

ONKOLOGIE. 03-2012

NEWSLETTER



**PANKREAS-
KARZINOM**
und weitere Themen



KRANKENHAUS
BARMHERZIGE
SCHWESTERN

Linz

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



LIEBE KOLLEGINNEN UND KOLLEGEN!

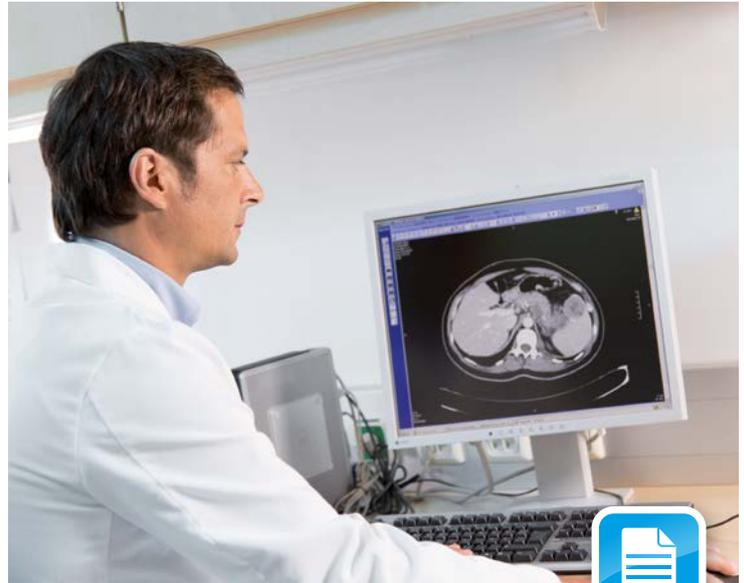
Trotz großer Fortschritte ist es uns bis heute nur geringfügig gelungen, die Prognose beim Pankreaskarzinom zu verbessern. Aufgrund verbesserter chirurgischer und intensivmedizinischer Möglichkeiten, konnte in den letzten Jahren jedoch die postoperative Morbidität und Mortalität deutlich gesenkt werden. **Durch diese Umstände und neue Rekonstruktionstechniken, hat dieser Eingriff den Schrecken vergangener Zeiten verloren und kann heute in ausgewiesenen Zentren mit hoher Sicherheit durchgeführt werden.**

Die Lebensqualität nach so einem Eingriff ist nach Analyse von Qualitätsstudien für den Patienten sehr zufriedenstellend. Das hat dazu geführt, dass solche Eingriffe auch bei Patienten über 80 Jahren mit einer hohen Sicherheit und sehr guter postoperativer Lebensqualität durchgeführt werden können.

Gerade im Bereich der Pankreaskopftumore ist es bei fortschreitender Erkrankung notwendig, durch endoskopische oder perkutane Verfahren die Gallendrainage zu gewährleisten. Dies ist für den Patienten oft mit langen und immer wiederkehrenden Krankenhausaufenthalten verbunden. Des Weiteren muss die Passage im Bereich des Duodenums bei fortschreitender Erkrankung durch Implantation von endoskopischen Stents gewährleistet werden. Dies führt auch in diesem Bereich immer wieder zu Reinterventionen, was den Patienten bei seiner kurzen Prognose oft lange in den stationären Krankenhausaufenthalt fesselt. **Insofern ist heute auch die chirurgische Therapie als Palliation selbst bei infauster Prognose in Erwägung zu ziehen.** Die Lebensqualität des Patienten kann somit in der ihm verbleibenden Zeit oft lange aufrecht erhalten bleiben.

Mit kollegialen Grüßen

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



Weblink

OÖ AN 3. STELLE BEI NEUERKRANKUNGEN DES PANKREASKARZINOMS

Die Anzahl an Pankreaskrebsneuerkrankungen in Österreich steigt jährlich. Hatten wir im Jahr 1983 noch eine Amterkrankungszahl von gut 1.000 Patienten pro Jahr, liegen wir heute mit 1.600 Neuerkrankungen jährlich schon um 50 % darüber. Neben Niederösterreich und Wien haben wir **in Oberösterreich mit über 230 Neuerkrankungen pro Jahr eine der höchsten Inzidenzen in ganz Österreich.**

Männer trifft es häufiger als Frauen – statistisch gesehen im Verhältnis 1,5:1 – die meisten zwischen 50 und 60 Jahren.

Ein Großteil der Karzinome wird in fortgeschrittenen Stadien entdeckt – bei Erstdiagnosestellung sind lediglich ca. 30 % der Patienten in einem operablen klinischen Tumorstadium. Die Gruppe der grenzwertig resektablen Tumore kann heute neoadjuvanten Therapiekonzepten oder innerhalb von Studien einer alternativen Therapie zugeführt werden.

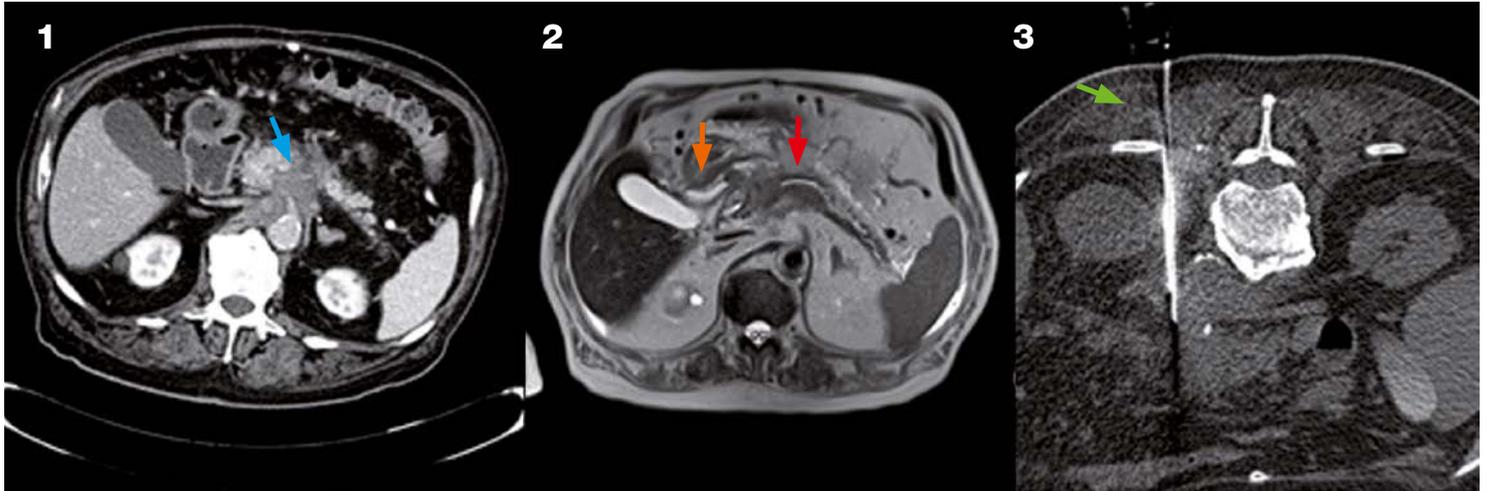
Insgesamt ist die Bauchspeicheldrüsenchirurgie heute an Zentren mit einer Mortalität deutlich unter 5 % behaftet.

Das Bauchspeicheldrüsenzentrums am Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz **ist das erste Pankreaszentrum Österreichs, das nach den strengen Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (OnkoZert) zertifiziert wurde.**

Webtipp: www.onkozert.de



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



Darstellung desselben Pankreaskarzinoms in der CT (linkes Bild) und MRT (mittleres Bild). In der MRT zeigt sich deutlich der Abbruch des Pankreasgangs (roter Pfeil) und des Gallengangs (oranjer Pfeil) durch die Tumorkompression. Im rechten CT-Bild (rechtes Bild) ist die Feinbiopsienadel und die Stanzbiopsienadel in Tandem-Technik (grüner Pfeil) bei der CT-gezielten Gewebeentnahme von dorsal/retroperitoneal dargestellt.

HOHER STELLENWERT DER COMPUTERTOMOGRAFIE IN DER DIAGNOSTIK

Die Computertomografie ist derzeit die am häufigsten angewendete, weil am besten verfügbare, bildgebende Methode für die Diagnose von Veränderungen des Pankreas. Sie wird gemeinsam mit der PET vor allem zur Erfassung der Tumorausbreitung im gesamten Körper angewendet. Zusätzlich lassen sich mit der CT auch die relevanten lokoregionären Blutgefäße hervorragend bzgl. Tumoringfiltration beurteilen, was für die Operationsplanung und damit auch für die prognostische Entwicklung von eminenter Bedeutung ist. Außerdem eignet sich die Computertomografie zur Durchführung von Gewebeentnahmen unter Bildsteuerung (siehe, Abb.).

In den letzten Jahren hat aber die MRT als strahlungsfreie Methode bewiesen, dass sie in der Detektion und Beurteilung von Raumforderungen der Bauchspeicheldrüse der Computertomografie zumindest gleichwertig ist. Neben der Feststellung von lokalen Veränderungen des Pankreas unter Berücksichtigung von Gewebedurchblutung und Zelldichte, erlaubt uns die MRT auch die Beurteilung der Weite der Gallenwege und des Pankreasgangs, wodurch maligne stenosierende/raumfordernde Prozesse des Pankreas teilweise früher erkannt werden können. Durch die erweiterte Untersuchungsregion ist auch eine Beurteilung bzgl. Lebermetastasierung und lokaler Lymphadenopathie genauer möglich.



OA Priv.-Doz. Dr. Leo Pallwein-Prettner
(Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie)

ENDOSONOGRAFIE BEI PANKREASTUMOREN

Die Endosonografie ist eine Säule der Diagnostik bei Pankreastumoren bzw. zystischen Veränderungen. Das Endosonografiergerät ist wie ein normales Seitblickendoskop aufgebaut, ist aber zusätzlich an der Spitze des Gerätes mit einem Linear- oder Radiärschallkopf ausgestattet. Die Untersuchung wird meist in Propofolsedierung durchgeführt und ist für den Patienten nicht belastend.

Man kann endosonografisch das gesamte Pankreas gut beurteilen. **Etwaige Veränderungen wie Zysten, solide Tumoren, Pankreasgangerweiterungen und Verkalkungen lassen sich damit ausgezeichnet beurteilen.** Auch die Operabilität etwaiger Tumore (Gefäßbezug, Infiltration von Nachbarorganen) lässt sich gut einschätzen. Insbesondere bei kleineren Pankreastumoren (< 2 cm) zeigt die Endosonografie Vorteile gegenüber anderen bildgebenden Verfahren.

Weiters lassen sich mittels Endosonografie auch **eine Reihe von Interventionen durchführen, wie etwa diagnostische Feinnadelpunktionen von zystischen Tumoren** (Verdacht auf Lymphom, Metastasen oder neuroendokrinen Tumoren).

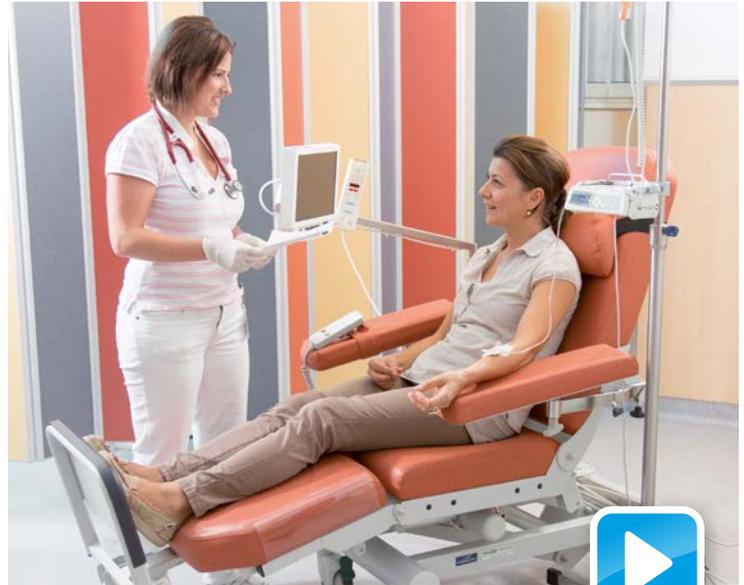
Bei unklaren zystischen Formationen (seröses/mucinöses Zystadenom, Intraduktale Papilläre Muzinöse Neoplasie oder Pseudo-/Retentionszysten) mit potenziellen neoplastischen Anteilen ist die Endosonografie mit Feinnadelaspirationspunktion und histologisch/zytologischer Untersuchung mit Bestimmung der Tumormarker die Methode der Wahl zur Diagnostik.



OA Dr. Klemens Rohregger



OA Priv.-Doz. Dr. Georg Spaun



Video

INTERDISZIPLINÄRE THERAPIE DES PANKREASKARZINOMS

Beim Bauchspeicheldrüsenkrebs handelt es sich um einen sehr aggressiven Tumor, der oft erst in einem fortgeschrittenen Stadium entdeckt wird. Er verursacht kaum Beschwerden, bzw. treten diese in der späteren Erkrankungsphase auf, und werden selbst dann vielfach nicht unmittelbar mit dem Pankreaskarzinom in Verbindung gebracht. Chirurg Prim. Univ.-Prof. Dr. Klaus Emmanuel, Onkologe OA Priv.-Doz. Dr. Holger Rumpold und Strahlentherapeut OA Dr. Clemens Venhoda erklären im nachfolgenden Interview die unterschiedlichen Therapieansätze des Tumors mit der „heimtückischen Beschwerdefreiheit“.

Die erfolgversprechendste Behandlungsmethode beim Pankreaskarzinom ist die operative Entfernung des Tumorgewebes, wenngleich nur jeder fünfte Betroffene dafür in Frage kommt. Wie lauten die Entscheidungskriterien für oder gegen eine Operation und wie sieht der Eingriff aus?

Prof. Emmanuel: Der einzige kurative Ansatz für die Behandlung eines Pankreaskarzinoms ist die chirurgische Resektion. Als Entscheidungskriterien sind hier ganz wesentlich, dass der Tumor zum einen keine Metastasen in der Leber oder der Lunge gesetzt hat und zum anderen (aufgrund der engen anatomischen Lage zu den Blutgefäßen des Dün- und Dickdarms – Arteria und Vena mesenterica superior) keine Gefäßinfiltration der Arterie vorliegt. Der Venenersatz ist heutzutage bei der Operation des Pankreaskarzinoms keine Kontraindikation mehr und in Studien hat sich gezeigt, dass diese Patienten die gleiche Überlebenschance haben wie Patienten ohne Veneninfiltration. Liegt jedoch eine Infiltration der Arteria mesenterica superior vor, sprechen wir von einer Inoperabilität des Patienten mit schlechter Prognose. Ein Gefäßersatz der Arterie ist mit hohen Komplikationen vergesellschaftet und wird auch in erfahrenen Zentren nicht empfohlen.

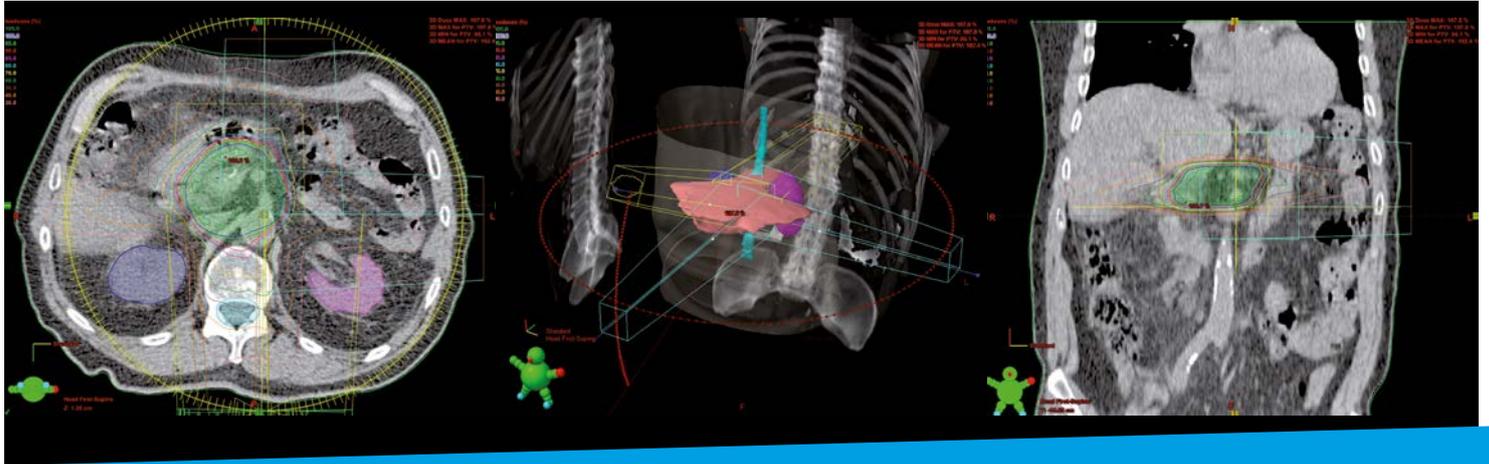
Unser Pankreaszentrum bietet als eine von wenigen Einrichtungen im deutschsprachigen Raum die laparoskopische Entfernung der Bauchspeicheldrüse an. Was spricht für die Laparoskopie und welche Vorteile hat der Patient?

Prof. Emmanuel: Das Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz ist das einzige nach OnkoZert zertifizierte Pankreaszentrum in Österreich. Auch in Deutschland haben sich nur wenige Kliniken diesem schweren Zertifizierungsprozess unterzogen. Dies gewährleistet onkologische Bauchspeicheldrüsenchirurgie mit einer hohen Expertise. Wir bieten auch Eingriffe im Bereich der laparoskopischen Chirurgie an der Bauchspeicheldrüse an. Die Domäne der laparoskopischen Pankreaschirurgie sind die Pankreaslinksresektionen bei Karzinomen oder Raumforderungen des Pankreaskorpus und des Pankreasschwanzes. In wenigen Zentren in Deutschland wird auch die laparoskopische Resektion des Bauchspeicheldrüsenkopfes (OP nach Whipple) angeboten. Der Vorteil bei der laparoskopischen Chirurgie ist generell die geringere Traumatisierung des Patienten durch den minimalinvasiven Zugang und somit die schnellere Heilung und Rekonvaleszenz.

Was erwartet den Patienten nach der Operation? Wie oft kommt es vor, dass Verdauungsenzyme oder Hormone nicht mehr in ausreichender Menge produziert und somit in medikamentöser Form zugeführt werden müssen?

Prof. Emmanuel: Die Substitution von Verdauungsenzymen oder Hormonen bzw. das Spritzen von Insulin nach diesem Eingriff ist extrem selten. Eine Substitution von Verdauungsenzymen ist bei der Entfernung der Bauchspeicheldrüse in aller Regel nie notwendig, kann aber in Einzelfällen das Wohlbefinden des Patienten verbessern. Besteht vor der OP kein Diabetes mellitus, so ist auch nicht zu erwarten, dass sich durch den chirurgischen Eingriff ein solcher entwickelt. Liegt bereits ein oral oder mit Insulineingestellter Diabetes vor, wird sich dieser auch nach der Resektion nicht wesentlich verschlechtern, jedoch bleibt hier der postoperative Verlauf abzuwarten. Grundsätzlich ist von keiner wesentlichen Veränderung der präoperativen Situation bzgl. der Enzym- und Hormonsituation auszugehen.

Bei ca. 80 % der Patienten wird das Pankreaskarzinom in einem fortgeschrittenen Stadium entdeckt. Wie sieht das therapeutische Vorgehen aus, wenn bereits Metastasen in Nachbarorganen oder Lymphknoten vorliegen?



ZAHLEN UND FAKTEN

Neuerkrankungen pro Jahr (OÖ/Ö): ca. 230/ca. 1.600

Tendenz: jährlich leicht steigend

Ursachen: Als Risikofaktoren gelten eine chronische Pankreatitis, Diabetes mellitus sowie eine Cholezystektomie und/oder Gastrektomie

Prävention: Vermeidung von geräucherten und gepökelten Fleisch-, Wurst- und Fischwaren sowie von nitrat- und nitritreichen Lebensmitteln; Alkohol- und Nikotinabstinenz, Gewichtsreduktion;

Durchschnittsalter: 50–60 Jahre

Geschlechterverteilung Männer/Frauen: 1,5:1

Doz. Rumpold: Die Therapie zielt hier auf die Lebensverlängerung und den möglichst langen Erhalt der Lebensqualität. Dies versucht man, mittels Chemotherapie und einem auf die speziellen Bedürfnisse des Patienten angepassten Therapiekonzepts zu erreichen. Dazu gehört die Schmerz- und Ernährungstherapie genauso wie die Berücksichtigung psychosozialer Faktoren. Letzteres schaffen wir allerdings nur in Zusammenarbeit mit der Palliativmedizin und der Überleitungspflege.

Welche Bedeutung hat die Radiotherapie bei der Behandlung des Pankreaskarzinoms?

OA Venhoda: Das Behandlungsprotokoll unseres Pankreaszentrums sieht in zwei speziellen Fällen, abgesehen von rein palliativen Bestrahlungen bei Metastasen, eine Radio- bzw. Radiochemotherapie vor: Bei R1-Resektionen wird postoperativ eine Chemotherapie mit Gemcitabine für ein halbes Jahr empfohlen. Im Anschluss sollte, sofern zwischenzeitlich keine Fernmetastasen aufgetreten sind, eine Bestrahlung erfolgen, die mit 5FU oder Gemcitabine kombiniert wird. Eine gute körperliche Verfassung bei Therapiebeginn ist notwendig. Die Radiotherapie umfasst 28 bis 30 Behandlungen, der Großteil kann ambulant absolviert werden. Dank modernster technischer Ausstattung unserer Abteilung ist es möglich geworden, sogenannte Risikoorgane wie Rückenmark, Nieren oder Dünndarm besser zu schonen. Damit können Nebenwirkungen reduziert werden bzw. erlauben erst eine adäquate Dosis im Bereich des Zielvolumens. Zudem hat die Radiochemotherapie einen Platz im neoadjuvanten Setting, um einen primär grenzwertig operablen Tumor doch einer chirurgischen Intervention zugänglich zu machen.

Welche Rolle spielen neue Behandlungsansätze wie etwa die „zielgerichtete Therapie“?

Doz. Rumpold: Im Gegensatz zu vielen anderen Tumorerkrankungen spielen diese neuartigen Therapiekonzepte beim Pankreaskarzinom noch eine untergeordnete Rolle. Die einzige Substanz aus dieser Klasse, die zum Einsatz kommt, wird in Kombination mit Chemotherapie verwendet und, wenn sich keine speziellen Nebenwirkungen zeigen, nach 4 bis 6 Wochen wieder abgesetzt.

Vielen Pankreastumorpatienten bleiben nach der Diagnosestellung nur mehr wenige Monate an Lebenszeit. Welchen Stellenwert nimmt die psychologische Begleitung bzw. der seelsorgerische Aspekt im Pankreaszentrum ein?

Prof. Emmanuel: Die Diagnose Krebs und vor allem die Diagnose Bauchspeicheldrüsenkrebs ist für den Patienten sowie sein gesamtes Umfeld, Angehörige und Freunde eine sehr belastende Nachricht. In dieser schweren und vor allem meist hoffnungslosen Zeit ist die Unterstützung durch psychologisches Fachpersonal, wie es bei uns im Krankenhaus vorhanden ist, extrem wichtig. Gerade in dieser Zeit können Gespräche dem Patienten als auch dem Umfeld, gute Ratschläge und Verhaltensweisen darlegen, die einerseits die Lebensqualität des Patienten mit seiner Lebensfreude und andererseits den Umgang mit der Situation für die Angehörigen deutlich verbessern und erleichtern.



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



OA Priv.-Doz. Dr. Holger Rumpold
(Abteilung Interne I – Internistische Onkologie, Hämatologie und Gastroenterologie)



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



ERNÄHRUNGSTHERAPIE BEIM PANKREASKARZINOM

Durch einen Pankreastumor können sowohl die endokrine als auch die exokrine Pankreasfunktion beeinträchtigt sein. Dadurch treten Probleme bei der Insulinproduktion und der Fettverdauung auf. Dies führt sehr oft zu einer Verschlechterung des Ernährungszustandes der Patienten. Appetitlosigkeit und Übelkeit bewirken eine verminderte orale Nahrungszufuhr, welche häufig zu einer Mangelernährung führt. Durch die gestörte Fettverdauung kommt es außerdem zu einer inadäquaten Nährstoffresorption. Zur Optimierung empfiehlt es sich **ausreichende Mengen Lipase (z. B. Kreon®) zu jeder fetthaltigen Mahlzeit einzunehmen.** Um 1 g Fett verdauen zu können, werden 2.000 Lipaseeinheiten benötigt (z. B. 10 g Butter entsprechen 8 g Fett = 16.000 Lipaseeinheiten). Einerseits sollen Vorlieben und Gewohnheiten des Patienten berücksichtigt werden, andererseits ist es wichtig, auch auf eventuelle Begleiterkrankungen zu achten.

Abwechslungsreiches Essen im Sinne einer „leichten Vollkost“

Aufgrund einer vorangegangenen Operation empfiehlt es sich, schwer verdauliche und blähende Speisen wie Kraut, Kohl, Zwiebel, Hülsenfrüchte, Weintrauben, Zwetschken, Paniertes und Frittiertes, Kohlen-säurehaltiges und sehr Kaltes zu vermeiden. Häufige kleinere Mahlzeiten über den Tag verteilt sind besser bekömmlich und bieten mehr Abwechslung. Ergänzend sind zur Verbesserung der Nährstoff- und Vitaminversorgung Trinknahrungen sehr gut geeignet. **Achtung: Auch hier werden zusätzlich Lipaseeinheiten benötigt!**

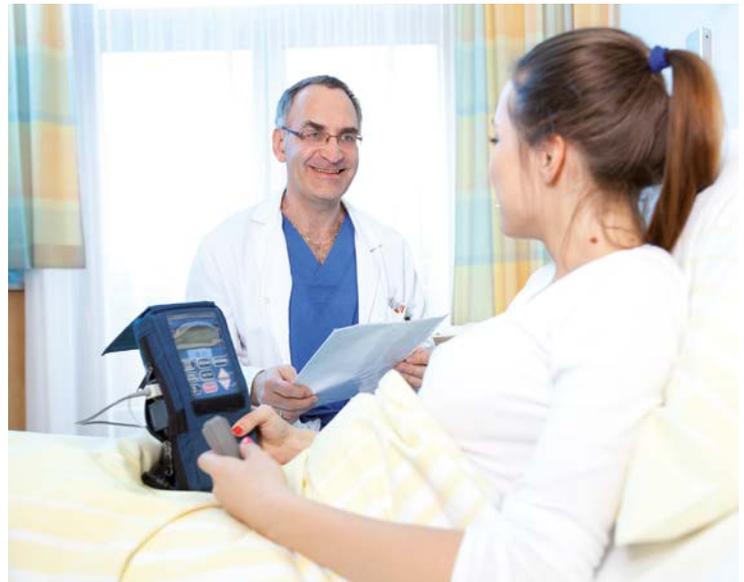
Regelmäßige Gewichtskontrollen sind unerlässlich, um frühzeitig die Ernährungstherapie adaptieren zu können und dadurch einer Mangelernährung vorzubeugen.



Dr. Tina Bräutigam, Ernährungsteam



Barbara Hemmelmayr, Diätologin



ADÄQUATE SCHMERZTHERAPIE ERHÖHT LEBENSQUALITÄT

Die Schmerztherapie beim Pankreaskarzinom richtet sich nach dem WHO-Stufenschema, das heißt, die Therapie wird mit peripher wirksamen Analgetika begonnen und anschließend mit einer Kombination aus schwachen oder starken Opioiden fortgesetzt. **Bei starken Schmerzen kann sofort ein starkes Opioid eingesetzt werden.** Prinzipiell ist jedes verfügbare starke Opioid zur Schmerzlinderung geeignet.

Hydromorphon zeigt Vorteile bei beginnender oder bereits bestehender Niereninsuffizienz aufgrund fehlender Kumulation. **Bei Beginn einer Opioidmedikation ist es sinnvoll, zusätzlich ein Antiemetikum zu verabreichen. Ein Laxantium sollte dauerhaft verordnet werden.** Vorteile bietet hier möglicherweise die Kombination von Naloxon mit einem Opioid, wie es derzeit als Kombination von Oxycodon + Naloxon (Targin®) am Markt ist. Weiters besteht die Möglichkeit der transdermalen, therapeutischen Systeme (TTS), (Pflastertechnologie: Fentanyl- und Buprenorphin-pflaster). Für Schmerzspitzen benötigt der Patient schnell und kurz wirksame Medikamente wie z. B. Morapid® und die Hydral Kapsel® oder neuere, schneller wirksame Technologien wie die Fentanyl-Buccaltablette (Effentora®).

Sollte die orale Schmerztherapie zu keiner zufriedenstellenden Linderung führen, kann der Patient eine tragbare PCA (patient controlled analgesia)-Pumpe mit einem Morphin eventuell auch in Kombination mit einem Antiemetikum über einen Port oder subkutan erhalten.



OA Dr. Thomas Schmoigl, Abteilung für Anästhesie und operative Intensivmedizin

Eine weitere Möglichkeit zur Schmerzlinderung ist eine Plexus-Coeliacus-Blockade mit hochprozentigem Alkohol, die CT- oder ultraschallgezielt als auch intraoperativ erfolgen kann.

KLINISCHE PSYCHOLOGIE IM BAUCHSPEICHELDRÜSENZENTRUM



Die Diagnose eines Pankreaskarzinoms stellt für Menschen ein einschneidendes Lebensereignis dar. Die Betroffenen werden mit der eigenen Endlichkeit konfrontiert und pendeln oft zwischen Angst und Hoffnung. **In der klinisch-psychologischen Betreuung wird der Umgang mit der Erkrankung behandelt.** Raum und Zeit zum Aussprechen von Emotionen und Gedanken werden verfügbar. Ebenso können Entspannungsübungen vermittelt werden. Ziele sind die Ressourcenaktivierung, der Abbau von behandlungs- und krankheitsbezogenen Belastungen sowie die Erhöhung der Lebensqualität. **Bei der Aufnahme ins Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz erhalten Patienten einen Fragebogen (Hornheider-Screening-Instrument), der den individuellen psychosozialen Betreuungsbedarf erfasst.** Darüber hinaus kann angekreuzt werden, ob das kostenfreie Angebot einer klinisch-psychologischen Mitbetreuung erwünscht ist. Angehörige können in die Betreuung miteinbezogen werden. In begrenztem Rahmen sind auch ambulante Termine möglich.

Ansprechpartner seitens der klinischen Psychologie:
Mag. Christian Zniva, Mag. Iris Christa Steininger
Tel.: +43 732 7677-7441



Mag. Christian Zniva
Klinische Psychologie



Mag. Iris Christa Steininger
Klinische Psychologie

DAS NEUE PET/CT: SCHNELLER – BESSER – KLEINER UND EFFIZIENZ-STEIGERUNG VON NAHEZU 100 %



Im **PET/CT Zentrum Linz am Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern** wurde Anfang Dezember das **modernste PET/CT Gerät Österreichs** übergeben. Gegenüber der bisher verfügbaren Gerätebauart können zukünftig **kleinere Tumore frühzeitiger erkannt** werden. Patienten **Untersu-**

chungszeiten werden sich nahezu **halbieren** (max. 10–15 Min.). Durch Anwendung modernster technologischer Innovationen und Softwareprogramme (z. B. ASIR – iterative Rekonstruktion) wird die **Strahlenbelastung für Tumorpatienten, um z. T. mehr als 50 % reduziert.** Vollautomatische Qualitätskontrollen werden auch täglich für das Personal eine weitere Arbeitserleichterung bringen. **Schon 2003** wurde das **1. PET/CT Gerät in Österreich** an unserer nuklearmedizinischen Abteilung installiert.

Gemeinsam mit einem engagierten Team von Nuklearmedizin, Radiologie, Verwaltung, und Baumanagement können wir auch **2012** mit der Installation des **derzeit modernsten PET/CT Gerät Österreichs** (128 Schichten) unsere bisherige **Vorreiterrolle**

behaupten. Als **Zentrum für molekulare Bildgebung** ist es uns – gemeinsam mit der **Cyclotron Einheit** – gelungen, einen weiteren **Meilenstein** in der **State-of-the-Art-Diagnostik von Tumorerkrankungen** in Linz und Oberösterreich zu setzen.



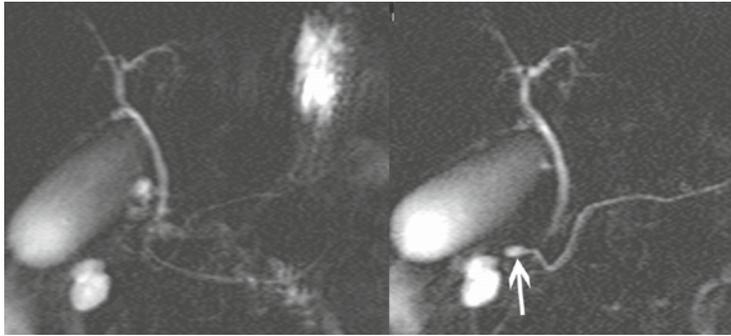
OA Priv.-Doz. Dr. Mohsen Beheshti
Abteilung für Nuklearmedizin

AKUPUNKTUR ERGÄNZT MULTIMODALES THERAPIEKONZEPT



Im Rahmen komplementärer Maßnahmen beim Pankreaskarzinom stellt die Akupunktur als Teilbereich der traditionellen chinesischen Medizin (TCM) eine sehr hilfreiche Säule dar. Verschiedenen krankheits- oder therapiebedingten Symptomen, wie Übelkeit, Verdauungsbeschwerden, Geschmacklosigkeit und Schmerzen, kann mit einer geeigneten Akupunktur wirksam und nebenwirkungsfrei begegnet werden.

Patienten mit Bauchspeicheldrüsenkrebs, die im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern in Behandlung sind, können ergänzend zur Schulmedizin Leistungen der traditionellen chinesischen Medizin (TCM), wie etwa die Akupunktur, in Anspruch nehmen. Angeboten wird diese Behandlungsform von Univ.-Prof. Dr. Zuzhi Niu, einem ausgewiesenen TCM-Spezialisten aus der südchinesischen Provinz Yunnan.



ONKOLOGIE-QUIZ: TESTEN SIE IHR WISSEN

Frage:

Was zeigt das Bild für eine Ganganomalie der Bauchspeicheldrüse?

Die Auflösung der Quizfrage finden Sie online:

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

PERSONELLE VERÄNDERUNGEN



Neuer Leiter der Abteilung für Radio-Onkologie

Ab 1. Jänner 2013 übernimmt Prof. Dr. Hans Geinitz (47) die Leitung der Abteilung für Radio-Onkologie. Er folgt Prim. Univ.-Doz. Dr. Josef Hammer, der nach 39-jähriger Tätigkeit im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz den

wohlverdienten Ruhestand antritt. Professor Geinitz stammt aus Bremen und war zuletzt leitender Oberarzt sowie stellvertretender Direktor an der Klinik für Strahlentherapie und Radiologische Onkologie der Technischen Universität München. Sein Medizinstudium absolvierte der zweifache Vater in München, das klinisch praktische Jahr führte ihn bis in die USA (Milwaukee im Bundesstaat Wisconsin). Nach dem Studienabschluss im Jahr 1994 folgten die amerikanischen Staatsexamina, 2006 die Habilitation über das Thema „Lokale und systemische Nebenwirkungen der modernen CT-geplanten Strahlentherapie unter Berücksichtigung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität“. Prof. Geinitz ist Gutachter mehrerer renommierter Fachzeitschriften, Gründungsmitglied des Arbeitskreises „Lebensqualität in der Radio-Onkologie“ sowie Mitglied der Kommission zur Qualitätssicherung im Rahmen der Strahlenschutzverordnung der Bayerischen Landesärztekammer. Er hat über 80 wissenschaftliche Artikel und Originalarbeiten verfasst und engagiert sich in mehreren Arbeitsgruppen und onkologischen Gesellschaften. Sein klinisches und wissenschaftliches Interesse gilt der Hochpräzisionsstrahlentherapie, insbesondere bei gastrointestinalen und urologischen Tumoren. Eines seiner Ziele ist die Integration dieser neuen Strahlentherapietechniken in die interdisziplinäre Therapie maligner Tumore.



Endoskopiezentrum unter neuer Leitung

Seit 1. November 2012 leitet OA Priv.-Doz. Dr. Georg Spaun das Endoskopiezentrum am Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern. Der gebürtige Grazer war zuletzt als Leiter der chirurgischen Endoskopie am LKH Vöcklabruck tätig, wo er zusätzlich auch minimalinvasive Bauch- und Schilddrü-

senoperationen durchführte. Seine Facharztausbildung absolvierte der 44-jährige Wahl-Leondinger in dem Refluxzentrum Zell am See und dem Schilddrüsenschwerpunkt Schwarzach, wo er schließlich auch drei Jahre als Fach- und später Oberarzt tätig war, bevor er nach Vöcklabruck wechselte. Ein zweijähriger Forschungsaufenthalt führte Dozent Spaun an ein bekanntes Refluxzentrum in Portland/Oregon/USA. Der dortige Leiter, Prof. Dr. Lee Swanstrom, ist nicht nur einer der weltweit bekanntesten Anti-Reflux Chirurgen, sondern auch einer der Mitbegründer der sogenannten NOTES-Techniken (Natural Orifice Translumenal Endoscopic Surgery) – einer Fusion von Laparoskopie und flexibler Endoskopie. Von 2010 bis 2011 kehrte der Vater von vier Kindern mit Familie nach Salzburg zurück, wo er als stationsführende Oberarzt an der chirurgischen Abteilung der Salzburger Universitätsklinik tätig war. Im Mai 2011 erfolgte die Habilitation an der Privatmedizinischen Universität Salzburg (PMU), danach übernahm Dozent Spaun die Leitung der chirurgischen Endoskopie in Vöcklabruck. Sein Ziel für das Endoskopiezentrum bei den Barmherzigen Schwestern ist der Ausbau von minimalinvasiven und endoskopischen Operationsverfahren, sowie die bereits vorhandene hohe Qualität bei Magen- und Darmspiegelungen als auch bei Gallengangs- und Bauchspeicheldrüsenuntersuchungen weiter auszubauen. Als Experte für minimalinvasive Schilddrüsenchirurgie wird er auch das Team des Schilddrüsenzentrums verstärken.

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, OA Priv.-Doz. Dr. Holger Rumpold, OA Priv.-Doz. Dr. Leo Pallwein-Prettner, OA Priv.-Doz. Dr. Mohsen Beheshti, OA Dr. Thomas Schmoigl, OA Dr. Clemens Verhoda, OA Dr. Klemens Rohregger, Dr. Tina Bräutigam, Mag. Christian Zivna, Mag. Iris Christa Steininger, Barbara Hemmelmayr, Sigrid Miksch, M. Sc.; Organisation, Koordination und Abwicklung: Sigrid Miksch, M. Sc.; Hersteller: Salzkammergut Media; Herstellungsort: 4810 Gmunden; Layout: upart Werbung und Kommunikation GmbH; Fotos: Werner Harrer, BHS Linz; Auflage: 900 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.