

SÜDWESTSÄCHSISCHES  
**TUMORZENTRUM** ZWICKAU e.V.

---



25 Jahre  
Onkologie-Symposium  
Zwickau

- 25 Jahre onkologische Weiterbildung
- 23 Jahre Klinisches Krebsregister

1984 – 2008

## **Impressum**

Herausgeber:

**Südwestsächsisches Tumorzentrum Zwickau e.V.**

**Karl-Keil-Str. 35**

**08060 Zwickau**

Tel. 0049 375 5699-100

Fax 0049 375 5699-111

Mail [tuz@tumorzentrum-zwickau.de](mailto:tuz@tumorzentrum-zwickau.de)

Redaktion:

April 2008

Dipl.-Ing. Volkhard Wulff, Koordinator

Dipl.-Ing. Gaby Schmieder

Susann Tetzl, Praktikantin in Ausbildung zur Medizinischen Dokumentationsassistentin

### **Anmerkung:**

Referenten im Autorenverzeichnis wurden im Wesentlichen entsprechend ihrer Angaben zum Zeitpunkt des Vortrages genannt.

Die Beiträge des Klinischen Krebsregisters stellen nur einen Auszug der Möglichkeiten dar. Detaillierte Auswertungen und Darstellungen können von der Leitstelle des Tumorzentrums abgefordert oder im Internet unter [www.tumorzentrum-zwickau.de](http://www.tumorzentrum-zwickau.de) eingesehen werden. Die Auswertungen wurden mit dem ©SWSTUZ-GTDS-SPSS-Auswertungssystem vorgenommen.

Vergleichswerte zum Bundesdurchschnitt wurden aus der Broschüre: *Krebs in Deutschland, 5. überarbeitete, aktualisierte Ausgabe, Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. und das RKI, Saarbrücken, 2006*, entnommen.

## Inhaltsverzeichnis

25 Jahre onkologische Weiterbildung.....	6
Weiterbildungsschwerpunkt.....	
1. Bösartige Neubildung von Lippe, Mundhöhle und Pharynx C00-C14.....	9
2. Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane C15-C26 .....	12
3. Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane und .....	17
sonstiger intrathorakaler Organe C30-C39	
4. Bösartige Neubildungen des Knochens und des .....	20
Gelenkknorpels C40-C41	
5. Melanom und sonstige bösartige Neubildungen der Haut C43-C44.....	23
6. Mammakarzinom C50.....	26
7. Bösartige Neubildungen der weiblichen Genitalorgane C51-C58.....	33
8. Bösartige Neubildung der männlichen Genitalorgane C60-C63.....	37
9. Bösartige Neubildung der Harnorgane C64-C68.....	42
10. Bösartige Neubildung des Auges, des Gehirns und sonstiger.....	45
Teile des Zentralnervensystems C69-C72	
11. Bösartige Neubildungen der Schilddrüse und sonstiger .....	48
endokriner Drüsen C73-C75	
12. Bösartige Neubildung des lymphatischen, des blutbildenden.....	53
und verwandten Gewebes C81-C96	
13. Vorträge zur komplexen und medikamentösen Tumorthherapie .....	63
Industrieausstellung .....	67
Autorenverzeichnis.....	70
Programm XXV. Symposium .....	77
Danksagung .....	81

## 25 Jahre onkologische Weiterbildung

Als 1984 das 1. Zwickauer-Onkologie-Symposium durchgeführt wurde, konnte noch keiner ahnen, dass diese Weiterbildungsveranstaltung bestimmend und richtungweisend für die nächsten 25 Jahre sein wird. Die Voraussetzung und Notwendigkeit ergab sich logischerweise aus der Gründung des Onkologischen Zentrums Zwickau im Jahre 1981. Als Mitbegründer und stetiger Initiator fungierte Prof. Dr. med. Günter Schott. In diesem onkologischen Zentrum waren auch die regionalen onkologischen Arbeitskreise Südwestsachsens eingeschlossen.

Das bis heute bewährte Konzept der Veranstaltung, einerseits durch geladene Gastdozenten „über den eigenen Tellerrand“ zu schauen als auch andererseits die eigenen regionalen Ergebnisse darzustellen, wurde von Anfang an demonstriert. Waren es zunächst die Fachkollegen aus den Medizinischen Akademien (z. B. Dresden) oder den anderen Schwerpunktkrankenhäusern, den sogenannten Bezirkskrankenhäusern (z.B. Cottbus, Karl-Marx-Stadt), die der Einladung folgten, so konnten später nach der Wiedervereinigung zahlreiche Spezialisten des Landes und auch des Auslandes den aktuellsten Stand in Diagnostik und Therapie darstellen und mit uns diskutieren.

Mit der Gründung des Tumorzentrums als Südwestsächsisches Tumorzentrum Zwickau e.V. im Jahre 1990 wurde eine Plattform für eine bessere gleichberechtigte Zusammenarbeit der regionalen Krankenhäuser und der onkologisch verantwortlichen Ärzte geschaffen. Verstärkt bestimmen seitdem Vorträge aus allen Institutionen der Region das Symposium. Ergänzend werden jährlich weitere Fortbildungen zu Spezialthemen von den Mitgliedern organisiert.

Die Hauptthemen der Symposien reichten von organbezogenen Themen bis zu allgemeinen Themen wie „Fortschritte in der Onkologie“.

In den 24 Jahren waren 175 Referenten (siehe Autorenliste) vertreten. Davon kamen 55 Referenten aus der Leiteinrichtung des Tumorzentrums, dem Heinrich-Braun-Krankenhaus, 36 aus den Reihen der regionalen Mitglieder, 84 waren externe Referenten. Somit ergibt sich ein ausgeglichenes Verhältnis, was sicherlich zur Stetigkeit der Veranstaltung beiträgt. Regelmäßig können wir 150 bis 200 Teilnehmer erwarten.

Untermauert werden die Beiträge stets durch die Darstellung des Status-quo der Diagnostik und Therapie, der sich aus den Daten des Klinischen Krebsregisters ergibt. Das erste Klinische Krebsregister wurde 1985 geschaffen und seit 1995 als gemeinsames Register der Mitglieder Südwestsachsen geführt. Mit seiner Vollständigkeit stellt es eines der führenden Register des Landes dar.

Umrahmt wird die Veranstaltung durch die Industrieausstellung, die mit der Teilnahme von über 20 Pharmafirmen, die gleichzeitig als Sponsoren auftreten, einen ergänzenden Akzent setzt.



**Dipl.-Ing. V. Wulff**

Koordinator des Tumorzentrums

**Prof. Dr. med. G. Schott †** (Bild, Initiator des Symposiums)

1981-2003 Chefarzt der Klinik für Innere Medizin

1981-1990 Leiter des Onkologischen Zentrums Zwickau

1990-2003 1. Vorsitzender des Tumorzentrums

**Vortrag 1990 zum VI. Symposium**





# FLORA-APOTHEKE WERDAU

Beratung & Hilfe



Vertrauen



## Zusammenarbeit erhöht die Sicherheit für Patienten

Wir beraten Patienten und deren Angehörige zu speziellen Fragen während einer Krebserkrankung, insbesondere bei Kräfteverlust und Schwäche. Die Flora-Apotheke Werdau unterstützt die Arbeit zahlreicher Selbsthilfegruppen. In Zusammenarbeit mit Ärzten und Apothekern versuchen wir eine optimierte Versorgung zu gewährleisten. Pharmazeutische Kooperationen bieten eine sinnvolle Hilfe für einen reibungslosen Wechsel von klinischer und ambulanter Betreuung.

## Zubereitung individueller Infusionslösungen

Die Flora-Apotheke Werdau verfügt über mehrere Herstellungsräume in der Sterilabteilung. Hier werden Infusionslösungen mit modernster Technik und unter strengsten Kontrollen individuell für jeden Patienten täglich frisch zubereitet. Wir stellen auf ärztliche Verordnung Zytostatikalösungen, Schmerzlösungen, Antikörpertherapien, Antibiotikatherapien sowie Ernährungslösungen zur parenteralen Ernährung für den klinischen und ambulanten Bereich her. Die Herstellungsabteilung ist seit Januar 2004 zertifiziert nach DIN ISO 9001-2000.

**Individuelle  
Dienstleistungen  
und Beratung  
für Krebspatienten  
und deren  
Angehörige**

**Wir helfen sofort!**

**Service-Telefon:**

**(0 37 61) 30 60**

**[www.flora-apotheke.de](http://www.flora-apotheke.de)**



Flora-Apotheke Werdau · Apotheker Volker Hoff · Plauensche Str. 23 · 08412 Werdau · Tel.: 03761-3060



# Weiterbildungsschwerpunkte

## 1. Bösartige Neubildungen von Lippe, Mundhöhle und Pharynx

Die geschätzte Zahl der jährlichen Neuerkrankungen an Malignomen der Mundhöhle und des Rachens in Deutschland wird mit fast 10.400 angegeben. Männer erkranken mit fast 7.600 dreimal häufiger als Frauen mit knapp 2.600. Der größte Anteil an Malignomen sind dabei Plattenepithelkarzinome. In der Frühform sind die klinischen Symptome an der Schleimhaut häufig uncharakteristisch. Etwa 75 % der Erkrankten befinden sich bei der Erstbehandlung bereits im Stadium III und IV nach der UICC-Stadienverteilung.

Fast zwei Drittel der zur Operation kommenden Patienten weisen bereits befallene lokoregionäre Lymphknoten oder Fernmetastasen auf. Die Überlebenschance in den ersten fünf Jahren sinkt unter 20 %, wenn bei der Erstdiagnose bereits Metastasen gefunden werden. Ist das Karzinom bei der Erstdiagnose kleiner als 2 cm, haben mehr als drei Viertel der Patienten in den ersten fünf Jahren eine Überlebenschance von etwa 80 %.

Eine Erfolg versprechende Behandlung besteht im Erkennen der Karzinome in einem möglichst frühen Stadium. Die Tumorgroße ist somit ein prognostischer Faktor.

Durch die einfache, schonende und leicht wiederholbare Materialgewinnung bietet die orale exfoliative zytologische Untersuchung eine preisgünstige diagnostische Methode zur Erkennung und Beurteilung benignen und malignen Epithelveränderungen. Das mit der Zytobürste gewonnene Zellmaterial enthält die für die Diagnostik wichtigen Zellen aus tiefer gelegenen Epithelschichten. Damit ist es möglich, plattenepitheliale Veränderungen früher zu erfassen.

Für die Früherkennung des Plattenepithelkarzinoms ist eine intensive Aufklärung der Patienten wichtig. Mit der Vorfelddiagnostik haben die Zahnärzte, die Hausärzte, die Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen, aber auch die Hals-Nasen-Ohrenärzte und jeder Arzt, der seinem Patienten in den Mund schaut, die Möglichkeit, auffällige Veränderungen der Schleimhaut schnell und unkompliziert abzuklären.



**Dr. med. W. Oehlke**

Facharzt für Pathologische Anatomie

Medizinische Kooperationsgemeinschaft für  
Zytopathologie Zwickau

## Vortrag zum Thema bösartige Neubildung der Mundhöhle

Halslymphknotenschwellung beim Plattenepithelkarzinom der Mundhöhle - klinische Wertigkeit und therapeutische Konsequenzen

Fröhlich, M.  
Benkert, P.  
Brückner, M.

Symposium

II



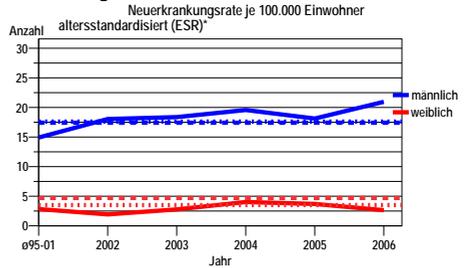
Prof. Dr. med. Hermanek in der Diskussion beim XIII. Symposium 1996

# Karzinome des Mundes und Rachens in Zahlen\* in Südwestsachsen

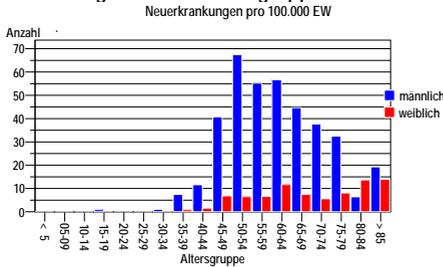
Die Häufigkeit der Mund- und Rachenkarzinome liegt beim männlichen Geschlecht um 10 % über dem Bundesdurchschnitt (19 SWS, 17,4 BRD).

Beim weiblichen Geschlecht liegen die Werte jedoch weit unter dem Bundesdurchschnitt (3,0 SWS, 4,7 BRD). Das mittlere Erkrankungsalter liegt 3 Jahre früher (männlich 58 Jahre, weiblich 65 Jahre).

## Erkrankungsrate in Südwestsachsen



## Erkrankungsrate nach Altersgruppen



Die Erkrankungshäufigkeit ist beim Mann besonders in der Altersgruppe von 50 bis 54 Jahren ausgeprägt.

Mit 15,5 % ist der Hypopharynx beim Mann und mit 11,5 % die Parotis bei der Frau am stärksten betroffen.

Das 5-Jahres-Überleben liegt beim weiblichen Geschlecht mit 62,8 % leicht über den Bundesdurchschnitt von 60 %. Beim männlichen Geschlecht kann der Bundesdurchschnitt von 45 % bei weitem nicht erreicht werden (32,3 % SWS).

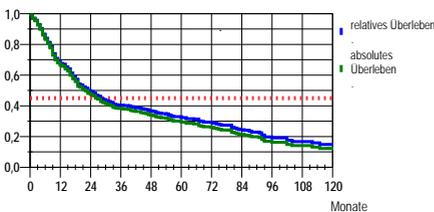
## 5-Jahres-Überleben, männlich

Jahr	beob. Überl.	rel. Überl.	95%-KI ±	N	zens. %
5	29,4	32,3	5,1	324	6,2

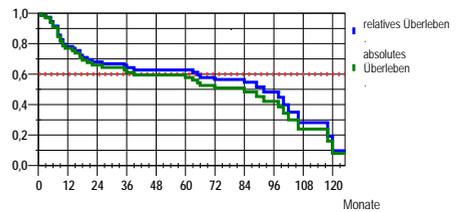
## 5-Jahres-Überleben, weiblich

Jahr	beob. Überl.	rel. Überl.	95%-KI ±	N	zens. %
5	57,7	62,8	12,2	66	7,6

### männlich



### weiblich



\* Quelle: Klinisches Krebsregister des Südwestsächsischen Tumorzentrums Zwickau e.V.

## **2. Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane**

Die letzten 25 Jahre haben in der Behandlung der bösartigen Neubildungen der Verdauungsorgane erhebliche strukturelle und inhaltliche Veränderungen gebracht.

Strukturell muss man vor allem die „Aufweichung“ der Grenze zwischen der klassischen und chirurgischen Gastroenterologie in den Vordergrund stellen. Dies findet auch ihren Ausdruck in dem immer engeren Zusammengehen der einzelnen Fachgesellschaften. Weiterhin sind vollkommen neue Therapiemöglichkeiten durch multimodale Ansätze erschlossen worden, die auch eine weitere Einbindung von anderen Fachdisziplinen notwendig macht. Damit ist die Behandlung von bösartigen Tumoren im Verdauungstrakt das typische Beispiel für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Inhaltlich ist es teilweise zu einer Standardisierung von Diagnostik und Therapie gekommen. Damit sind auch Ergebnisse der Behandlung bei zunehmendem Einzug von Qualitätssicherung besser vergleichbar. Besonders hervorzuheben ist für definierte Stadien der Einsatz von adjuvanter beziehungsweise neoadjuvanter Therapie. In der chirurgischen Therapie konnten mit dem Einzug der laparoskopischen Chirurgie neue Möglichkeiten krankheitsadaptiert für die Behandlung bösartiger Tumoren im Verdauungstrakt erschlossen werden.

Trotz dieser rasanten Entwicklung haben sich die Ergebnisse, gemessen an der 5-Jahres-Überlebensrate, bei der Behandlung von bösartigen Tumoren des Verdauungstraktes nur bedingt verbessert.

Der Frühdiagnostik von solchen Erkrankungen kommt dabei sicherlich eine Schlüsselrolle zu. Es ist zu wünschen, dass sich die Entwicklung der interdisziplinären Zusammenarbeit, das Grundanliegen dieser 25-jährigen Geschichte des Symposiums, noch weiter intensiviert, um eine Verbesserung der Therapiemöglichkeiten zu erreichen.



**PD Dr. med. habil. R. Albrecht**

Chefarzt der Klinik für Viszeral- und Gefäßchirurgie im HELIOS Klinikum Aue

## Vorträge zum Thema bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane

Symposium

Laparoskopische Diagnostik und Therapie von Dünndarmtumoren	Weiß, H. Bochmann, C. Albrecht, R.	XXIV
Palliative Therapie kolorektaler Karzinome - Eigene Ergebnisse	Kreibich, U.	XXIV
Die totale mesorektale Exzision mit dem Wasserstrahldisсекtor - entscheidender Fortschritt in der chirurgischen Therapie des Rektumkarzinoms	Meyer, L.. Jäger, M.	XXIV
Therapiealgorithmus beim metastasierten Rektumkarzinom	Hampel, K. Zschille, W.	XXIV
Die transanale endoskopische Mikrochirurgie (TEM) als Ergänzung des Methodenspektrums bei Rektumtumoren	Jäger, M. Meyer, L.	XXIV
Laparoskopische Chirurgie, eine Alternative beim kolorektalen Karzinom?	Bochmann, C. Albrecht, R.	XXIII
Auswertung der Kolonkarzinom-Chirurgie über einen Zehnjahreszeitraum von 1994 bis 2003 im Helios-Klinikum Aue	Weiß, H. Albrecht, R.	XXII
Erste Erfahrungen mit dem Fast-track-Prinzipien in der Behandlung kolorektaler Karzinome in der Chirurgischen Abteilung der Paracelsus-Klinik Zwickau	Renz, J. Neubert, G.	XXII
Stadienbezogene Behandlung des Rektumkarzinoms aus der Sicht des Klinischen Registers der Region Südwestsachsen	Wulff, V.	XXII
Früherkennung und Diagnostik des Rektumkarzinoms	Kreibich, U.	XXII
Operative Behandlung - Ersetzt die Mesorektumektomie die adjuvante oder neoadjuvante Therapie?	Ridwelski, K.	XXII
Chemotherapie des metastasierten Rektumkarzinoms und zukünftige adjuvante Strategien	Arnold, D.	XXII
Anschlussheilbehandlung nach Primärtherapie des Rektumkarzinoms sinnvoll?	Junghans, C. Jäger, M.	XXII
Chirurgische Therapieoptionen beim tiefsitzenden Rektumkarzinom	Fleischer, G. Albrecht, R.	XXII
Aktuelle Behandlungsstrategien beim kolorektalen Karzinom	Bochmann, C.	XXI
Neue Aspekte in der adjuvanten Therapie kolorektaler Karzinome	Kreibich, U.	XXI
Radiotherapie des Oesophaguskarzinoms	Boicev, A.	XVIII
Vorstellung der Therapiekonzepte beim Rektumkarzinom am HELIOS Klinikum Aue	Bochmann, C.	XVIII
Hochfrequenzinduzierte Thermotherapie von Lebertumoren	Hänsler, J.	XVIII
Metastasierendes kolorektales Karzinom - Einfluss moderner Zytostatika auf die Prognose	Kreibich, U.	XVII
Erste Erfahrungen mit der präoperativen Radiochemotherapie des lokal fortgeschrittenen Rektumkarzinoms	Standke, E.	XVII
Diagnostik, Therapie und Behandlungsergebnisse des Oesophaguskarzinoms der Jahre 1994 bis 1998	Heiland, G.	XVI
Die chirurgische Therapie des Gallenblasenkarzinoms zwischen Euphorie und Pessimismus	Jobst, M.	XVI
Wertigkeit der Endosonographie in der Diagnostik von Tumoren des oberen Gastrointestinaltraktes	Lorenz, R.	XVI
Leitlinien und Konzepte in der Therapie des Rektum-Karzinoms	Schaarschmidt, R.	XV
Grenzen der kontinenserhaltenden Resektion beim Rektumkarzinom	Jobst, M.	XV
Chirurgische Relevanz präoperativer Diagnostik bei Tumoren des Gastrointestinaltraktes	Heiland, G.	XV
Stellenwert der laparoskopischen Operation in der Behandlung maligner viszeraler Tumoren	Albrecht, R. Bochmann, C.	XIX
Radikalitätsprinzipien und Qualitätskontrolle beim Magenkarzinom	Fleischer, G.	XIV
Regionale Chemotherapie beim metastasierten kolorektalen Karzinom	Heiland, G.	XIV



Qualitätsleitlinien in der onkologischen Chirurgie am Beispiel des kolorektalen Karzinoms	Lippert, H.	XIII
Aktueller Stand der Chemotherapie des metastasierenden kolorektalen Karzinoms	Köhne-Wömper, C.	XI
Adjuvante Therapie bei Karzinomen von Kolon und Rektum	Kreibich, U.	XI
Behandlung metastasierender kolorektaler Tumore mit 5-Fluorouracil und Leukovorin (Bericht über eine randomisierte Studie)	Hausamen, T.	VII
Zur Epidemiologie des Magenkarzinoms	Mehnert, W.	VI
Zur pathologischen Anatomie und Histologie des Magenkarzinoms	Steutde, E.	VI
Das Magenkarzinom aus der Sicht der TNM-Klassifikation	Schott, G.	VI
Die Diagnostik des Magenkarzinoms auf der Basis von cTNM	List, A.	VI
Die stadiengerechte operative Therapie des Magenkarzinoms	Schwarzer, R.	VI
Der Wert der antineoplastischen Chemotherapie an der Verbesserung der Prognose des Magenkarzinoms	Schott, G.	VI
Optimierte Nachsorgemaßnahmen bei therapierten Magenkarzinompatienten	Renz, J., List, A. Schott, G.	VI
Zur Epidemiologie und Ätiologie der kolorektalen Karzinome	Mehnert, W.	V
Zur pathologischen Anatomie kolorektaler Karzinome	Steutde, E.	V
Zur TNM-Klassifikation der kolorektalen Karzinome	Schott, G.	V
Diagnostik kolorektaler Karzinome	List, A.	V
Bildgebende Diagnostik bei kolorektalen Tumoren	Bischof, G.	V
Die operative Behandlung des kolorektalen Karzinoms	Schwarzer, R.	V
Strahlentherapie kolorektaler Tumoren	Lessel, A.	V
Zur antineoplastischen Chemotherapie kolorektaler Karzinome	Schott, G.	V
Die Bestimmung des karzinoembryonalen Antigens	Neef, L.	V
CEA als Nachsorgeparameter beim kolorektalen Karzinom	Pilgrim, G.	V
Nachsorge bei kolorektalen Karzinomen	Schott, G.	V
Chirurgische Taktik beim Pankreaskarzinom	Stamenow, S.	II



Dr. med. Bochmann während seines Vortrages 2002

## Das kolorektale Karzinom in Zahlen\* in Südwestsachsen

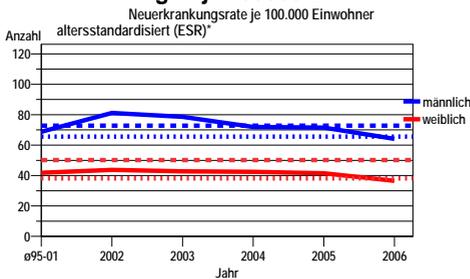
Das Karzinom des Kolon und des Rektum hat, bezogen auf beide Geschlechter, einen Anteil von 15,9 % an allen invasiven Karzinomen. Das mittlere Erkrankungsalter entspricht dem Bundesdurchschnitt und liegt beim Mann bei 70 und bei der Frau bei 75 Jahren. Die Erkrankungswahrscheinlichkeit steigt mit dem Alter stetig an.

Die höchsten absoluten Erkrankungsfälle in Südwestsachsen sind beim männlichen Geschlecht in der Altersgruppe von 65-69 mit über 70 Fällen und beim weiblichen Geschlecht in der Altersgruppe 80-85 mit über 60 Fällen pro Jahr zu erwarten.

### Neuerkrankungen nach Altersgruppen



### Neuerkrankungen je 100000 Einwohner

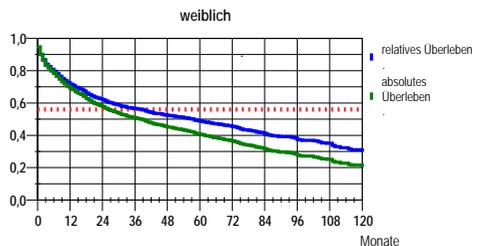


Altersstandardisiert ist die Erkrankungshäufigkeit beim Mann mit 73,6 Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner (Südwestsachsen 2002-2006) etwas höher als der Bundesdurchschnitt von 72,6 (BRD 2001-2002). Bei der Frau weist Südwestsachsen einen wesentlich niedrigeren Wert auf (41,3 SWS; 50,2 BRD).

Das 5-Jahres-Überleben unterscheidet sich bei den Geschlechtern nicht und liegt jeweils bei 48,9 % und damit unter Berücksichtigung der zensierten Fälle nur knapp unter dem Bundesdurchschnitt von 56 %.

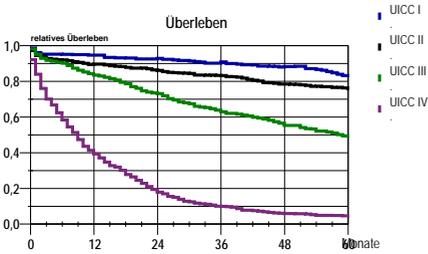
### Überleben beim kolorektalen Karzinom

Jahr	beob. Überl.	rel. Überl.	95%-KI ±	N	zens. %
5	40,6	48,9	2,6	1531	11,4



\* Quelle: Klinisches Krebsregister des Südwestsächsischen Tumorzentrums Zwickau e.V.

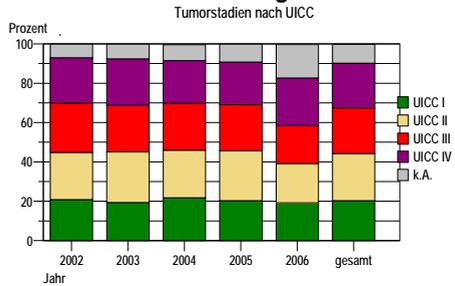
## 5-Jahres-Überleben innerhalb der Tumorstadien



Wie wichtig die Früherkennung, ist zeigt der Vergleich des Überlebens in den Stadien. In den Stadien I und II ist das Gesamtüberleben nahezu gleich und liegt bei 80 %. Beim Stadium IV leben lediglich nur noch etwa 4 % der Patienten nach 5 Jahren, bezogen auf die Diagnosestellung.

Die Datenanalyse zeigt auch, dass sich die aktuellen Maßnahmen zur Früherkennung des Darmkrebses in den Daten noch nicht widerspiegeln. Die Verteilung der Stadien hat sich in den letzten Jahren nicht verändert.

## Aktuelle Stadienverteilung



Dr. med. U. Kreibich bei einer Diskussion zum XXIV. Symposium 2007



### **3. Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe**

Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane zählen zu den häufigsten Tumoren in den Industrieländern und sind deshalb von großer klinischer und sozialer Bedeutung. Weltweit sterben derzeit jährlich etwa eine Million Menschen an dieser Erkrankung. Allein in Deutschland liegt die Zahl der Lungenkrebstoten gegenwärtig bei 40.000 pro Jahr. Maligne Tumoren der Lungen beim Mann dominieren dabei mit ca. 35 % aller bösartigen, zum Tode führenden Neubildungen. Bei Frauen ist in Deutschland eine kontinuierliche Zunahme von Lungenkrebs zu registrieren.

Bei keiner anderen Tumorform könnten durch wirksame Prävention so viele Todesfälle vermieden werden wie beim Bronchialkarzinom. Nach gegenwärtiger Kenntnis lassen sich nämlich über 90 % aller Lungenkrebsfälle durch bekannte Risikofaktoren erklären, z.B. durch Rauchen und passives Rauchen, berufsbedingte Faktoren, Umweltfaktoren.

Die Prognose der Patienten mit Bronchialkarzinom hat sich in den vergangenen Jahrzehnten nur unwesentlich gebessert. Die 5-Jahres-Überlebensrate beträgt gegenwärtig 15 %. Verbesserungen gab es lediglich durch die multimodale Therapie bei lokal fortgeschrittenem Krankheitsstadium. Dabei werden die Behandlungsergebnisse in erster Linie über eine Individualisierung der Therapie und eine Anpassung der Behandlung an die Prognose der Patienten schrittweise gebessert.

Nur bei 30 % aller an Bronchialkarzinom Erkrankten kann ein kurativer operativer Eingriff erfolgen. Bei weiteren 30 % der Betroffenen handelt es sich um ein lokal fortgeschrittenes Karzinom ohne Fernmetastasen, während bei 40 % der Patienten bereits zum Diagnosezeitpunkt Fernmetastasen vorhanden sind.

Im Stadium I und II stellt die primäre operative Resektion nach wie vor die Therapie der ersten Wahl dar. Sie ist die effektivste Therapieform, um den Primärtumor kurativ zu entfernen. Das Stadium III A bedarf einer interdisziplinären Entscheidung, während ab dem Stadium III B keine Operationsindikation mehr besteht. Hier spielen zunehmend neoadjuvante Konzepte eine Rolle.



**Dr. med. G. Heiland**

Chefarzt der Klinik für Chirurgie im  
Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau

Seit 1990 Vorstandsmitglied des Tumor-  
zentrums

## Vorträge zum Thema bösartige Neubildungen der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe

		Symposium
Der Lungenkrebs - gegenwärtige Therapie und weitere Entwicklung	Drings, P.	XX
Der Einfluss moderner Chemotherapien auf die Prognose des metastasierten Bronchialkarzinoms	Schott, G.	XVIII
Erste Erfahrungen mit der interdisziplinären Kooperation bei der Behandlung des Bronchialkarzinoms im HELIOS Klinikum Aue	Albrecht, R.	XVIII
Lungenrundherd - Was nun?	Heiland, G.	XVII
Palliative intrathorakale Therapiemöglichkeiten bei malignen Erkrankungen	Störl, U.	XV
Standardisierte Chemotherapie als Qualitätsinstrument am Beispiel des Bronchialkarzinoms	Schott, G.	XIII
Epidemiologie des Bronchialkarzinoms	Schott, G. Schüßler, H.	III
Effektivität von radiologischen Screenings zur Früherfassung des Bronchialkarzinoms	Scharkoff, H.	III
Zur Pathologie des Bronchialkarzinoms	Stedte, E.	III
Zur Diagnostik des Bronchialkarzinoms	Walther, H.	III
Operationstechnische Möglichkeiten in der Therapie des Bronchialkarzinoms und die Prognose nach stadienadaptierter Chirurgie	Weber, J.	III
Die antineoplastische Chemotherapie des kleinzelligen und nichtkleinzelligen Bronchialkarzinoms	Schott, G.	III
Zur Strahlentherapie des Bronchialkarzinoms	Albrecht, M.	III
Gallium-Szintigraphie bei der Diagnostik und Operabilitätsbeurteilung intrathorakaler Tumoren	Scharkoff, T. Weidig, W.	II



**Prof. Dr. med. P. Drings**

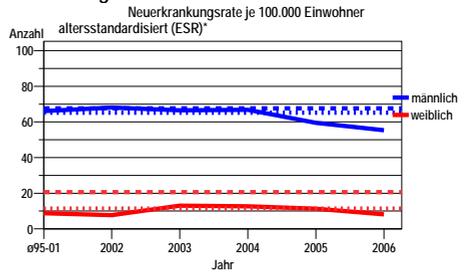
1992-2005 Generalsekretär der Deutschen Krebsgesellschaft

Vortrag zum XX. Symposium 2003

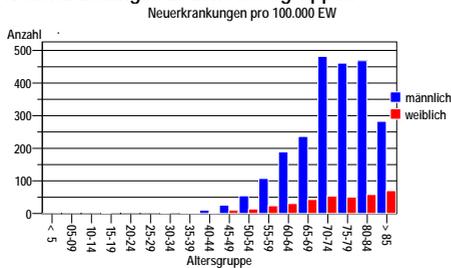
# Das Lungenkarzinom in Zahlen\* in Südwestsachsen

Die Häufigkeit des Lungenkarzinoms bei den Männern in Südwestsachsen entspricht dem Bundesdurchschnitt von ca. 68 Fällen pro 100.000 Einwohner. Bei der Frau liegt die Erkrankungsrate bei 12 % gegenüber dem Bundesdurchschnitt von 21 %. Das mittlere Erkrankungsalter von 71 Jahren liegt 3 Jahre über dem Bundesdurchschnitt.

## Erkrankungsrate in Südwestsachsen



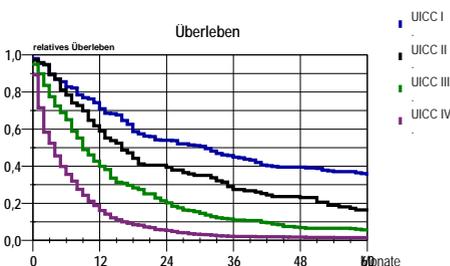
## Neuerkrankungen in den Altersgruppen



Beim männlichen Geschlecht stagniert die Erkrankungswahrscheinlichkeit ab dem 70. Lebensjahr, wobei beim weiblichen Geschlecht ein weiterer leichter Anstieg zu verzeichnen ist.

47 % aller diagnostizierten Lungenkarzinome entsprechen dem höchsten UICC-Stadium IV, d.h. dass sie bereits Metastasen ausgebildet haben. Aber auch bei den niedrigeren Stadien fallen die 5-Jahres-Überlebensraten gering aus.

## 5-Jahres-Überleben in den Stadien



Stadium	beob. Überl.	rel. Überl.	95%-KI ±	N	zens. %
UICC I	30,0	35,7	5,92	250	8,0
UICC II	14,2	16,4	5,98	138	3,6
UICC III	4,9	5,7	2,30	356	2,0
UICC IV	1,3	1,5	,79	792	,6

\* Quelle: Klinisches Krebsregister des Südwestsächsischen Tumorzentrums Zwickau e.V.

## **4. Bösartige Neubildungen des Knochens und des Gelenknorpels**

### **Möglichkeit und Grenzen der intramedullären Stabilisierung von Knochenmetastasen zur Prävention oder nach pathologischer Fraktur als Palliativmaßnahme**

Innerhalb der letzten 15 Jahre hat sich die intramedulläre Osteosynthese von Frakturen der langen Röhrenknochen mit Verriegelungsnagelsystemen etabliert.

Bei kleinem Zugangstrauma bietet diese Methode die Möglichkeit einer belastungsstabilen Stabilisierung. Schnelle Operationstechnik und geringes Weichteiltrauma erlauben es auch, Patienten mit höheren Begleitrisiken zu versorgen.

Insbesondere Karzinome der Brustdrüse, des Bronchialsystems, aber auch der Prostata sowie der Niere können zur Metastasierung in den langen Röhrenknochen führen. Häufigste Lokalisation sind der proximale Femur und der proximale Oberarm. Frakturen im Bereich der unteren Extremitäten führen zum Verlust der Mobilität und erhöhen die Gefahr einer hypostatischen Pneumonie sowie das Thrombose- und Embolierisiko. In der Regel befinden sich auch diese Patienten eher in einem schlechten Allgemeinzustand, der nun noch durch das Frakturereignis überlagert wird.

Befindet sich die Metastase im Schaftbereich mit ausreichendem Abstand vom Gelenk ist in der Regel eine problemlose intramedulläre Osteosynthese möglich.

Nach erfolgter Operation kann fast immer eine Mobilisierung unter Vollbelastung gestattet werden und somit ist auch nur ein recht kurzer Krankenhausaufenthalt erforderlich.

Häufig sind die Knochenmetastasen bereits vor dem Auftreten der pathologischen Fraktur bekannt. In diesem Falle halten wir die präventive Stabilisierung der Metastase durch ein intramedulläres System für sinnvoll.

Dieser Eingriff kann dann planbar bei einem optimal konditionierten Patienten erfolgen.

Während der Operation ist es auch möglich, bei Bedarf zur Diagnosesicherung eine Gewebeprobe zu entnehmen.

Rückblickend auf eigene Behandlungsfälle ist festzustellen, dass die Präventivosteosynthese gegenüber der Versorgung einer eingetretenen pathologischen Fraktur dem Patienten deutliche Vorteile bringt. Grenzen dieser Vorgehensweise bestehen nur bei unmittelbar gelenknah gelegenen Metastasen. Hier besteht die Behandlungsoption gegebenenfalls im Gelenkersatz. Für die Hüftgelenksregion hat sich dabei ebenfalls als vorteilhaft bewiesen, eine bekannte Metastase bereits frühzeitig durch einen Gelenkersatz zu therapieren, da auch in diesem Falle der Patient deutliche Vorteile gegenüber einer Frakturbehandlung zum ungünstigen Zeitpunkt hat.

Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass diese Vorgehensweise aus meiner Sicht bei Tumorpatienten mit Metastasierung und begrenzter Lebenserwartung gerechtfertigt ist. Primäre Knochentumore bedürfen im Regelfall eines anderen Therapieregimes.



**Dr. med. B. Karich**

Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Physiotherapie im Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau

## Vortrag zum Thema bösartige Neubildungen der Knochen

Symposium

Möglichkeiten der intramedullären Stabilisierung von Knochenmetastasen zur Prävention  
oder nach pathologischer Fraktur als Palliativmaßnahme

Karich, B.

XXII

**ZOMETA<sup>®</sup>**  
Zoledronsäure 



Diskussion zum VI. Symposium 1990

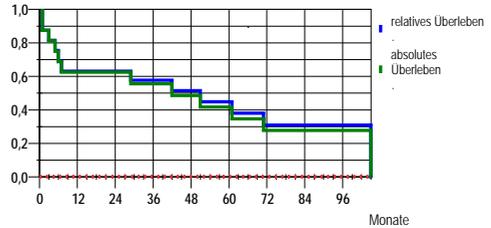
## Knochtumore in Zahlen in Südwestsachsen

Die Tumore des Knochens bzw. des Gelenknorpels sind sehr seltene Tumore. Jährlich werden in Südwestsachsen nur 4 bis 5 Fälle registriert. Knapp ein Drittel der Fälle sind an den langen Knochen der unteren Extremität lokalisiert.

Das durchschnittliche 5-Jahres-Überleben beträgt nur 45 %.

### 5-Jahres-Überleben

Jahr	beob. Überl.	rel. Überl.	95%-KI ±	N	zens. %
5	41,7	44,9	24,9	16	6,3



Quelle: Klinisches Krebsregister des Südwestsächsischen Tumorzentrums Zwickau e.V.



### Dipl.-Ing. V. Wulff

Koordinator des Südwestsächsischen Tumorzentrums Zwickau e. V. bei seinem Vortrag zum XXII. Symposium 2005

## **5. Melanom und sonstige bösartige Neubildungen der Haut**

Der Hautkrebs ist inzwischen der weltweit häufigste Krebs und die Zahl der Neuerkrankungen nimmt jährlich zu.

Leider steht in Deutschland keine flächendeckende Krebsregistrierung zur Verfügung. Man rechnet mit etwa 200.000 Neuerkrankungen pro Jahr. Allein die Zahl der neu aufgetretenen Melanome wird auf mehr als 15.000 pro Jahr geschätzt.

Der Trend der Hautkrebszunahme zeigt sich auch in klinischen Krebsregistern der Region Südwestsachsen. So stieg die Zahl der Melanomneuerkrankungen pro 100.000 Einwohner von 10,0 im Jahr 1995 auf 15,7 im Jahr 2006 und die Zahl der Neuerkrankungen an sonstigen bösartigen Neubildungen der Haut, wie Basalzell- oder Spinalzellkarzinomen, von 9,4 im Jahr 1995 auf 27,9 im Jahr 2006 an.

Die Ursachen dafür liegen im sorglosen Umgang mit Sonnenlicht und künstlichen UV-Strahlen, in der zunehmenden Lebenserwartung sowie der rechtzeitigen Früherkennung.

Trotz zunehmender Inzidenz des Melanoms ist die Mortalitätsrate von etwa 2.600 Todesfällen pro Jahr in Deutschland relativ stabil geblieben. Die Gründe dafür sind in erster Linie wiederum die verbesserte Früherkennung, aber auch die Verbesserung der therapeutischen Möglichkeiten und der Nachsorge.

Unser klinisches Krebsregister zeigt eindeutig, welchen Stellenwert die Früherkennung hat. So beträgt die 5-Jahres-Überlebensrate im Stadium I 100 % und im Stadium IV 28 %.

Die Dermatochirurgie nimmt innerhalb der Dermatologie einen immer größer werdenden Raum ein. So wurden in unserer Klinik 2006 über 300 Patienten mit Hautkrebs operiert. Vor 10 Jahren waren es höchstens 100 Patienten.

In unserer Melanomdispensaire-Sprechstunde werden inzwischen mehr als 500 Patienten betreut.

Die enge Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Hautärzten ist dabei von besonderer Wichtigkeit. Die jährlichen Onkologie-Symposien des Tumorzentrums Zwickau werden regelmäßig genutzt, um mit Vorträgen, Postern und Diskussionen auf die zunehmende Bedeutung von Hautkrebs, wie z. B. der Früherkennung, neuer diagnostischer und therapeutischer Methoden als auch der interdisziplinären Zusammenarbeit aufmerksam zu machen.



**Prof. Dr. med. B. Knopf**

Chefarzt der Klinik für Hautkrankheiten und Allergologie im Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau

seit 1990 Vorstandsmitglied des Tumorzentrums

## Vorträge zum Thema Melanom und sonstige bösartige Neubildungen der Haut

	Symposium
Monströses primäres Schleimhautmelanom des Gaumens	Knopf, B. XXII
Pigmentreiches malignes Melanom des Ovars	Mechtel, D. XXII
Früherkennung des malignen Melanoms mittels computergestützter Auflichtmikroskopie	Mechtel, D. XXII
	Kowalzik, L.
Kutane Paraneoplasien	Iliev, D. XXI
Topische Immuntherapie des Basalzellkarzinoms mit Imiquimod	Mischke, D.
Das Basalzellkarzinom - der außergewöhnliche Fall eines Ulcus terebrans	Knopf, B. XVIII
Adjuvante Therapie des malignen Melanoms	Kowalzik, L. XVIII
Erfahrung mit der adjuvanten Interferon-Alpha-Hochdosistherapie nach Kirkwood bei Hochrisikomelanomen der Stadien IIIb und IV	Knopf, B. XVI
Lokale Interferon-Therapie epidermaler Karzinome	Knopf, B. XV
Melanoma malignum palati	
Die Betreuung der Melanom-Patienten im Bezirk Cottbus	Kowalzik, L. XIX
	Kowalzik, L. XIV
	Szlezak, L. II
	Großer, V. II

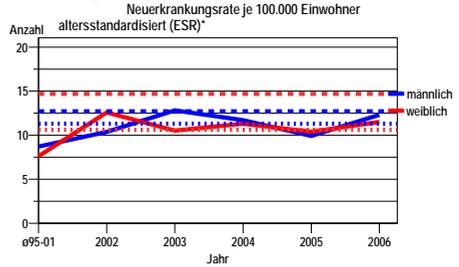


Diskussion während des XXIV. Symposiums 2007

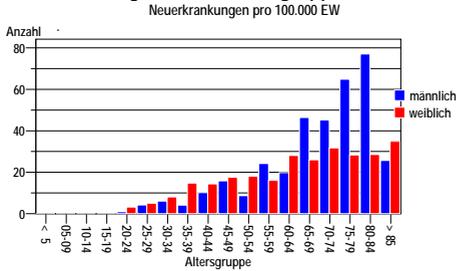
## Das Melanom in Zahlen\* in Südwestsachsen

Das Melanom (C43) weist in der altersstandardisierten Erkrankungsrate für Südwestsachsen in den beiden Geschlechtern annähernd den gleichen Wert auf (männlich 11,5; weiblich 11,2). Im Bundesdurchschnitt liegt der Wert beim weiblichen Geschlecht höher als beim männlichen Geschlecht (14,7; 12,7). Das mittlere Erkrankungsalter liegt jeweils um 5 Jahre höher als im Bundesdurchschnitt (männlich(SWS) 67 Jahre, männlich(BRD) 61 Jahre, weiblich(SWS) 64 Jahre, weiblich(BRD) 59 Jahre).

### Erkrankungsrate in Südwestsachsen



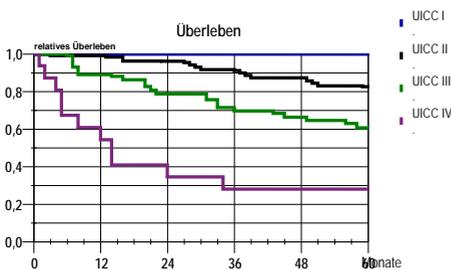
### Neuerkrankungen in den Altersgruppen



Beim männlichen Geschlecht steigt die Erkrankungswahrscheinlichkeit mit dem Alter an, wobei beim weiblichen Geschlecht eine Stagnation eintritt. Lokalisiert ist das Melanom beim Mann zu 53 % am Rumpf und bei der Frau zu 38 % an Bein und Hüfte.

Der Früherkennung kommt eine besondere Bedeutung zu. Im Stadium I beträgt das 5-Jahres-Überleben 100 % und sinkt auf 28 % im Stadium IV.

### 5-Jahres-Überleben in den Stadien



Stadium	beob. Überl.	rel. Überl.	95%-KI ±	N	zens. %
UICC I	96,0	100,0	3,12	179	29,6
UICC II	74,5	82,6	9,93	80	15,0
UICC III	53,2	60,7	14,36	48	8,3
UICC IV	26,8	28,1	22,44	16	6,3

\* Quelle: Klinisches Krebsregister des Südwestsächsischen Tumorzentrums Zwickau e.V.

## **6. Das Mammakarzinom**

In den letzten 25 Jahren hat ein Paradigmawechsel im Verständnis des Wesens und damit der Therapie des Mammakarzinoms eingesetzt, ein Wandel von der morphologischen zur funktionalen Betrachtungsweise, vom lokalen Geschehen an der Brust hin zum biologischen Geschehen im Gesamtorganismus.

Halsted, Virchow sahen das Mammakarzinom als lokale, sich konzentrisch ausbreitende Erkrankung an, spät metastasierend und mit aggressiven lokalen Methoden (Radikaloperation, Nachbestrahlung) effektiv zu behandeln.

Nunmehr haben sich die Überzeugungen von Veronesi, Fischer durchgesetzt, die das Mammakarzinom als eine nur kurzzeitig lokale, überwiegend jedoch primär systemische Erkrankung mit früher Tumorzeldissemination ansehen.

Daraus leiteten sich Konsequenzen für die Behandlung ab. Nach wie vor bleiben lokale Therapiemaßnahmen wichtig. Hinzu kamen nunmehr neu entwickelte Medikamente zum Einsatz mit dem Ziel der Eliminierung von disseminierten Tumorzellen.

Die Radikalität des operativen Eingriffes konnte aber Schritt für Schritt zurückgenommen werden, nachdem sich kein nachteiliger Einfluss auf die Überlebensraten zeigte. Brusterhaltende Operationen, zunächst nur bei kleinen Tumoren eingesetzt, erfuhren im Laufe der Jahre eine zunehmende Indikationserweiterung und haben nunmehr die Radikaloperation als bisheriger Standard abgelöst. Fast 80 % aller Patientinnen können nunmehr brusterhaltend operiert werden. Nun war es nur ein kleiner Schritt hin zu vielfältigen onkoplastischen Operationsverfahren, d. h. der zusätzlichen Berücksichtigung ästhetischer Belange.

Nachdem sich gezeigt hatte, dass der Lymphabfluss der Mamma fast ausnahmslos gerichtet über den sog. Wächter-Lymphknoten in die Axilla erfolgt, konnte auch die Radikalität der Axilla-dissektion in vielen Fällen eingeschränkt werden. Damit lässt sich die Spätkomplikation eines Armlymphödems praktisch komplett vermeiden.

Obligat notwendig ist eine Nachbestrahlung nach brusterhaltender Operation. Neu entwickelte Strahlenregime vermeiden die früher so gefürchteten lokalen Komplikationen weitgehend.

Einen großen Fortschritt hinsichtlich der Verbesserung von Rezidiv- und Überlebensraten haben die systemischen Hormontherapien gebracht, die sich sämtlich erst in den letzten 20 Jahren etablieren konnten.



### **Dr. med. habil. G. Tilch**

Chefarzt der Frauenklinik im Klinikum  
Obergöltzsch Rodewisch  
Leiter des Brustzentrums Vogtland

1990-2000 2. Vorsitzender des Tumor-  
zentrums

Die zur adjuvanten Chemotherapie eingesetzten Regime wurden im Laufe der Jahre zunehmend effektiver, besonders mit dem Einsatz der Antrazykline und Taxane. Seit 3 Jahren kommt darüber hinaus das Präparat Herceptin zum Einsatz, ein Immuntherapeutikum gegen einen Rezeptor des Wachstumshormons auf der Tumorzelloberfläche.

Auch die therapeutische Situation im metastasierten Stadium der Erkrankung hat sich kontinuierlich verbessert. Eine Vielzahl neuer Medikamente und Medikamentenkombinationen wurden geprüft und werden je nach Situation eingesetzt. Hinzu kommen hier die modernen Möglichkeiten einer suffizienten Schmerztherapie sowie palliativer operativer Eingriffe an Leber, Lunge, Gehirn.

Wohl keine Tumorentität hat in den letzten 25 Jahren eine solche Dynamik erfahren und Fortschritte in der Therapie zu verzeichnen wie das Mammakarzinom.

Ein Ende dieser Entwicklung ist nicht abzusehen. Weitere Präparate mit spezifischem Wirkprofil der Blockade von Signalübertragungswegen in der Tumorzelle sind in der Erprobung. Fragen von sinnvollen Medikamentenkombinationen bzw. -sequenzen sind noch offen und werden in Studien geprüft.

Entscheidend ist, dass das entwickelte therapeutische Potential konsequent und flächendeckend eingesetzt wird. Diesbezüglich hat sich mit der Etablierung von zertifizierten Brustzentren ein wesentlicher Fortschritt auch in der Region Südwestsachsen ergeben. Die hier durchgeführte moderne Therapie des Mammakarzinoms ist multimodal und wird von Spezialisten verschiedener Fachdisziplinen im Konsens festgelegt und konsequent durchgeführt.

Im Ergebnis lassen sich langsam steigende 5-Jahres-Überlebensraten sowohl nach Primärbehandlung als auch im metastasierten Stadium nachweisen. Die exakte Datenerfassung im klinischen Krebsregister des Tumorzentrums Zwickau legt dafür ein beredtes Zeugnis ab.

Die aufgezeigte rasante Entwicklung dieser Tumorentität lässt sich an den Themen der jährlichen Zwickauer Onkologie-Symposien gut verfolgen. In 33 Beiträgen wurde jeweils zu aktuellen Problemen und neuen Erkenntnissen im Laufe der Jahre Stellung bezogen.

Bleibt zu wünschen, dass mit der in Kürze bevorstehenden Etablierung des Mammographie-Screening-Programms im Raum Südwestsachsen ein neuer, hoffnungsvoller Abschnitt in der Bekämpfung des Mammakarzinoms eingeleitet wird.



**Femara<sup>®</sup>**  
(Letrozol)

## Vorträge zum Thema Mammakarzinom

	Symposium
Das Mammakarzinom im Brustzentrum Vogtland: Qualitätsparameter, Lokalrezidivraten, Überlebenszeit im Vergleich	Tilch, G. XXIV Wulff, V.
Ergebnisse mit Trastuzumab beim metastasierten Mammakarzinom	Leitsmann, H. XXIV Lenk, I.
Mammakarzinom: To boost or not to boost?	Boicev, A. XXIII John, M.,
Wöchentliche Applikation von Herceptin® und Taxol® in der Therapie des Her 2-überexprimierenden metastasierenden Mammakarzinoms	Tilch, G. XXI Heilmann, P.
DCIS, eine Krankheit mit vielen Gesichtern. Die aktuellen Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie	Tulusan, A. XX
Das invasive Mammakarzinom beim Mann	Heiland, G. XX Dietel, H
Operative Behandlung des Mammakarzinoms in den letzten 3 Jahren am HELIOS Klinikum Aue	Dietel, J. XX Albrecht, R.
Adjuvante medikamentöse Therapie beim Mammakarzinom - Konsens der Deutschen Gesellschaft für Senologie	Sauer, R. XX
Stellenwert der lokoregionären Strahlentherapie nach brusterhaltender Operation und Mastektomie: Indikation - Verfahren - Durchführung	Standke, E. XX
Zum aktuelle Stellenwert der verschiedenen diagnostischen Verfahren im Rahmen der Früherkennung des Mamma-Karzinoms	Tilch, G. XVIII
Die palliative Behandlung des metastasierten Mammakarzinoms - Ein Erfahrungsbericht	Tilch, G. XVII
Stationäre Rehabilitation nach Mammakarzinom sinnvoll?	Junghans, C. XVII
Data Mining mit Decision Master für die Tumorprognose - Einführung in Data Mining - Demonstration am Modelltumor, met. Mamma-Ca.	Perner, P. XVI Schott, G.
Stellenwert der neoadjuvanten Polychemotherapie bei der Behandlung des Mammakarzinoms	Franck, J. XVI
Intensivierte Hormon-Chemotherapie beim metastasierenden Mammakarzinom und ihr Einfluss auf die Prognose	Kreibich, U. XV
Das Mammakarzinom - eine Analyse des SWS Tumorzentrum Zwickau 1995-2000	Schott, G. XIX
Aktuelle Möglichkeiten der definitiven diagnostischen Abklärung malignomverdächtiger bildgebender Mammabefunde	Tilch, G. XIX
Differenzierte Onkochirurgie - ein Baustein des multimodalen Therapiekonzepts des Mammakarzinoms	Guba, H. XIX
Aktuelle Methoden der operativen Primärtherapie des Mammakarzinoms unter besonderer Berücksichtigung des on-stage-Verfahrens	Tilch, G. XIV
Risikoadaptierte Radiotherapie des Mammakarzinoms	Sauer, R. XIII
Medikamentöse Therapie des metastasierenden Mammakarzinoms	Schmid, H. XI
Metastasierendes Mammakarzinom - Therapieergebnisse 1986-1994	Schott, G. XI
Möglichkeiten der rekonstruktiven Mamma-Chirurgie bei Karzinomen	Wildenhain, R. XI
Zur Epidemiologie des Mammakarzinoms	Grundmann, E. IX
Zur Epidemiologie des Mammakarzinoms	Schott, G. IV Migenda, K.
Pathologische Anatomie des Mammakarzinoms	Stuedte, E. IV
Effizienz der Mammasselbuntersuchung im Rahmen der gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung	Barnert, G. IV



Möglichkeiten und Grenzen der Mammografie unter besonderer Berücksichtigung der Aspirationszytologie  
Stadiengerechte chirurgische Therapie des Mammakarzinoms  
Antineoplastische Chemo- und Hormontherapie - Stand, Ergebnisse und Perspektiven  
Indikation und Grenzen der Strahlentherapie beim Mammakarzinom

Tode, G. IV  
Schwarzer, R. IV  
Schott, G. IV  
Jäger, B. IV



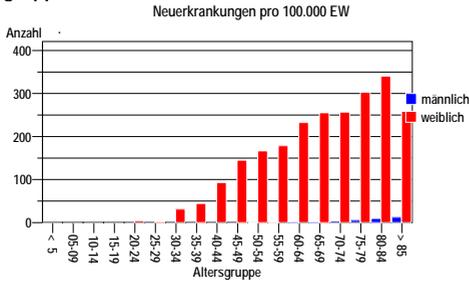
Dr. med. A. Boicev zum XXIII. Symposium 2006

## Das Mammakarzinom in Zahlen\* in Südwestsachsen

Brustkrebs stellt mit einem Anteil von 25 % die häufigste Krebserkrankung bei Frauen dar. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 67 Jahren und damit um 5 Jahre höher als im Bundesdurchschnitt. Auf diese Altersgruppe von 65-69 Jahren entfallen etwa 70 Neuerkrankungen pro Jahr.

Die Erkrankungswahrscheinlichkeit steigt mit dem Alter stetig an.

Neuerkrankungen pro 100000 Einwohner nach Altersgruppen

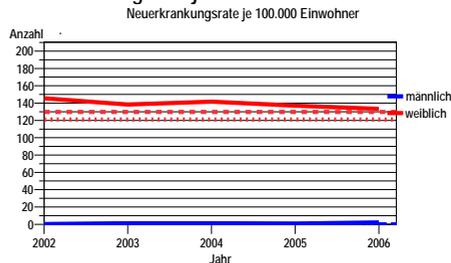


Die demografische Altersstruktur, typisch für die neuen Bundesländer, bewirkt eine höhere Erkrankungshäufigkeit als im Bundesdurchschnitt (SWS 140; BRD 130).

Altersstandardisiert ist die Erkrankungsrate jedoch mit ca. 90 Fällen pro 100.000 Einwohner um 10 % niedriger als im Bundesdurchschnitt (102).

Es zeigt sich auch der allgemeine Trend der Verringerung der Erkrankungsrate. Hierzu wird der Einfluss der in den vergangenen Jahren beobachteten oft nicht streng indikationsgebundenen Verordnung der Hormonersatztherapie in der Menopause diskutiert.

Neuerkrankungsrate je 100000 Einwohner

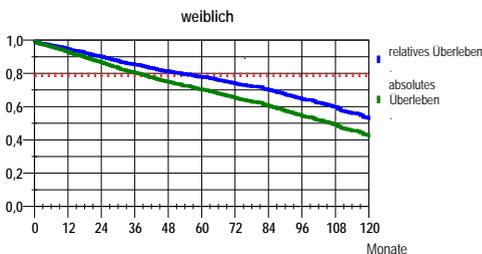


Beim 5-Jahresüberleben wird der Bundesdurchschnitt von 79 % statistisch erreicht.

Überleben beim invasiven (C50) Mammakarzinom

Jahr	beob. Überl.	rel. Überl.	95%-KI ±	N	zens. %
5	70,3	77,9	1,9	2382	10,7

Für die Erkrankungsjahrgänge 1995-2000 fehlen 11 % follow-ups, die im Allgemeinen das Ergebnis nach unten drücken. Werden die in-situ-Fälle mit einbezogen, ergibt sich beim 5-Jahres-Überleben ein Wert von 78,4 %.

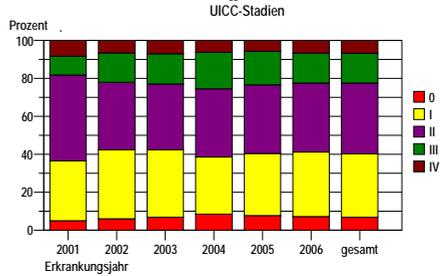


\* Quelle: Klinisches Krebsregister des Südwestsächsischen Tumorzentrums Zwickau e.V.



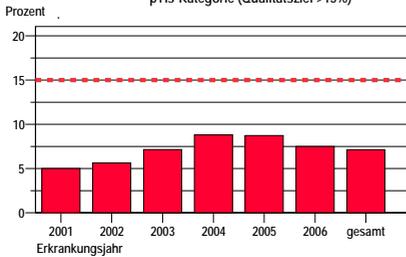
Neben der Verbesserung der Diagnostik und Therapie ist die Früherkennung ein wesentlicher Faktor für die Heilungschancen. Durch die Einführung des Mammografiescreenings ist eine weitere Verschiebung zu niedrigeren Stadien zu erwarten.

### Aktuelle Stadienverteilung



### Anteil der in-situ Karzinome

pTis-Kategorie (Qualitätsziel >15%)



In der Diagnostik der Frühstadien konnten bereits in den letzten Jahren Fortschritte erzielt werden.



Dr. med. M. John,  
2. Vorsitzender des  
Tumorzentrums,  
beim Vortrag zum  
XVII. Symposium 2000

## MYOCET®

50 mg Pulver und Beilmischungen für ein Konzentrat zur Herstellung einer liposomalen Infusionsdispersion - Wirkstoff: Liposomenverkapserter Doxorubicin-Citrat-Komplex, entsprechend 50 mg Doxorubicin-HCl.

**Zusammensetzung:**  
Wirkstoff: Doxorubicin-HCl 50 mg, Sonst. Bestandt.: Lactose (Durchstechflasche mit Myocet-Doxorubicin-HCl), D-Glucosephosphatidylcholin, Cholesterin, Citronensäure, Natriumhydroxid, Wasser f. Injekt.zwecke (Durchstechflasche mit Myocet-Liposomen); Natriumcarbonat, Wasser f. Injekt.zwecke (Durchstechflasche mit Myocet-Puffer).

**Anwendungsgebiete:**  
In Kombination mit Cyclophosphamid zur First-line-Behandlung von metastasiertem Brustkrebs bei Frauen.

**Gegenanzeigen:**  
Überempfindlichkeit gegenüber d. arzneilich wirksamen Bestandt., den Beilmischungen od. einem d. Hilfsstoffe.

**Weschselwirkungen mit anderen Arzneimitteln:**

Bei Anwendung von Doxorubicin mit Cyclosporin, Verapamil, Fentanyl oder anderen Wirkstoffen, die p-Glycoprotein hemmen, können die Plasmaspiegel von Doxorubicin und seinem Metabolit, Doxorubicinol, erhöht sein. Interaktionen mit Doxorubicin wurden auch für Streptozocin, Phenobarbital, Phenytoin und Warfarin berichtet. Eine gleichzeitige Behandlung mit anderen Substanzen, von denen berichtet wurde, dass sie kardiotoxisch sind, oder mit anderen kardiologisch aktiven Substanzen (z. B. Calciumantagonisten) kann das Kardiotoxizitätsrisiko erhöhen.

**Nebenwirkungen:**

Am häufigsten wurden beobachtet: Infektionen, Neutropenie-bedingtes Fieber, Neutropenie, Thrombozytopenie, Anämie, Übelkeit/Erbrechen, Stomatitis/Mukositis, Diarrhö, Alopezie, Hauttoxizität (z. B. Ausschlag, trockene Haut), Fatigue/generalisiertes Krankheitsgefühl/Asthenie, Toxizität am Injektionsort. Weniger häufig traten auf: Fieber, Herpes zoster, Infektionen an der Injektionsstelle, Sepsis, Leukozytopenie, Lymphozytopenie, neutropene Sepsis, Purpura, Anorexie, Dehydratation, Hypokaliämie, Hyperglykämie, Agitiertheit, Gangnamomalie, Dysphonie, Schlaflosigkeit, Somnolenz, Arrhythmie, Stauungsinsuffizienz, perikardiale Flüssigkeitsansammlung, Hitzewallungen (Flush), Hypotonie, Thoraxschmerzen, Dyspnoe, Nasenbluten, Hämoptysie, Pharyngitis, Pleuraeffusion, Pneumonitis, Obstipation, peptisches Ulkus, Oosphagitis, erhöhte hepatische Transaminasewerte, erhöhte alkalische Phosphatasespiegel, erhöhte Serum-Bilirubin-Spiegel, Ikterus, Rückenschmerzen, Muskelschwäche, Myalgie, Follikulitis, Nagelkrankheiten, Pruritus, hämorrhagische Cystitis, Oligurie, Schwindel, Kopfschmerzen, Reaktionen an der Einstichstelle, Schmerzen, Rigor, Gewichtsverlust. Nach der Zulassung wurde folgende Nebenwirkung beobachtet: Panzytopenie Verschleibungsgefahr.

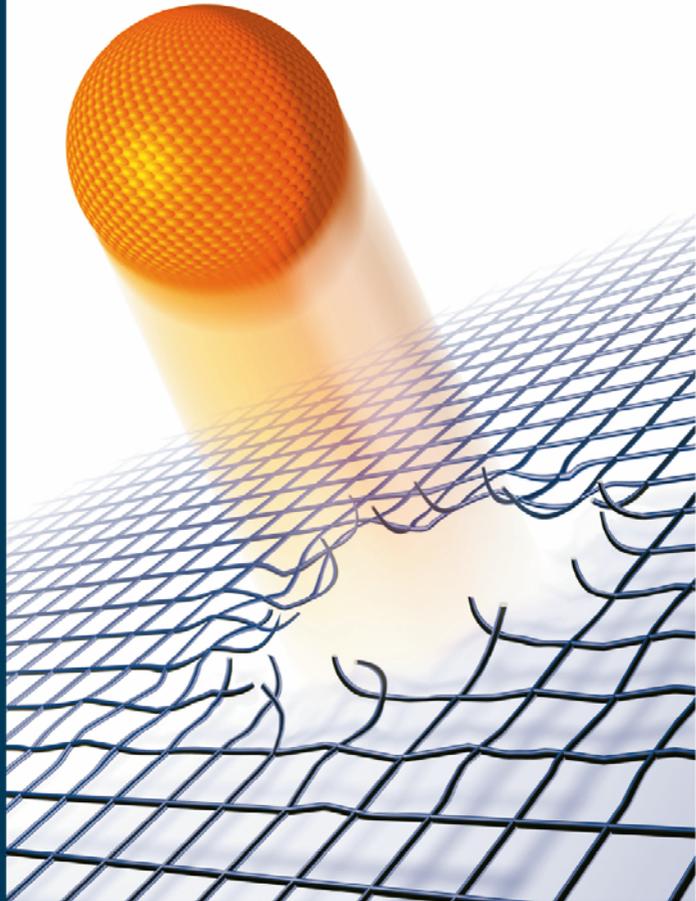
**Zulassungsinhaber:**

Cephalon Europe  
5 Rue Charles Martigny  
94700 Maisons Alfort  
Frankreich

Stand: Juni 2007  
Ansprechpartner/Kontakt:  
Cephalon Pharma GmbH  
Fraunhoferstr. 9a  
82152 Martinsried  
Tel.: +49 (0)89 89 55 70 - 0  
Fax: +49 (0)89 89 55 70 - 15

**Myocet®** |   
(liposomal doxorubicin)

durchbricht die Grenzen der bisherigen Anthrazyklin-Therapie



**Cephalon®**  
Oncology | 



## **7. Bösartige Neubildungen der weiblichen Genitalorgane**

Die fachliche Entwicklung in der gynäkologischen Onkologie im Rahmen des Tumorzentrums Zwickau (jetzt Südwestsächsisches Tumorzentrum - SWSTUZ) der letzten 25 Jahre wird geprägt durch

- Ausdehnung der Radikalität bei gynäkologischen Krebsoperationen (Zervix-, Endometrium-, Ovarial- und Vulvakarzinom, Genitalsarkom und deren Rezidive)
- Rücknahme der lokalen Radikalität beim Mammakarzinom zugunsten brusterhaltender und systemischer Behandlung
- Nutzung verbesserter diagnostischer Verfahren (Bildgebung, Endoskopie, Laboruntersuchung u.a.) zur individuelleren prätherapeutischen Planung, Nutzung neuer Operationstechniken und Ausbau adjuvanter sowie neoadjuvanter Therapiestrategien
- Breiterer Einsatz der antineoplastischen Chemotherapie (Ovarial-, Mammakarzinom, Endometriumkarzinom), der Radiochemotherapie (fortgeschrittenere Zervixkarzinome), der Immuntherapie (Mamma-, Ovarialkarzinom) und antineoplastischer Hormontherapien (Mamma-, Endometriumkarzinom)
- Kontinuierliche fachliche Aktualisierung der interdisziplinären Zusammenarbeit mit allen klinischen Fachdisziplinen - vor allem mit der Radioonkologie, Anästhesie/Intensivmedizin, Chirurgie, Urologie, Innere Medizin, Pathologie, Rehabilitation - und den ambulant nachbetreuenden Frauenärzten.

Für die onkologische Profilierung jeder Frauenklinik oder gynäkologischen Abteilung im Einzugsbereich des SWSTUZ zeichnet jeder Chefarzt mit seinen Mitarbeitern verantwortlich. Unter dem Dach des Tumorzentrums gelang es bei der Gynäkoonkologie durchaus, die einzelnen Aktivitäten zu bündeln und die Gesamtbehandlung abzustimmen.

Bis 1992 wurde dieses Anliegen durch die gynäkologische Arbeitsgruppe aller Chefarzte der gynäkologischen Kliniken des SWSTUZ unter Leitung der Frauenklinik Zwickau realisiert. Grundlage bildeten die Empfehlungen des Krebsforschungsinstituts Berlin. Es erfolgte einerseits eine Konzentration bestimmter Karzinomoperationen (z.B. der erweiterten Radikaloperationen an der Frauenklinik des HBK Zwickau) und andererseits aber die wohnortnahe operativ-onkologische Standardversorgung. Gut besuchte wissenschaftliche Tagungen, Fortbildungsveranstaltungen, Einzel- und Gruppenhospitationen in Zwickau, Plauen und anderen Orten garantierten einen regen Gedankenaustausch.



**Prof. Dr. med. H. Leitsmann**

niedergelassener Gynäkologe

1990-2006 Vorstandsmitglied des Tumorzentrums

2002-2006 2. Vorsitzender des Tumorzentrums

Die Qualitätskontrolle erfolgt über das zentrale Krebsregister, durch Veröffentlichungen, 10 Dissertationen zur Promotion A mit onkologischem Thema (Annual Report Frauenklinik HBK Zwickau 1983-1991) und andere Aktivitäten.

Durch die Veränderung der Strukturen im Gesundheitswesen kam es zu einer Dezentralisierung der stationären und ambulanten gynäkoonkologischen Betreuung auch im Bereich SWSTUZ. Gynäkoonkologische Spezialpraxen etablierten sich. Chemo-, Immun-, Bisphosphonat-Therapien und Bestrahlungen erfolgten zunehmend ambulant. Umso wichtiger war in dieser Phase die Funktion des SWSTUZ geworden, um im klinischen Krebsregister die Daten zusammenzuführen, in den Vorstandssitzungen die fachübergreifende Abstimmung vorzunehmen und neue Fortbildungsformen zu fördern. Die Frauenkliniken Plauen, Rodewisch, Aue, Zwickau sowie niedergelassene Gynäkoonkologen bereicherten die regionalen onkologischen Symposien mit eigenen wissenschaftlichen Beiträgen.

In den letzten Jahren erkennt man erneut einen Trend zur Konzentrierung onkologischer Behandlungen. Diese wird politisch gefördert. Ausschlaggebend ist aber die Leistung und Ergebnisqualität solcher Einrichtungen. Beispielhaft kann man dafür die Etablierung des zertifizierten Brustzentrums Vogtland am Klinikum Obergöltzsch/Rodewisch nennen.

Einen weiteren Fortschritt stellt die Arbeit von interdisziplinären Tumorboards an einzelnen Frauenkliniken (Rodewisch, Zwickau u.a.) dar. Als Entscheidungsgrundlage dienen die evidenzbasierten AGO-Leitlinien.

Perspektivisch wird eine weitere Konzentrierung onkologischer Spezialbehandlungen an erfahrenen und leistungsfähigen Einrichtungen erfolgen. Das ist zu begrüßen. Der Blick zur Krebspatientin darf dabei nicht verloren gehen, denn diese wünscht nicht zuletzt eine wohnortnahe Betreuung durch ihren vertrauten Frauenarzt. Also muss eine kollegiale Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Ärzten angemahnt werden, die für die körperliche und seelische Bewältigung der Krebserkrankung unverzichtbar ist.



Dr. med. Stöltzner, 2006

## Vorträge zum Thema bösartige Neubildungen der weiblichen Genitalorgane

### Symposium

Die stomalose supralevatorische komplette Exenteration beim Zervixkarzinomrezidiv	Süße, A.	XXIV
Die R0-Resektion des fortgeschrittenen Ovarialkarzinoms	Kieback, D.	XXIV
Die operative Therapie des Ovarialkarzinoms am HBK Zwickau	Guba, H.	XXIV
PSTT - eine seltene Tumorentität in der Frauenheilkunde	Wendler, D. Guba, H.	XXIII
Nachsorgeergebnisse beim operierten Zervixkarzinom über einen Zeitraum von 20 Jahren	Leitsmann, H.	XXI
Das operierte invasive Zervixkarzinom - Nachsorgeergebnisse	Leitsmann, H.	XVII
Das therapeutische Management seltener maligner Ovarialtumore	John, M.	XVII
Fortschritte in der gynäkologischen Onkologie	Leitsmann, H.	VII
Die Bedeutung der Neovaginabildung als plastische Zusatzoperation bei der Wertheimschen Radikaloperation	Leitsmann, H.	II
Effektivitätsbeurteilung der iliakalen Lymphonodektomie bei der operativen Behandlung des Zervixkarzinoms unter Berücksichtigung diagnostischer und therapeutischer Aspekte	Leitsmann, H.	II
Klinische und morphologische Untersuchungen über den Nutzen der Gestagenbehandlung bei den Präkanzerosen des Corpus uteri	Franck, J. Reinhold, F. Händel, K.	II
Second-look-Eingriffe beim Ovarialkarzinom	Leitsmann, H. Franck, J.	II
Leistungsprofil der Gynäkologisch-Onkologischen Abteilung der Frauenklinik und Stand der Zusammenarbeit mit dem Territorium	Leitsmann, H.	I
Afterloading - Therapie bei gynäkologischen Tumorerkrankungen	Tode, G.	I
Heutige Therapie des Ovarialkarzinoms	Leitsmann, H.	I

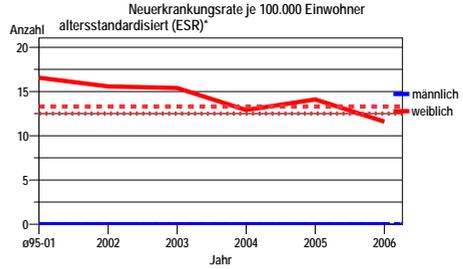


Dr. med. H. Guba, Vortrag zum XX. Symposium 2003

# Das Zervixkarzinom in Zahlen\* in Südwestsachsen

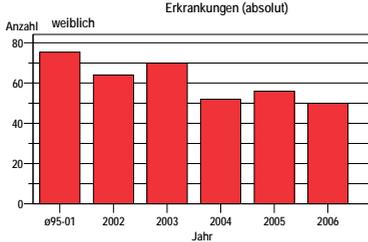
Die Häufigkeit des Zervixkarzinoms mit derzeit 14 Fällen pro 100.000 Einwohner entspricht dem Bundesdurchschnitt.

## Erkrankungsrate in Südwestsachsen

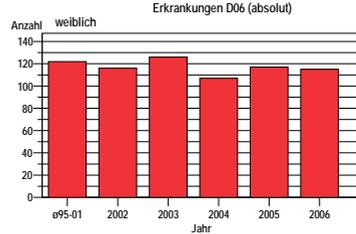


In den letzten 10 Jahren sank die Erkrankungsrate um über 20 %. Neben der absoluten Abnahme des invasiven Zervixkarzinoms blieben die Erkrankungszahlen beim Carcinoma in situ jedoch konstant.

## Erkrankungszahlen des Zervixkarzinoms



## Erkrankungszahlen beim Carcinoma in situ



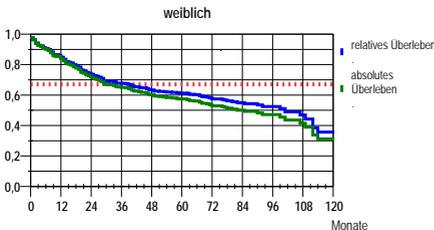
Wie wichtig die Früherkennung ist zeigt der wesentliche Unterschied im Überleben des Vorstadiums zum invasiven Karzinom.

## 5-Jahres-Überleben beim Zervixkarzinom

Jahr	beob. Überl.	rel. Überl.	95%-KI ±	N	zens. %
5	57,4	61,3	5,2	437	24,9

## 5-Jahres-Überleben beim Carcinoma in situ

Jahr	beob. Überl.	rel. Überl.	95%-KI ±	N	zens. %
5	97,9	99,0	1,4	740	52,7



\* Quelle: Klinisches Krebsregister des Südwestsächsischen Tumorzentrums Zwickau e.V.



## 8. Bösartige Neubildung der männlichen Genitalorgane

Hier ist in erster Linie das Prostatakarzinom zu nennen. Es stellt das häufigste Karzinom bei den Männern dar und ist die zweithäufigste Ursache für den Krebsstod.

Zu den bösartigen Neubildungen der männlichen Genitalorgane gehören auch Malignome des Hodens und des Penis.

Die demographische Entwicklung in der Region und in Deutschland wird zu einer Zunahme und Intensivierung urologiespezifischer Erkrankungen führen. Das betrifft auch die in diesem Kapitel dargestellten Malignomentitäten. Die Urologie hat gerade bei den hier zu behandelnden drei Tumorarten operative, konservative und interdisziplinäre Aufgaben.

Prostatakarzinom:

Mit der Etablierung des prostataspezifischen Antigens (PSA) wurde eine neue Ära in der Diagnostik und der Therapieoptionen erreicht. Aktuell geht die diagnostische Entwicklung hier zur Entwicklung neuer Marker. Die lokale Tumorkontrolle durch die radikale Prostatektomie hat inzwischen ihren hohen invasiven und morbiditätsbelasteten Charakter verloren. Sowohl die Art des Zuganges als auch die Kontinenzraten sowie die lokale Tumorkontrolle lassen die radikale Prostatektomie heute zu den Standardeingriffen gehören.

Gleichzeitig gilt das Prostatakarzinom aber auch hinsichtlich der interdisziplinären Therapieoptionen als Modell: Hier sind die Verflechtungen zwischen diagnostischer und therapeutischer Radiologie, operativ-urologischer Intervention und chemotherapeutischer Maßnahmen zu nennen. So liegen beim Prostatakarzinom neben der radikalen Prostatektomie auch andere kurative Therapieverfahren vor. Das betrifft vor allem die perkutane oder interstitielle Strahlentherapie als auch neue Therapieverfahren, wie beispielsweise hochfocussierter Ultraschall. Die (adjuvante) Hormontherapie zielt auf die Verlängerung des progressionsfreien Intervalls nach initialer Therapie. Dabei muss die Wahl der Hormontherapie individuell mit dem Patienten abgestimmt werden.



**PD Dr. med. W. Werner**

Chefarzt der Klinik für Urologie und Kinderurologie, Andrologie und Medikamentöse Tumortherapie im HELIOS Klinikum Plauen

Im hormonrefraktären Stadium stellen sich besondere Herausforderungen für die Therapie. Nach sekundären hormonellen Strategien zeigt der Einsatz von Taxanen inzwischen einen klaren Überlebensvorteil gegenüber einer früher unbefriedigenden Situation der Chemotherapie beim Prostatakarzinom. So wird heute die Mortalität verringert, das Überleben verlängert und die Lebensqualität gesteigert. Die Bedeutung des Prostatakarzinoms erfordert Interdisziplinarität. Die Zusammenarbeit in Tumorzentren sowie die Bildung spezieller Prostatazentren bildet diese Entwicklung folgerichtig ab.

#### Hodentumor:

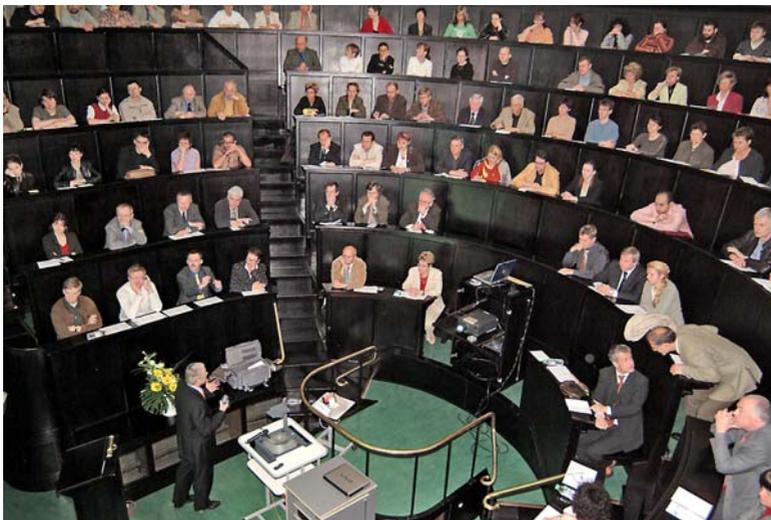
Die Inzidenz ist in den vergangenen 30 Jahren ansteigend. Die Chemotherapie ist neben der Bestrahlung, der Chirurgie und intensiven Überwachungsstrategien ein wesentlicher Bestandteil in der Behandlung von malignen Keimzelltumoren.

Während die Chemotherapie in den fortgeschrittenen Stadien die Standardbehandlung darstellt, muss in frühen Stadien ein risikoadaptiertes Vorgehen erfolgen und neben der Chemotherapie auch die Strahlentherapie und in Einzelfällen auch eine (möglicherweise sekundäre) retroperitoneale Lymphadenektomie in Betracht gezogen werden.

Aktuell gilt es in Studien die Toxizität zu vermindern, Übertherapien zu vermeiden und bei schlechter Prognose sowie Rezidiv-Patienten das Gesamtüberleben zu verbessern.

Dabei ist gerade der Hodentumor ein klassischer Modellfall für die erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen Urologen, Strahlentherapeuten und Onkologen. So finden sich beim Hodenkarzinom selbst im metastasierten Stadium heute Heilungsraten zwischen 70 und 80 %.

Das Prostatakarzinom und der Hodentumor sind klassische Modelltumoren der interdisziplinären Zusammenarbeit. Gerade hier spielen die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Urologen, Onkologen, Radiologen eine entscheidende Rolle, welches das primäre Anliegen des Tumorzentrums ist.



Auditorium 2005

## Vorträge zum Thema bösartige Neubildung der männlichen Genitalorgane

### Symposium

Retropubische radikale Prostatektomie - eine Therapieoption beim lokalisierten Prostatakarzinom (Plauener Ergebnisse)	Werner, W.	XXIII
Erfahrungen mit der HDR-Brachytherapie des Prostatakarzinoms.	Reinhold, U.	XXIII
Technische Durchführung, Indikation, Überblick am eigenen Patientengut	Standke, E.	XXIII
Palliative Chemotherapie des Prostatakarzinoms	Mantovani, L.	XXI
Was ist gesichert in der Diagnostik und Therapie des lokal begrenzten Prostatakarzinoms?	Henning, D.	XIX
Radiotherapie des Prostatakarzinoms	Standke, E.	XVIII
Familiäre Häufung bei malignen Hodentumoren	Fehrmann, S.	XVI
Lymphonodektomie bei Hodentumoren	Chladt, J.	II



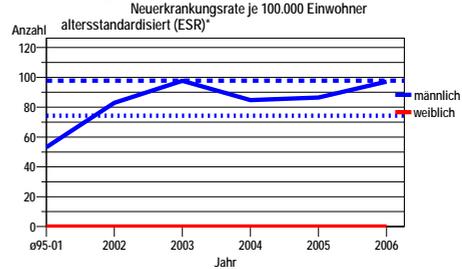
Prof. Schott verabschiedet Prof. Manfred von Ardenne nach einer Veranstaltung im Jahr 1990

## Das Prostatakarzinom in Zahlen\* in Südwestsachsen

Die Erfassung der Prostatakarzinome ist ein „Problemkind“ der Klinischen Krebsregister. Die Erkrankung wird oft im niedergelassenen Bereich diagnostiziert und therapiert.

In enger Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Urologen konnte in den letzten Jahren die Melderate verbessert und somit eine Vollständigkeit erreicht werden, die dem geschätzten Bundesdurchschnitt von 97,8 Fällen pro 100.000 Einwohner entspricht.

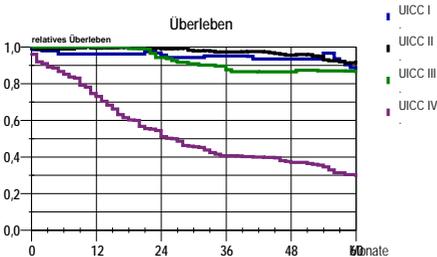
### Erkrankungsrate in Südwestsachsen



### 5-Jahres-Überleben in den Stadien

Stadium	beob. Überl.	rel. Überl.	95%-KI ±	N	zens. %
UICC I	68,4	87,0	11,21	72	9,7
UICC II	72,8	91,7	4,14	470	8,3
UICC III	70,9	86,6	9,82	90	12,2
UICC IV	23,8	29,9	5,66	226	3,1

Das 5-Jahres-Überleben ist in den Stadien I bis III nahezu identisch und beträgt ca. 90 % gegenüber dem Stadium IV mit 30 %. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei knapp 71 Jahren.



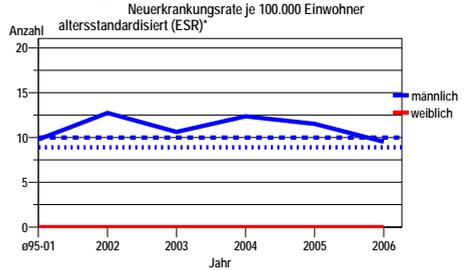
\* Quelle: Klinisches Krebsregister des Südwestsächsischen Tumorzentrums Zwickau e.V.



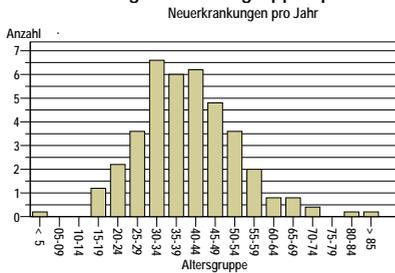
# Das Hodenkarzinom in Zahlen\* in Südwestsachsen

Mit einer Erkrankungsrate von 11,4 Fällen pro 100.000 Einwohner liegt der Wert mit 10 % über dem Bundesdurchschnitt (10,0).

## Erkrankungsrate in Südwestsachsen



## Neuerkrankungen in Altersgruppen pro Jahr



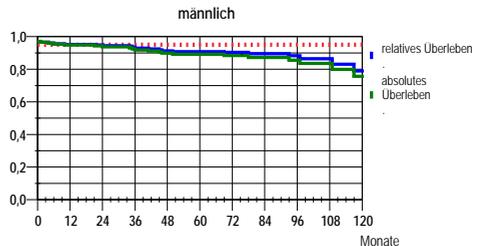
Das mittlere Alter von 40 Jahren liegt um 4 Jahre über dem Bundesdurchschnitt. Die meisten Erkrankungen werden in der Altersgruppe 30 bis 45 erwartet.

Die bundesdeutsche Prognose vom 95 %igen Überleben in den ersten fünf Jahren wird in Südwestsachsen ebenfalls erreicht.

Unklar ist die derzeitige hohe Zensierungsrate, die in Zusammenarbeit mit den Urologen und Hausärzten gesenkt werden soll. Es ist zu vermuten, dass damit ein wesentlich besseres Überleben nachgewiesen werden kann.

## 5-Jahres-Überleben

Jahr	beob. Überl.	rel. Überl.	95%-KI ±	N	zens. %
5	89,2	90,7	4,6	205	29,8



\* Quelle: Klinisches Krebsregister des Südwestsächsischen Tumorzentrums Zwickau e.V.

## 9. Bösartige Neubildung der Harnorgane

Bösartige Erkrankungen im Bereich der Harnorgane haben nach wie vor einen hohen Stellenwert. Männer sind wesentlich häufiger betroffen als Frauen, aber insgesamt hat die Erkrankungshäufigkeit steigende Tendenz, auch bei Frauen.

Mit einem Altersgipfel zwischen vierzig und sechzig Jahren trifft das Nierenzellkarzinom junge, aktive Menschen, welche oft noch voll im Arbeitsprozess involviert sind.

Durch wesentlich verbesserte diagnostische Möglichkeiten in der Bildgebung wie Ultraschall, Computertomografie und Magnetresonanztomografie, gelingt es glücklicherweise zunehmend, die Erkrankung in frühen Stadien zu erkennen.

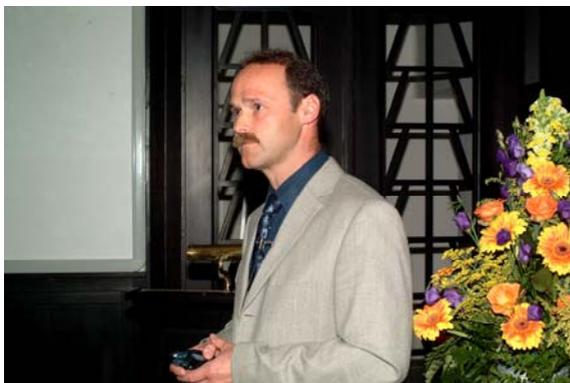
Auch bei der operativen Therapie sind in den letzten Jahren Veränderungen eingetreten. So können mittlerweile viele Patienten minimalinvasiv operiert werden, wodurch sich der Krankenhausaufenthalt verkürzt. Bezüglich der organerhaltenden operativen Therapie hat sich die Indikationsstellung deutlich erweitert. Das beruht auf der Feststellung, dass dadurch keine schlechteren onkologischen Ergebnisse erreicht werden.

Das Harnblasenkarzinom unterteilt sich bei Diagnosestellung in 70 % oberflächliche (also T0-1) und 30 % muskelfiltrierende (also T2-4) Tumoren. Die Prognose muskelfiltrierend wachsender Karzinome ist deutlich schlechter. In den letzten Jahren zeichnet sich eine erfreuliche Tendenz zu den Frühstadien beim Erkennungszeitpunkt der Erkrankung ab. Auch hier spielt verbesserte Diagnostik eine große Rolle, auch konnten die Möglichkeiten der endoskopischen Behandlung, also organerhaltend, erweitert werden. Durch photodynamische Diagnostik wurde die Verlaufskontrolle sicherer, was die Rezidivhäufigkeit herabsetzen konnte.

Um für die Behandlung der betroffenen Patienten den richtigen Weg zu finden, ist ein reger Austausch regional und auch überregional, aber auch interdisziplinär, unabdingbar. Eine solche Möglichkeit bietet uns nun schon seit 25 Jahren das Onkologie-Symposium in Zwickau.

Eine andere wichtige Säule ist eine große Datensammlung, auf welche wir bei Bedarf unkompliziert zurückgreifen können, um Vergleiche anzustellen oder Ergebnisse auszuwerten. Diese Möglichkeit gibt uns glücklicherweise unser klinisches Krebsregister.

Beides ist aus unserer Arbeit kaum mehr wegzudenken.



**Dr. med. K. Fröhlich**

Chefarzt der Klinik für Urologie im  
Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau

## Vorträge zum Thema bösartige Neubildung der Harnorgane

Symposium

Laparoskopische Nephrektomie und Nierenteilresektion bei Tumorerkrankungen der Niere	Fröhlich, K.	XXIV
Neue Therapieansätze in der medikamentösen Therapie des fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms	Kühn, J.	XXIV
Neurogene Blasenentleerungsstörungen nach beckenchirurgischen Eingriffen	Kühn, J. Werner, W.	XXIII
Tumorvakzine beim Nierenzellkarzinom - eine aktuelle Chance?	Kühn, J. Werner, W.	XXII
Harnableitungsformen nach Malignom-Chirurgie im kleinen Becken	Werner, W.	XXII
Möglichkeiten der systematischen Therapie metastasierter Nierenzellkarzinome	Blumenstengel, K.	XXI
Epidemiologie der urologischen Tumoren in Südwestsachsen	Wulff, V.	XXI
Klinik und Diagnostik urologischer Tumoren	Werner, W.	XXI
Verfahren und Ergebnisse der operativen Behandlung urologischer Tumoren	Auge, J.	XXI
Adjuvante und definitive Strahlentherapie im Behandlungskonzept urologischer Tumoren	Standke, E.	XXI
Therapie der Keimzelltumoren	Rick, O.	XXI
Immunochemo-Therapie beim metastasierenden Nierenzellkarzinom	Leucht	XVI
Unsere Erfahrungen zur Heilung des Harnblasenkrebses mittels Cystektomie	Nikolow, J.	II
Stand der Tumortherapie an der Urologischen Klinik	Chladt, J.	I

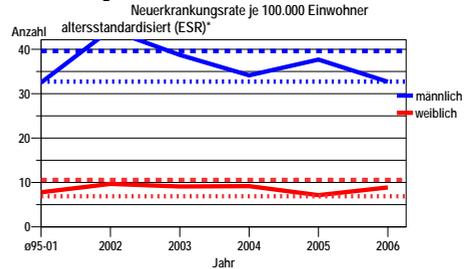


Dr. med. J. Kühn zum XXIV. Symposium 2007

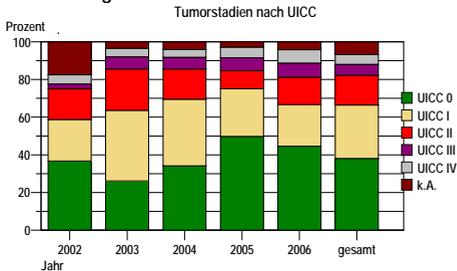
# Das Harnblasenkarzinom in Zahlen\* in Südwestsachsen

Die Erkrankungshäufigkeit liegt altersstandardisiert knapp unter dem Bundesdurchschnitt (männlich 37,5/39,6; weiblich 8,8/10,6). Das mittlere Erkrankungsalter beträgt beim Mann 71 Jahre und bei der Frau 76 Jahre und somit bei der Frau 3 Jahre höher als im Bundesdurchschnitt.

Erkrankungsrate in Südwestsachsen



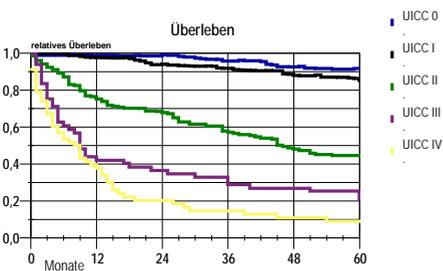
## Entwicklung des Anteils der Frühstadien 0 und I



Eine Auswertung der diagnostizierten Stadien weist einen positiven Trend zu den Frühstadien in den letzten Jahren auf.

Wie wichtig die Früherkennung ist, zeigt das 5-Jahres-Überleben. Das Überleben in den Stadien 0 und I beträgt ca. 90 %. In den anderen Stadien sinken die Werte auf 45 % bis 10 % ab.

## 5-Jahres-Überleben in den Stadien



Stadium	beob. Überl.	rel. Überl.	95%-KI ±	N	zens. %
UICC 0	77,5	91,7	5,93	211	12,8
UICC I	69,8	85,2	5,66	270	10,0
UICC II	37,1	44,6	8,18	141	5,0
UICC III	17,0	21,0	10,74	47	,0
UICC IV	7,7	9,0	7,20	57	3,5

\* Quelle: Klinisches Krebsregister des Südwestsächsischen Tumorzentrums Zwickau e.V.

## **10. Bösartige Neubildung des Auges, des Gehirns und sonstiger Teile des Zentralnervensystems**

Bösartige Hirntumoren haben nach wie vor eine sehr schlechte Prognose. Während jedoch noch vor wenigen Jahren ein therapeutischer Nihilismus allgemein verbreitet war, sind in den letzten Jahren - wenn auch beschränkt - wirksame Therapieoptionen entwickelt worden und es gibt Ansätze für weitere Verfeinerungen von Diagnostik und Therapie. So haben Verfeinerungen der neurochirurgischen Operationstechniken und strahlentherapeutischer Verfahren sowie die Weiterentwicklung von Chemotherapeutika mit wesentlich günstigeren Wirkungs-/ Nebenwirkungsprofilen zu einer spürbaren Verlängerung der Überlebenszeit bei verbesserter Lebensqualität bewirkt.

In der Neurologie des HBK Zwickau stellen bösartige Hirntumore mit 77 Fällen einen großen Teil der behandelten Diagnosen dar. Die Philosophie unserer Abteilung besteht darin, in Zusammenarbeit mit den benachbarten Fachabteilungen, niedergelassenen Kollegen sowie den nationalen neuroonkologischen Fachzentren dem Patienten von der Erstdiagnose bis zu schwersten Krankheitsstadien einschließlich der verschiedenen zwischenzeitlichen Komplikationen eine stationäre qualifizierte fachärztliche Begleitung aus einer Hand anzubieten. Die besondere Eignung des neurologischen Fachgebietes für diese Aufgabe ergibt sich daraus, dass kein anderer der am Prozess Beteiligten über die erforderliche Kompetenz während des Gesamtkrankheitsverlaufs verfügt. So steht am Anfang häufig eine adäquate antiepileptische Einstellung und die neurochirurgische Diagnostik und Therapie muss eingeleitet werden. Es schließt sich eine Radioonkologische Therapie bzw. Chemotherapie an. Auch im Folgenden sind jedoch wieder Behandlungen motorischer, sprachlicher und/oder neuropsychologischer Ausfälle, anti-epileptische Behandlung, Schmerz- und Hirndrucktherapie in sinnvoller Weise zu organisieren, und in der Finalphase ist eine adäquate palliative Behandlung erforderlich.

Die Zukunft lässt erwarten, dass neue Entwicklungen mit strenger fokussierbaren Therapieverfahren (z.B. Gliadel) und die Einführung molekulargenetischer Diagnoseverfahren (z.B. MGMT-Status) mit einer stratifizierten Tumorcharakterisierung zu einer weiteren Verbesserung der Therapie führen können.



**PD Dr. med. J. Machetanz**

Chefarzt der Klinik für Neurologie und  
Ärztlicher Direktor Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau  
gemeinnützige GmbH

Koautorin:

E. Hamann

Funktionsoberärztin der Klinik für Neurologie  
im Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau

## Vorträge zum Thema bösartige Neubildung des Auges, des Gehirns und sonstiger Teile des Zentralnervensystems

	Symposium
Bindehaut-Hornhaut-Papillom	Al-Assad, A. XXIV
Funktionserhalt und maximale Tumorresektion bei Hirntumoren in eloquenten Arealen: ein lösbarer Widerspruch	Weinert, D. XXIV Kraus, E.
Klinische Symptomatik und Diagnostik von Hirntumoren	Machetanz, J. XXIII
Grundsätze der operativen Behandlung maligner Gliome der Erwachsenen	Krex, D. XXIII
Radiotherapie und Radiochemotherapie maligner Hirntumoren	Standke, E. XXIII
Aktueller Stand und gegenwärtige Perspektiven in der Chemotherapie der malignen Gliome	Herrlinger, U. XXIII
Hirnmetastasen beim malignen Melanom - Therapie und Prognose	Kempe, D. XXIII Knopf, B. XXIII Mechtel, D.
Neurochirurgische Indikationen und Behandlungskonzepte bei Hirnmetastasen primär extrazerebraler Tumoren	Fritsch, G. XVI
Epileptische Anfälle - Epileptische Reaktionen - nichtepileptische Anfälle - Bedeutung für Frühdiagnostik bei Hirntumoren	Loebe, F. XVI
Aktuelle therapeutische Möglichkeiten bei der Behandlung von Hirntumoren	Fritsch, G. XIV

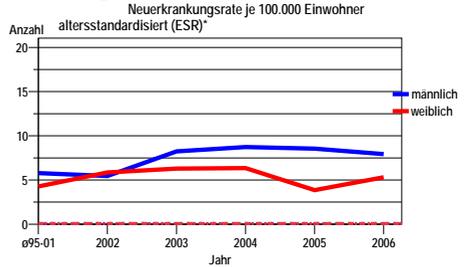


Prof. Dr. med. Herrlinger, 2006

# Hirntumore in Zahlen\* in Südwestsachsen

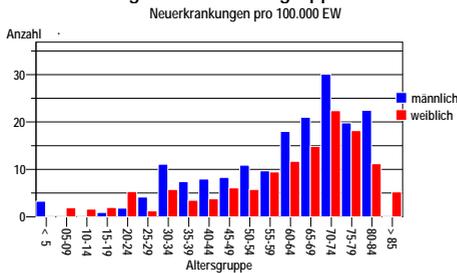
Die Hirntumore sind mit einer Erkrankungsrate von 7,8 pro 100.000 Einwohner beim männlichen Geschlecht und mit 5,5 beim weiblichen Geschlecht im Klinischen Register registriert. Das durchschnittliche Erkrankungsalter beträgt 61 Jahre (männlich) und 67 Jahre (weiblich).

## Erkrankungsrate in Südwestsachsen



57 % der histologisch gesicherten Tumore sind Glioblastome. Der Frontallappen ist mit 27 % am meisten befallen.

## Neuerkrankungen in den Altersgruppen



Erkrankungsspitzen sind in den Altersgruppen 30-34 Jahren und 70-74 zu verzeichnen.

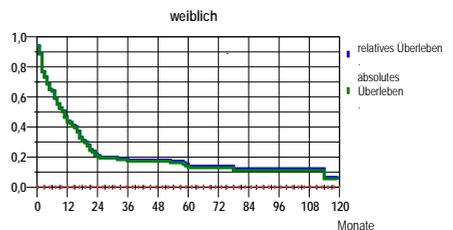
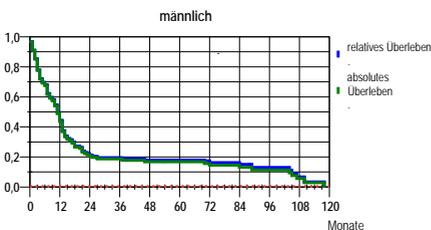
Statistisch betrachtet ist das 5-Jahres-Überleben bei den Geschlechtern gleich.

## 5-Jahres-Überleben, männlich

Jahr	beob. Überl.	rel. Überl.	95%-KI ±	N	zens. %
5	16,8	18,0	6,9	125	9,6

## 5-Jahres-Überleben, weiblich

Jahr	beob. Überl.	rel. Überl.	95%-KI ±	N	zens. %
5	13,0	14,0	7,0	116	12,1



\* Quelle: Klinisches Krebsregister des Südwestsächsischen Tumorzentrums Zwickau e.V.

## **11. Bösartige Neubildungen der Schilddrüse und sonstiger endokriner Drüsen**

Bösartige Tumoren der Schilddrüse sind insgesamt selten. Die differenzierten Schilddrüsenkarzinome überwiegen dabei eindeutig. Bei dieser Tumorentität besteht histogenetisch eine Beziehung zum Follikel epithel oder den C-Zellen. Daraus ergibt sich eine eindeutige Klassifikation dieser Schilddrüsentumoren, die sich in Epidemiologie, klinischem Verlauf und Prognose unterscheiden.

In der täglichen klinischen Praxis kommt der differentialdiagnostischen Abgrenzung zwischen gut- und bösartigen Schilddrüsenerkrankungen eine sehr große Bedeutung zu. Knoten in der Schilddrüse sind sehr verbreitet. In Deutschland werden jährlich etwa 100.000 Schilddrüsenoperationen durchgeführt.

Das diagnostische Vorgehen bei einem Schilddrüsenknoten ist anerkannt. Es beinhaltet die sonographische Beurteilung des Knoten, die Szintigraphie, die Bestimmung des Kalzitoniens, die Feinnadelpunktion und deren zytomorphologische Beurteilung. Dies hat dazu geführt, dass die Prävalenz der Schilddrüsenkarzinome einschließlich der darin enthaltenen "kleinen" Schilddrüsenkarzinome in den letzten Jahren signifikant zugenommen hat. Dabei ist nach histogenetischen Kriterien das papilläre Schilddrüsenkarzinom das häufigste Karzinom des Follikel epithels. Die papilläre Architektur des Tumors ist kennzeichnend.

Die Behandlung dieser differenzierten Schilddrüsenkarzinome richtet sich nach einer Risikostratifizierung. Davon abhängig sind das Ausmaß der Operation, die Bedingungen der Radiojodtherapie und die Nachsorge. Die Risikostratifizierung wird bestimmt durch das Patientenalter bei Stellung der Diagnose, den Lymphknotenbefall sowie die Beziehungen des Tumors zur Organ kapsel. und ist die Grundlage für die alters- und geschlechtsbezogene prognostische TNM-Klassifikation.

Das Ergebnis aktueller molekulargenetischer Untersuchungen ist der Nachweis von Markern, die dazu eine bessere Aussage erlauben und eine zweifelsfreie Einteilung in Subgruppen ermöglichen. Es konnte gezeigt werden, dass ein Zusammenhang zwischen den auslösenden genetischen Veränderungen, dem histologischen Erscheinungsbild und dem daraus resultierenden Wachstumsverhalten des Karzinoms und damit der Prognose besteht. Auch das Alter der Patienten selbst hat einen prädisponierenden Einfluss auf die Art der entstehenden Mutation. Diese Ergebnisse werden dazu beitragen, eine risikoadaptierte Therapiestrategie für jeden Patienten festzulegen.



**Dr. med. M. Jobst**

Chefarzt der Klinik für Chirurgie am  
DRK Krankenhaus Lichtenstein gGmbH

Die operativen Maßnahmen betreffen dabei die "near total resection", die Thyreoidektomie, die Restthyreoidektomie, die prophylaktische und therapeutische Lymphadenektomie des zentralen und/oder lateralen Kompartiments.

Die risikoadaptierte Therapiestrategie ist auch unter dem Gesichtspunkt der Komplikationen und Nebenwirkungen der Therapie evident. Insbesondere sollte die Zahl der Zweiteingriffe minimiert werden, wozu eine prä- und intraoperative Stellung der Diagnose beiträgt.

Gegenstand der aktuellen z. T. kontroversen Diskussion sind die Unterschiede der Leitlinien zur Therapie und Nachsorge des differenzierten Schilddrüsenkarzinoms zwischen den deutschen, europäischen und nordamerikanischen Fachgesellschaften. In diesem Zusammenhang ist die Modifikation der TNM-Klassifikation zu nennen. Sie beinhaltet u.a. die Erweiterung des pT1 Karzinoms bis zu 2 cm. Ein weiterer Punkt der Diskussion ist der Grad der TSH-Suppression in der Nachsorge bei Niedrigrisikopatienten.

Zusammenfassend ergibt sich, dass die therapeutischen Erfolge in der Therapie differenzierter Schilddrüsenkarzinome ermutigend sind, wobei die rechtzeitige Erkennung und diagnostische Abklärung von Erkrankungen Schilddrüse wesentlich dazu beiträgt.



Dr. med. Fritsch, Vortrag zum XVI. Symposium 1999

## Vorträge zum Thema bösartige Neubildungen der Schilddrüse und sonstiger endokriner Drüsen

Symposium

Operatives Vorgehen bei postoperativer Diagnose eines differenzierten Schilddrüsenkarzinoms	Jobst, M.	XVII
Neuroendokrine Tumore des Gastrointestinaltraktes - Klassifikation und chirurgische Therapie	Jobst, M.	XVIII

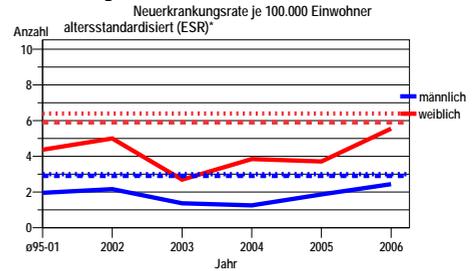


PD Dr. med. habil. D. Miehle in der Diskussion beim XXII. Symposium 2005

## Das Schilddrüsenkarzinom in Zahlen\* in Südwestsachsen

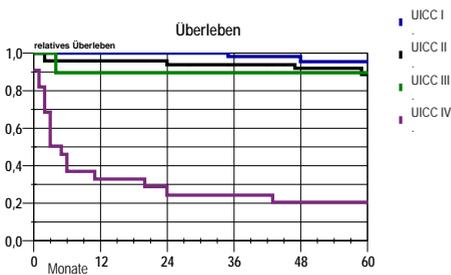
Das eher seltene Schilddrüsenkarzinom wird in größeren spezialisierten Kliniken primär therapiert. Dieser Umstand ist ein Grund, dass diese Erkrankung in unserem Klinischen Krebsregister vermutlich unterrepräsentiert ist. Eine Kooperation mit den entsprechenden benachbarten Tumorzentren ist geplant.

### Erkrankungsrate in Südwestsachsen



Auch bei der Langzeitbeobachtung (hohe Zensierungsrate) gibt es Defizite. Mit den vorhandenen Daten kann zunächst jedoch für die Stadien I bis III eine gute Prognose ausgewiesen werden.

### 5-Jahres-Überleben in den Stadien



Stadium	beob. Überl.	rel. Überl.	95%-KI ±	N	zens. %
UICC I	93,2	95,5	9,08	39	28,2
UICC II	81,3	88,7	16,56	25	16,0
UICC III	88,9	89,6	20,53	10	30,0
UICC IV	18,2	20,5	16,12	22	4,5

\* Quelle: Klinisches Krebsregister des Südwestsächsischen Tumorzentrums Zwickau e.V.

# Onkologische Lösungen liegen auf der Hand



**Granocyte® 13/34 Millionen IE. Zusammensetzung:** Arzneilich wirksamer Bestandteil: Lenograstim, ein rekombinantes Glykoprotein (rHuG-CSF), vergleichbar dem aus der menschlichen Zelllinie CHU-2 isolierten humanen Granulozyten-Kolonie-stimulierenden Faktor, exprimiert und glykosyliert in Ovarialzellen des chinesischen Hamsters (CHO-Zellen). Granocyte® 13 Mio. IE: 1 Durchstechflasche Pulver zur Herstellung einer Injektions- oder Infusionslösung enthält 13,4 Mio. IE (entsprechend 105 Mikrogramm) Lenograstim. Granocyte® 34 Mio. IE: 1 Durchstechflasche Pulver zur Herstellung einer Injektions- oder Infusionslösung enthält 33,6 Mio. IE (entsprechend 283 Mikrogramm) Lenograstim. Sonstige Bestandteile: L-Arginin, L-Phenylalanin, L-Methionin, Mannitol, Polyorsolat 20, verdünnte Salzsäure. Lösungsmittel: Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsbereiche:** Verkürzung der Dauer schwerwiegender Neutropenien und Reduktion der sich daraus ergebenden Komplikationen bei Patienten, die sich einer Behandlung mit einem üblichen, zytotoxischen Chemotherapieschema, das mit einer erheblichen Inzidenz an neutropenischem Fieber verknüpft ist, unterziehen. Verkürzung der Dauer von Neutropenien bei Patienten mit nicht-myeloischen malignen Erkrankungen, die sich einer myeloablativen Therapie mit anschließender Knochenmarktransplantation unterziehen und ein erhöhtes Risiko andauernder schwerer Neutropenien aufweisen. Mobilisierung von Blutstammzellen ins periphere Blut. **Gegenanzeigen:** Bekannte Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder andere Bestandteile. Gleichzeitig zytotoxische Chemotherapie. Keine Anwendung, um die Dosis einer zytotoxischen Chemotherapie über allgemein akzeptierte Dosierungen und Dosierungsschemata hinaus zu steigern, da das Arzneimittel die Myelotoxizität, nicht aber die allgemeine Toxizität zytotoxischer Medikamente vermindern könnte. Maligne myeloische Erkrankungen, die keine neu diagnostizierte akute myeloische Leukämie (AML) aufweisen, bei neu diagnostizierter AML im Alter unter 55 Jahren und/oder bei guter Zytogenetik, z.B. t(8;21), t(15;17) und inv(16). Bei prämaligen myeloischen Zuständen nur mit Vorsicht einsetzen. Bei gesunden Spendern über 60 Jahren Wirksamkeit und Sicherheit nicht geprüft, daher nicht empfohlen; aufgrund lokaler Vorschriften und aus Mangel an Studien Kinder als Spender nicht berücksichtigen. **Schwangerschaft:** Sicherheit nicht belegt. Tierversuche zeigten eine schädliche Wirkung im Hinblick auf die Reproduktionstoxizität. Das mögliche Risiko beim Menschen ist unbekannt. **Stillzeit:** Anwendung nicht empfohlen, da nicht bekannt, ob Granocyte® in die menschliche Muttermilch übergeht. **Nebenwirkungen:** Chemotherapie-induzierte Neutropenie: Sicherheit in Verbindung mit antineoplastischen Wirkstoffen, die sich durch kumulative Knochenmarktoxizität oder überwiegend gegen megakaryopoetische Reife gerichtete Toxizität auszeichnen (Nitrosoharnstoff, Mitomycin), nicht belegt. Anwendung könnte insbesondere die gegen Thrombozyten gerichtete Toxizität sogar verstärken. In Studien wurden bei Patienten, die mit Granocyte® oder Placebo behandelt wurden, über die selben häufigsten unerwünschten Ereignisse berichtet: unerwünschte Ereignisse Alopecie, Übelkeit, Erbrechen, Fieber und Kopfschmerzen, entsprachen denen, die bei chemotherapeutisch behandelten Krebspatienten auftraten. Geringfügig erhöhte Inzidenz (ca. 10% höher) an Knochenschmerzen sowie lokalen Reaktionen an der Einstichstelle (ca. 5% höher). Periphere Stammzellmobilisierung: Gesunde Personen: Kopfschmerzen in 30%, Knochenschmerzen in 23%, Rückenschmerzen in 17,5%, Asthenie in 11%, Abdominalschmerz in 6%, allgemeiner Schmerz in 6% beobachtet. Risiko von Schmerzen erhöht bei hohen Spitzenwerten an Leukozyten, besonders bei Leukozytenwerten  $\geq 50 \times 10^9/l$ ; Leukozytose (Leukozyten  $\geq 50 \times 10^9/l$ ) in 24% und aphereseebedingte Thrombozytopenie (Blutplättchen  $< 100 \times 10^9/l$ ) bei 42% gemeldet; vorübergehender Anstieg von ASAT und/oder ALAT bei 12% und alkalischer Phosphatase bei 18% beobachtet. Häufige aber im allgemeinen asymptomatische Fälle einer Splenomegalie und sehr seltene Fälle einer Milzruptur wurden sowohl bei gesunden Spendern als auch Patienten nach Verabreichung granulozytenstimulierender Faktoren (G-CSFs) berichtet. Deshalb Milzgröße sorgfältig überwachen (klinische Untersuchung, Ultraschall) und Diagnose Milzruptur bei Schmerzen im linken Oberbauch oder der Schulter Spitze erwägen. Knochenmarktransplantation (KMT): Besondere Aufmerksamkeit der Erholung der Thrombozytenwerte widmen, da in doppelblind-placebokontrollierten Studien mittlere Thrombozytenzahlen bei mit Granocyte® behandelten Patienten niedriger als in Placebo-Gruppe; jedoch keine erhöhte Inzidenz unerwünschter Ereignisse im Zusammenhang mit Blutverlusten und auch durchschnittliche Zeitraum von KMT bis zur letzten Thrombozyteninfusion in beiden Gruppen vergleichbar. In Placebo-kontrollierten Studien häufigste unerwünschte Ereignisse (15% in mindestens einer Behandlungsgruppe) mit gleicher Häufigkeit bei Granocyte®- und Placebo-Patienten; entsprachen denen, die üblicherweise bei dem zugrundeliegenden Behandlungsschema zu erwarten sind und waren offensichtlich nicht auf die Behandlung mit Granocyte® zurückzuführen, jedoch auch nicht durch diese zu verhindern; als unerwünschte Ereignisse traten infektiös/entzündliche Erkrankungen der Mundhöhle, Fieber, Diarrhoe, Ausschlag, abdominale Schmerzen, Erbrechen, Alopecie, Sepsis und Infektionen auf. Andere Nebenwirkungen: In seltenen Fällen wurden pulmonale Nebenwirkungen, einschließlich interstitielle Pneumonie, Lungenödem, Lungeninfiltate und Lungenfibrose nach Verabreichung von G-CSF berichtet. Einige dieser Fälle mündeten in eine akute respiratorische Insuffizienz oder Schocklunge (ARDS), welche letal verlaufen können. Sehr selten allergische Reaktionen, einschließlich Einzelfälle anaphylaktischer Schockreaktionen. Sehr selten Fälle einer Vaskulitis der Haut, Sweet Syndrom, Erythema nodosum, Pyoderma gangraenosum berichtet; diese Nebenwirkungen überwiegend bei Patienten mit Hämoblastosen, die bekanntermaßen mit einer neutropenien Dermatosen einhergehen, aber auch bei Patienten mit nicht maligner Neutropenie beschrieben. Sehr selten Fälle von Lylei-Syndrom beschrieben. Sehr häufig tritt eine vorübergehende Erhöhung der Serum-LDH auf, häufig wird eine vorübergehende Erhöhung von ASAT, ALAT und/oder alkalischer Phosphatase beobachtet. In den meisten Fällen besserte sich die Leberfunktion nach Absetzen von Granocyte® Stand: November 2004. **Pharmazeutischer Unternehmer:** Chugai Pharma Marketing Ltd., Zweigniederlassung Deutschland, 60528 Frankfurt am Main, Telefon: (069) 663000-0, Telefax: (069) 663000-50 • www.chugai-pharma.de • Weitere Informationen: Siehe Fachinformation. Verschreibungsrichtflicht.

## **12. Bösartige Neubildung des lymphatischen, des blutbildenden und des verwandten Gewebes**

Rasanter Wissenszuwachs in allen Bereichen der Inneren Medizin führte bereits Anfang der 80er Jahre zur Weiterentwicklung der einzelnen fachlichen Schwerpunkte, besonders auch im Bereich Hämatologie und Internistischer Onkologie. Seit 1983 wird am Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau jährlich ein Onkologie-Symposium mit Update in diesem speziellen Fachbereich durchgeführt. Bereits das 2. Zwickauer Onkologie-Symposium beschäftigte sich schwerpunktmäßig mit der Diagnostik und Therapie maligner Lymphome. Beiträge zu malignen Erkrankungen des lymphatischen und blutbildenden Systems standen in 25 Jahren Zwickauer Onkologie-Symposium regelmäßig auf der Tagesordnung.

Die Therapie dieser Erkrankungen bildet auch ein wesentliches Standbein der Zwickauer klinischen Hämatologie. Mit 12 Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohnern und Jahr für maligne Lymphome und 10 Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner und Jahr für Leukämien handelt es sich um eher seltenere Erkrankungen.

Die Einführung des CHOP-Regimes (Cyclophosphamid, Doxorubicin, Vincristin und Prednison) vor mehr als 30 Jahren brachte den Durchbruch in der Therapie aggressiver Non-Hodgkin-Lymphome. Verschiedene Ansätze wurden in der Folge in wissenschaftlichen klinischen Studien untersucht, um die Therapieergebnisse weiter zu verbessern. Mit der Verfügbarkeit stimulierender Wachstumsfaktoren (G-CSF) wurde eine Therapieintensivierung durch Dosisescalation und Intervallverkürzung möglich. Gleichzeitig konnte eine Verbesserung der Therapieergebnisse durch die Kombination von Chemotherapie mit monoklonalen Antikörpern (Rituximab) erzielt werden.



**Dr. med. U.Kreibich**

Chefärztin der Klinik für Innere Medizin II im  
Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau

Vorstandmitglied des Tumorzentrums

Durch intensive Mitarbeit in wissenschaftlichen klinischen Studien gelang es, aktuelle Studienergebnisse und wissenschaftliche Erkenntnisse rasch in die klinische Praxis zu übernehmen. So konnte unter Verwirklichung dieser Grundprinzipien beispielsweise die Prognose unserer Patienten mit Non-Hodgkin- und Hodgkin-Lymphomen in den letzten 20 Jahren deutlich verbessert werden. Beim Morbus Hodgkin konnten, insbesondere unsere Patienten in den frühen Erkrankungsstadien, unter Anwendung moderner Therapieansätze praktisch alle geheilt werden. Bei unseren Patienten mit indolenten Lymphomen konnten in etwa 75 % der Fälle, bei Patienten mit aggressiven Lymphomen in über 60 % der Fälle 5-Jahres-Remissionen erzielt werden.

In der Behandlung der akuten Leukämie, sowie lymphatisch als auch myeloisch, ist in den letzten Jahren durch Entwicklung und Einsatz hoch leistungsfähiger molekularer Techniken die Behandlung individualisiert worden. Entsprechend Immunphänotypisierung, Zytogenetik und Molekulargenetik sowie Bestimmung der minimalen Resterkrankung erfolgte zunehmend eine individuelle Risikostratifizierung. Durch Einordnung der Patienten in bestimmte Risikogruppen wurden im Rahmen von Studien neue Behandlungsoptionen entwickelt. Durch die Entwicklung der Durchflusszytometrie an unserem Haus konnte ein wesentlicher Beitrag in der Diagnostikstrategie geleistet werden. Alle Patienten mit primärer und sekundärer AML sowie akuter lymphatischer Leukämie wurden in klinische Studien eingeschlossen. Nach Induktionstherapie wurden Hochrisikopatienten zur allogenen Stammzelltransplantation dem Zentrum zugeführt. Besonders die älteren Patienten (über 60 Jahre) profitierten von der risikostratifizierten Therapie. Das relative Überleben nach 5 Jahren liegt sowohl bei Männern als auch bei Frauen bei 50 %. Die eigenen Ergebnisse dieser wissenschaftlichen Entwicklung wurden wiederholt in Vorträgen zum jährlichen Onkologie-Symposium dargestellt.



Dr. med. Junghans, 2005

## Vorträge zum Thema bösartige Neubildung des lymphatischen, des blutbildenden und des verwandten Gewebes

Symposium

Wirkungsweise und klinische Anwendung von Lapatinib	Bischoff, J.	XXIV
Moderne Lymphombehandlung - Eigene Ergebnisse	Gabb, U.	XXIV
Pegyliertes liposomales Doxorubicin in der Therapie von kutanen T-Zell-Lymphomen - eine Falldarstellung	Teubner, D. Mechtel, D.	XXIV
Immunchemotherapie - Goldstandard der Therapie fortgeschrittener follikulärer Lymphome	Herold, M.	XXIV
Neue Klassifikation des MDS	Sommer, S.	XXII
Trends in der Therapiestrategie bei Morbus Hodgkin in den letzten 10 Jahren	Gabb, U.	XXI
Pathologie hochmaligner Non-Hodgkin-Lymphome	Tannapfel, A.	XX
Erfahrungen der Klinik für Innere Medizin des HBK Zwickau bei der Therapie von aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen mit Rituximab	Gabb, U.	XX
Neue Therapiestrategien bei aggressiven Lymphomen	Pfreundschuh, M.	XX
Therapeutische Aspekte kutaner Lymphome	Knopf, B.	XIX
Tumeszenanästhesie und Wächterlymphknoten-Exzision	Kowalzyk, L.	XVI
Intensivierte multimodale Therapie bei malignen Lymphomen und ihr Einfluss auf die Prognose	Schott, G.	XV
Intensivierte Chemotherapie beim multiplen Myelom und ihr Einfluss auf die Prognose	Kreibich, U.	XIV
Orthopädische Therapiemöglichkeiten beim Myelom	Kühne, J.	XIV
Hämostaseveränderungen bei der Behandlung der akuten lymphoblastischen Leukämie	Sutor, A.	X
Sepsis bei therapiebedingter Granulozytopenie - Herausforderung moderner Onkologie - Rolle des Hämostase- und Zytokin-Systems	van de Loo, J.	X
Antileukämische und supportive Behandlungsstrategie bei akuter myeloischer Leukämie	Büchner, T.	VIII
Histologische Diagnostik und Klassifikation maligner Lymphome	Stuede, E.	II
Klinische und biochemische Stadieneinteilung maligner Lymphome	Kreibich, U.	II
Lymphographie bei malignen Lymphom	Bischof, G.	II
Stellenwert der explorativen Laparotomie bei der Stadienzuordnung	Heinemann, K. Schwarzer, R.	II
Probleme maligner Lymphome des Kopf- und Halsbereiches	Beuthner, D.	II
Strahlentherapie der malignen Lymphome	Jaeger, W. Schott, G.	II
Chemotherapie der malignen Lymphome	Kreibich, U. Sommer, S.	II
Gesichtspunkte der Lymphknotenmetastasierung	Frege, J.	II
Blockresektion im cervicofacialen Bereich zur gleichzeitigen Entfernung von Lymphknotenmetastasen	Zerweck, R. Pape, K.	II
Früh- und Spätfolgen am lymphatischen System nach iliakaler Lymphonodektomie	Leitsmann, H.	II
Problematik der Lymphonodektomie in der onkologischen Chirurgie	Schwarzer, R. Lesche, A.	II
Zur Abstimmung des strahlen- oder chemotherapeutischen Vorgehens bei gastrointestinalen Non-Hodgkin-Lymphomen im Erwachsenenalter	Hermann, T. Reinhardt, U. Fleischer, J. Wolf, H.	II
Wertigkeit der Ganzkörperbestrahlung bzw. der Chemotherapie bei der Behandlung der chronisch lymphatischen Leukose	Hermann, T. Lesche, A. Fleischer, J.	II





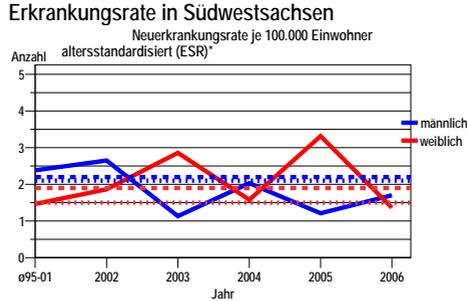
Prof. Dr. med. A. Tannapfel zum XXIII. Symposium 2006

Dr. med. U. Gabb 2007



## Morbus-Hodgkin in Zahlen\* in Südwestsachsen

Die Morbus-Hodgkin-Erkrankung liegt mit einer durchschnittlichen Rate von 1,8 (männlich) und 2,2 (weiblich) im Bundesdurchschnitt. Histologisch ist der nodulär-sklerierende Zelltyp zu 54 % vertreten.



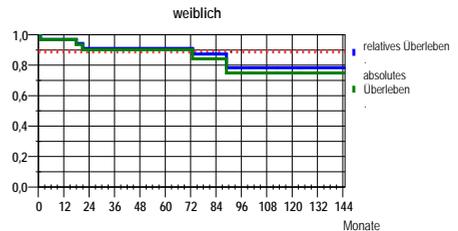
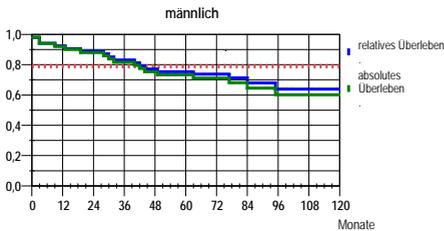
Die Prognose der Patienten in Südwestsachsen entspricht dem Bundesdurchschnitt (männlich 79 %, weiblich 89 %).

### 5-Jahres-Überleben, männlich

Jahr	beob. Überl.	rel. Überl.	95%-KI ±	N	zens. %
5	73,3	75,3	12,5	51	9,8

### 5-Jahres-Überleben, weiblich

Jahr	beob. Überl.	rel. Überl.	95%-KI ±	N	zens. %
5	90,2	91,0	.	32	21,9



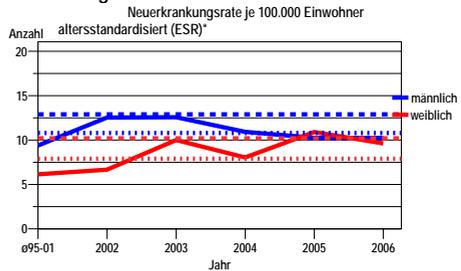
\* Quelle: Klinisches Krebsregister des Südwestsächsischen Tumorzentrums Zwickau e.V.

## Non-Hodgkin-Lymphome in Zahlen\* in Südwestsachsen

Die Erkrankungsrate von 11,3 (männlich) und 9,0 (weiblich) liegt etwa 10 % unter dem Bundesdurchschnitt.

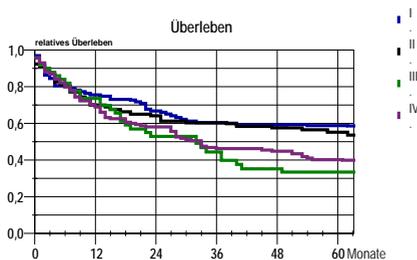
In letzten Jahren entwickelt sich die Krankheit bei den Geschlechtern konträr. Die männlichen Erkrankungszahlen sinken und die der weiblichen steigen.

### Erkrankungsrate in Südwestsachsen



Charakteristisch für das Non-Hodgkin-Lymphom ist eine vom Stadium fast unabhängige Überlebenszeit.

### 5-Jahres-Überleben nach Ann-Arbor-Stadien



Ann Arbor Stadium	beob. Überl.	rel. Überl.	95%-KI ±	N	zens. %
I	51,2	58,8	10,04	99	6,1
II	47,1	55,2	12,31	66	7,6
III	29,7	33,5	13,41	49	8,2
IV	35,2	40,2	8,14	138	5,1

\* Quelle: Klinisches Krebsregister des Südwestsächsischen Tumorzentrums Zwickau e.V.



# Stark und zielgerichtet gegen CML

## Neu: Tasigna®

Überzeugende Wirksamkeit und  
Verträglichkeit in der chronischen  
und akzelerierten Phase nach Imatinib.<sup>1,2</sup>

 **Tasigna®**  
Nilotinib

Fokussierte Kraft

 **NOVARTIS**  
ONCOLOGY



1. Kantarjian H et al., Blood 2007, 110:3540-3546
2. Le Coutre P et al., Blood 2008, 111:1834-1839

**Tasigna® 200 mg Hartkapseln · Wirkstoff:** Nilotinib. **Zusammensetzung:** Eine Hartkapsel enthält 200 mg Nilotinib (als Hydrochlorid 1 H<sub>2</sub>O). *Sonst. Bestandt.:* Lactose-Monohydrat, Crospovidon, Poloxamer 188, hochdisperses Siliciumdioxid, Magnesiumstearat, Gelatine, Titandioxid (E171), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H<sub>2</sub>O (E172), Schellack, Eisen(III)-oxid (E172), entölte Phospholipide aus Sojabohnen (E322). **Anwendungsgebiete:** Behandlung von Erwachsenen mit Philadelphia-Chromosom positiver chronischer myeloischer Leukämie (CML) in der chronischen und akzelerierten Phase mit Resistenz oder Unverträglichkeit gegenüber einer Vorbehandlung einschließlich Imatinib. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Schwangerschaft (strenge Ind.stellung) und Stillzeit. **Nebenwirkungen:** *Sehr häufig:* Thrombozytopenie, Neutropenie, Anämie, Kopfschmerzen, Übelkeit, Obstipation, Diarrhö, Exanthem, Pruritus, Müdigkeit, Erhöhung Lipase. *Häufig:* Herzinsuffizienz, GI- und ZNS-Blutungen, Erbrechen, Bauchschmerzen, Alopezie, Myalgie, Arthralgie, Muskelspasmen, Knochenschmerzen, Appetitlosigkeit, Asthenie, peripheres Ödem, Erhöhung Amylase/ALAT/ASAT/Bilirubin/alk. Phosphatase/ GGT/Kreatinin kinase/Blutzucker, Gewichtsabnahme, Gewichtszunahme, Palpitationen, Verlängerung d. QT-Zeit im EKG, febrile Neutropenie, Panzytopenie, Benommenheit, Parästhesien, Schwindel, Dyspnoe, Belastungsdyspnoe, Husten, Dysphonie, Magenbeschwerden, Dyspepsie, Flatulenz, nächtliche Schweißausbrüche, Ekzem, Urtikaria, Erythem, Hyperhidrose, Hauttrockenheit, muskuloskeletale Schmerzen (im Brustraum), Hypomagnesiämie, Hyperkaliämie, Hyperglykämie, Hypertonie, Hitzegefühl/Hautröte, Fieber, Insomnie. *Gelegentlich:* Pleura- und Perikarderguss, Komplikationen infolge Flüssigkeitsretention, Verlängerung des QTc-Intervalls, Erhöhung LDH, Erniedrigung Blutzucker, Erhöhung Kreatinin/Harnstoff, Herzversagen, Angina pectoris, Vorhofflimmern, Perikarderguss, koronare Herzkrankheit, Kardiomegalie, Herzgeräusche, Bradykardie, Thrombozytämie, Leukozytose, intrakranielle Blutungen, Migräne, Tremor, Hypoästhesie, Hyperästhesie, Augenblutungen, verminderte Sehschärfe, periorbitales Ödem, Konjunktivitis, Augenreizung, Sicca-Syndrom, Lungenödem, Pleuraerguss, interstitielle Lungenkrankheit, Pleuraschmerzen, Pleuritis, Epistaxis, pharyngolaryngeale Schmerzen, Halsreizung, Pankreatitis, gastrointestinale Blutungen, Meläna, Magenauflähmung, Ulzeration im Mund, gastroösophagealer Reflux, Stomatitis, Mundtrockenheit, Dysurie, verstärkter Harndrang, Nokturie, Pollakisurie, exfoliatives Exanthem, Ekchymose, Schwellungen im Gesicht, Muskelschwäche, Hyperthyreose, Hypokaliämie, Hyponatriämie, Hypokalzämie, Hypophosphatämie, Dehydratation, Appetitverlust, gesteigerter Appetit, Pneumonie, Harnwegsinfektion, Gastroenteritis, Pharyngitis, hypertone Krise, Hämatom, Schmerzen im Brustraum, Gesichtsoedem, Stauungsoedem, Influenza-ähnliches Krankheitsbild, Schüttelfrost, Unwohlsein, Hepatitis, Brustschmerzen, Gynäkomastie, Erektionsstörungen, Depression, Angst. *Nicht bekannt:* Erhöhung Troponin, Hypokaliämie, Erhöhung unkonjugiertes Bilirubin, Herzinfarkt, ventrikuläre Dysfunktion, Perikarditis, Herzflattern, Extrasystolen, Hirnödem, Bewusstseinsverlust, Optikusneuritis, periphere Neuropathie, Papillenödem, Doppeltsehen, verschwommenes Sehen, Photophobie, Augenschwellung, Blepharitis, Augenschmerzen, vermindertes Hörvermögen, Ohrenscherzen, pulmonale Hypertonie, Perforation Magen-Darm-Ulkus, retroperitoneale Blutungen, Hämatemesis, Ulcus ventriculi, ulzerierende Ösophagitis, Subileus, Niereninsuffizienz, Hämaturie, Harninkontinenz, Erythema nodosum, Hautulkus, Petechien, Photosensitivität, Arthritis, Gelenkschwellungen, Hypothyreose, Thyreoiditis, Diabetes mellitus, Hyperkalzämie, Hyperphosphatämie, Sepsis, Bronchitis, Herpes simplex, Candidose, hämorrhagischer Schock, Hypotonie, Thrombose, Hepatotoxizität, Hepatomegalie, Ikterus, Orientierungsstörungen, Verwirrheitszustand. **Warnhinweis:** Enthält Lactose. **Weitere Angaben** siehe Fachinformation. **Verschreibungspflichtig. Darreichungsform u. Packungsgrößen:** Packung mit 112 Stück (N3).

**Stand:** Februar 2008 (MS 11/7.1).

**Novartis Pharma GmbH, 90327 Nürnberg.**

Tel.: (09 11) 273-0, Fax.: (09 11) 273-12 653.

 **NOVARTIS**  
ONCOLOGY

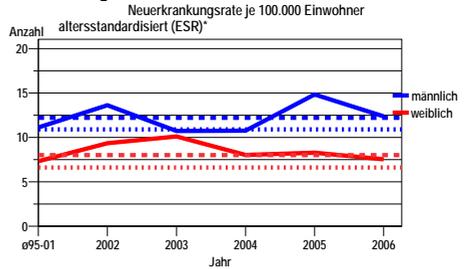


## Leukämien in Zahlen\* in Südwestsachsen

Die Erkrankungshäufigkeit an Leukämie mit 12,4 (männlich) und 8,6 (weiblich) entspricht dem Bundesdurchschnitt.

Das registrierte mittlere Durchschnittsalter (männlich 67 Jahre, weiblich 75 Jahre) liegt etwa jeweils um 8 Jahre über dem Bundesdurchschnitt.

### Erkrankungsrate in Südwestsachsen



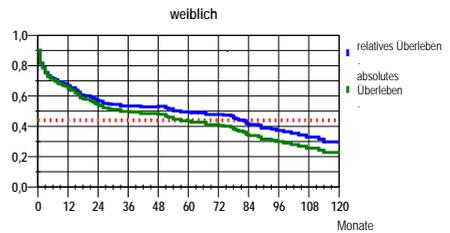
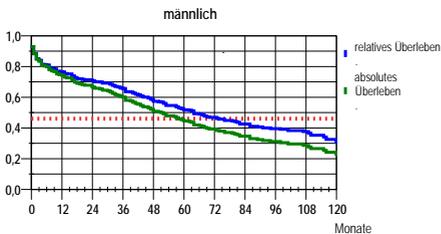
Die Prognose fällt in Südwestsachsen positiver als im Bundesdurchschnitt (männlich 46 %, weiblich 44 %) aus.

### 5-Jahres-Überleben, männlich

Jahr	beob. Überl.	rel. Überl.	95%-KI ±	N	zens. %
5	44,5	51,8	6,2	255	5,1

### 5-Jahres-Überleben, weiblich

Jahr	beob. Überl.	rel. Überl.	95%-KI ±	N	zens. %
5	43,6	49,5	6,6	224	5,4



\* Quelle: Klinisches Krebsregister des Südwestsächsischen Tumorzentrums Zwickau e.V.

Wechseln Sie zur  
neuen Initialdosis von  
1 x täglich 100 mg

I was  
resistant or intolerant

Früher  
war ich resistent  
oder intolerant.

SPRYCEL™ ist angezeigt für die Behandlung von Erwachsenen mit chronischer myeloischer Leukämie (CML) in der chronischen oder akzelerierten Phase oder in der Blastenkrise mit Resistenz oder Intoleranz gegenüber einer vorherigen Behandlung einschließlich Imatinibmesilat.

SPRYCEL™ ist außerdem angezeigt für die Behandlung von Erwachsenen mit Philadelphia-Chromosom-positiver (Ph+) akuter lymphatischer Leukämie (ALL) oder lymphatischer Blastenkrise der CML mit Resistenz oder Intoleranz gegenüber einer vorherigen Therapie.<sup>(1)</sup>

Für Patienten in der chronischen Phase der CML,  
die resistent oder intolerant gegenüber Imatinib sind.

I am  
starting with SPRYCEL™  
100 mg once daily

Heute  
werde ich mit SPRYCEL™  
100 mg 1 x täglich therapiert.

- Verbesserte Verträglichkeit bei vergleichbarer Wirksamkeit<sup>(1)</sup>
- Einfache und bequeme Dosierung

SPRYCEL™  
dasatinib

<sup>(1)</sup> SPRYCEL™ Fachinformation

SPRYCEL™ 20/50/70 mg Filmtablette Wirkstoff: Dasatinib. Zusammensetzung: Arzneilich wirksame Bestandteile: Eine Tablette enthält 20 mg, 50 mg bzw. 70 mg Dasatinib (als Monohydrat). Sonstige Bestandteile: Tablettenkern: Lactose-Monohydrat, Mikrokristalline Cellulose, Croscarmellose-Natrium, Hypromellose, Magnesiumstearat, Filmschicht: Hypromellose, Titandioxid, Macrogol 400. Anwendungsgebiete: Für die Behandlung von Erwachsenen mit chronischer myeloischer Leukämie (CML) in der chronischen oder akzelerierten Phase oder in der Blastenkrise mit Resistenz oder Intoleranz gegenüber einer vorherigen Behandlung einschließlich Imatinibmesilat. Für die Behandlung von Erwachsenen mit Philadelphia-Chromosom-positiver (Ph+) akuter lymphatischer Leukämie (ALL) oder lymphatischer Blastenkrise der CML mit Resistenz oder Intoleranz gegenüber einer vorherigen Therapie. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Nebenwirkungen: **Sehr häufige Nebenwirkungen (≥ 1/10):** Kopfschmerzen, Pleuraguss, Dyspnoe, Diarrhoe, Übelkeit, Erbrechen, Hautausschlag, Schmerzen im Bewegungsapparat, Hämorrhagien, Oberflächenerdeme, Erschöpfung, Fieber, Zytopenien (Thrombozytopenie, Neutropenie und Anämie), vorübergehende Hypokaliämie, Hypophosphatämie. **Häufige Nebenwirkungen (≥ 1/100 bis < 1/10):** Gewichtsverlust, Gewichtszunahme, kongestive Herzinsuffizienz/kardiale Dysfunktion, Perikarderguss, Herzrhythmusstörungen (einschließlich Tachykardie), Palpitationen, Fibrille Neutropenie, Pancytopenie, Neuropathie (einschließlich peripherer Neuropathie), ZNS Blutungen, Benommenheit, Dysgeusie, Somnolenz, Sehstörungen, Husten, Lungenödem, Lungeninfektion, Pneumonitis, Bauchschmerzen, Gastrointestinale Blutungen, Schleimhautentzündungen (einschließlich Mukositis/Stomatitis), Kolitis (einschließlich neutropenischer Kolitis), Gastritis, Dyspepsie, Obstipation, abdominale Distension, Erkrankungen der Mundschleimhäute, Pruritus, Alopezie, Akne, trockene Haut, Nesselsucht, Hypertidrose, Arthralgie, Myalgie, Muskelentzündung, Infektionen (auch bakteriell, viral, fungal, unspecified), Pneumonie (auch bakteriell, viral und fungal), Infektionen/Entzündungen der oberen Atemwege, virale Herpesinfektion, Enterokolitis, Konjunktiv, Flush, Schmerzen, Asthenie, Generalisierte Ödeme, Brustschmerzen, Schüttelfrost, Depression, Schlaflosigkeit, Erhöhung des Transaminasen- oder Bilirubinpiegels. **Gegenlicht auftretende Nebenwirkungen (≥ 1/1.000 bis < 1/100):** Erhöhte Kreatinphosphokinasepiegel, Myokardinfarkt, Perikarditis, ventrikuläre Arrhythmie (einschließlich ventrikulärer Tachykardie), Angina pectoris, Kardiomegalie, Synkope, Tremor, Amnesie, Bindehautentzündung, trockene Augen, Tinnitus, Vertigo, pulmonale Hypertonie, Asthma, Pankreatitis, Ulcus des oberen Gastrointestinaltrakts, Ascites, Analissus, Dysphagie, Nierenversagen, hämorrhagischer Hämangiom, Proteinurie, Dermatitis (einschließlich Ekzem), akute febrile neutrophile Dermatoze, Lichtempfindlichkeit, Pigmentierungsstörung, Paniklitis, Hautjucken, bullöse Erkrankungen, Nagelkrankungen, palmar-plantares Erythrodyesthesie-Syndrom, Rhabdomyolyse, Muskelschwäche, Steifheit des Bewegungsapparates, Hyperurikämie, Sepsis (auch mit tödlichem Ausgang), Tumorsyndrom, Hypertonie, Hypotonie, Thrombophlebitis, Unwohlsein, Überempfindlichkeit (einschließlich Erythema nodosum), Hepatitis, Cholestase, Gynäkomastie, unregelmäßige Menstruation, Angstgefühl, Verwirrheitszustand, Affektlabilität. **Seltene Nebenwirkungen (≥ 1/10.000 bis < 1/1.000):** Myokarditis, akutes Koronarsyndrom, Lythritidostopenie (Leure red cell aplasia), PTCA, zerebrovaskulärer Insult, transitorische ischämische Attacken, Krampfanfälle, reversibles posteriores Leukoenzephalopathie-Syndrom, Schocklunge (ARDS, acute respiratory distress syndrome), Bronchospasmus, Ösophagitis, Tondoritis, Uveo reticularis, Temperaturempfindlichkeit, Cholezystitis, reduziertes Libido. Weitere Angaben zu Dosierung, Anwendung, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen siehe Fachinformation. **Warnhinweise:** Arzneimittel für Kinder unzulässig aufbewahren. Dasatinib ist Substrat und Inhibitor von CYP2A4. Daher besteht die Möglichkeit, dass es zu Wechselwirkungen mit anderen gleichzeitig angewendeten Arzneimitteln kommt, die hauptsächlich von CYP2A4 metabolisiert werden oder die Aktivität von CYP2A4 beeinflussen. Die gleichzeitige Anwendung von Dasatinib und einem H<sub>2</sub>-Blocker, Protonenpumpeninhibitor oder Aluminiumhydroxid/Magnesiumhydroxid kann die Dasatinib-Exposition reduzieren. Vorsicht bei Patienten mit einer möglichen QTc-Verlängerung (siehe Fachinformation). SPRYCEL™ darf nicht während der Schwangerschaft verwendet werden, außer wenn dringend erforderlich. Während der Behandlung mit SPRYCEL™ muss das Stillen eingestellt werden. Versprechenstatus: Verschreibungspflichtig. Pharmazeutische Unternehmer: BRISTOL-MYERS SQUIBB PHARMA EEG, Ulbridege Business Park, Sanderson Road, Ulbridege UB8 1UH, Vereinigtes Königreich. Kontaktadresse in Deutschland: Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA, Sapporobogen 6-8, 80637 München, Telefon 089 12142-0, Telefax 089 12142-392. Stand: August 2007.



Bristol-Myers Squibb



### **13. Vorträge zur komplexen und medikamentösen Tumorthherapie**

Die Behandlung bösartiger Keimzellenkrankungen erfolgt meist interdisziplinär und trägt einen multimodalen Charakter. Nur in den Frühstadien reicht die alleinige Operation manchmal aus, ansonsten gehören Chemo- und Strahlentherapie gleichermaßen zu den tragenden Säulen einer erfolgreichen Krebstherapie.

Ein breites Spektrum supportiver Maßnahmen ermöglicht dabei ein aggressiveres Vorgehen, weil stärkere Nebenwirkungen oder gelegentliche Komplikationen vermieden oder erheblich gesenkt werden können.

Taxane und molekulare Antikörper haben die medikamentöse Tumorthherapie entscheidend verändert und deren Wirksamkeit erhöht. In der Onkochirurgie haben minimal invasive Operationen Einzug gehalten und sich bei indikationsgerechter Anwendung bewährt.

Adjuvante und neoadjuvante Radiochemotherapien gehören heute beim Rektumkarzinom und anderen gastrointestinalen Tumoren, z.T. auch als definitive Behandlungsmaßnahme, zum Standard. Aber auch bei anderen Geschwulsterkrankungen wie im HNO-Bereich, beim nichtkleinzelligen Bronchialkarzinom im Stadium III A/B und beim fortgeschrittenen Zervixkarzinom haben sie sich durchgesetzt.

Gleichzeitig haben sich neue Methoden der Strahlentherapie entwickelt, die eine Dosiserhöhung bei verminderten Nebenwirkungen und Folgeerscheinungen zulassen. Stereotaxie, intensitätsmodulierte Radiotherapie (IMRT), HDR-Brachytherapie oder Low-Dose-Rate-Behandlung mit Jod125-Seeds sind nur einige Begriffe der Präzisions-Strahlentherapie, die in unseren Einrichtungen bereits angewendet oder demnächst eingeführt werden.

Der Komplexcharakter der Tumorthherapie erfordert auch strukturelle Anpassungen und Veränderungen. Interdisziplinäre Tumorkonsile oder Tumorboards gehören in vielen Kliniken und Krankenhäusern zum Alltag, sie werden aber die zukünftige Bildung von Behandlungszentren nicht ersetzen. Eine strukturelle Profilierung wird deshalb in den nächsten Jahren zu erwarten sein.

Viele der hier angesprochenen Themen wurden auf unseren Symposien frühzeitig diskutiert, ihre Vielzahl verdeutlicht die Aktivität und Lebendigkeit, mit der die Tumorthherapie in unseren Einrichtungen ständig verbessert wird.



**PD Dr. med. E. Standke**

Chefarzt der Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie im Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau

Seit 2003 1. Vorsitzender des Tumorzentrums

## Vorträge zu Themen der Forschung, allgemeinen Gesundheit und Pflege

### Symposium

Biologische Grundlagen der molekularen Tumortherapie	Neubauer, A.	XXIV
Stellenwert der molekular orientierten Therapie mit Erbitux bei soliden Tumoren	Hofheinz, R.	XXIV
Herceptin und die Folgen	Schaller, G.	XXIV
Versorgungsqualität des Brustzentrums Vogtland im Kontext der Region Südwestsachsen aus der Sicht des Klinischen Krebsregisters des SWS Tumorzentrum Zwickau e. V.	Tilch, G.	XXIV
Epidemiologische Situation in Südwestsachsen	Wulff, V.	XXIII
Strukturelle Entwicklungen in der Onkologie	Stöltzner, J.	XXIII
Prophylaxe und Therapie venöser Thromboembolien bei Tumorpatienten	Kreibich, U.	XXIII
Psychosoziale Betreuung onkologischer Patienten	Praetz, U.	XXIII
Erfasste Tumorerkrankungen in der Region Südwestsachsen in den Jahren 1995-2004	Wulff, V.	XXIII
Präoperative 5-Tage-Bestrahlung oder neoadjuvante Radiochemotherapie?	Kortmann, R.	XXII
Antiemetische Prophylaxe und Therapie in der Onkologie: Gibt es Neuigkeiten?	Kretzschmar, A.	XXII
Prinzipien der Radiochemotherapie aus radioonkologischer Sicht	Boicev, A.	XXII
Prävention des Tumorlysesyndroms durch Rasburicase	Kreibich, U.	XXII
Sicherheit im Umgang mit Zytostatika	Oelze, M.	XXII
Umgang mit Zytostatika - Nebenwirkungen und ihre Therapie	Grundeis, M.	XXII
Zentral-venöse Zugangswege in der Behandlung von Malignom - Patienten	Junghänel, U.	XXII
Hygienische Aspekte im Umgang mit zentral-venösen Zugängen	Taubner, U.	XXII
Einbeziehung des GIST in die gynäkoonkologische Differentialdiagnostik - ein kasuistischer Beitrag	Lenk, I.	XXII
Der Stellenwert minimal invasiver Zugänge in der orthopädischen Chirurgie	Leitsmann, H.	XXII
Brustzentren - Zukunft und Realität	Kißling, A.	XXII
Onkologische Chirurgie - Was gibt es Neues	Engelmann, L.	XXII
Lungenembolie bei einem onkologischen Patienten: Vollheparinisierung trotz Thrombozytopenie?	Guba, H.	XX
Möglichkeiten und Grenzen der Telemedizin	Heiland, G.	XIX
Bei onkologischen Patienten müssen sonst übliche Strategien der Intensivmedizin erheblich modifiziert werden	Walther, P.	XIX
Behandlung maligner Körperhöhlenergüsse	Klose, K.	XVIII
5. Auflage der TNM-Klassifikation 1997 - Neues und Kritik seitdem	Zielmann, S.	XVIII
Stand des Klinischen Krebsregisters des Südwestsächsischen Tumorzentrums	Heiland, G.	XVIII
Die photodynamische Therapie - Erste Erfahrungen an der Klinik für Hautkrankheiten und Allergologie Zwickau	Wittekind, C.	XVII
Regionale Chemotherapie - aktueller Stand	Schott, G.	XVII
Adoptive Immuntherapie zur Behandlung bösartiger Erkrankungen	Mechtel, D.	XVII
Aufbau eines Multimediaverbundes von Krankenhäusern der Euroregion Egreensis	Aigner, K.	XVI
Klinische Erfordernisse zu Indikationsstellung und Durchführung der Strahlenbehandlung radioonkologischer Patienten	Niederwieser, D.	XVI
Immuntherapie mit LeukoNorm® bei persistierenden genitalen high risk HPV-Infektionen	Schott, G.	XV
Periphere Stammzellentransplantation in Kombination mit Hochdosistherapie - ein neuer Weg zu besseren Therapieergebnissen?	John, C.	XV
Möglichkeiten und Grenzen moderner strahlentherapeutischer Verfahren.	Tilch, G.	XV
Radiochemotherapie - Hyperfraktionierung - Afterloadingtherapie	Schott, G.	XIV
Aktueller Stand der Tumorerkrankungen des HNO-Fachgebietes in der HNO-Klinik des Städtischen Klinikums „Heinrich Braun“ Zwickau	Standke, E.	XIV
	John, C.	XIV
	Zipfel, L.	XIV



Standardisierung der pathohistologischen Begutachtung	Hermanek, P.	XIII
Gedanken zu Qualität und Standard aus der Sicht des niedergelassenen Gynäkologen	Leitsmann, H.	XIII
Tumornachsorge - Was ist machbar und was hilft dem Patienten	Weber, J.	XIII
Neue Trends in der medikamentösen Krebstherapie	Schott, G.	XII
Indikation und Grenzen der modernen Strahlentherapie maligner Tumoren unter besonderer Berücksichtigung des Leistungsspektrums der Klinik für Strahlentherapie am Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau	Klötzer, K.	XII
Zeitgemäße Behandlungskonzepte der Tumorschmerztherapie	Malchow, J.	XII
Ernährungsmedizinische Betreuung von Tumorpatienten	Schauder	XII
Aspekte psychosozialer Betreuung bei onkologischen Patienten	Kredel, J.	XII
Ungeprüfte Therapieverfahren in der Onkologie	Schumacher, K.	XI
Lebensqualität oder Überlebenszeit - Was ist anzustreben?	Porzolt, F.	XI
Thrombotische Komplikationen bei Tumorpatienten - Prophylaxe und Therapie in Klinik und Ambulanz	Schott, G.	X
Alternativen zur konventionellen Substitutionstherapie	Köhler, M.	X
Infektionssicherheit von Plasmaprodukten	Link, R.	X
Bessere Lebensqualität bei Krebs durch neuere Entwicklungen in der Supportivmedizin?	Hartenstein, R.	IX
Tumortherapie - stationär notwendig - ambulant durchführbar?	Fülle, H.	IX
Genetische Risiken für medizinisches Personal beim Umgang mit Zytostatika	Schott, G.	IX
Gesetzliche Grundlagen des Umgangs mit Zytostatika im Kontext medizinisch-pharmazeutischer Fragestellungen	Weinhold, U.	IX
Praktische Gesichtspunkte des sicheren Umgangs mit Zytostatika	Meier, K.	IX
Zytokine in der Onkologie	Donislawski, S.	IX
Hyaluronidase zur Effektivitätsverbesserung der antineoplastischen Chemotherapie	Niederle, N.	VIII
Tumorkachexie - Möglichkeiten der Behandlung	Schott, G.	VIII
Pflege von Tumorpatienten	Reitmeier, M.	VIII
Schmerztherapie in der Onkologie	Bodenmüller, R.	VIII
Krebs und Umwelt	Zech, D.	VIII
Häufigkeit der Tumorerfassung in West-Sachsen und Ost-Thüringen	Schulte, H.	VII
Zelltod durch Apoptose und seine Bedeutung in der Karzinogenese	Stabenow, R.	VII
Neue Wege in der medikamentösen Krebstherapie	Bursch, W.	VII
Fortschritte in der Onkologie aus der Sicht der Chirurgie	Schott, G.	VII
Steroidhormonrezeptoren in Experiment und klinischer Praxis	Schwarzer, R.	VII
Stellenwert der explorativen Laparotomie bei der Stadienzuordnung	Klötzer, K. H.	VII
Systolische Zeitintervalle zur Erkennung einer gestörten linksventrikulären Funktion, eine Screeningmethode zur Erfassung einer adriamycininduzierten Kardiomyopathie - erste Ergebnisse	Heise, E.	IV
Onkologie in einer Neurologischen Klinik	Zimmermann, G.	II
Zwei Jahre Onkologische Arbeitsgruppe Gynäkologie am Onkologischen Zentrum des BKH Zwickau	Schott, G.	II
Das Onkologische Zentrum als Koordinator zwischen multidisziplinären Onkologischen Arbeitskreisen, fachspezifischen Onkologischen Arbeitsgruppen und Poliklinischen Abteilungen für Onkologie.	Eisenreich, R.	II
Aktuelle Probleme der Onkologie	Kreibich, Ute	II
Struktureinheiten und Aufgaben in der multidisziplinären Onkologie	Roßberg, H.	II
	Sommer, S.	II
	Dinger, W.	II
	Loebe, F.	II
	Thomas, C.	II
	Leitsmann, H.	II
	Schott, G.	II
	Tanneberger, S.	I
	Schott, G.	I

Endoskopische Tumordiagnostik  
Aspekte der morphologischen Tumordiagnostik  
Leistungsprofil der Chirurgischen Klinik in der operativen Tumorthherapie  
Möglichkeiten der Orthovolttherapie  
Moderne Aspekte der speziellen Organchirurgie  
Moderne Polychemotherapie klinisch wichtiger Neoplasien

Rösner, K. |  
Steede, E. |  
Schwarzer, R. |  
Ache, D. |  
Schwarzer, R. |  
Schott, G. |



Auditorium zum XXIV. Symposium 2007

# Industrierausstellung



1993 im alten Speisesaal

und

1996 im neuen Speisesaal





Industrierausstellung 2005

Auch für das leibliche Wohl ist gesorgt





Lebhafte Diskussionen bei der Posterpräsentation



## Autorenverzeichnis

Autoren/ Redner Nr.	Name	Titel	Institution	Nr.
[1]	Ache, D.	MR Dr. med.	Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau	I
[2]	Aigner, K.	Prof. Dr. med.	Klinik für Chirurgie, ASKLEPIOS- Paulinenklinik Wiesbaden	XVI
[3]	Al-Assad, A.	Dr. med.	Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau	XXIV
[4]	Albrecht, M.	Dr. med.	BKH "F. Wolf" Karl-Marx-Stadt	III
[5]	Albrecht, R.	Priv.-Doz. Dr. med.	HELIOS Klinikum Aue	XVIII, XIX, XX, XXI, XXII, XXIII, XXIV
[6]	Arnold, D.	Dr. med.	Klinik für Innere Medizin, Martin-Luther-Universität Halle	XXII
[7]	Auge, J.	Dr. med.	Waldklinikum Gera gGmbH	XXI
[8]	Barnert, G.	Dr. med.	Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau	IV
[9]	Barnert, S.	Dr. med.	Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau	II
[10]	Benkert, P.		Medizinische Akademie "Carl Gustav Carus" Dresden	II
[11]	Beuthner, D.	Dr. med.	Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau	II
[12]	Bischof, G.	Dr. med.	BKH Zwickau	II, V
[13]	Bischoff, J.	Dr. med.	Technische Universität Magdeburg	XXIV
[14]	Blumenstengel, K.	Dr. med.	Schwerpunktpraxis Hämatologie/ Onkologie, Eisenach	XXI
[15]	Bochmann, C.	Dr. med.	HELIOS Klinikum Aue	XVIII, XIX, XXI, XXIII, XXIV
[16]	Bodenmüller, R.		Westdeutsches Tumorzentrum, Universität-Gesamthochschule Essen	VIII
[17]	Boicev, A.	Dr. med.	Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau	XVIII, XXII, XXIII
[18]	Brückner, M.		Medizinische Akademie "Carl Gustav Carus" Dresden	II
[19]	Büchner, T.	Prof. Dr. med.	Medizinische Klinik Universität Münster	VIII
[20]	Bursch, W.	Dr. rer. nat.	Universität Wien	VII
[21]	Chladt, J.	Dr. med.	Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau	I, II
[22]	Dietel, H.	Dr. med.	HELIOS Klinikum Aue	XX
[23]	Dietel, J.	Dr. med.	HELIOS Klinikum Aue	XX
[24]	Dinger, W.	Dr. med.	Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau	II
[25]	Donislowski, S.		Krankenhaus Hamburg-Harburg	IX
[26]	Drings, P.	Prof. Dr. med.	Thoraxklinik-Heidelberg gGmbH	XX
[27]	Eisenreich, R.	Dr. med.	Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau	II
[28]	Engelmann, L.	Dr. med.	Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau	XXII



Autoren/ Redner Nr.	Name	Titel	Institution	Nr.
[29]	Fehrmann, S.	Dr. med.	HELIOS Klinikum Aue	XVI
[30]	Fleischer, G.	PD Dr. med.	HELIOS Vogtland-Klinikum Plauen	XIV, XXII
[31]	Fleischer, J.		Medizinische Akademie "Carl Gustav Carus" Dresden	II
[32]	Franck, J.	Dr. med.	Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau	II, XVI
[33]	Frege, J.	Dr. med.	BKH Cottbus	II
[34]	Fritsch, G.	Dr. med.	HELIOS Vogtland-Klinikum Plauen	XIV, XVI
[35]	Fröhlich, K.	Dr. med.	Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau	XXIV
[36]	Fröhlich, M.	Dr. med.	Medizinische Akademie "Carl Gustav Carus" Dresden	II
[37]	Fülle, H.	PD Dr. med.	Krankenhaus Berlin-Moabit	IX
[38]	Gabb, U.	Dr. med.	Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau	XX, XXI, XXIV
[39]	Großer, V.	Dr. sc. med.	BKH Cottbus	II
[40]	Grundeis, M.	Dr. med.	Internistische Praxis Chemnitz	XXII
[41]	Grundmann, E.	Prof. Dr. med.	Gerhard-Domagk-Institut für Pathologie der Universität Münster	IX
[42]	Guba, H.	Dr. med.	Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau	XIX, XX, XXIII, XXIV
[43]	Hampel, K.	Dr. med.	Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau	XXIV
[44]	Händel, K.	Dr. med.	Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau	II
[45]	Hänsler, J.	Dr. med.	Medizinische Klinik der Friedrich-Alexander-Universität Nürnberg-Erlangen	XVIII
[46]	Hartenstein, R.	Prof. Dr. med.	Städtisches Krankenhaus München-Harlaching	IX
[47]	Hausamen, T.	Prof. Dr.	Städtische Klinik Dortmund	VII
[48]	Heiland, G.	Dr. med.	Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau	XIV, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX, XX
[49]	Heilmann, P.	Dr. med.	Klinikum Obergöltzsch/Rodewisch	XX
[50]	Heinemann, K.	Dr. med.	Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau	II
[51]	Heise, E.	Dr. sc. nat.	Zentralinstitut für Krebsforschung der Akademie der Wissenschaften, Berlin	IV
[52]	Henning, D.	Dr. med.	Paracelsus Klinik Reichenbach	XIX
[53]	Hermanek, P.	Prof. Dr. med.	Abt. Pathologie der Chirurgischen Klinik der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen/Nürnberg	XIII
[54]	Hermann, T.	Prof. Dr. med.	Medizinische Akademie "Carl Gustav Carus" Dresden	II
[55]	Herold, M.	Prof. Dr. med.	HELIOS Klinikum Erfurt	XXIV

Autoren/ Redner Nr.	Name	Titel	Institution	Nr.
[56]	Herrlinger, U.	Prof. Dr. med.	Universitätsklinikum Bonn	XXIII
[57]	Hofheinz, R.	Dr. med.	Onkologisches Zentrum der Universitätsklinik Mannheim	XXIV
[58]	Iliev, D.	Dr. med.	HELIOS Vogtland-Klinikum Plauen	XXI
[59]	Jaeger, W.	Dr. med.	BKH Cottbus	II
[60]	Jäger, B.	Dr. med.	BKH "F. Wolf" Karl-Marx-Stadt	IV
[61]	Jäger, M.	Dr. med.	HELIOS Vogtland-Klinikum Plauen	XXII, XXIV
[62]	Jobst, M.	Dr. med.	Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau	XV, XVI, XVII, XVIII
[63]	John, C.	Dr. med.	Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau	XIV, XV
[64]	John, M.	Dr. med.	Gynäkologische Praxis Glauchau	XVII, XXI
[65]	Junghänel, U.	Dr. med.	Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau	XXII
[66]	Junghans, C.	Dr. med.	Paracelsus-Klinik Bad Elster	XVII, XXII
[67]	Karich, B.	Dr. med.	Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau	XXII
[68]	Kempe, D.		Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau	XXIII
[69]	Kieback, D.	Prof. Dr. med. Prof. h. c.	HELIOS Klinikum Aue	XXIV
[70]	Kißling, A.	Dr. med.	Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau	XXII
[71]	Klose, K.	Prof. Dr. med.	Klinikum der Philipps-Universität Marburg	XVIII
[72]	Klötzer, K. H.	PD Dr. med.	Klinik für Radiologie F.-Schiller-Universität Jena	VII, XII
[73]	Knopf, B.	Prof. Dr. med.	Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau	XV, XVI, XVIII, XIX, XXII, XXIII
[74]	Köhler, M.	Prof. Dr. med.	Universität Göttingen	X
[75]	Köhne-Wömper, C.	Dr. med.	Medizinische Hochschule Hannover	XI
[76]	Kortmann, R.	Prof. Dr. med.	Klinik für Strahlentherapie und Radio-onkologie Universität Leipzig	XXII
[77]	Kowalick, L.	Prof. Dr. med. habil.	HELIOS Vogtland-Klinikum Plauen	XIV, XVI, XVIII, XIX, XXI
[78]	Kraus, E.	Dr. med.	HELIOS Vogtland-Klinikum Plauen	XXIV
[79]	Kredel, J.	Dipl.-Psych.	Psychosoziale Nachsorgeeinrichtung der Chirurgischen Klinik der R.-Karls-Universität Heidelberg	XII
[80]	Kreibich, U.	Dr. med.	Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau	II, XI, XIV, XV, XVII, XXI, XXII, XIII, XXIV
[81]	Kretzschmar, A.	Dr. med.	Charité Berlin, Robert-Rössle-Klinik	XXII
[82]	Krex, D.	Dr. med.	Universitätsklinikum "C. G. Carus" Dresden	XXIII
[83]	Kühn, J.	Dr. med.	HELIOS Vogtland-Klinikum Plauen	XXII, XXIII, XXIV



Autoren/ Redner Nr.	Name	Titel	Institution	Nr.
[84]	Kühne, J.	PD Dr. med.	Paracelsus-Klinik Bad Elster	XIV
[85]	Leitsmann, H.	Prof. Dr. med.	Gynäkologische Gemeinschaftspraxis Zwickau	I, II, VII, XIII, XVII, XXI, XXII, XXIV
[86]	Lenk, I.		Gynäkologische Gemeinschaftspraxis Zwickau	XXII, XXIV
[87]	Lesche, A.	Dr. med.	Medizinische Akademie "Carl Gustav Carus" Dresden	II
[88]	Lessel, A.	Dr. med.	ZIK Berlin	V
[89]	Leucht	Dr. med.	HELIOS Vogtland-Klinikum Plauen	XVI
[90]	Link, R.	Dr. rer. nat.	Immuno GmbH Heidelberg	X
[91]	Lippert, H.	Prof. Dr. med.	Zentrum für Chirurgie, Otto-von- Guericke-Universität Magdeburg	XIII
[92]	List, A.	MR Dr. med.	Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau	V, VI
[93]	Loebe, F.	MR Prof. Dr. sc. med.	Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau	II, XVI
[94]	Lorenz, R.	Prof. Dr. med.	HELIOS Vogtland-Klinikum Plauen	XVI
[95]	Machetanz, J.	Priv.-Doz. Dr. med.	Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau	XXIII
[96]	Malchow, J.	Dr. med.	Schmerzpraxis Schneeberg	XII
[97]	Mantovani, L.	Dr. med.	Städtisches Klinikum "St. Georg" Leipzig	XXI
[98]	Mechtel, D.	Dr. med.	Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau	XVII, XXII, XXIII, XXIV
[99]	Mehnert, W.	Dr. sc. med.	Nationales Krebsregister	V, VI
[100]	Meier, K.		Krankenhaus Hamburg-Harburg	IX
[101]	Meyer, L.	Dr. med.	HELIOS Vogtland-Klinikum Plauen	XXIV
[102]	Migenda, K.	Dipl.-Med.	Betriebsgesundheitswesen Zwickau-Stadt	IV
[103]	Mischke, D.	Dr. med.	HELIOS Vogtland-Klinikum Plauen	XXI
[104]	Neef, L.	Dr. rer. nat.	Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau	V
[105]	Neubauer, A.	Prof. Dr. med.	Philipps-Universität Marburg	XXIV
[106]	Neubert, G.	Dr. med.	Paracelsus-Klinik Zwickau	XXII
[107]	Niederle, N.	Prof. Dr. med.	Städtisches Krankenhaus Leverkusen	VIII
[108]	Niederwieser, D.	Prof. Dr. med.	Universitätsklinikum Leipzig	XVI
[109]	Nikolow, J.		Fakultätskrankenhaus Kosice in Targowiste/Rußland	II
[110]	Oelze, M.		Firma Baxter	XXII
[111]	Pape, K.		BKH Cottbus	II
[112]	Perner, P.	Dr.-Ing.	Institut für Bildverarbeitung und ange- wandte Informatik e. V. Leipzig	XVI
[113]	Pfreundschuh, M.	Prof. Dr. med.	Universitätsklinik des Saarlandes Homburg	XX



Autoren/ Redner Nr.	Name	Titel	Institution	Nr.
[114]	Pilgrim, G.	Dr. med.	Akademie der Wissenschaften Berlin	V
[115]	Porzolt, F.	Prof. Dr. med.	Universitätsklinik Ulm	XI
[116]	Praetz, U.	Dipl.-Psych.	Paracelsus-Klinik Bad Elster	XXIII
[117]	Reinhardt, U.		Medizinische Akademie "Carl Gustav Carus" Dresden	II
[118]	Reinhold, F.		Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau	II
[119]	Reinhold, U.	Dipl.-Med.	Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau	XXIII
[120]	Reitmeier, M.	Dr. med.	Städtisches Krankenhaus München-Harlaching	VIII
[121]	Renz, J.	Dr. med.	Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau	VI, XXII
[122]	Rick, O.	Dr. med.	Medizinische Klinik für Hämatologie/ Onkologie Charité Campus Berlin-Mitte	XXI
[123]	Ridwelski, K.	Dr. med.	Städtisches Klinikum Magdeburg	XXII
[124]	Rösner, K.	OMR Prof. Dr. sc. med.	Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau	I
[125]	Roßberg, H.		Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau	II
[126]	Sauer, R.	Prof. Dr. med.	Klinik für Strahlentherapie, Friedrich- Alexander-Universität Erlangen/Nürnberg	XIII, XX
[127]	Schaarschmidt, R.	Dr. med.	HELIOS Vogtland-Klinikum Plauen	XV
[128]	Schaller, G.	Prof. Dr. med.	Bioxsys GmbH, Berlin/München	XXIV
[129]	Scharkoff, H.	MR Dr. med.	BKH Cottbus	III
[130]	Scharkoff, T.	Dr. med.	BKH Cottbus	II
[131]	Schauder	Prof. Dr. med.	Ernährungsmedizinische Ambulanz der Universität Göttingen	XII
[132]	Schmid, H.	Dr. med.	Universitätsfrauenklinik Heidelberg	XI
[133]	Schott, G.	Prof. Dr. med.	Südwestsächsisches Tumorzentrum e.V.	I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX
[134]	Schulte, H.	o. Univ. Prof. Dr.	Universität Wien	VII
[135]	Schumacher, K.	Prof. Dr. med.	Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart	XI
[136]	Schübler, H.	MR Dr. med.	Poliklinik Mitte Zwickau	III
[137]	Schwarzer, R.	MR Prof. Dr. sc. med.	Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau	I, II, IV, V, VI, VII
[138]	Sommer, S.	Dr. med.	Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau	II, XII
[139]	Stabenow, R.		Nationales Krebsregister	VII
[140]	Stamenow, S.		Fakultätskrankenhaus Kosice in Targowiste/Rußland	II
[141]	Standke, E.	Priv.-Doz. Dr. med.	Südwestsächsisches Tumorzentrum e.V.	XIV, XVII, XX, XXI, XXIII

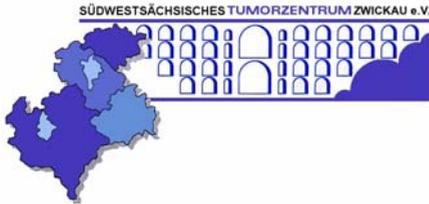


Autoren/ Redner Nr.	Name	Titel	Institution	Nr.
[142]	Steudte, E.	Dr. med.	Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau	I, II, III, IV, V, VI
[143]	Stöltzner, J.	Dipl.-Med.	Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau	XXI, XXIII
[144]	Störl, U.	Dr. med.	Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau	XV
[145]	Süße, A.	Dr. med.	HELIOS Klinikum Aue	XXIV
[146]	Sutor, A.	Prof. Dr. med.	Universitätsklinik Freiburg	X
[147]	Szlezak, L.	Dr. med.	Raszeja Krankenhaus in Poznan/Polen	II
[148]	Tannapfel, A.	Prof. Dr. med.	Universitätsklinik Leipzig	XX
[149]	Tanneberger, S.	Dr. Dr. sc. med.	Akademie der Wissenschaften Berlin	I
[150]	Taubner, U.	Dr. med.	Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau	XXII
[151]	Teubner, D.	Dr. med.	Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau	XXIV
[152]	Thomas, C.	Dr. med.	Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau	II
[153]	Tilch, G.	Dr. med. habil.	Klinikum Obergöltzsch/Rodewisch	XIV, XV, XVII, XVIII, XIX, XX, XXIV
[154]	Tode, G.	Dr. med.	BKH "F. Wolf" Karl-Marx-Stadt	I, IV
[155]	Tulusan, A.	Prof. Dr. med.	Klinikum Bayreuth	XX
[156]	van de Loo, J.	Prof. Dr. med.	Medizinische Klinik Universität Münster	X
[157]	Walther, H.	Dr. med.	Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau	III
[158]	Walther, P.	Dipl.-Med.	Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau	XIX
[159]	Weber, J.	MR Dr. med.	Praxis für Chirurgie, Thoraxchirurgie und Naturheilverfahren Steinpleis	III, XIII
[160]	Weidig, W.	Dr. med.	BKH Cottbus	II
[161]	Weinert, D.	Dr. med.	HELIOS Vogtland-Klinikum Plauen	XXIV
[162]	Weinhold, U.	Dr. med.	Forschungsinstitut für Hygiene und Mikrobiologie Bad Elster	IX
[163]	Weiß, H.	Dr. med.	HELIOS Klinikum Aue	XXII, XXIV
[164]	Wendler, D.	Dr. med.	Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau	XXIII
[165]	Werner, W.	PD Dr. med.	HELIOS Vogtland-Klinikum Plauen	XXI, XXIII,
[166]	Wildenhain, R.	Dr. med.	Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau	XI
[167]	Wittekind, C.	Prof. Dr. med.	Pathologisches Institut Universität Leipzig	XVII
[168]	Wolf, H.	Dr. med.	Medizinische Akademie "Carl Gustav Carus" Dresden	II
[169]	Wulff, V.	Dipl.-Ing.	Südwestsächsisches Tumorzentrum e.V.	XXI, XXII, XXIII, XXIV
[170]	Zech, D.	Dr. med.	Institut für Anästhesiologie Universität Köln	VIII

Autoren/ Redner Nr.	Name	Titel	Institution	Nr.
[171]	Zerweck, R.	Dr. med.	BKH Cottbus	II
[172]	Zielmann, S.	Dr. med. habil.	Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau	XVIII
[173]	Zimmermann, G.	Dr. med.	Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau	II
[174]	Zipfel, L.	Dr. med.	Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau	XIV
[175]	Zschille, W.	Dr. med.	Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau	XXIV

## Programm XXV. Symposium

*Südwestsächsisches Tumorzentrum Zwickau e.V.  
Medizinische Gesellschaft Zwickau e.V.*



### **25. Zwickauer Onkologie-Symposium**

**19. April 2008**

**8.30 – 13.00 Uhr**

---

#### *Neue Verfahren in Diagnostik und Therapie*

---

Tagungsort: Hörsaal (Haus 90)  
H.-Braun-Klinikum Zwickau gGmbH  
Karl-Keil-Straße 35

Programmkomitee: Dr. med. Ute Kreibich  
Dr. med. G. Heiland  
Priv.-Doz. Dr. med. E. Standke

Posterkommission: Dr. med. E. Wagler  
Prof. Dr. med. B. Knopf

Organisat. Leitung: Dipl.-Ing. V. Wulff

Sehr geehrte Frau Kollegin,  
sehr geehrter Herr Kollege,

bereits zum 25. Male findet das Zwickauer  
Onkologie-Symposium statt und ich darf Sie  
hierzu sehr herzlich einladen.

Dem Jubiläumscharakter der diesjährigen  
Veranstaltung entsprechend möchten wir einige  
Highlights der onkologischen Forschung disku-  
tieren, deren Einführung in die medizinische  
Praxis zwar erfolgt ist, deren weite Verbreitung  
aber noch bevorsteht.

Führende Experten des jeweiligen Fachgebietes,  
die die methodische Entwicklung in den  
letzten Jahren wesentlich vorangetrieben ha-  
ben, konnten wir auch diesmal als Referenten  
gewinnen. Somit erwarte ich eine interessante  
Diskussion.

Erstmals führen wir im Rahmen des Onkolo-  
gie-Symposiums ein Patientenforum zur Früh-  
erkennung und Behandlung des Mammakarzi-  
noms durch. In einem Rundtischgespräch  
sollen unsere Patientinnen und Patienten Ge-  
legenheit bekommen, auf ihre hoffentlich vielen  
Fragen fundierte Antworten zu erhalten. Bitte  
ermuntern Sie ihre Patienten zu einer regen  
Teilnahme.

*Priv.-Doz. Dr. med. E. Standke*  
Vorsitzender  
SWS Tumorzentrum Zwickau e.V.

# Programm XXV. Symposium

## Programm

- 8.30 Uhr **Begrüßung**  
E. Standke (Zwickau)
- 8.35 Uhr **Grußwort: Sächsische Krebsgesellschaft e.V.**  
**Froster, Ursula, G., Prof. Dr. med.**  
Vorsitzende der Sächsischen Krebsgesellschaft  
Institut für Humangenetik, Universität Leipzig
- 8.50 Uhr **Ein Streifzug durch 25 Jahre Zwickauer  
Onkologie-Symposium**  
E. Standke, V. Wulff (Zwickau)

## I. Wissenschaftliche Sitzung

Vorsitz: J. Ricke, (Magdeburg) E. Standke (Zwickau)

- 9.00 Uhr **Kotzerke, J. (Dresden)**  
**Leistungsfähigkeit von PET und PET-CT in  
Tumordiagnostik und –staging**
- 9.20 Uhr Diskussion
- 9.30 Uhr **Ricke, J. (Magdeburg)**  
**Selektive Interne Radiotherapie mit Yttrium  
90 bei primären und sekundären  
Lebermalignomen  
– eine neue locoregionäre Therapieoption**
- 9.50 Uhr Diskussion

## **10.00 – 10.45 Uhr Pause**

**Posterbesichtigung  
Besuch der Industrieausstellung  
Imbiss im Speisesaal**

## II. Wissenschaftliche Sitzung

Vorsitz: U. Kreibich (Zwickau), P. Wust (Berlin)

- 10.45 Uhr **Wust, P. (Berlin)**  
**Hyperthermie – Aktueller Stand und  
Perspektiven**
- 11.05 Uhr Diskussion
- 11.15 Uhr **Jordan, A. (Berlin)**  
**Nanotherapie – Aktueller Stand und  
Perspektiven**
- 11.35 Uhr Diskussion

## III. Wissenschaftliche Sitzung

Vorsitz: C. Diener (Oelsnitz), D. G. Kieback (Aue)

- 11.45 Uhr **Hildebrandt, G. (Leipzig)**  
**Alleinige Teilbrustbestrahlung mit  
interstitieller Brachytherapie**
- 12.05 Uhr Diskussion
- 12.15 Uhr **Diener, C. (Oelsnitz)**  
**Antiangiogenesetherapie mit Avastin –  
Klinische Indikationen**
- 12.35 Uhr Diskussion
- 12.45 Uhr **Schlussbemerkungen**  
E. Standke (Zwickau)
- 13.00 Uhr Abschluss des Symposiums

---

Die Veranstaltung wird mit **6 Punkten** für das Fortbildungszertifikat der Sächsischen Landesärztekammer bewertet.



# Programm XXV. Symposium

## Patientenforum: Mammakarzinom

Moderation: Prof. Dr. med. H. Leitsmann (Zwickau)

- 14.00 Uhr** Tilch, G., Dr. med. habil. (Rodewisch)  
**Aufbau und Arbeitsweise des Brustzent-  
rums Vogtland**
- 14.20 Uhr** Diedrich, M., Dr. med. (Zwickau)  
**Krebsfrüherkennung – Das Mammo-  
graphieprogramm in Südwestsachsen**
- 14.40 Uhr** Miesel, Barbara, Dr. med. (Rodewisch),  
Tilch, G., Dr. med. habil. (Rodewisch)  
**Ernährung und Krebs – Was sollte ich  
beachten.**
- 15.00 Uhr** Becker, Katrin, Dipl.-Psychol. (Rodewisch)  
**Diagnose Krebs – Wege der Krankheits-  
bewältigung**
- 15.20 Uhr** **Rundtischgespräch zur Beantwortung von  
Fragen der Patienten**  
Teilnehmer: - Dipl.-Psych. K. Becker  
- Dr. med. M. Diedrich  
- Prof. Dr. med. H. Leitsmann  
- Priv.-Doz. Dr. med. E. Standke  
- ChA Dr. med. habil. G. Tilch

**16.30 Uhr** Abschluss der Veranstaltung

## **Infostände der Firmen:**

- Astra Zeneca
- Baxter Deutschland
- Alippi

## Posterpräsentation

- Meyer, L. (Plauen)  
**Endoskopisch-extraperitoneale iliaca-  
le Lymphadenektomie beim malignen  
Melanom der unteren Extremität**
- Teubner, Dominika; Mechtel, D. (Zwickau)  
**Klinische Varianten kutaner B-Zell-  
Lymphome**
- Tilch, G. (Rodewisch)  
**Patientenbefragung „Mammakarzinom“**
- Wagler, Elke (Werdau)
- Wulff, V. (Zwickau)  
**Klinische Krebsregister im Internet**
- Zschille, Waltraut (Zwickau)

---

## Organisation:

SWS Tumorzentrum Zwickau e.V.  
Karl-Keil-Straße 35  
08060 Zwickau  
Telefon: (0375) 56 99 100  
Fax: (0375) 56 99 111  
E-mail: tuz@tumorzentrum-zwickau.de  
[www.tumorzentrum-zwickau.de](http://www.tumorzentrum-zwickau.de)



## Programm XXV. Symposium

### Referenten:

**Becker, K., Dipl.-Psychol.**

Klinikum Obergöltzsch Rodewisch  
Brustzentrum Vogtland

**Diedrich, M., Dr. med.**

Radiologische Praxis Zwickau

**Diener, Chr., Dr. med. habil.**

Internistische Praxis Oelsnitz

**Froster, Ursula, G., Prof. Dr. med.**

Vorsitzende der Sächsischen Krebsgesellschaft  
Institut für Humangenetik, Universität Leipzig

**Hildebrandt, G., Prof. Dr. med.**

Universitätsklinikum Leipzig  
Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und Radioonkologie

**Jordan, A., Dr. med.**

MagForce Nanotechnologies AG Berlin

**Kotzerke, J., Prof. Dr. med.**

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden  
Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin

**Kreibich, Ute, ChÄ Dr. med.**

Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau  
Klinik für Innere Medizin II

**Leitsmann, H., Prof. Dr. med.**

Gynäkologische Praxis Zwickau

**Miesel, Barbara, Dr. med.**

Klinikum Obergöltzsch Rodewisch  
Brustzentrum Vogtland

**Ricke, J., Prof. Dr. med.**

Universitätsklinikum Magdeburg  
Zentrum für Radiologie

**Standke, E., ChA Priv.-Doz. Dr. med.**

Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau  
Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie

**Teubner, Dominika, Dr. med.**

Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau  
Klinik für Hautkrankheiten

**Tilch, G., ChA Dr. med. habil.**

Klinikum Obergöltzsch Rodewisch  
Klinik für Frauenheilkunde

**Wagler, E., Dr. med.**

Pleißentalklinik Werdau  
Klinik für Chirurgie

**Wulff, V., Dipl.-Ing.**

Südwestsächsisches Tumorzentrum Zwickau e.V.

**Wust, P., Prof. Dr. med.**

Charité Berlin  
CharitéCentrum für Tumormedizin

**Zschille, Waltraut, OA Dr. med.**

Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau  
Klinik für Innere Medizin II

---

### **INDUSTRIEAUSSTELLUNG**

von 9.00 – 12.00 Uhr im Speisesaal

### **Aussteller und Sponsoren:**

- Amgen GmbH
- Baxter Deutschland
- Bristol-Myers Squibb
- Celgene GmbH
- Cephalon
- CHUGAi Pharma
- Flora-Apotheke Werdau
- GlaxoSmithKline
- Janssen-Cilag
- Lilly Deutschland GmbH
- Merck Pharma
- Novartis Pharma GmbH
- Pfizer GmbH
- Pfrimmer-Nutricia GmbH
- Roche Pharma AG

