

AKTUELLES

Endoskopie: Umbau abgeschlossen

Die Endoskopie der Thoraxklinik gilt seit Jahren als eines der führenden Zentren in der diagnostischen und interventionellen Bronchoskopie weltweit. So wurden hier neben der täglichen Patientenversorgung innovative Verfahren wie der Endobronchiale Ultraschall (EBUS) sowie Navigationstechniken für die Diagnostik peripherer Lungenrundherde entwickelt. Ein weiterer Schwerpunkt stellt die Behandlung benigner und maligner Atemwegsstenosen sowie die endoskopische Behandlung von obstruktiven Atemwegserkrankungen (COPD/Asthma) dar. Nach 9 Monaten sind nun der Umbau und die Modernisierung der beiden Untersuchungsräume abgeschlossen. Neben einer Optimierung der Untersuchungsabläufe wurden insbesondere innovative Techniken wie HDTV oder Optical Coherence Tomography (OCT) implementiert.



RENEW-Studie

Die endobronchiale Ventilimplantation zur endoskopischen Lungenvolumenreduktion ist eine seit Jahren etablierte Methode zur Behandlung von Patienten mit einem schwergradigen Lungenemphysem. Leider kommen nicht alle Patienten trotz ausgeprägter Lungenüberblähung dafür in Frage. Ursächlich ist hier eine sogenannte Kollateralventilation zwischen den einzelnen Lungenlappen, die den Ventileffekt und somit die Volumenreduktion verhindert. Eine alternative interventionelle Therapie stellt die sogenannte Spiralimplantation (PneumRx inc.) dar, deren Wirkungsweise unabhängig von einer eventuellen Kollateralventilation ist. Diese bereits in Deutschland zugelassene Behandlungsmethode wird derzeit in der Abteilung für Pneumologie und Beatmungsmedizin im Rahmen einer randomisierten Studie (RENEW-Studie) geprüft. Patienten können hierfür -wie bisher- in unserer Asthma und COPD-Ambulanz vorgestellt werden (Terminvergabe unter 06221-396-1211).

Mit Lungenkrebs in die Spezialklinik

Neue Daten belegen: In großen Zentren ist das Sterblichkeitsrisiko am geringsten.

In Kliniken, die jährlich mehr als 100 Patienten mit Lungenkrebs operieren, ist die Sterberate nahezu um die Hälfte geringer. Dies zeigen Daten des statistischen Bundesamts. Die aktuellen Ergebnisse belegen, dass die hochkomplexen Operationen an spezialisierten Behandlungszentren besser gelingen.

Prof. Dr. med. Bernward Passlick:

„Entscheidend für einen dauerhaft hohen Standard ist ein eingespieltes Team, in dem Spezialisten der verschiedenen Disziplinen wie Anästhesie, Thoraxchirurgie, Physiotherapie, spezialisierte Krankenpflege und Endoskopie zusammenarbeiten“.

(Auszug aus der Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Chirurgenkongress 2013)

Radiofrequenzablation

Die chirurgische Abteilung der Thoraxklinik am Universitätsklinikum Heidelberg bietet bei malignen Lungentumoren die Möglichkeit der Radiofrequenzablation (RFA) an, einer minimal-invasiven, CT-gesteuerten Behandlung auf Grundlage der neuesten Technologie. Die Vorteile der RFA sind ein geringes Risiko für Komplikationen, kleinere Inzisionen und eine schnellere Rekonvaleszenz im Vergleich zur traditionellen Chirurgie.

Was ist RFA?

Eine Prozedur, bei der Tumorzellen durch Hitze zerstört werden. Hitze wird dabei über eine transkutan in den Tumor eingeführte Nadelelektrode durch Einsatz eines hochfrequenten Stroms erzeugt.

Wann ist eine RFA indiziert?

RFA von malignen Lungentumoren stellt eine effektive Behandlungsoption dar bei Patienten, welche a) eine konventionelle Operation ablehnen oder b) aufgrund von Komorbiditäten, schlechter Lungenfunktion oder hohem Alter inoperabel sind. Die RFA eignet sich auch zur palliativen Tumorum-

menreduktion oder zur Linderung von Tumor-bedingten Symptomen wie beispielsweise Hämoptysen oder Schmerzen bei Brustwandinfiltration. Die Indikation zur RFA wird nach individueller Nutzen-/Risikoabwägung im wöchentlich tagenden Tumorboard der Thoraxklinik gestellt.

Expertise eines Lungenkrebszentrums

In der Therapie von malignen Lungentumoren hat sich die RFA bewährt. Sie stellt in spezialisierten Zentren mittlerweile ein etabliertes Verfahren dar. In der Thoraxklinik Heidelberg wird die RFA von einem erfahrenen interdisziplinären Team durchgeführt. In Zusammenarbeit mit dem Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) und dem Nationalen Zentrum für Tumorerkrankungen (NCT) wurden bereits mehrere Studien zur RFA maligner Lungentumoren erfolgreich abgeschlossen.

Kontakt

Über unsere interdisziplinäre Ambulanz oder eine unserer Privatambulanzen kann die Möglichkeit einer RFA gerne geprüft werden.

Lungenkrebs und Sport

In der Abteilung für Onkologie steht für Patienten mit Lungenkrebs neben den individuell abgestimmten schulmedizinischen Therapieansätzen eine zusätzliche therapeutische Option zur Verfügung:

Patienten haben zum einen die Möglichkeit an einer regelmäßig stattfindenden „Onkosportgruppe“ teilzunehmen, zum anderen besteht ab Herbst 2013 die Möglichkeit, an einer Studie zu Krebs und Bewegung teilzunehmen. Aus bisherigen Untersuchungen weiß man nämlich, dass ein strukturiertes körperliches Training eventuelle Nebenwirkungen und Komplikationen einer Anti-Tumorthherapie abmildern bzw. gegebenenfalls verhindern kann. Außerdem können Tumorkrankheiten durch regelmäßiges Bewegungstraining aktiv ihr subjektives Wohlbefinden positiv beeinflussen.

Im Rahmen der o.g. Studie wird konkret geprüft, inwieweit sich bei Patienten mit fortgeschrittenem Lungentumor ein regelmäßiges

Kraft- und Ausdauertraining positiv auf die Lebensqualität, auf den körperlichen Funktionsstatus und auf das Immunsystem auswirkt. Interessierte Patienten wenden sich für weitere Informationen bitte an das Sekretariat der Thoraxonkologie.

Tel.: 06221-396-1301 oder per eMail: Ludmilla.Usselman@thoraxklinik-heidelberg.de.



Focus Klinikliste 2013

Die Thoraxklinik konnte wie im Vorjahr in der Kategorie „Lungenkrebs“ den ersten Platz einnehmen.

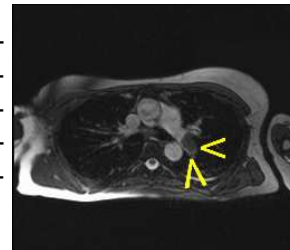
Wir freuen uns über diesen Erfolg, der nicht zuletzt auf den Beurteilungen der Ärzteschaft beruht.

MRT zur strahlenfreien Diagnostik der Lungenembolie - ggf. sogar ohne Kontrastmittel

Die technischen Weiterentwicklungen der MRT haben die Möglichkeiten in der Diagnostik von Lungenerkrankungen erheblich verbessert. Der in der Thoraxklinik seit 6/2012 betriebene MR-Scanner (Siemens Aera 1,5T) ist nur noch 1,45m lang und hat eine mit 70cm besonders weite Bohrung. Gerade das als Sonderausstattung installierte starke und schnelle Gradientensystem (slew-rate: 200T/m/s) und die parallele Bildakquisition mit 64 Kanälen sind für die Diagnostik der akuten Lungenembolie wichtig. Neben der kontrastmittelverstärkten angiographischen Untersuchung (MR-Angio) erweist sich die zeitaufgelöste Messung der kontrastmittelverstärkten Perfusion bei zahlreichen Lungenerkrankungen als robust und klinisch hilfreich. Durch eine Kombination zeitaufgelöster Messungen der Lungenperfusion und einer räumlich hoch aufgelösten MRA kann für die Diagnostik der Lungenembolie eine Sensitivität und Spezifität von über 90% erzielt werden, was vergleichbar der Genauigkeit der CT-Angiographie (CTA) ist. Daher kann die MRT, z.B. für Patienten mit Kontraindikationen gegen jodhaltige Röntgenkontrastmittel (z.B. Hyperthyreose, Nierenfunktionsstörung [GFR bis 30ml/min]) oder jüngere (d.h. strahlenempfindliche, <50J) Patienten, als strahlungsfreie Diagnostik der ersten Wahl zur Abklärung einer Lungenembolie angesehen werden. Letztlich sind sogar MR-Techniken verfügbar, die einen Kon-

trast zwischen fließendem Blut und Embolus auch ohne Kontrastmittelgabe erkennen lassen (Bildbeispiele). Damit ist selbst bei Niereninsuffizienz und im ersten Trimenon einer Schwangerschaft eine Lungenembolie bis auf Segmentebene diagnostizierbar.

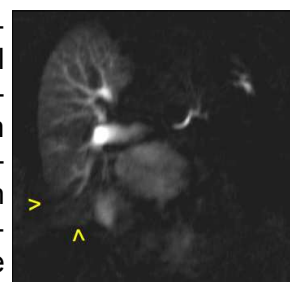
Große frische Lungenembolie in der linken Pulmonalarterie (Pfeile) bei einer Patientin in der 13. Schwangerschaftswoche; Untersuchung ohne KM [nativ].



Große frische Lungenembolie in der linken Pulmonalarterie (Pfeile) mit Infarktpneumonie und Zwerchfellhochstand; Untersuchung ohne KM [nativ].



Darunter zeigt die kontrastmittelverstärkte Perfusionsmessung in derselben Ebene einen kompletten Ausfall der Perfusion in der gesamten linken Lunge und einen weiteren keilförmigen Perfusionsdefekt im rechten Randwinkel (Pfeile) als Hinweis auf mögliche weitere Embolien.



COPD-Studie

Im Rahmen einer internationalen Multicenterstudie untersucht die Abteilung für Pneumologie und Beatmungsmedizin der Thoraxklinik derzeit die Wirkungsweise von Roflumilast (Daxas®). Dieser antiinflammatorische PD4-Hemmer ist für Patienten mit einer COPD und chronischer Bronchiitis sowie rezidivierenden Exazerbationen zugelassen. Untersucht werden nun die Effekte von Roflumilast auf die zelluläre und molekulare Entzündungsreaktion in der Bronchialschleimhaut. Dafür werden Probanden mit einer mittelgradigen COPD (Stadium II nach GOLD) gesucht, bei denen im Rahmen einer flexiblen Bronchoskopie Schleimhautbiopsien vor und nach Einleitung einer Roflumilasttherapie entnommen und analysiert werden. Die Probanden erhalten dafür eine Aufwandsentschädigung von 1.000 €. Weitere Informationen zu der Studie können auf der Homepage der Thoraxklinik (www.thoraxklinik-heidelberg.de) eingesehen werden. Bei Interesse können sich Raucher oder ehemalige Raucher mit mindestens 10 py in unserer Asthma und COPD-Ambulanz vorstellen. Eine Terminvereinbarung ist unter der Telefonnummer 06221-396-1299 möglich.



Neues OP-Gebäude

Prof. Dr. Hendrik Dienemann und Roland Fank, Med. bzw. Kfm. Geschäftsführer der Thoraxklinik, konnten im April das neue OP-Gebäude einweihen. In weiteren Bauabschnitten werden nun das Funktionsgebäude saniert und ein neuer Eingangsbereich entstehen.

Thoraxklinik gehört zu den Nominierten für den **Achse Central Versorgungspreis** für chronische seltene Erkrankungen 2013

Nominiert wurden Projekte, die sich nachhaltig für eine verbesserte Versorgung chronisch seltener Erkrankter einsetzen. Die Thoraxklinik wurde für ihr Strukturkonzept „Interdisciplinary rare Lungdiseases Discussion Board (ILD Board) zur besseren Behandlung von seltenen Lungenerkrankungen ausgewählt.



Am 25. April 2013 wurde Prof. Dr. Peter Drings, ehemaliger Chefarzt Onkologie und Ärztlicher Direktor der Thoraxklinik, die Staufermedaille des Landes Baden-Württemberg durch die Wissenschaftsministerin Theresia Bauer verliehen. Diese Auszeichnung erhielt er für seine Verdienste im Zusammenhang mit dem Raucherpräventionsprogramm ohnekippe

Chirurgie/Personalien

Priv.-Doz. Dr. Thomas Schneider übernahm am 15.9.2012 (in Nachfolge Dr. Ortlieb) die Leitung der Abteilung für Thoraxchirurgie an den St. Vincentius-Kliniken Karlsruhe. Dr. Schneider war 1998 in die Chirurgische Abteilung an der Thoraxklinik Heidelberg eingetreten und seit 2004 in Oberarztposition.

Prof. Dr. Joachim Pfannschmidt hat am 1.5.2013 die Nachfolge von Prof. Dr. D. Kaiser als Chefarzt an der Klinik für Thoraxchirurgie, Lungenklinik Heckeshorn, angetreten (jetzt: Helios Klinikum Emil von Behring, Berlin).

Prof. Pfannschmidt gehörte seit 1999 der Thoraxklinik Heidelberg an und war hier 13 Jahre in Oberarztposition.

Dr. Heike Zabeck ist 2012 in Oberarztstellung aufgerückt. Sie gehört seit 2001 der Abteilung an und erhielt 2007 die Anerkennung im Schwerpunkt „Thoraxchirurgie“.

Oberarzt Priv.-Doz. Dr. Martin Eichhorn wechselte zum 1.4.2013 von der Chirurgischen Klinik und Poliklinik, Klinikum Großhadern, LMU München an die Thoraxklinik Heidelberg. Wissenschaftliche und klinische Schwerpunkte seiner Tätigkeit sind antivaskuläre Therapiestrategien solider Tumore sowie die Lungentransplantation.

Impressum:

Herausgeber: Geschäftsführung

Redaktion: Kirsten Gerlach M.A.

Thoraxklinik-Heidelberg gGmbH,
Amalienstr. 5, 69126 Heidelberg,
Tel.: 06221/396 2101

www.thoraxklinik-heidelberg.de

