

ONKOLOGIE. 01-2016

NEWSLETTER



SCHILDDRÜSEN- KARZINOME

und weitere Themen



KRANKENHAUS
BARMHERZIGE
SCHWESTERN
Linz

ZENTRUM
für Tumorerkrankungen

ONKOLOGISCHES LEITSPITAL FÜR OBERÖSTERREICH



SEHR GEEHRTE KOLLEGINNEN UND KOLLEGEN!

In diesem Newsletter möchten wir Sie über neue Behandlungsstrategien beim Schilddrüsenkarzinom informieren.

Der Schilddrüsenkrebs ist eine Erkrankung, die in den letzten 20 Jahren in Österreich deutlich zugenommen hat. **Während im Jahr 1995 etwa 450 Fälle auftraten, verzeichnen wir heute bereits nahezu 1.000 Neuerkrankungen jährlich.** Um Schilddrüsenkarzinome effektiv behandeln zu können, ist es notwendig, dass ein Team von Spezialisten diese Erkrankung interdisziplinär behandelt. Hierzu zählen die Nuklearmedizin, die Chirurgie, die Onkologie, die Anästhesie und Hals-Nasen-Ohren-Ärzte. Mit neuesten Techniken ist es uns gelungen, die Komplikationen nach solchen Operationen gering zu halten. **Durch schonende minimalinvasive Verfahren ist das kosmetische Ergebnis mittlerweile sehr gut, sodass kaum Narben zurückbleiben.** Ist der Tumor operativ entfernt, muss aufgrund seiner Art und Ausdehnung für jeden einzelnen Patienten ein individuelles Behandlungskonzept erstellt werden. Hierzu haben wir hochspezialisierte Pathologen, welche eine genaue Klassifikation des Tumors vornehmen, sodass wir exakt entscheiden können, ob eine zusätzliche Therapie notwendig ist oder nicht. Wenn eine weitere Behandlung erforderlich ist, kommen verschiedene nuklearmedizinische oder aber auch onkologische Therapieverfahren in Frage.

Wir sind stolz, ein solches komplexes Abklärungs- und Therapiekonzept für Schilddrüsenkrebspatienten oder für Patienten mit Karzinomverdacht anbieten zu können.

Ihr

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

Prim. Univ.-Prof. Dr. Werner Langsteger
Leiter der Abteilung für Nuklearmedizin und des Schilddrüsenzentrums

Anzahl der Neuerkrankungen und Todesfälle pro 100.000 Einwohner in Österreich und den USA

Jahr	Neuerkrankungen		Todesfälle		Jahr	Neuerkrankungen		Todesfälle	
	AUT	USA	AUT	USA		AUT	USA	AUT	USA
1983	3,5	4,7	1,1	0,4	1998	4,8	7,0	0,9	0,4
1984	3,4	4,8	1,3	0,5	1999	4,3	7,3	0,6	0,5
1985	2,8	5,1	0,9	0,4	2000	5,4	7,6	0,7	0,5
1986	3,2	5,3	0,9	0,5	2001	5,9	8,3	0,7	0,5
1987	3,3	5,0	0,9	0,5	2002	5,8	9,2	0,6	0,5
1988	2,9	4,9	0,9	0,4	2003	5,6	9,6	0,6	0,4
1989	3,2	5,4	0,8	0,4	2004	6,7	10,1	0,5	0,5
1990	3,4	5,5	0,8	0,4	2005	7,1	11,0	0,5	0,5
1991	3,4	5,5	0,9	0,4	2006	8,0	11,3	0,5	0,5
1992	3,5	5,9	0,7	0,5	2007	8,1	12,4	0,4	0,5
1993	4,2	5,6	0,8	0,5	2008	9,5	13,2	0,4	0,5
1994	3,8	6,1	0,8	0,4	2009	8,6	14,4	0,5	0,5
1995	4,8	6,2	0,7	0,4	2010	8,8	13,9	0,4	0,5
1996	4,1	6,5	0,8	0,5	2011	8,9	14,8	0,4	0,5
1997	5,0	6,8	0,7	0,5	2012	8,3	14,9	0,4	0,5

EPIDEMIOLOGIE VON SCHILDDRÜSENKREBS

Die Inzidenz von Schilddrüsenkarzinomen ist in Österreich seit Mitte der 1990er Jahre steigend. Von 100.000 Menschen erkranken derzeit 8 bis 9 im Laufe ihres Lebens an Schilddrüsenkrebs.

Frauen sind deutlich häufiger davon betroffen als Männer – das Erkrankungsverhältnis liegt derzeit bei 8 : 1. Viel zitiert ist der auffallende Zusammenhang mit dem Anstieg der Erkrankungen etwa 15 Jahre nach der Nuklearkatastrophe von Tschernobyl am 26. April 1986. Positiv ist in diesem Zusammenhang, dass aufgrund der guten Therapiemöglichkeiten (radikale Operation und Mega-Radio-Jod-Therapie = MRJTh) die Mortalität in Österreich rückläufig ist. Ein Anstieg im Kindes- und Jugendalter ist derzeit in unserem Land nicht zu beobachten.

Anders stellt sich die Situation z. B. in Weißrussland dar. Hier waren nach dem Atomreaktorunfall große Gebiete stark kontaminiert, **sodass es 15 Jahre nach der Katastrophe zu einem Anstieg der Neuerkrankungen bei Erwachsenen, aber auch bei Kindern und Jugendlichen gekommen ist.** Vermutet wird ein Zusammenhang mit der erhöhten Belastung durch so genannte Fall-out-Rückstände (z. B. radioaktives Jod, Cäsium 137).

Offen bleibt nach wie vor die Frage, warum es im selben Zeitraum zu einem Anstieg der Schilddrüsenkarzinome in Amerika gekommen ist. Dort ließ sich kein Tschernobyl-Fall-out nachweisen. Die Neuerkrankungsrate in den USA liegt derzeit bei 13,5 Fällen auf 100.000 Einwohner. Abzuwarten bleibt, wie sich aufgrund

der Nuklearkatastrophe von Fukushima im Jahr 2011 die Inzidenzraten in Japan bzw. an der Westküste der USA in den nächsten 15 bis 20 Jahren entwickeln werden.



OA Dr. Dominik Hackl
Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie



DIAGNOSTIK VON SCHILDDRÜSENKARZINOMEN „STATE OF THE ART“

Mehr als 20 % aller Erwachsenen haben knotige Veränderungen in der Schilddrüse, wobei Frauen deutlich häufiger betroffen sind als Männer. Oft werden sie frühzeitig im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung detektiert oder bereits bei einer Ultraschalluntersuchung entdeckt. Die meisten Veränderungen sind benigne, allerdings ist es wichtig, Hinweise auf eine Malignität frühzeitig zu erkennen und eine rasche Abklärung durchzuführen. **Wir empfehlen daher, im Rahmen der jährlichen Gesundenuntersuchung Ihrer Patienten auch an Schilddrüsenerkrankungen zu denken, um ein Karzinom rechtzeitig zu entdecken.**

Malignitätskriterien können sein:

- Solitärer Knoten mit rascher Größenprogredienz
- Derbe Struktur, schlechte Verschiebbarkeit
- Heiserkeit, Schluckbeschwerden
- Zervikale Lymphadenopathie
- Anamnestisch bei Zustand nach Radiatio im Halsbereich (als Spätfolge nach vielen Jahren)

Die definitive Abklärung umfasst:

- Klinische Untersuchung: Die palpatorische Untersuchung der Schilddrüse und der Halslymphknoten hat nach wie vor einen sehr hohen Stellenwert.
- Sonographie: Die Beschaffenheit eines Knotens im Ultraschall liefert wichtige Hinweise auf seine Dignität.
- Szintigraphie: Der szintigraphisch „kalte“ Knoten hat ein deutlich höheres Karzinomrisiko von bis zu 10 Prozent.
- Blutanalyse: Der Tumormarker Thyreoglobulin hat lediglich in der Nachsorge einen hohen Stellenwert. In der Primärdiagnostik des differenzierten papillären und follikulären Karzinoms liegt dieser bei kleinen Tumoren oft im Normbereich. Kalzitinin, der Tumormarker für das medulläre Schilddrüsenkarzinom, spielt bereits in der Primärdiagnostik eine wichtige Rolle.
- FNP: Der zytologisch malignomsuspekte Befund muss zeitnah histologisch abgeklärt werden. Die Sanierung an einem erfahrenen Zentrum mit der Möglichkeit der intraoperativen Schnellschnittuntersuchung wird daher dringend empfohlen.

Die Abklärung, Operation und Nachbehandlung von Schilddrüsenkarzinompatienten in einem Zentrum mit hoher Expertise ist für den Patienten von großem Vorteil. Im Schilddrüsenzentrum Linz am KH der Barmherzigen Schwestern bemüht sich ein interdisziplinäres Kernteam – bestehend aus Nuklearmedizin, Chirurgie und Pathologie – um hohe Qualität und reibungslose Abläufe. **Es ist das erste Zentrum im deutschsprachigen Raum, das bereits seit dem Jahr 2010 zertifiziert ist.**

Bei geplanter Operation wird der Patient vom Chirurgen und vom Nuklearmediziner in der interdisziplinären Sprechstunde detailliert über das geplante Vorgehen aufgeklärt. Termine zur stationären Aufnahme bzw. zur Besprechung des histologischen Ergebnisses werden umgehend fixiert. Unser PET-CT-Zentrum bietet modernste onkologische Diagnosemöglichkeiten, die insbesondere in der Nachsorge einen hohen Stellenwert haben (FDG PET-CT, Jod124 PET-CT, DOPA PET-CT).

Im Bedarfsfall ist auch die Möglichkeit der Radiojodtherapie gegeben, **da wir über eine eigene Station mit 4 Strahlenbetten zur Therapie mit offenen radioaktiven Substanzen verfügen.** Aufgrund unserer fachlichen Expertise können wir auch seltenere Behandlungsformen – wie z. B. Tyrosinkinase-Inhibitoren bei jodrefraktären, progredienten Tumorerkrankungen – anbieten.

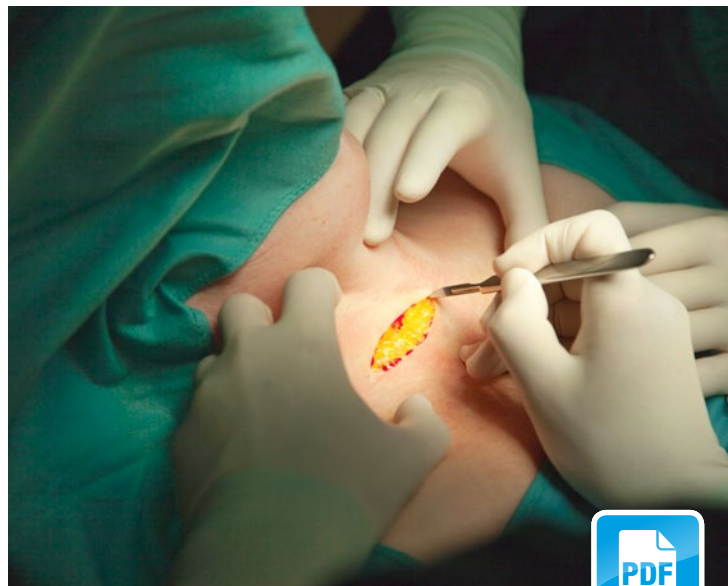
Seit dem Jahr 2011 ist die einzige nuklearmedizinische Therapiestation Oberösterreichs bei uns untergebracht. Wir

behandeln Patienten aus dem gesamten Bundesland und darüber hinaus.



OÄ Dr. Silke Haim
Abteilung für Nuklearmedizin und PET-CT-Zentrum Linz

Bei Fragen zum Aufenthalt auf unserer Therapiestation kontaktieren Sie uns bitte unter 0732/7677-4160.



Leitlinie
Schilddrüsen-
malignome

HISTOLOGISCHE AUFARBEITUNG VON OPERATIONSPRÄPARATEN

Die Feinnadelpunktion gehört zu den wichtigsten Methoden in der Dignitätsabklärung von Schilddrüsenknoten. An unserem pathologischen Institut werden jährlich über 600 Feinnadelbiopsien befundet. Im Laufe des Jahres 2015 erfolgte bei der Befundung der Schilddrüsenzytologie eine Umstellung von Lufttrocknung der Ausstriche auf die alkoholhaltige Fixation. Dies ermöglicht eine weitaus bessere Erhaltung der feinen Kernmorphologie der Thyreozyten und **bringt somit deutliche Vorteile in der Erkennung von papillären Schilddrüsenkarzinomen, v. a. in schwierigen Fällen** wie z. B. bei zellarmen Punktaten oder zystisch-regressiv veränderten Läsionen.

Darüber hinaus wurden in den letzten Monaten neue immunzytochemische Methoden etabliert, die ebenfalls Verbesserungen in der Detektion maligner Schilddrüsenläsionen ermöglichen. Zu den neuen Markern gehört z. B. ein spezieller Antikörperklon (MoAb47) gegen Thyreoperoxidase (TPO). Ein Ausfall der TPO-Expression, der mittels dieses Antikörpers nachgewiesen werden kann, **stellt eines der verlässlichsten und gleichzeitig sensitivsten Merkmale des papillären Schilddrüsenkarzinoms dar.**

Dies gilt auch für die follikuläre Variante des papillären Karzinoms, die zu den schwierigsten Kapiteln der Schilddrüsenpathologie gehört. Mit BRAF-V600-Antikörpern steht ein weiterer Marker zur Verfügung, der einen sehr hohen positiven prädiktiven Wert hinsichtlich des PTC hat. Auch an der Form der Befunde für die Schilddrüsenzytologie wird derzeit gearbeitet: Die üblichen Freitextbefunde werden nun durch formalisierte Systeme (insbeson-

dere TBSRTC bzw. „Bethesda-System“) ergänzt. Die Auswirkungen solcher Systeme auf das Patientenmanagement müssen jedoch im Kontext der lokalen Gegebenheiten (z. B. hohe Strumaprävalenz) erst etabliert bzw. angepasst werden.



OA Dr. Vedat Alibegovic
Institut für Klinische Pathologie und Prosektur



PD Dr. Oleksiy Tsybrovskyy verstärkt Pathologie-Team

Mit Jänner 2015 bekam die Mannschaft des Institutes für Klinische Pathologie und Prosektur mit PD Dr. Oleksiy Tsybrovskyy eine tatkräftige Unterstützung in der Befundung von Schilddrüsenerkrankungen.

Doz. Tsybrovskyy ist ein anerkannter Experte auf diesem Gebiet und brachte seine fast

20-jährige Erfahrung in Forschung und Diagnostik der Schilddrüsenumore von Graz nach Linz mit.

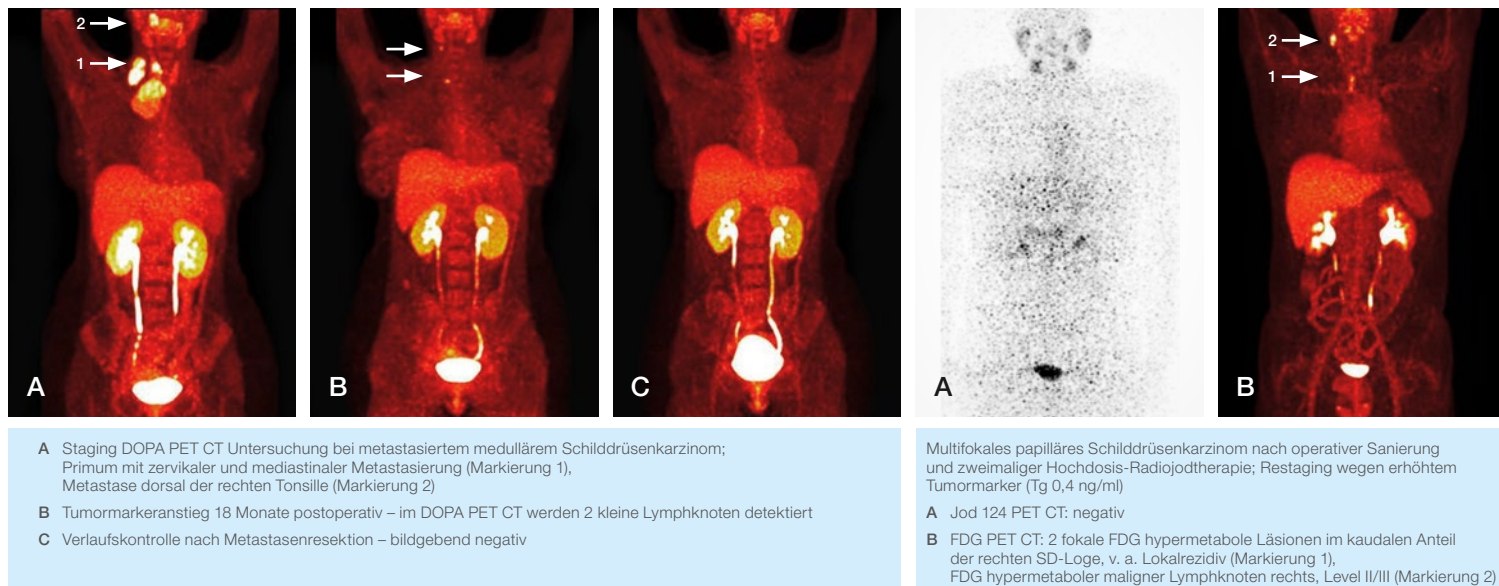
LEITLINIEN ZUR THERAPIE DES SCHILDDRÜSENKREBSSES

Für die adäquate Behandlung von Schilddrüsenkarzinomen haben die verschiedenen Fachgesellschaften für endokrine Chirurgie mehrere Leitlinien erarbeitet. **Das Ärzteteam im Schilddrüsenzentrum Linz hält sich an die AWMF-S-2-K-Leitlinien**, die von der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) und zahlreichen Partnergesellschaften erstellt wurden.



OA PD Dr. Georg Spaun
Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Diese Leitlinien legen fest, welche Therapie für welchen Subtyp von Schilddrüsenkarzinomen die empfehlenswerteste ist. Besonders interessierte Leser unseres Newsletters finden eine Kurzzusammenfassung der Leitlinien über den oben angegebenen QR-Code.



INTERDISZIPLINÄRE THERAPIE DES SCHILDDRÜSENKARZINOMS

In Österreich ist eine deutliche Zunahme von bösartigen Tumoren der Schilddrüse zu beobachten. Aufgrund der immer besser werdenden pathologischen Aufarbeitung werden auch laufend mehr Mikrokarzinome in einem frühen Stadium entdeckt. Umso wichtiger ist daher eine effektive personalisierte Therapie durch ein interprofessionelles Team. Welches Vorgehen von rascher Operation bis hin zur Megaradiojodtherapie für welchen Patienten sinnvoll ist, wird im Rahmen der wöchentlich stattfindenden Tumorboards von einem interprofessionellen Team für jeden Betroffenen individuell festgelegt. Im nachfolgenden Interview schildern 3 Experten unseres Schilddrüsenzentrums die unterschiedlichen Therapieoptionen.

Wie sieht ein typisches therapeutisches Vorgehen bei der Diagnose „Schilddrüsenkrebs“ aus?

Dr. Hackl: Grundsätzlich steht am Anfang der Therapie bei den so genannten gut differenzierten Schilddrüsenkarzinomen die Operation im Sinne einer totalen Thyreoidektomie, gegebenenfalls mit adäquater Lymphknotendissektion. Dies gilt auch für die medullären Karzinome. Die seltenen anaplastischen Tumore werden kaum in einem Stadium entdeckt, in dem eine Operation noch möglich ist. Im Anschluss an die operative Entfernung erfolgt bei den gut differenzierten Karzinomen eine Megaradiojodtherapie.

Gibt es – abhängig von der Art des Tumors – unterschiedliche operative Verfahren?

Doz. Spaun: Wir halten uns hier an die deutsche S-2-K-Leitlinie, die auch unter Mitarbeit von österreichischen Schilddrüsenexperten erstellt wurde. Die komplette Entfernung der Schilddrüse ist Standard bei den meisten malignen Erkrankungen. Die Notwendigkeit einer zentralen, lateralen oder mediastinalen Lymphadenektomie hängt von der Art des Tumors und den präoperativen Staginguntersuchungen ab.

Beim papillären Karzinom >10 mm erfolgt eine totale Thyreoidektomie mit zentraler Lymphadenektomie. Bei der zentralen Lymphadenektomie werden die prätrachealen Lymphknoten (LK), die prätrachealen LK und die paratrachealen LK rechts und links entfernt. Bei klinischem Verdacht von lateralen LK-Metastasen wird zusätzlich die laterale Lymphadenektomie auf der Tumorseite durchgeführt, bei ausgedehntem zentralen Befall auch auf der Gegenseite.

Bei fehlendem Hinweis auf laterale LK-Metastasen wird die routinemäßige laterale Kompartimentresektion nicht empfohlen, außer bei Primärtumoren am oberen Pol oder ausgedehnten zentralen LK-Metastasen. Transsternale mediastinale LK-Dissektionen sind bei fehlenden Fernmetastasen und gutem Allgemeinzustand bei mediastinalem LK-Befall indiziert.

Papilläre Mikrokarzinome <10 mm erfordern keine routinemäßige totale Thyreoidektomie. Allerdings sind bei Vorliegen von Risikofaktoren wie Organkapselinvasion, Multifokalität oder besonderen histologischen Varianten die Komplettierungsthyreoidektomie und Radiojodtherapie zu diskutieren.

Beim follikulären Schilddrüsenkarzinom wird regelhaft die totale Thyreoidektomie mit postoperativer Radiojodtherapie empfohlen, auch bei primärer Fernmetastasierung. Die prophylaktische LK-Kompartimentresektion ist nicht erforderlich.

Beim minimalinvasiven follikulären Karzinom ohne histologische Angioinvasion ist die totale Thyreoidektomie nicht erforderlich, bei nachgewiesener Angioinvasion schon.

Beim prä- oder intraoperativ nachgewiesenen onkozytären Karzinom wird die totale Thyreoidektomie mit zentraler LK-Dissektion und postoperativer Radiojodtherapie durchgeführt. Bei postoperativ diagnostiziertem onkozytären Karzinom sollte eine LK-Kompartimentresektion erst bei erhöhtem Thyreoglobulin oder nachweisbaren LK-Metastasen erfolgen.

Beim gering differenzierten Schilddrüsenkarzinom sollte eine radikale Tumorresektion mit postoperativer Radiojodtherapie durchgeführt werden. Bei kurativer Intention ist auch die befallsorientierte LK-Kompartimentresektion empfohlen. Am zentralen Aerodigestivtrakt sollte nur unter kurativer Intention reseziert werden.

Ein undifferenziertes oder anaplastisches Schilddrüsenkarzinom sollte nur bei fehlender Infiltration der Arteria carotis und des Substernalraumes ohne Infiltration des Aerodigestivtraktes radikal operiert werden. Palliative Resektionen sollten unterlassen werden. Diese Patienten können palliativ radioonkologisch behandelt werden.

Medulläre Schilddrüsenkarzinome metastasieren frühzeitig in das zentrale und ipsilaterale Kompartiment und sind nicht Radiojod-sensibel. Daher wird bei basalen Kalzitoninwerten von 20 bis 200 pg/ml die totale Thyreoidektomie mit zentraler und ipsilateraler Lymphadenektomie empfohlen, bei Werten über 200 pg/ml auch kontralateral. Aus diesem Grund wird auch bei nicht nachweisbarem Karzinom die Vorstufe der C-Zell-Hyperplasie operiert.

Bei lokal fortgeschrittenen Schilddrüsenmalignomen sollte ein Lymphom ausgeschlossen werden.

Die häufigsten Primärtumore von Schilddrüsenmetastasen sind Nierenzellkarzinome. Bei fehlender progredienter Systemerkrankung ist die Indikation zur Resektion von thyreoidalen Metastasen gegeben. Schilddrüsenmetastasen anderer Karzinome haben in der Regel eine schlechte Prognose und sollten daher nur operiert werden, wenn lokale Beschwerden bestehen oder tumorbedingte Komplikationen drohen.

Wie steht es um die Therapieaussichten?

Dr. Hackl: Adäquat behandelt sind die Heilungschancen bei gut differenzierten Karzinomen sehr hoch. Auch in einem Stadium, in dem es bereits zu metastatischen Absiedelungen gekommen ist, kann bei erfolgreichem Ansprechen auf die adjuvante Therapie eine langjährige Rezidivfreiheit erzielt bzw. ein Voranschreiten der Erkrankung verhindert werden. Im Schilddrüsenzentrum der Barmherzigen Schwestern bieten wir unseren Patienten ergänzend zur schulmedizinischen Therapie auch komplementärmedizinische Behandlungen sowie eine klinisch-psychologische Betreuung durch gut ausgebildetes Fachpersonal an.

Gibt es ergänzend zur Operation weitere therapeutische Verfahren?

Dr. Haim: Nach der operativen Sanierung ist bei papillären und

follikulären Schilddrüsenkarzinomen eine ablative Hochdosis-Radiojodtherapie anzuschließen. Ziel dieser Therapie ist es, verbliebene Schilddrüsenzellen zu abladieren, wobei die Dosis abhängig vom Tumorstadium festgelegt wird. Durch den spezifischen Jod-Uptake-Mechanismus gelangt die in Kapselform applizierte Jod-131-Therapie gezielt in die verbliebenen Schilddrüsenzellen. Diese Target-Therapie gewährleistet eine punktgenaue Applikation unter Schonung von gesundem umliegenden Gewebe. Beim medullären Schilddrüsenkarzinom kommt diese Therapieform nicht zur Anwendung, da diese Tumore ihren Ursprung in den C-Zellen haben, denen der oben beschriebene spezielle Aufnahmemechanismus fehlt. Nach erfolgter ablativer Hochdosis-Radiojodtherapie ist im Rahmen der Nachsorge eine Schilddrüsenhormongabe in adäquater Dosis notwendig.

Müssen Patienten für die Zusatztherapie stationär aufgenommen werden?

Dr. Haim: Die Hochdosis-Radiojodtherapie muss aus strahlenhygienischen Gründen stationär erfolgen. Der Strahlenschutz verlangt eine Isolierung des Betroffenen, bis die vom Patienten ausgehende Restradioaktivität einen vorgegebenen Grenzwert unterschreitet. Im Normalfall beträgt die Aufenthaltsdauer 5 Tage. Unser Krankenhaus verfügt über die einzige nuklearmedizinische Therapiestation Oberösterreichs. Diese befindet sich im 6. Stock mit einem wundervollen Blick über die Dächer von Linz. Die moderne und großzügige Ausstattung unserer Therapiestation (Einzelzimmer, Fernseher, WLAN, Tageszeitung ...) ermöglicht somit einen Aufenthalt in angenehmer Atmosphäre.

Wie oft metastasieren Schilddrüsenkarzinome und welche Therapiemöglichkeiten kann unser Zentrum diesen Patienten anbieten?

Dr. Haim: Prinzipiell gilt das differenzierte Schilddrüsenkarzinom als gut behandelbar mit einer meist exzellenten Prognose. Der Großteil der Patienten ist somit nach erfolgter Therapie als geheilt zu betrachten. In seltenen Fällen kommt es zu einer Metastasierung, deren Wahrscheinlichkeit vom histologischen Subtyp und vom Tumorstadium abhängt. Solange das papilläre bzw. follikuläre metastasierte Karzinom seine Jodavidität beibehält, ist es einer neuerlichen Hochdosis-Radiojodtherapie zugänglich, die auch mehrmals wiederholt werden kann. Bei Auftreten eines Lokalrezidivs oder von Metastasen (z. B. in Lymphknoten) ist je nach Lokalisation und Ausdehnung die chirurgische Resektion empfohlen. Bei ossärer Metastasierung kann in speziellen Fällen auch eine externe Radiatio angeboten werden. Bei progredienter, jodrefraktärer Erkrankung bieten wir die Therapie mit Tyrosinkinasehemmern an. Durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die hohe Expertise der einzelnen beteiligten Fachrichtungen ist eine optimale Betreuung in unserem Zentrum gewährleistet.



OA PD Dr. Georg Spaun
Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie



OA Dr. Dominik Hackl
Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie



OÄ Dr. Silke Haim
Abteilung für Nuklearmedizin und PET-CT-Zentrum Linz



Onkologische
Rehabilitation

NACHSORGE VON SCHILDDRÜSENKREBS

Abhängig von der endgültigen Histologie und vom Stadium der Erkrankung führen wir an unserem Zentrum postoperativ eine ablative Hochdosis-Radiojodtherapie durch. Im Anschluss daran leiten wir die Schilddrüsenhormonmedikation ein und vereinbaren eine Kontrolluntersuchung nach 6 Monaten. Für diese Untersuchung (diagnostische Jod-131-Ganzkörperszintigraphie unter Thyrogenstimulation) muss der Patient noch einmal stationär aufgenommen werden.

Im Anschluss daran erfolgt in den ersten 5 Jahren eine engmaschige Nachsorge in sechsmonatigen Intervallen. **Diese Nachsorge wird ambulant im Schilddrüsenzentrum unseres Krankenhauses durchgeführt** und beinhaltet neben der exakten Einstellung der meist suppressiven Schilddrüsenhormonmedikation regelmäßige Ultraschallkontrollen, eine Bestimmung der Tumormarker und gegebenenfalls eine szintigraphische Bildgebung mit einer Jod-131-Ganzkörperuntersuchung. Sollte der Verdacht auf eine insuffiziente medikamentöse Einstellung bestehen, ist selbstverständlich eine umgehende Zuweisung an unser Schilddrüsenzentrum möglich. Bei Unklarheiten kontaktieren Sie uns bitte unter der Telefonnummer 0732/7677-7083.

Nach Abschluss der Tumorthherapie haben Patienten die Möglichkeit, eine ambulante onkologische Rehabilitation in unserem Krankenhaus in Anspruch zu nehmen. Dieses Angebot ist österreichweit einzigartig und kostenfrei. Es soll den Betroffenen helfen, wieder rasch in den Alltag zurückzufinden.



OÄ Dr. Silke Haim
Abteilung für Nuklearmedizin und PET-CT-Zentrum Linz

Die Überweisung erfolgt entweder direkt durch unser Schilddrüsenzentrum oder durch den Haus- bzw. niedergelassenen Facharzt. Nähere Informationen erhalten Sie unter der Nummer 0732/7677-7620.



ZDF-Beitrag zur
Zentralisierung

DIE BESTE KLINIK FÜR MEINE ERKRANKUNG

Gerade bei komplexen Erkrankungen wie Krebs stellen sich viele Patienten die Frage, welches Krankenhaus das beste für sie sei. Mit der Beantwortung werden sie meist alleingelassen, da selbst erfahrenem Fachpersonal oft verlässliche Anhaltspunkte fehlen. **In Österreich gibt es nach wie vor keine flächendeckend zugänglichen Qualitäts- und Leistungskennzahlen von Spitälern, die einen transparenten Vergleich zulassen.** Woran sollen sich Patienten und Ärzte also orientieren?

Untersuchungen aus Deutschland zeigen, dass die Zukunft einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung in der Zentralisierung liegt. **Spezialisierte Zentren mit interprofessionellen Teams und hohen Fallzahlen liefern nachweisbar bessere Ergebnisse.** Einziges Problem: Derzeit kann sich jedes Krankenhaus „Zentrum“ nennen, da der Begriff nicht geschützt ist. Qualitativ hochwertige Zentren sind daran zu erkennen, dass sie ihre Prozesse, die lückenlose Dokumentation, durchgeführte Therapien und ihre Behandlungsergebnisse regelmäßig von unabhängigen Auditoren überprüfen lassen. Unser Haus hat sich für das Qualitätsmanagementsystem der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) entschieden und lässt jährlich alle Organzentren sowie das Zentrum für Tumorerkrankungen bewerten. **Es hilft uns, sämtliche Abläufe immer wieder kritisch zu hinterfragen und zu adaptieren.** Wir unterziehen uns dieser Prüfung freiwillig, da wir überzeugt sind, dass nur geprüfte Qualität dauerhaften Patientennutzen stiftet. Als onkologisches Leitspital für OÖ. haben wir die Verpflichtung, qualitativ hochwertige Medizin anzubieten. **Wir sind seit 2013 das einzige auditierte und anerkannte Tumorzentrum der DKG in Österreich.**

Besonders wichtig ist uns die Zusammenarbeit in einem interprofessionellen Netzwerk, bestehend aus Zentrumsmedizinern sowie niedergelassenen Haus- und Fachärzten, da eine optimale onkologische Therapie immer Teamwork aller Beteiligten ist.



OA PD Dr. Holger Rumpold
Leiter des Zentrums für Tumorerkrankungen

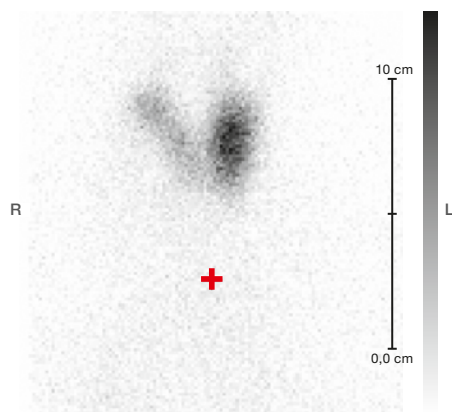
ONKOLOGIE-QUIZ: TESTEN SIE IHR WISSEN

Frage: Wie lautet Ihre Verdachtsdiagnose, wenn Sie das Bild und die untenstehenden Laborwerte betrachten?

Die Laborwerte des Patienten lauten wie folgt:

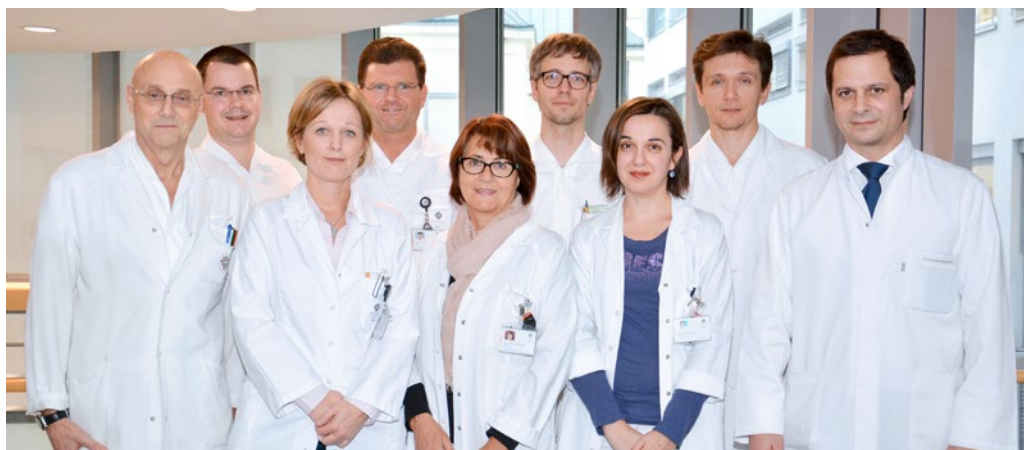
TSH: 2,35 µU/ml Calcitonin: 268 µg/ml
 fT3: 17,12 pmol/l Thyreoglobulin: 6,4 ng/l
 fT4: 5,27 pmol/l

Auflösung: Die Auflösung der Quizfrage finden Sie unterhalb des Impressums.



DAS TEAM DES SCHILDDRÜSENZENTRUMS

Im interdisziplinären Schilddrüsenzentrum unseres Krankenhauses arbeiten Experten aus den Fachbereichen Chirurgie, Nuklearmedizin und Pathologie eng zusammen.



1. Reihe v. l. n. r.: Prim. Univ.-Prof. Dr. Werner Langsteger, OÄ Dr. Silke Haim, OÄ Dr. Waltraud Einwagner, FÄ Dr. Larisa Imamovic, Prim. Prof. Dr. Klaus Emmanuel

2. Reihe v. l. n. r.: OA Dr. Dominik Hackl, OA Dr. Friedrich Fitz, FA Dr. Martin Steinmair, OA PD Dr. Oleksiy Tsybrovskyy

Nicht am Bild: OA PD Dr. Georg Spaun, OA PD Dr. Oliver Koch, OA PD Dr. Gernot Köhler, Ass. Dr. Andreas Tschoner, OA Dr. Hans-Jörg Fehrer, OA Dr. Vedat Alibegovic, Prim. Prof. Dr. Farid Moinfar

Ihr Kontakt zum Zentrum:

T.: 0732/7677-7098

F.: 0732/7677-7090

E.: sdz.linz@bhs.at

RESTPLÄTZE: LEHRGANG FÜR ARZTASSISTENTINNEN

Unser kompaktes **Fortbildungsangebot der Krebsakademie** für Arztassistentinnen erhält viele positive Rückmeldungen. Es bietet ein breites Themenspektrum von der Prävention bis zur Palliative Care, fördert das Verständnis für die durchgängige Versorgungskette von Krebspatienten und vermittelt wichtige Anlaufstellen und Kontakte, was für die tägliche Arbeit in der Ordination von Vorteil ist.

Am 4. März 2016 startet der neue Lehrgang – es gibt nur mehr wenige freie Plätze. Falls Sie Ihren Mitarbeiterinnen die Teilnahme ermöglichen möchten, steht Ihnen Frau Mag. Anna Schmidauer unter der Telefonnummer 0732/7677-4580 gerne für weitere Auskünfte zur Verfügung.

Online-Infos auf www.krebsakademie.at

Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz
 Seilerstätte 4, 4010 Linz, Tel.: +43 732 7677-0
 E-Mail: office.linz@bhs.at

Zertifiziert gemäß



Aktuelle onkologische Informationen bietet Ihnen auch unser elektronischer Newsletter.
 Infos & Anmeldung:
www.bhslinz.at – Rubrik „Für Ärzte“

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. Prof. Dr. Klaus Emmanuel, Prim. Univ.-Prof. Dr. Werner Langsteger, OA Dr. Dominik Hackl, OÄ Dr. Silke Haim, OA Dr. Vedat Alibegovic, OA PD Dr. Georg Spaun, OA PD Dr. Holger Rumpold; 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, Getty Images; Auflage: 2.000 Stück; Erscheinungsweise: 2 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 angegebenen Medikamentennamen sind als Beispiele für alle Produkte mit gleichem Wirkstoff zu verstehen.