dietl und Dr. Matthias Egger geführt.

Die Praxis befindet sich in den bekannten Räumlichkeiten der Onkologischen Tagesklinik, welche parallel zu dieser weiterhin besteht.

Die Zusammenarbeit mit der onkologischen Hauptabteilung wird in gewohnter und bewährter Form fortgeführt, um die hohe fachliche Qualität und die optimale Versorgung unserer Patienten weiterhin zu gewährleisten.

Für die zuweisenden Kollegen bzw. Patienten ändert sich de facto also nichts, abgesehen von einigen wenigen formellen Aspekten. Sie genießen weiterhin sämtliche therapeutische und diagnostische Möglichkeiten in bekannter Form. ■



◀ Dr. Elisabeth Dietl



◀ Dr. Matthias Egger

KONTAKT

Fachärztezentrum Onkologie

T 0861 705-1023

F 0861 705-1021

E onkologie.faez.ts@kliniken-sob.de



Krebs und Alter

„Macht man was oder macht man nichts?“ ist häufig die 1. Frage. Die Konfrontation mit einer Tumor Diagnose wirft bei betagten Menschen und deren Angehörigen viele Fragen auf. Nicht selten werden Tumoren als Zufallsbefund oder auch in einem fortgeschrittenen Stadium gesehen. Ängste, Befürchtungen oder auch Bedürfnisse werden nicht immer geäußert. Das bedeutet für uns eine nicht unerhebliche Zeit in den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zu den Patienten und deren Angehörige anzubieten. Dabei helfen uns interdisziplinäre Teams bestehend aus Pflege, Ärzten, Psychoonkologie und Neuropsychologie, Therapeuten und Sozialdienst den physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Status zu erheben, Ressourcen zu erkennen, mögliche Therapieoptionen zu erarbeiten und umzusetzen.

Bezüglich der Versorgung sind sie entweder mit ihrer Umgebung und familiären Situation fest verwurzelt oder müssen mit einer Veränderung der häuslichen Wohnsituation wie z.B. einen Umzug in die Institution umgehen. Dieses führt zusätzlich zu einer Verunsicherung und bedarf einer gesonderten Betrachtung. Außerdem ist dieses nicht selten mit einem Wechsel des Hausarztes und Vertrauensperson verbunden.

Symptome wie Schmerzen werden als zum Alter zugehörig empfunden. Hier ist es die Aufgabe des interdisziplinären Teams den Patienten und dessen Angehörige bestmöglich aufzuklären und zu begleiten.

Die Kommunikation muss gesondert betrachtet werden. Ein Teil der betagten Menschen sind traditionell erzogen worden, akzeptieren von außen getroffene Entscheidungen und stellen diese nicht kritisch in Frage. Dieses betrifft vor allem Arzt Patienten Gespräche. Zeit, aktives Zuhören und eine Kommunikation auf Augenhöhe kann diese im Kopf der Patienten verankerte Hierarchie abbildern und den Weg zu einer gemeinsamen Therapie Findung bahnen. Die Vereinbarung von Gesprächstermin zu festen Zeiten trägt zu einer Struktur und somit Sicherheit

bei. Hilfsmittel wie z.B. Brille oder Hörgeräte gewährleisten eine ungestörte Kommunikation.

Der andere Teil steht mitten im Leben und ist durch öffentlich zugängliche Medien vielfältig aufgeklärt. Die aus den Medien gewonnenen Informationen können aufklären jedoch auch sehr verwirrend und verunsichernd wirken. Auch hier gilt es die Informationen gemeinsam zu sortieren und zu kategorisieren. Im Übrigen gewinnt ein vermeintlich professionelles Team im Austausch mit wissbegierigen Patienten neue, das Team belebende Erkenntnisse.

In dieser gesamt Konstellation muss eine suffiziente Lebensqualität und größtmögliche Selbstständigkeit erhalten bleiben. Lebensqualität und Selbstständigkeit werden von jedem einzelnen unterschiedlich definiert und empfunden. Dieses gilt es ebenfalls zu erfragen und Nah- beziehungsweise Fernziele zu erarbeiten und festzulegen. Hierbei ist es wichtig die Ressourcen im Auge zu behalten. Ein erreichtes Ziel darf gefeiert und positiv besetzt werden. ■

Dr. Marianne Gerusel-Bleck



KONTAKT

Dr. Marianne Gerusel-Bleck

T 08621 87 - 6341

E Marianne.Gerusel-Bleck@kliniken-sob.de

Harnblasenkrebs – gar nicht mal so selten!

Harnblasenkrebs ist häufiger als man denkt. Laut aktuellem Bericht des Robert-Koch-Institutes erkranken jährlich ca. 30.000 Menschen in der Bundesrepublik Deutschland neu an einem bösartigen Tumor der Harnblase. Einer frühzeitigen Therapie kommt oftmals eine entscheidende Bedeutung zu. Deshalb sollte man auf Warnsymptome achten.

Mittlerweile geht es Rainer E. (Name von der Redaktion geändert) aus dem Chiemgau wieder gut. Das war nicht immer so. Der 61-jährige hat Harnblasenkrebs. „Das kam aus heiterem Himmel“, sagt E. „Ich habe mir erst gar nichts dabei gedacht. Auf einmal war mein Urin in der Toilette ganz rot gefärbt“. „Mein Hausarzt hat mich dann sofort zum Urologen überwiesen. Der hat eine Blasenspiegelung durchgeführt und ein paar Tage später wurde mir im Klinikum Traunstein ein Tumor aus der Blase entfernt“. „Der Arzt dort hat mir dann erklärt, dass ich nochmal Glück gehabt habe. Der Tumor war nicht sehr aggressiv und noch auf die innere Wand der Blase beschränkt“, sagt Rainer E.

„Das ist nicht immer so“, erläutert Marcus Elstermann von Elster, Oberarzt der Urologischen Klinik am Klinikum Traunstein. Der Urologe berichtet, dass Harnblasenkrebs gerade bei Männern eine der häufigsten Krebserkrankungen ist. Vielen von Ihnen sind Raucher. Neben dem Lungenkrebs ist der Harnblasenkrebs ein klassisches Beispiel wie Schadstoffe eine Krebserkrankung auslösen können. Denn nicht nur Nikotin, sondern auch eine langjährige berufliche Exposition mit bestimmten Arbeitsstoffen (u.a. bestimmte Farbstoffe, Lacke etc.) kann Harnblasenkrebs verursachen.

Schmerzlose Blutungen können ein Erstsymptom sein!

Blutbeimengungen im Urin, insbesondere wenn sie ohne Schmerzen auftreten, sind häufig ein Erstsymptom. Eher unspezifisch, da auch bei vielen gutartigen Erkrankungen auftretend, sind subjektive Veränderungen, wie ein gesteigerter Harndrang und häufiges Wasserlassen. „Natürlich treten solche Symptome nicht nur bei Harnblasenkrebs,

sondern auch bei gutartigen Erkrankungen der Blase auf, sie sollten aber auf jeden Fall abgeklärt werden“, so Marcus Elstermann von Elster.

Die wichtigste Untersuchungsmethode um festzustellen ob ein Harnblasenkrebs vorliegt, ist auch heute noch die Blasenspiegelung. Bei dieser Untersuchung betrachtet der Urologe die Blaseninnenwand über die Harnröhre hindurch mit einem dünnen Instrument, dem Zystoskop. Sollten hier Auffälligkeiten sein, kann er aus verdächtigen Arealen, in einer kurzen Narkose Gewebeproben aus der Blase entnehmen. Diese geben dann näheren Aufschluss darüber, ob ein Harnblasenkrebs vorliegt und wie tief dieser in die Blasenwand eingewachsen ist.

Zur Früherkennung von Harnblasentumoren wird mittlerweile in den meisten Kliniken in Deutschland ein zusätzliches bildgebendes Verfahren angewendet, die so genannte Photodynamische Diagnostik. Dieses Verfahren ermöglicht eine verbesserte Erkennung der Krebszellen in der Harnblasenwand durch eine spezifische Anfärbung mittels eines fluoreszierenden Farbstoffs. So kann der Urologe im Rahmen der Blasenspiegelung frühzeitig schon kleinste Tumoren erkennen und entsprechend behandeln (siehe Abbildung). „Das Verfahren ist seit vielen Jahren auch Standard im Klinikum Traunstein und wird dort regelmäßig und häufig eingesetzt“, berichtet Marcus Elstermann von Elster.

Unterschiedliche Therapien je nach Aggressivität und Ausbreitung

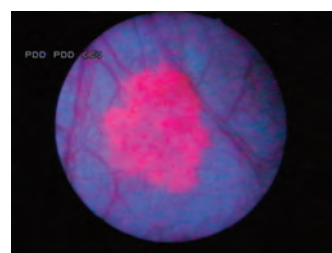
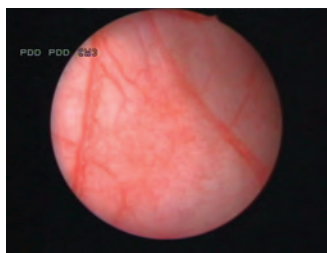
Die Behandlung des Harnblasenkrebses richtet sich meist nach seiner Ausbreitung: Ist der Tumor auf die Oberfläche begrenzt, so kann der Urologe während der Blasenspiegelung diesen Tumor mit einer elektrischen Schlinge abtragen. „Erfreulicherweise haben

viele Patienten eine sehr günstige Prognose“, so Marcus Elstermann von Elster.

„Die meisten Tumore sind nicht sehr aggressiv und bleiben auf die Oberfläche der Blaseninnenseite, die Schleimhaut beschränkt“.

„Häufig wachsen diese Tumore nach einigen Monaten oder Jahren aber wieder nach. Aus diesem Grund wird in vielen Fällen noch am Operationstag ein Medikament in die Harnblase eingefüllt, das verstreute Tumorzellen abtöten soll. Nur wenige dieser oberflächlichen Tumore sind aggressiv und haben das Potential den Patienten mit dem Leben zu bedrohen. „Hier führen wir dann eine erneute endoskopische Kontrollabtragung nach einigen Wochen durch und empfehlen eine ambulante Blasenspülung als Immuntherapie in wöchentlichen Abständen“, sagt David Rangnick, Assistenzarzt in der Urologischen Klinik im Klinikum Traunstein. Im Klinikum werden jährlich mehr als 250 dieser endoskopischen Abtragungen und Folgebehandlungen durchgeführt. „Die individuellen Befundkonstellationen werden hier täglich gemeinsam mit den Ober- und Chefärzten besprochen. So fühlt man sich bereits als Assistenzarzt voll in die Abläufe und das Team integriert“, so Rangnick. Der Umgang mit Blasenkrebspatienten ist also selbst für die jungen Assistenzärzte schon Routine.

Simon Müller ist auch Assistenzarzt an der Klinik für Urologie. Er ist für die organisatorische Koordination der Patienten mit einer Blasenkrebs Erkrankung zuständig. Das erfordert sehr viel Grundwissen und Genauigkeit, denn die Behandlungsabfolge und -Ergebnisse werden von der Deutschen Krebsgesellschaft jährlich im Klinikum



▲ Aggressiver flacher Harnblasenkrebs: Früherkennung mit der Photodynamischen Diagnostik (re. Kreis: Krebszellen sind rot) im Vergleich zur klassischen Blasenspiegelung (li. Kreis) an der selben Stelle

Traunstein sehr genau überprüft. Patienten mit Blasen Tumoren werden von Simon Müller wöchentlich im Gremium des Zentrums, der Tumorkonferenz vorgestellt und dort von den Experten aus unterschiedlichen Blickwinkeln beurteilt. „Am Ende der Konferenz haben wir dann für jeden individuellen Patienten das auf ihn zugeschnittene beste Behandlungskonzept entwickelt“, so Müller.

Ist der Tumor aber bereits in tiefere Schichten der Wand vorgedrungen, so kann die Erkrankung mit lokalen Maßnahmen meist kaum noch gestoppt werden.

In diesen Fällen bietet die vollständige operative Entfernung der Blase über einen Hautschnitt die größte Aussicht auf Heilung. Die Operation der Blase ist technisch komplex und wird in Deutschland nur in spezialisierten urologischen Zentren durchgeführt. Mit mehr als 20 dieser Eingriffe pro Jahr zählt Traunstein zu diesen Einrichtungen. Ganz entscheidend für den Erfolg und die Patientensicherheit ist das Zusammenwirken der Ärzte und des Pflegepersonals, weiß Markus Öttl, Pflegedienstleitung der Urologischen Station am Klinikum. „Ob im OP, der Intensivstation und später wieder auf Normalstation: Alle wissen genau auf was es am Operationstag und danach ankommt. Wir besprechen uns regelmäßig und haben die Abläufe genau festgelegt, sodass die Patienten bestens versorgt sind“, sagt Markus Öttl.

Für die Urinableitung, nach der operativen Entfernung der Harnblase, stehen verschiedene Möglichkeiten, in Abhängigkeit von der Erkrankungssituation, dem Alter und des Allgemeinzustandes der Patienten, zur Wahl. Für einige kann eine Ersatzblase aus Darm angelegt werden, die an die Harnröhre angeschlossen wird, so dass die Blasenentleerung nach der Operation wieder auf natürlichem Wege erfolgen kann. Die Harnleiter können aber auch in ein ausgeschaltetes Stück Dünndarm eingepflanzt werden, das als künstlicher Ausgang über die Bauchhaut nach außen abgeleitet wird; nach wie vor die häufigste Form der Harnableitung, insbesondere bei älteren Patienten.



Kann dem Patienten aufgrund von ausgeprägten Herz-Kreislaufkrankungen ein großer operativer Eingriff nicht zugemutet werden oder lehnt er einen operativen Eingriff ab, so steht in diesen Fällen eine Bestrahlung in Verbindung mit einer Chemotherapie zur Verfügung. Auch diese Option wird von den Experten in der Tumorkonferenz sehr ausführlich berücksichtigt und in ausgewählten Fällen auch empfohlen.

Immuntherapie nun auch beim Blasenkrebs

Auch wenn bereits Absiedlungen des Harnblasenkrebses in andere Körperregionen vorliegen, wird die Behandlung individuell festgelegt. Hier hat sich weltweit eine fixe Kombination von Medikamenten (Chemotherapie) etabliert, um das Krebswachstum zurück zu drängen. Mittlerweile hat auch die Immuntherapie, bei der gezielt Schaltstellen des Immunsystems beeinflusst werden, Einzug in die Behandlung von Patienten mit einem fortgeschrittenen Harnblasenkrebs gehalten. „Voraussetzung ist, dass auf den Tumorzellen bestimmte Oberflächenproteine vorhanden sind, die den Einsatz dieser neuen Therapieform ermöglichen“, sagt Thomas Hofmann, Oberarzt an der Urologischen Klinik im Klinikum Traunstein. Er betreut Patienten mit einem fortgeschrittenen Harnblasenkarzinom unter Immuntherapie. „Der Krebs der Harnblase ist zum Glück in vielen Fällen heilbar“, so Thomas Hofmann. „Das rechtzeitige Erkennen der ersten Symptome, eine frühzeitige Diagnose und stadiengerechte Behandlung sind hierfür die Grundvoraussetzung.“

▲ Die intensive Kommunikation zwischen Ärzten und Pflegepersonal ist Grundvoraussetzung für gute Therapieergebnisse in spezialisierten Zentren.

(v.l.n.r. Marcus Elstermann v. Elster, David Rangnick, Markus Öttl und Simon Müller im Gespräch auf Station)

So wie bei Rainer E. Der Chiemgauer hatte Glück im Unglück. Der Tumor war wenig aggressiv und konnte lokal ausgeschabt werden. Die ambulanten Kontrollen mittels Blasenspiegelung waren bislang unauffällig. „Das Rauchen habe ich auch gleich aufgehört“, sagt er. Denn auch das weiß man heutzutage: Das Rauchen aufzuhören kann nicht nur das Entstehen einer Krebserkrankung vermeiden, sondern auch verhindern, dass sie wieder auftritt. ■

KONTAKT

Schwerpunkt Urogenitale Tumore

T 0861 705-1197

F 0861 705 1469

E sekretariat.urologie.ts@kliniken-sob.de

Neuigkeiten von „Gemeinsam gegen den Krebs e.V.“



So optimistisch wie der Verein gegründet wurde, so wurde auch in dieser schwierigen Zeit weitergearbeitet. Zusammenhalt und gegenseitige Unterstützung sind deshalb auch in diesem Jahr an erster Stelle gestanden. Die Corona-Pandemie ist eines der vielen Beispiele dafür, wie wenig sich das Leben planen, kontrollieren oder gar einfangen lässt.

Am 19.03.21 konnte eine erste, dreistündige Onlineveranstaltung interessante Fachthemen in Kooperation mit dem Onkologischen Zentrum Traunstein und dem Angebot des Vereins kombiniert werden. Im Jahresverlauf wurde die Website zusammen mit der Firma KUSE komplett überarbeitet. Dabei wurden auch gleich alle Informationsmedien redigiert und an das neue Design angepasst.

Eine wichtige Weiterentwicklung war der Umzug in die neuen Räumlichkeiten des Vereins am Kniebos 3 in Traunstein. Hier betreibt der Verein seit Mitte dieses Jahres ein barrierefreies Büro, um den Angeboten im Zusammenhang mit der Familiensprechstunde, Sozialberatung und Psychoonkologie, ein ungestörtes Zuhause zu geben.

Bedingt durch die Pandemie wurden digitale Angebote weiter ausgebaut, um gerade in dieser Zeit der Verunsicherung weitere Räume des Erfahrungsaustauschs, der Information und der Übung zur Verfügung stellen. So konnte Mitte Oktober der erste virtuelle Kochworkshop angeboten werden. Ein Format mit Potential.

Aber natürlich lebt der Verein vom persönlichen Austausch und alle Beteiligten hoffen in 2022 wieder verstärkt in den Dialog treten zu dürfen. ■



KONTAKT

Verein Gemeinsam gegen den Krebs e.V.
Kniebos 3 - 83278 Traunstein

T 0176 4315 1575

E info@gemeinsamgegenkrebs.de
www.gemeinsamgegenkrebs.de



STRUKTUR DES ONKOLOGISCHEN ZENTRUMS

Sprecher: Dr. Thomas Kubin
Stellv. Sprecher: PD Dr. Rolf Schauer
Koordinator: Reinhold Frank
T 0861 705-1533
E oz.ts@kliniken-sob.de
www.onkologischeszentrum-traunstein.de



Leitungsteam:

Dr. Thomas Auberger	T 0861 705-1293
Reinhold Frank	T 0861 705-1533
Dr. Björn Lewerenz	T 0861 705-1261
Dr. Thomas Kubin	T 0861 705-1243
PD. Dr. Rolf Schauer	T 0861 705-1201
Prof. Dr. Christian Schindlbeck	T 0861 705-1231
Prof. Dr. Dirk Zaak	T 0861 705-1197



Impressum

Redaktion (verantw.):

+ Reinhold Frank
+ Dr. Thomas Kubin
+ Ralf Reuter
+ Prof. Dr. Dirk Zaak

Für die Inhalte der einzelnen Beiträge sind die Ärzte des Onkologischen Zentrums Traunstein verantwortlich

Redaktionsanschrift:

Informations- und Öffentlichkeitsarbeit der
Kliniken Südostbayern AG
Ralf Reuter
Klinikum Traunstein, Cuno-Niggel-Str. 3, 83278 Traunstein
T 0861 705-1530
E ralf.reuter@kliniken-sob.de



In Zusammenarbeit mit dem
Ärztlichen Kreisverband Traunstein