



# 6. Landsteiner-Tag

## „Moderne Onkologie“



04. November 2015

14:00 bis 18:00 Uhr  
Rheuma-Zentrum, Wien – Oberlaa, EG, Therme Wien



Verein zur Förderung  
Medizinisch-Wissenschaftlicher  
Forschung

# Programm

**Moderation** • Prim. Univ. Prof. Dr. Michael Rolf Mueller

- 14:00 Uhr **Begrüßung** • Prim. Univ. Prof. Dr. Heinrich Resch und  
Präsident Univ. Prof. Dr. Bernhard Schwarz
- 14:10 Uhr **Krankheitswahrnehmung bei Krebserkrankungen** • OÄ Dr. Johanna Eder  
Institut für Dermatologische Forschung, Leiter: Prim. Univ. Prof. Dr. Franz Trautinger
- 14:30 Uhr **Aktuelle Konzepte in der Behandlung fortgeschrittener Hals-Kopf-Tumore** •  
OÄ Dr. Edda Menke-Lechner  
Institut für Implantierbare elektronische Hörgeräte, Leiter: Prim. Univ. Prof. Dr. Georg Sprinzl
- 14:50 Uhr **Aktuelle Aspekte in der Hirntumorthherapie** •  
Prim. Assoc. Prof. PD Dr. Stefan Oberndorfer  
Institut für Neurologie und Neuropsychologie
- 15:10 Uhr **Endoskopie bei Tumoren im Gastrointestinaltrakt** • OA Univ. Doz. Dr. Gerd Bodlaj  
Institut für Gastroenterologie und Rheumatologie, Leiter: Prim. Univ. Prof. Dr. Heinrich Resch
- 15:30 Uhr **KAFFEEPAUSE**
- 16:00 Uhr **Das situationelastische chirurgische Konzept beim Malignen Pleura  
Mesothelioms am OWS**  
OA Univ. Doz. Dr. Stefan Watzka  
Institut für Thorakale Onkologie, Leiter: Prim. Univ. Prof. Dr. Michael Rolf Mueller
- 16:20 Uhr **Minimal-invasiv und maximal-radikal bei Operation des Bronchuskarzinoms  
ist kein Widerspruch - das chirurgische Konzept am OWS** • OA Dr. Tibor Krajc, PhD  
Institut für Thorakale Onkologie, Leiter: Prim. Univ. Prof. Dr. Michael Rolf Mueller
- 16:40 Uhr **Onkologische Fallberichte aus der Allgemeinpraxis** • MR Dr. Gustav Kamenski  
Institut für Systematik in der Allgemeinmedizin
- 17:00 Uhr **Zurück in den Beruf nach/trotz langer Krankheit – eine Zwischenbilanz  
österreichischer Sozialpolitik** • Hon. Prof. (FH) Dr. Bernhard Rupp, MBA  
Vorstandsmitglied der Karl Landsteiner Gesellschaft

**DISKUSSION**

**BUFFET**





Verein zur Förderung  
Medizinisch-Wissenschaftlicher  
Forschung

## Univ. Prof. Dr. Bernhard SCHWARZ

Präsident der Karl Landsteiner Gesellschaft



Geschätzte Damen und Herren!

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Es freut mich, wieder zu einem Karl Landsteiner Tag begrüßen zu dürfen, diesmal zu Gast in den Räumlichkeiten des Rheuma Zentrums Oberlaa.

Heuer werden wir Berichte zu Onkologischen Fragestellungen und damit verbundenen aktuellen Forschungsvorhaben aus unseren Instituten erhalten. Die Bandbreite der Referate bildet einen spannend ausgewählten Teil der Tätigkeiten im Bereich Onkologie unserer Institute ab, soweit es an einem Nachmittag Zeit dafür geben kann.

Die Vorträge beinhalten Konzepte der Hals-Kopftumore, Aspekte der Hirnchirurgie, sowie Tumore von Lunge und Pleuratumore und Gastro-Intestinaltrakt. Eingeleitet wird es mit dem Thema Krankheitswahrnehmung und den Abschluss bildet die berufliche Wiedereingliederung.

Insgesamt freut es mich auch heuer wieder ein großartiges Programm ankündigen zu dürfen und ich wünsche uns allen, Mitgliedern und Gästen, einen spannenden Nachmittag.



Verein zur Förderung  
Medizinisch-Wissenschaftlicher  
Forschung



OÄ Dr. Johanna Eder  
Institut für Dermatologische Forschung

## Krankheitswahrnehmung bei Krebserkrankungen

Die Diagnose einer Krebserkrankung stellt für Patienten und Angehörige eine außerordentliche psychische Herausforderung dar. Die plötzliche Konfrontation mit einer Krankheit führt bei Betroffenen zu Entwicklung von sog. subjektiven Krankheitstheorien, d.h. Vorstellungen und Emotionen über das Wesen, die Ursache und Behandlung der Erkrankung. Weiterführenden Gedanken über Therapieformen und Nebenwirkungen, prognostische Unsicherheit, körperliche Stigmen oder auch die Vorstellung von chronischen Schmerzen führen bei Patienten zu psychischen Folgeproblemen wie Angst und Depression. Daher spielen in der Erfassung und Behandlung onkologischer Erkrankungen auch psychologische Faktoren eine wichtige Rolle, da sie den Krankheitsverlauf z.B. durch Therapieadhärenz beeinflussen können. Ein Messinstrument zur Beurteilung subjektiver Krankheitstheorien ist das „IPQ Illness Perception Questionnaire“, ein Fragebogen, der die vom Patienten erlebten Symptome und Annahmen über Ursache, Zeitverlauf und Konsequenzen der Erkrankung erfasst. In einer Pilotstudie haben wir mittels dieses Fragebogens die Krankheitswahrnehmung bei Patienten mit primär kutanen T-Zell Lymphomen untersucht. Als Hauptursache für ihre Erkrankung wurde von unseren Patienten „Schicksal“, gefolgt von „Veränderungen des Immunsystems“, „Umweltverschmutzung“ und „Lebensalter“ angenommen. Die Patienten zeigten ein schlechtes Krankheitsverständnis jedoch ohne drastische Auswirkung der Erkrankung auf ihr tägliches Leben. Hinsichtlich Kontrollierbarkeit der Erkrankung zeigten die Patienten großes Vertrauen in die Kontrolle der Erkrankung durch die Therapie. Die Erfassung der Krankheitswahrnehmung führt zu besserem Verständnis individueller Einstellungen und Empfindungen unserer Patienten ihrer Erkrankung gegenüber und dient dadurch der Verbesserung der Arzt-Patienten Beziehung. Darüber hinaus kann die Modifikation der Krankheitswahrnehmung z.B. durch psychologische Intervention und gezielte Aufklärung zu einer Verbesserung des krankheitsassoziierten Verhaltens und dadurch der Lebensqualität unserer Patienten führen.



Verein zur Förderung  
Medizinisch-Wissenschaftlicher  
Forschung



OÄ Dr. Edda Menke-Lechner

Institut für Implantierbare elektronische Hörgeräte

## Aktuelle Konzepte in der Behandlung fortgeschrittener Hals-Kopf-Tumore

Die Kopf-Halstumore stellen weltweit die 6. häufigste Tumorerkrankung dar. Etwa 6% aller Tumore betreffen den HNO Bereich. Die Mortalität beträgt 6/100 000.

Die Ätiologie der Kopf-Halsmalignome ist multifaktoriell bedingt. Alkohol und Tabak sind die zwei wichtigsten Karzinogene. Darüber hinaus können Metallstaub, Holzstaub und Lederstaub an der Entstehung von Kopf-Halstumoren beteiligt sein. Ebenso spielt die Infektion mit gewissen Serotypen von HPV eine Rolle bei der Entstehung von Kopf-Halstumoren.

Die Stadieneinteilung der Kopf-Halstumore erfolgt nach der TNM Klassifikation, welches die Größe des Tumors (T), die lokoregionäre Metastasierung (N) und Fernmetastasen (M) beschreibt.

Nach abgeschlossener Diagnostik (Bildgebung, Panendoskopie mit Histologie) erfolgt die Besprechung des Therapiekonzeptes im Tumorboard. Bei der Behandlung von Kopf-Halstumoren steht ein Drei Säulenkonzept zur Verfügung: Operation, Strahlentherapie, medikamentöse Therapie. Im Rahmen des Tumorboards müssen bei der Therapieentscheidung vor allem bei fortgeschrittenen Tumoren die Resektabilität und Möglichkeiten der Rekonstruktion mit allen Risiken abgewogen werden. Fortgeschrittene, aber noch resektable Tumoren sind T3 bis T4a. T4b Tumore gelten aufgrund ihrer Infiltration und Größe als inoperabel.

Die Strahlentherapie spielt bei der Behandlung von Kopf-Halstumoren im kurativen Therapieansatz gemeinsam mit der Chirurgie eine wichtige Rolle (primäre Radiotherapie, postoperative Radiotherapie, neoadjuvante Radiochemotherapie). Die medikamentöse Therapie beinhaltet die zytostatische Chemotherapie sowie monoklonale Antikörper. Das Übersichtsreferat gibt einen Überblick über den aktuellen Wissenstand in der Diagnostik und der Behandlung von Kopf-Halstumoren.

Literatur beim Verfasser



Verein zur Förderung  
Medizinisch-Wissenschaftlicher  
Forschung



Prim. Assoc. Prof. PD Dr. Stefan Oberndorfer  
Institut für Neurologie und Neuropsychologie

## Aktuelle Aspekte in der Hirntumorthherapie

Hirntumore umfassen eine sehr heterogene Gruppe von Tumoren. Man unterscheidet mittlerweile an die 120 verschiedene hirneigene Tumore, wobei die sogenannten Gliome zu den häufigsten zählen. Eine weitere Gruppe sind die um ein Vielfaches häufiger vorkommenden zerebralen Metastasen. Eine eigene Entität stellen Tumore der Gehirnhäute, die sogenannten Meningeome dar. Für die Behandlung von Hirntumoren wird ein multiprofessionelles, interdisziplinäres neuroonkologisches Team benötigt. Prinzipiell stehen neurochirurgische und radioonkologische Therapieverfahren, sowie unterschiedliche systemische Therapieverfahren zur Verfügung. Durch die verbesserte molekularbiologische Charakterisierung von Hirntumoren, werden therapeutische Strategien zunehmend auch nach molekularbiologischen Gesichtspunkten stratifiziert. Die Palette reicht hier neben chirurgischen und radiotherapeutischen Methoden, von klassischen zytotoxischen, bzw. zytostatischen Chemotherapien, über immunologische Therapie im Sinne von Vakzination gegen Oberflächenstrukturen der Tumore oder Tumorzellysaten, über zielgerichtete Therapien in Form von Antikörpern, und „small molecules“ (tyrosinkinase Inhibitoren, bzw. Signaltransduktion Inhibitoren). Ein weiteres aktuelles Gebiet, welches auch in der Gliomtherapie zunehmend an Stellenwert gewinnt, sind die Gruppe der sogenannten Immunmodulatoren (z.B. CTLA4 und PD1-AK). Die erste Wahl Therapie für das maligne Gliom ist nach wie vor die konkomitante Radio-chemotherapie mit Temozolomid, welche bereits seit über zehn Jahren den Therapiestandard darstellt. Patienten mit einem methyliertem MGMT-Promotorstatus zeigen hier ein besonders gutes Ansprechen auf diese Therapie. Im Falle eines Rezidivs oder Tumorprogression stehen verschiedenste Therapieoptionen zur Verfügung. Hier wird im Rahmen eines interdisziplinären, neuroonkologischen Tumorboards die Entscheidung über einen erneuten, neurochirurgischen Eingriff, über eine Re-Bestrahlung, systemische Therapien, oder experimentelle Therapien bzw. den Einschluss in eine klinische Studie entschieden. In den aktuell laufenden klinischen Gliom-Studien, aber auch zunehmend bei zerebralen Metastasen, werden molekularbiologische Merkmale des Tumorgewebes berücksichtigt. Es bleibt zu hoffen, dass diese, sogenannten zielgerichteten - maßgeschneiderten individuellen Therapien in absehbarer Zeit auch den gewünschten, klinischen Erfolg erzielen.



Verein zur Förderung  
Medizinisch-Wissenschaftlicher  
Forschung



OA Univ. Doz. Dr. Gerd Bodlaj

Institut für Gastroenterologie und Rheumatologie

## Endoskopie bei Tumoren im Gastrointestinaltrakt

Da ein Großteil der Kolonkarzinome aus Polypen entsteht, kommt der endoskopischen Detektion und Entfernung dieser Vorstufen eine wesentliche Rolle zu. Zusätzlich können auch Karzinome im Frühstadium endoskopisch entfernt werden. Welches Verfahren dabei zum Einsatz kommt, hängt ganz wesentlich von der Größe des zu entfernenden Polypen ab. Ziel ist immer eine vollständige Abtragung. Kolonpolypen bis 3 mm können mit der Biopsie-Zange entfernt werden. Zwischen 4 und 10 mm Größe sollte die kalte Schlinge verwendet werden, da eine vollständige Abtragung mit der Biopsie-Zange in vielen Fällen nicht mehr gelingt. Zwischen 10 und 20 mm Durchmesser kommen die klassische Polypektomie und die endoskopische Mukosaresektion (EMR) zum Einsatz, je nachdem, wie flach oder vorgewölbt der Polyp ist. Bei gestielten Polypen kann hier zur Verminderung des Blutungsrisikos zusätzlich der Endoloop, eine Plastikschnur, die die Gefäße im Stiel abschnürt, verwendet werden. Bei Polypen > 20 mm Durchmesser hängt das optimale Resektionsverfahren ganz wesentlich vom malignen Potential des Polypen ab: bei geringem Karzinomrisiko kann der Polyp mittels EMR in mehreren Teilen entfernt werden (Piecemeal-EMR). Bei erhöhtem Karzinomrisiko hingegen sollte unbedingt eine vollständige Entfernung in einem Stück erfolgen, damit die Resektionsränder vom Pathologen hinsichtlich einer R0-Resektion suffizient beurteilt werden können. In diesem Fall kommt im Idealfall die endoskopische Submukosadissektion (ESD) zum Einsatz.

T1-Karzinome können bei R1- oder RX-Resektion mittels endoskopischer Vollwandresektion nachreseziert werden, ebenso Adenomrezidive im Narbengewebe. Mit diesem Verfahren, das bisher nur im Kolorektum zugelassen ist, können Läsionen bis max. 25mm Durchmesser entfernt werden.



Verein zur Förderung  
Medizinisch-Wissenschaftlicher  
Forschung



OA Univ. Doz. Dr. Stefan Watzka  
Institut für Thorakale Onkologie

## Das situationselastische chirurgische Konzept beim Malignen Pleura Mesothelioms am OWS

Das maligne Pleuramesotheliom ist ein besonders aggressiver maligner Tumor, der von der parietalen Pleura ausgeht, und meistens als Folge einer Exposition mit Asbest auftritt. Trotz intensiver diagnostischer und therapeutischer Bemühungen ist die Prognose des Pleuramesothelioms sehr schlecht (5-Jahres-Überlebensrate von 9%). Das liegt an den multiplen Herausforderungen, die den multidisziplinären Behandlungsteams durch die besondere pathogenetische und klinische Signatur des Pleuramesothelioms erwachsen. Die Therapie der Wahl ist derzeit die multimodale Therapie, bestehend aus Chemotherapie, operativer Cytoreduktion und fallweise Bestrahlung. Was die operative Methode angeht, verfolgt das OWS seit Jahren erfolgreich ein situationselastisches Konzept mit dem Bemühen, die Lunge primär zu erhalten, und nur im Einzelfall – bei Befall der Lunge – eine Entfernung derselben anzustreben. Mit diesem Konzept gehören die Langzeitergebnisse des OWS zu den besten der Literatur. Dennoch gibt es noch drei Problemkreise, die in den nächsten Jahren wissenschaftlich und klinisch angegangen werden müssen: die weitergehende Entschlüsselung der molekularen Pathways, die zur Entstehung des Pleuramesothelioms führen, die Entwicklung zuverlässigerer Biomarker für Frühdiagnose und Verlaufskontrolle, sowie die Optimierung der Therapie-Algorithmen.



Verein zur Förderung  
Medizinisch-Wissenschaftlicher  
Forschung



OA Dr. Tibor Krajc, PhD  
Institut für Thorokale Onkologie

## Minimal-invasiv und maximal-radikal bei Operation des Bronchuskarzinoms ist kein Widerspruch - das chirurgische Konzept am OWS

### Einleitung:

Eine komplette Resektion bei NSCLC liegt dann vor, wenn die Resektionsränder mikroskopisch frei sind und eine systematische mediastinale Lymphadenektomie durchgeführt wurde. Zugangstrauma der standardmäßigen Thorakotomie mit Rippenspreizen hat einen wesentlichen negativen Einfluss auf den postoperativen Verlauf im Sinne der Immunkompromittierung und Schmerzsymptomatik. VATS Lobektomie bietet bei Minimierung von Zugangstrauma ("access trauma") eine onkologische Radikalität, die der Radikalität einer Thorakotomie gleichwertig ist.

Die mediastinalen Lymphbahnen haben eine komplexe Anatomie und oft einen kontralateralen Verlauf; somit kann die Radikalität einer ipsilateralen Lymphadenektomie in Frage gestellt werden. Außerdem kann die mediastinale Lymphadenektomie bei der VATS technisch anspruchsvoll sein. VAMLA (video-assistierte mediastinale Lymphadenektomie) ist als eine exakte minimal-invasive Stagingmethode etabliert, die eine extensive bilaterale mediastinale Lymphadenektomie ermöglicht und ist somit als Technik der Lymphadenektomie mit minimalinvasiven anatomischen Lungenresektionen in einer Sitzung kombinierbar. Die Autoren präsentieren die bisherige Erfahrung mit diesem Konzept.

Methode: In dem Zeitraum von 01.03.2014 – 30.10.2015 wurden bei 86 PatientInnen mit (y)cT1a-2b (y)cN0 – 3 Lungentumoren (59 Adenokarzinome, 24 Plattenepithelkarzinome, NSCLC, 1 großzelliges Karzinom und 2 neuroendokrine Karzinome) eine VAMLA und eine VATS Lobektomie oder Bilobektomie durchgeführt. 9 PatientInnen haben aufgrund morphologisch gesicherter single-level N2 Situation eine erfolgreiche neoadjuvante Chemotherapie erhalten. Bei 3 Patienten ohne präoperative morphologische Diagnose wurden vor der VAMLA eine VATS Klemmenresektion, Schnellschnitt und VATS Lobektomie durchgeführt. Weitere 10 Patienten mit verschiedenen Tumoren wurden nur mittels VAMLA lymphadenektomiert.

Ergebnis: Alle VAMLA-Operationen wurden vollständig durchgeführt. 2 aufgetretene Blutungen von der rechten A. pulmonalis bzw. dem Truncus arterius sind mit Kompression und hämostatischen Mitteln kontrolliert worden. 3 VATS Lobektomien mussten wegen Blutung konvertiert werden. Eine permanente und 5 temporäre Recurrensparesen (6.25%) waren klinisch vorhanden. Eine VAMLA dauerte 50 – 165 min (median 70 min), eine VATS Lobektomie 60 – 325 min (median 110 min). Die Anzahl von entfernten Lymphknoten betrug 5 – 26 (median 20), davon waren 6 – 23 (median 9,5) Lymphknoten der N2 Stationen. Bei Stationen 7, 4L und 2L war die Anzahl von entfernten Lymphknoten statistisch signifikant ( $p < 0.05$ ) höher bei VAMLA als bei VATS. Bei 82 PatientInnen wurde die cN0 Situation auch pathologisch bestätigt, 3 PatientInnen waren N1 positiv, 1 Patientin mit einem Tumor des linken Unterlappens hatte definitiv- histologisch positive kontralaterale N3 Lymphknoten. Nur bei einem Patienten wurde nach VAMLA ein zusätzlicher Lymphknoten der Station 7 bei VATS entdeckt. Schlussfolgerung: VAMLA erleichtert die oft mühsame endoskopische mediastinale Lymphadenektomie und ermöglicht die Entfernung von kontralateralen mediastinalen Lymphknoten. VAMLA und VATS Lobektomie in einer Sitzung ergeben gute Patientencompliance, verbessern die onkologische Qualität der Resektion auch nach neoadjuvanter Therapie und reduzieren die mit Resektion verbundene Schmerzsymptomatik.



Verein zur Förderung  
Medizinisch-Wissenschaftlicher  
Forschung



MR Dr. Gustav Kamenski

Institut für Systematik in der Allgemeinmedizin

## Onkologische Fallberichte aus der Allgemeinpraxis

Im ersten Teil der Präsentation wird ein Überblick über die Häufigkeit und Art von Tumorerkrankungen in einer Allgemeinpraxis über einen Zeitraum von 19 Jahren gegeben.

Von 1981 bis 2000 wurden prospektiv 271 bösartige Neuerkrankungen unter 108.000 Beratungsergebnissen erfasst, das entspricht 2.5 Promille aller Beratungsergebnisse. Die größte Häufigkeit wies das Colon-, das Bronchus- und das Mammakarzinom auf. Die Inzidenz dieser Karzinome betrug 2.2, 1.8 und 1.6/ Jahr. Die Wege zur Diagnose eines Malignoms ließen sich dabei auf 5 Hauptgruppen zurückführen, welche die Größe des Verdachts, dass ein Malignom für die gefundenen Symptome und Zeichen verantwortlich sein könnte, wiedergeben.

Im zweiten Teil der Präsentation wird an Hand der Fallberichte von zwei Patientinnen mit Mammakarzinom die Rolle des Hausarztes bei der palliativmedizinischen Betreuung von Patientinnen mit einem Spätrezidiv bzw. mit lokal fortgeschrittenem Tumor und Metastasierung, beleuchtet. In enger Zusammenarbeit mit dem onkologischen Zentrum und mittels wohnortnaher Labor- und radiologischer Kontrollen sowie der Diagnostik und Therapie von Komplikationen, konnte durch den Einsatz der an der Klinik durchgeführten zielgerichteten Chemotherapie in beiden Fällen eine weitgehende und noch immer anhaltende Remission erreicht werden.



Verein zur Förderung  
Medizinisch-Wissenschaftlicher  
Forschung



**Hon. Prof. (FH) Dr. Bernhard Rupp, MBA**  
Vorstandsmitglied der Karl Landsteiner Gesellschaft

## Zurück in den Beruf nach/trotz langer Krankheit – eine Zwischenbilanz österreichischer Sozialpolitik

Viele Krebserkrankungen sind dank des medizinischen Fortschritts gut behandelbar. Vergleichbar mit Personen mit chronischen Erkrankungen stellen sich für viele Betroffene Fragen des Verbleibens oder Wiedereinstieges in die Arbeitswelt.

Diese Fragen stellen sich teils aus der ökonomischen Notwendigkeit für die Betroffenen, teils aus dem dringenden persönlichen Bedürfnis nach Teilhabe am Arbeitsleben.

Können im österreichischen Gesundheitssystem die erforderlichen Therapieangebote so gestaltet werden, dass diese mit Berufstätigkeit vereinbar sind?

Wie können praktisch und arbeitsrechtlich Lösungen für jene ArbeitnehmerInnen gefunden werden, welche in den Behandlungszyklen (zB. Chemobrain) nicht voll einsatzfähig sind?

Können die Arbeitsplätze, Arbeitsinhalte, das Ausmaß der Arbeitszeit den Bedürfnissen der Betroffenen angepasst werden?

Sollen Unternehmen diese Herausforderungen alleine bewältigen oder welche Formen von öffentlichen Unterstützungen gibt es (oder sollte es geben)?

Welche Rollen können und sollen ArbeitsmedizinerInnen und ArbeitspsychologInnen im Zusammenwirken mit Unternehmen und betrieblichen Interessenvertretungen in den innerbetrieblichen Adaptionsprozessen zugeordnet werden?

Welche Formen von betrieblichem Eingliederungsmanagement werden in Österreich bereits eingesetzt, wie funktionieren diese und wie lösen andere Länder diese Herausforderungen?