

ONKOLOGIE. 01-2012

NEWSLETTER

MAGEN- UND SPEISERÖHREN- KARZINOME

und weitere Themen



KRANKENHAUS
BARMHERZIGE
SCHWESTERN
Linz

EIN UNTERNEHMEN DER VINZENZ GRUPPE
Medizin mit Qualität und Seele www.vinzenzgruppe.at



LIEBE KOLLEGINNEN UND KOLLEGEN!

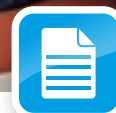
Als onkologisches Leitspital möchten wir Sie über eine Erkrankung informieren, die mit steigendem Wohlstand in ihrer Inzidenz zunimmt. Ich spreche die Karzinome der Speiseröhre und des Magens an.

Vor allem sind es die Adenokarzinome am ösophagogastralen Übergang, die in den letzten Jahren deutlich zugenommen haben. Man weiß, dass diese Tumorerkrankungen der Speiseröhre vor allem mit veränderten Essgewohnheiten einhergehen. Chronischer Reflux, der von den Patienten selbst oft nicht bemerkt wird oder aber unspezifische Symptome wie Heiserkeit aufweist, kann zu Veränderungen der Speiseröhre führen und in eine maligne Entartung der Zellen übergehen.

An onkologischen Zentren sind diese Operationen mit einer niedrigen Komplikationsrate durchführbar. Längst haben diese Eingriffe den Schrecken alter Zeiten verloren. Auch hier haben minimalinvasive Techniken Einzug gehalten, sodass die Belastung für den Patienten deutlich reduziert werden konnte. Durch multimodale Konzepte und verbesserte medikamentöse Therapien ist es uns gelungen, die postoperative Lebensqualität des Patienten zu wahren. **Selbst nach Operationen, bei denen der gesamte Magen entfernt werden muss, ist dennoch der Verzehr von hochwertigen Speisen und Getränken ohne größere Einschränkungen möglich.** Unser primäres Ziel ist es bei solch ausgedehnten chirurgischen Eingriffen, welche derzeit die einzige Möglichkeit sind, den Patienten zu heilen, die Lebensqualität postoperativ zu erhalten.

Mit kollegialen Grüßen

Prim. Univ.-Prof. Dr. Klaus Emmanuel
Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie



SAKK 75/08

MAGEN-SPEISERÖHREN-KREBS: INTERDISZIPLINÄRES Vorgehen Therapieentscheidend

Speiseröhren- und Magenkrebs zählen zu den bösartigen Erkrankungen des oberen Verdauungstraktes. **Magenkrebs tritt häufiger auf als Speiseröhrenkrebs, die Symptome reichen von Schluckstörungen über Magenschmerzen bis hin zu blutigem Stuhlgang.** Wird eine Erkrankung diagnostiziert, ist für die Behandlung die Ausdehnung entscheidend: Liegen keine Absiedelungen in anderen Organen vor, ist die Operation das Mittel der Wahl, wobei ab einer bestimmten Ausdehnung eine Vorbehandlung mittels Chemotherapie oder Radiochemotherapie Standard ist. Das bedeutet, dass bei der Behandlung Chirurgen, Onkologen und Strahlentherapeuten eng zusammenarbeiten, **was durch die Verortung aller Disziplinen in unserem Krankenhaus in höchstem Maße gewährleistet ist.** In solchen Fällen ist das Therapieziel die Heilung. Das ist bei Vorliegen von Absiedelungen in anderen Organen allerdings nicht mehr möglich. Hier wird versucht, mittels Chemotherapie das Fortschreiten der Erkrankung zu verlangsamen. Gleichzeitig ist es notwendig, mittels bestmöglicher begleitender Therapie beschwerliche Symptome zu behandeln. Dies wird zum Teil mit der Chemotherapie erreicht, eine qualifizierte palliativmedizinische Mitbetreuung ist hier ebenfalls sinnvoll. Aktuelle Therapieformen müssen ständig weiterentwickelt werden. **Um unseren Patienten den Fortschritt in der Onkologie zuteilwerden zu lassen, nehmen wir an Studien teil, in denen speziell die Behandlung dieser Tumorarten zu verbessern versucht wird (z. B. SAKK 75/08).**



OA Priv.-Doz. Dr. Holger Rumpold
(Abteilung für Innere Medizin I –
Hämatologie und internistische Onkologie)



ENDOSONOGRAPHIE UND ENDOSKOPIE BEIM MAGEN- UND SPEISERÖHRENKREBS

Die Endoskopie mit der Ösophagogastroduodenoskopie (ÖGD) und die Endosonographie nehmen bei der Vorsorge, Diagnostik, prätherapeutischen Abklärung und posttherapeutischen Kontrolle des Magen- und Speiseröhrenkrebses eine zentrale Rolle ein.

Die ÖGD ist die Untersuchung mit der höchsten Spezifität und Sensibilität zur Detektion eines Speiseröhren- oder Magentumors. Eine generelle Vorsorgeuntersuchung, wie beim kolorektalen Karzinom, wird derzeit aufgrund der relativ geringen Inzidenz nicht empfohlen. **Risikogruppen sollten aber regelmäßig eine ÖGD durchführen lassen.** Für das Magenkarzinom sind dies Patienten nach Magenteilresektionen (ab dem 50. Lebensjahr bzw. ab dem 15. Jahr nach Operation), bei perniziöser Anämie alle 2 bis 3 Jahre, bei der Riesenfaltengastritis (M. Ménériér) halbjährlich sowie bei bekannter HP-assoziiierter Gastritis mit intestinaler Metaplasie. Für das Speiseröhrenkarzinom bei chronischem gastrointestinalen Reflux, beim Barrett-Ösophagus, nach Verätzungen, bei positiver Familienanamnese, Plummer-Vinson-Syndrom sowie bei regelmäßigem Nikotin- und Alkoholabusus.

Wird ein tumorverdächtiges Areal im Rahmen der Gastroskopie gefunden, muss dessen Lokalisation (Abstand vom oberen Ösophagusmund, Lage am gastroösophagealen Übergang oder Position im Magen mit Abstand zur Kardia), Ausdehnung und Beschaffenheit (ulcerös, polypös) beschrieben werden, da daraus eine therapeutische Konsequenz entsteht. **Zur histologischen Sicherung sollten mindestens 6 Biopsien entnommen werden.** Bei einem klinisch suspekten Befund und negativen histopathologischen Befund sollte eine Rebiopsie nach 1 bis 2 Wochen erfolgen und eine endosonographische Diagnosesicherung überlegt werden.

Nachdem der maligne Befund mittels PE gesichert ist, erfolgt durch die Staginguntersuchung die Abklärung der Tumorausbreitung zur optimalen individuellen Therapieplanung. Hier ist die Endosonographie wichtiger Bestandteil und insbesondere hinsichtlich lokaler Tumorausbreitung (Mucosa, Submucosainfiltration

bzw. Serosadurchbruch) und lokaler Lymphknotenbeteiligung der Computertomographie überlegen. **So wird bei entsprechendem Tumorstadium ($\geq$ uT3/4 oder N+) eine perioperative Chemotherapie bzw. Radiochemotherapie beim Speiseröhrenkrebs und fehlender Fernmetastasierung indiziert.**

Durch die exakte endosonographische Diagnostik ergibt sich die Möglichkeit, das so genannte Magenfrühkarzinom (Läsionen, die auf Mucosa und Submucosa beschränkt sind) und die hochgradigen Barrett-Dysplasien bzw. das Barrett-Frühkarzinom der Speiseröhre mittels Mucosa- oder Submucosadisektion im Ganzen abzutragen und so eine kurative, wenig invasive endoskopische Therapie anbieten zu können.

Weitere therapeutische Optionen für die Endoskopie ergeben sich im palliativen Setting mittels endoskopischer Stentlegung oder der Möglichkeit der endoskopischen Blutstillung bei Tumorsickerblutungen (Argon-Laser). Natürlich kommt die Endoskopie auch im Rahmen von peri- und postoperativen Komplikationen sowie der Nachsorge zum Einsatz.

NEU: ENDOSONOGRAPHIE

Seit kurzem bieten wir im Rahmen der interdisziplinären Endoskopie nun auch die Endosonographie an. Bitte um vorherige Terminvereinbarung unter 0732/7677-7374.



OA Dr. Klemens Rohregger
(Abteilung für Allgemein- und
Viszeralchirurgie)



CHIRURGISCHE THERAPIE ALS EINZIGER KURATIVER ANSATZ BEIM MAGEN- UND SPEISERÖHRENKARZINOM

Vorrangiges Ziel des chirurgischen Eingriffes ist die so genannte R0-Resektion, das heißt die vollständige Entfernung des Tumors mit entsprechendem Sicherheitsabstand und einer Lymphknotenentfernung.

Entscheidend für die Operationsplanung sind einerseits die Lokalisation und Längsausdehnung, andererseits auch die lokale Tumorausbreitung und der Lymphknotenbefall. So wird beim Mucosa- und Submucosabefall eine lokal-kurative Maßnahme möglich sein, andererseits ist bei höheren Tumorstadien (T3/4) und positivem Lymphknotenbefall eine perioperative Chemotherapie oder Radiochemotherapie indiziert.

Auch die histologische Differenzierung spielt eine wichtige Rolle. So ist beim Plattenepithelkarzinom der Speiseröhre eine transthorakale En-bloc-Ösophagusresektion mit radikaler Lymphknotendisektion die Operation der Wahl. Das Adenokarzinom des Ösophagus wird aufgrund seiner vorherrschenden distalen Tumorage transmediastinal oder transthorakal reseziert. **Die Wiederherstellung der Speisepassage gelingt durch die Bildung eines Schlauchmagens.** In speziellen Fällen kann auch eine Dickdarminterposition vorgenommen werden.

Beim Magenkarzinom ist ebenso die R0-Resektion mit D2-Lymphadenektomie die Therapie der Wahl. Auch hier wird das Resektionsausmaß vom histologischen Typ bestimmt. **Die totale Gastrektomie gilt als Regeloperation beim Magenkarzinom.**

Eine D2-Lymphknotendisektion mit mindestens 16 Lymphknoten muss durchgeführt werden. Es gibt Hinweise, dass eine solche Lymphknotenentfernung einen prognostisch günstigen Einfluss hat. Die Tumoren des gastroösophagealen Übergangs nehmen eine Sonderstellung ein. Beim Typ I nach Siewert liegt das Tumorzentrum zwischen 5 cm und 1 cm oral der Kardia (meist Barrett-Karzinom) und wird wie ein Speiseröhrentumor behandelt. Der Typ II („echtes Kardiakarzinom“) liegt zwischen 1 cm oral und 2 cm aboral der Übergangszone, der Typ III ist subkardial lokalisiert und beide werden mittels transhiatal erweiterter Gastrektomie behandelt.

Auch eine palliative Resektion kann zur Verbesserung der Lebensqualität führen, vor allem bei Stenose, Verlust der Funktionalität oder endoskopisch nicht stillbaren Blutungen. Eine

operative Palliation spielt beim Ösophaguskarzinom hingegen keine Rolle.

Die Folgen nach Verlust des Magens oder der Speiseröhre wie Gewichtsabnahme, perniziöse Anämie, welche durch Vitamin-B₁₂-Substitution therapiert wird, werden von den Patienten toleriert.



OA Dr. Gernot Bodingbauer
(Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie)

MAGEN- UND SPEISERÖHRENKREBS

Speiseröhrenkrebs:

Neuerkrankungen pro Jahr (OÖ/Ö): ca. 60 / ca. 350

Ursachen: Barrett-Ösophagus, Plummer-Vinson-Syndrom, Achalasie, Verätzungen mit narbiger Abheilung, Vitamin-A/C-arme Kost

Tendenz: steigend bei Adenokarzinom, gleichbleibend bis rückläufig bei Plattenepithelkarzinom

Durchschnittsalter: 5.–6. Lebensjahrzehnt

Geschlechterverteilung Männer/Frauen: 5:1

Magenkrebs:

Neuerkrankungen pro Jahr (OÖ/Ö): ca. 160 / ca. 1.300

Ursachen: Helicobacter-pylori-Infektion, Rauchen, atrophe Gastritis, vererbter nichtpolypöser Dickdarmkrebs (HNPCC)

Tendenz: rückläufig

Durchschnittsalter: 6.–7. Lebensjahrzehnt

Geschlechterverteilung Männer/Frauen: 1,5:1

ZAHLEN UND FAKTEN

(OA Priv.-Doz. Dr. Holger Rumpold)



„IM ZWEIFEL FÜR DIE CHEMOTHERAPIE“

Die Therapie des Ösophaguskarzinoms hängt im Wesentlichen von Größe und Ausbreitung des Tumors ab, aber auch das Alter sowie der allgemeine Gesundheitszustand des Patienten spielen eine Rolle. Entscheidend ist zudem, ob die Therapie im Rahmen eines kurativen oder palliativen Settings erfolgt und welche Form des Speiseröhrenkrebses (Adeno- oder Plattenepithelkarzinom) vorliegt. Onkologe OA Priv.-Doz. Dr. Holger Rumpold und Strahlentherapeut OA Dr. Clemens Venhoda erklären im nachfolgenden Interview die unterschiedlichen Therapieansätze.

Wie sieht das therapeutische Vorgehen beim Ösophaguskarzinom in unserem Krankenhaus aus? Wer entscheidet, welche Therapie zu welchem Zeitpunkt durchgeführt wird?

Doz. Rumpold: Die Entscheidung erfolgt immer in unserem wöchentlich stattfindenden viszeralen Tumorboard, bei dem alle für die Therapie erforderlichen Fachdisziplinen vertreten sind. Gerade beim Ösophaguskarzinom ist es sehr wichtig, das Tumorstadium exakt zu benennen. Daher ist es umso wichtiger, dass sich alle in die Therapie involvierten Ärzte für ein gemeinsames Vorgehen aussprechen. Im Falle des Speiseröhrenkrebses gibt es ein Grenzstadium (T2 N0), das entscheidet, ob vor der Operation eine Chemotherapie erfolgt oder nicht. Manchmal lässt sich vor dem chirurgischen Eingriff jedoch nur schwer abschätzen, ob nicht doch schon ein T3 oder ein nodal-positives Stadium vorliegt. Im Zweifelsfall bekommt der Patient daher eine neoadjuvante Behandlung, da wir den zu erwartenden therapeutischen Benefit nach der Operation nicht mehr aufholen können.

Entscheidend ist also, dass die Chemotherapie vor der Operation stattfindet?

Doz. Rumpold: Grundsätzlich ja, denn die so genannte MAGIC-Studie hat gezeigt, dass Ösophaguskarzinompatienten vor allem davon profitieren. Wird die Chemotherapie vor der Operation verabreicht, setzt ein „Downsizing“ ein; das heißt, der Tumor wird kleiner, die Zahl der befallenen Lymphknoten und das Rezidivrisiko sinken,

während das Gesamtüberleben zunimmt. Es gibt jedoch Ausnahmen: Wurde der Patient insuffizient operiert, weil beispielsweise zu wenige befallene Lymphknoten entfernt wurden, erfolgt die Chemotherapie in Einzelfällen nach dem chirurgischen Eingriff.

Werden sowohl das Adeno- als auch das Plattenepithelkarzinom chemotherapiert?

OA Venhoda: Das Plattenepithelkarzinom betrifft vorzugsweise die oberen 2/3 der Speiseröhre. Ab einem klinischen Tumorstadium T3 oder bei positiven Lymphknoten sollte vor einer Operation eine kombinierte Radiochemotherapie erfolgen.

Als Alternative zur Operation wäre eine definitive, also alleinige Radiochemotherapie zu diskutieren, die eine ähnliche Prognose das Gesamtüberleben betreffend aufweist.

Die lokale Kontrolle ist allerdings bei operierten Patienten besser. Beim Adenokarzinom, das meistens im distalen Ösophagus lokalisiert ist, wird an unserem Krankenhaus eine perioperative Chemotherapie verabreicht. Bei Inoperabilität allerdings ist wie beim Plattenepithelkarzinom eine Kombination aus Bestrahlung und Chemotherapie sinnvoll.

Stichwort palliative Therapie: Wie gehen Sie vor, wenn eine Heilung nicht mehr möglich ist?

Doz. Rumpold: Bei Patienten ohne Aussicht auf Heilung ist es besonders wichtig, die Therapieziele gut zu definieren. Wir müssen uns die Frage stellen, was im Vordergrund steht. Diese Ziele können sich im Laufe der Therapie ändern. Während zu Beginn die Lebensverlängerung im Vordergrund steht, ändert sich dies meist im Laufe der Zeit zugunsten anderer Werte. Um dies gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten nachzuvollziehen, ist eine engmaschige Patientenbetreuung notwendig.

Welche Möglichkeiten haben Sie?

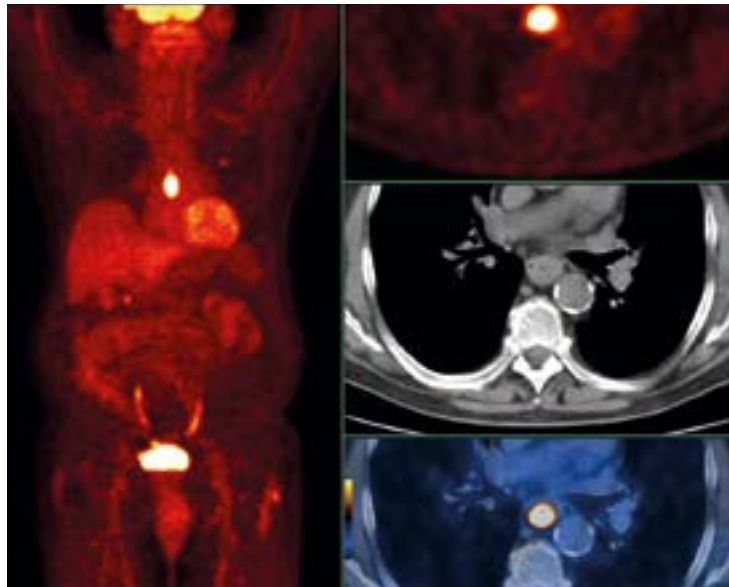
Doz. Rumpold: Grundsätzlich stehen uns mehrere verschiedene Polychemotherapieschemata zur Verfügung, die abhängig von bestimmten Tumoreigenschaften unterschiedlich eingesetzt werden. Etwa 15 % der Ösophaguspatienten sind HER2-neu-positiv. Diese erhalten eine Kombinationsbehandlung mit Herceptin und Chemotherapie. Die Ansprechraten sind gut, der Tumor schrumpft, was dem Patienten mehr Lebenszeit bringt. Die Gruppe der HER2-neu-Negativen erhält eine Kombinationschemotherapie aus 3 verschiedenen Zytostatika. Die Ansprechraten sind sehr gut, der Gewinn an Lebenszeit ist gesichert und in den durchgeführten Untersuchungen hat sich auch eine Verbesserung der Lebensqualität ergeben. Bei erneutem Tumorwachstum nach dieser Erstlinientherapie gibt es zudem die Möglichkeit einer weiteren Therapie. Aus meiner Sicht ist im palliativen Setting das Hinausgehen über die Zweitlinien-Chemotherapie jedoch nicht sinnvoll.



OA Priv.-Doz. Dr. Holger Rumpold
(Abteilung für Innere Medizin I –
Hämatologie und internistische Onkologie)



OA Dr. Clemens Venhoda
(Abteilung für Radio-Onkologie)



Großes Oesophagus-Ca. (ca. 35 mm DM) im distalen Oesophagusdrittel

FDG PET – CT IN DER DIAGNOSTIK BEIM MAGEN- & SPEISERÖHRENKREBS

Staging (Erstdiagnose)

Mittels FDG PET – CT ist es möglich, im Rahmen der Primärdiagnostik wertvolle Informationen über die Ausdehnung des Primärtumors sowie von Lymphknoten und/oder Fernmetastasen zu bekommen. In Studien konnte z. B. gezeigt werden, dass FDG PET – CT bei Fernmetastasen im direkten Vergleich mit EUS und CT eine deutlich höhere Sensitivität (74 % vs. 41 %) und Spezifität (90 % vs. 83 %) aufweist. Ähnlich waren die Ergebnisse beim Nachweis regionaler Lymphknoten und/oder Organmetastasen (FDG PET – CT 84 % vs. 64 % CT & EUS).

Restaging (Therapieansprechen)

Nach Beginn einer neoadjuvanten Chemotherapie oder Radiatio finden sich morphologisch häufig gleichbleibende oder nur geringgradig Größenreduzierte Tumorstrukturen. In zahlreichen Fällen kann ausschließlich mittels funktioneller (metabolischer) Diagnostik ein Tumorsprechen evaluiert werden.

Somit werden Modifikationen bisheriger Therapiestrategien aufgrund des FDG-PET-CT-Befundes bereits zu einem früheren Zeitpunkt möglich und sinnvoll.

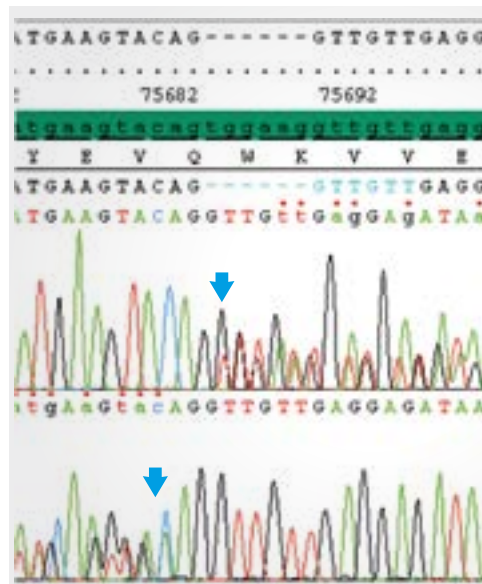
Follow-up

Das Wiederauftreten einer Tumorerkrankung kann mittels FDG PET – CT bereits zu einem sehr frühen Zeitpunkt nachgewiesen werden. Therapieüberlegungen (z. B. Re-OP, Chemotherapie und/oder Strahlentherapie) können somit individuell an das jeweilige Tumorstadium angepasst und rechtzeitig eingeleitet werden.



Prim. Univ.-Prof. Dr. Werner Langsteger
(Institut für Nuklearmedizin)

Die Differenzierung zwischen vitalem Tumorgewebe und/oder fibrotisch-narbigen Veränderungen ist oft ausschließlich mittels FDG PET – CT möglich.



Mutationsstart durch Pfeile ↓ gekennzeichnet (Doppelpeaks)

MOLEKULARGENETISCHE ANALYSE UNTERSTÜTZT THERAPIEENTSCHEIDUNG

Die Analyse genetischer Veränderungen ist heute bei verschiedenen Tumorerkrankungen integraler Bestandteil der Diagnostik und spielt auch bei diversen Magenkrebsformen eine wichtige Rolle. Ein Paradebeispiel für moderne zielgerichtete Therapieansätze ist die Behandlung der gastrointestinalen Stromatumore. **Diese sind die häufigsten mesenchymalen Tumore des Gastrointestinaltrakts und hauptsächlich im Magen und Dünndarm lokalisiert.** Traditionelle Chemo- und Strahlentherapien sind bei dieser Entität wenig wirksam. Mit der Entdeckung aktivierender Mutationen in den Genen zweier Wachstumsfaktorrezeptoren, KIT und PDGFRA, können nun sehr erfolgreich Inhibitoren dieser Moleküle therapeutisch eingesetzt werden. **Die molekulargenetische Analyse ist dabei zur Auswahl des richtigen Medikaments bzw. für die richtige Dosierung unerlässlich;** im Falle eines Rezidivs kann die Bestimmung einer Resistenzmutation wesentliche therapeutische Informationen liefern.

Beim Magenkarzinom ist häufig eine weitere Tyrosinkinase, HER2 (ERBB2), genetisch verändert. Bei immunhistologisch nicht eindeutigen HER2-Ergebnis liefert ein zytogenetischer Test, die Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung, die Basis der Entscheidung für eine Antikörpertherapie.

Seltenere erbliche Magenkrebsfälle erfordern eine fundierte Familienanamnese in Zusammenarbeit mit Humangenetikern, um oftmals sehr ähnliche Tumorprädispositionssyndrome zu differenzieren und potenzielle Kandidatengene für eine genetische Analyse zu identifizieren.



Dr. Gerald Webersinke
(Labor für Molekularbiologie und Tumorzytogenetik)

TUMORBOARDS – OFFEN FÜR ALLE NIEDERGELASSENEN KOLLEGEN



Im KH der Barmherzigen Schwestern führen wir regelmäßig fächerübergreifende Tumorboards durch, bei denen **alle Patienten mit einer malignen Tumorerkrankung anhand bildgebender Verfahren und relevanter weiterer Befunde besprochen werden**. Der so genannte Case Manager präsentiert „seinen“ Patienten nach entsprechender Vorbereitung mit einer gezielten Fragestellung im Tumorboard. Nach der Präsentation erfolgt die Diskussion unter Einbindung aller Teilnehmer. Gemeinsam mit den Spezialisten wird schließlich eine Behandlungsentscheidung getroffen. Der intensive Austausch zwischen den Fachdisziplinen trägt auch dazu bei, den bisherigen Wissensstand und die Erfahrungen aller daran Beteiligten zu erweitern. **Dieses Angebot** des Informationsflusses gilt nicht nur für die Abteilungen unseres Hauses und Mediziner aus anderen Krankenhäusern, sondern **richtet sich auch an zuweisende niedergelassene Fachärzte oder Allgemeinmediziner**.

Die Teilnahme an den Tumorboards wird zudem im Sinne einer Fortbildung (DFP) anerkannt.

2 Punkte: Mammaboard, Viszerales Tumorboard

1 Punkt: HNO-, Gynäkologie-, Urologie- und Schilddrüsenzentrums-Board



Mag. Claudia Schmidt
(Abteilung für Innere Medizin I –
Hämatologie und internistische Onkologie)

Wenn Sie an einem Tumorboard, in dem einer Ihrer Patienten besprochen wird, teilnehmen möchten, wenden Sie sich bitte an:

Mag. Claudia Schmidt –
Tumorboardkoordinatorin
Tel.: 0732/7677-4953; E-Mail:
claudia.schmidt@bhs.at

SCREENING AUF MANGELERNÄHRUNG BEI TUMORPATIENTEN



Fakten und Hintergründe zur Mangelernährung:

- Mangelernährung verschlechtert die Prognose UND die Lebensqualität bei Tumorerkrankungen.
- Ein bereits eingetretener Proteinverlust kann nur schwer wieder aufgeholt werden.

- Auch „wohlgenährte“ Patienten können durchaus mangelernährt sein.
- Durch ein einfaches Screening kann das Risiko für Mangelernährung frühzeitig erkannt werden.

Bereits im Jahr 2009 wurde in unserem Krankenhaus auf den ersten Stationen begonnen, **Patienten im Rahmen der Pflegeanamnese systematisch zu ihren Ernährungsgewohnheiten, ihrem Körpergewicht und ihrem Wohlbefinden zu befragen und dies auch elektronisch zu dokumentieren**. Mittlerweile sind 80 % aller Tumorpatienten erfasst. Bei jeder Wiederaufnahme und ambulanten Kontrolle wird das Screening neuerlich durchgeführt. Im Rahmen der Visite ist durch ein einfaches Ampelsystem der Ernährungszustand zu erkennen, insbesondere ein mögliches Fortschreiten der Mangelernährung bzw. das Ansprechen auf ernährungstherapeutische Maßnahmen. Das Screening bietet somit die Chance, Mangelernährung rechtzeitig zu erkennen und adäquat darauf zu reagieren.

Was beinhaltet das Screening:

BMI/Gewicht	0–3
Gewichtsverlust	0–4
Nahrungszufuhr in den letzten Wochen	0–2
Art der Erkrankung/Aufnahmegrund	0–3
Alter	0–1

Daraus wird über ein Punktesystem das Risiko quantifiziert; die Gesamtpunkteanzahl liegt somit zwischen 0 und 13.



OA Dr. Wolfgang Sieber
(Leiter des Ernährungsteams und
der operativen Intensivstation)

WÖCHENTLICHE REFLUX-SPRECHSTUNDE

Jeden Mittwoch ab 12.00 Uhr findet in den Räumlichkeiten der chirurgischen Ambulanz unsere Reflux-Sprechstunde statt. Bitte um vorherige Terminvereinbarung unter 0732/7677-7250.

Unser Angebot:

- Gesamtes Spektrum der Funktionsdiagnostik
- Abklärung operative und konservative Therapie
- Impedanzmessung

Ihre Ansprechpartner:

OA Dr. Klemens Rohregger, OA Dr. Werner Haidinger



OA Dr. Klemens Rohregger



OA Dr. Werner Haidinger



ONKOLOGIE-QUIZ: TESTEN SIE IHR WISSEN

Frage:

Der auf dem Bild gezeigte Körperteil hatte vor der Operation eine andere Funktion als nach dem Eingriff. Welches Organ war es und welche Aufgabe erfüllt es jetzt?

Die Auflösung der Quizfrage finden Sie online:

www.bhslinz.at – Rubrik „Für Ärzte“ – Newsletter – Onkologie

PERSONELLE VERÄNDERUNGEN



Neue Führung für die chirurgische Abteilung

Seit Jänner 2012 ist **Univ.-Prof. Dr. Klaus Emmanuel** (44) neuer Leiter der Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie an unserem Krankenhaus. Er löste Univ.-Prof. Dr. Martin Aufschnaiter ab, der nach 23 Jahren an der Spitze der Abteilung in

Pension ging. Der gebürtige Bayer Prof. Emmanuel kommt von der Chirurgischen Universitätsklinik Salzburg, wo er die Position des leitenden Oberarztes innehatte. Er ist spezialisiert auf die Schwerpunkte Viszeralchirurgie, Thoraxchirurgie und Intensivmedizin. Seine chirurgische Facharztausbildung absolvierte er am Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München unter der Leitung von Univ.-Prof. Dr. Jörg Rüdiger Siewert, einem der weltbesten Speiseröhrenchirurgen. Weiters qualifizierte er sich in den Jahren 2002 bis 2010 durch Schwerpunktausbildungen in der Viszeralchirurgie, chirurgischer Intensivmedizin sowie Thoraxchirurgie. Prof. Emmanuels Ziel ist es, unsere chirurgische Abteilung in ganz Österreich und über die Grenzen hinaus als Referenzzentrum für Onkologie zu etablieren und einen neuen Schwerpunkt im Bereich der Speiseröhren- und Magen Chirurgie zu setzen.



Neuer Leiter für das Brust-Gesundheitszentrum Linz

Zur Verstärkung des Brust-Gesundheitszentrums wurde von Prof. Emmanuel mit **OA Priv.-Doz. DDr. Michael Knauer** (36) ein Topchirurg vom Landeskrankenhaus Feldkirch gewonnen. Doz. Knauer ist

spezialisiert auf chirurgische Onkologie mit Schwerpunkt Brustkrebs und wird in seiner Funktion als neuer Zentrumsleiter wesentliche Akzente setzen, um die Versorgung der Brustkrebspatientinnen auf höchstem Niveau sicherzustellen.



Interimistischer Leiter der gynäkologischen Abteilung

Mit Jänner dieses Jahres hat **OA Dr. Lukas Angleitner-Boubenizek** (48) die interimistische Leitung unserer gynäkologischen Abteilung übernommen, nachdem Prim. Dr. Wolfgang Stummvoll nach mehr als 20 Jahren in den Ruhe-

stand ging. Dr. Angleitner-Boubenizek ist bereits seit 13 Jahren in unserem Krankenhaus tätig, 11 davon als erster Oberarzt der Gynäkologie. Er ist Mitglied nationaler (AGO-Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie und OEGGG) sowie internationaler Fachgesellschaften (ESMO, ESGO). Zuletzt war er 4 Jahre lang Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirats der AGO und Vorstandsmitglied der AGO. Sein erklärtes Ziel bis zur Nachbesetzung des Primariates ist es, den hohen Standard der gynäkologisch-onkologischen Versorgung in unserem Haus beizubehalten bzw. weiter auszubauen. Die Abteilung legt – seit ihrer Gründung – ihren Schwerpunkt auf die gynäkologische Onkologie und hat sich über die Jahre als eine der erfolgreichsten Abteilungen österreichweit etabliert. Sie rangiert – gemessen an Tumorneudialgnosen – gleich hinter den Unikliniken Wien, Graz und Innsbruck auf Platz 4.

Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz

Seilerstätte 4, 4010 Linz, Tel.: +43 732 7677 - 0

E-Mail: office.linz@bhs.at

Zertifiziert gemäß



Impressum gem. § 24 Mediengesetz:

Medieninhaber und Herausgeber: Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz Betriebsgesellschaft m. b. H.; Anschrift von Medieninhaber und Herausgeber: Seilerstätte 4, 4010 Linz; Redaktion: Prim. Univ.-Prof. Dr. Klaus Emmanuel, Prim. Univ.-Prof. Dr. Werner Langsteger, OA Priv.-Doz. Dr. Holger Rumpold, OA Dr. Klemens Rohregger, OA Dr. Gernot Boddingbauer, OA Dr. Clemens Venhoda, OA Dr. Wolfgang Sieber, Dr. Gerald Webersinke, Mag. Claudia Schmidt; Organisation, Koordination und Abwicklung: Sigrid Miksch, M. Sc.; Hersteller: Salzkammergut Media; Herstellungsort: 4810 Gmunden; Layout: upart Werbung und Kommunikation GmbH; Fotos: Fotostudio Satori GmbH, BHS Linz; Auflage: 850 Stück; Erscheinungsweise: 3 x jährlich.

Wir bitten im Sinne einer verbesserten Lesbarkeit um Verständnis, dass auf die geschlechterspezifische Formulierung teilweise verzichtet wird. Selbstverständlich sind Frauen und Männer gleichermaßen angesprochen. Die im Medium etwaig angegebenen Medikamentennamen sind als Beispiele für alle Produkte mit gleichem Wirkstoff zu verstehen.