



## Kleine Drüse als großes Problem

Pro Jahr erkranken rund 1600 Menschen in Österreich an Bauchspeicheldrüsenkrebs. Der Tumor ist eine große Herausforderung für Chirurgen und Onkologen. Eine neue Forschungsinitiative rückt den multimodalen, interdisziplinären Ansatz in den Fokus.

Karin Pollack

Wien – Es gibt Rankings, die rauben einem jede Illusion. In der Krebsmedizin sind es jene Diagnosen, die beim wichtigen Maßstab des Fünf-Jahre-Überlebens auf den letzten Plätzen rangieren. „Einstweilen macht der Bauchspeicheldrüsenkrebs leider das Schlusslicht“, sagt Michael Gnant, Vorstand der ABCSG-Studiengruppe für Brust- und Darmkrebs überaus erfolgreich, nimmt er zusammen mit einem interdisziplinären Team von Experten das Pankreaskarzinom in Angriff und will in den nächsten Jahren die Situation für Patienten zum Besseren verändern. „Durch Zentrumsmedizin“, so seine Strategie, denn Pankreaskarzinome sind hochkomplexe Erkrankun-

gen, erfordern sowohl bei der Operation als auch in der Behandlung viel Erfahrung, „die kleine Spitäler allein schon wegen der notwendigen Patientenzahlen nicht aufbringen können“, sagt er. Durch das Sammeln von Daten zu Tumorbilogenie und Behandlungsergebnissen will die Gruppe den Tumor besser kennenlernen und ihn durch eine stadiengerechte und multimodale Therapie effizienter als bisher bekämpfen.

Die Hürden: Bauchspeicheldrüsenkarzinome machen sich durch Symptome wie gürtelförmige Bauchschmerzen, Gewichtsverlust, Verdauungsprobleme oder Gelbsucht erst sehr spät bemerkbar. „Spät“ bedeutet in der Onkologie, dass Tumorzellen den Ursprungsort verlassen und Metastasen gebildet haben. Damit ist nur mehr eine Lebensverlängerung, keine Heilung möglich.

Die besten Prognosen haben insofern jene, deren Pankreaskarzinom auf das Organ selbst beschränkt ist und zudem von Chirurgen als „resektabel“, so der Fachbegriff für die Möglichkeit einer Entfernung, eingestuft wird. Der überwiegende Teil der Pankreaskarzinome liege im Kopfbereich, und perfiderweise scheinen sich gerade dort Symptome erst spät bemerkbar zu machen, sagt Chirurg Martin Schindl, Koordinator der Pankreas-Taskforce an der Med-Uni Wien.

### Besser kennenlernen

Durch hochauflösende bildgebende Verfahren wie CT und MRT wolle man die Tumoren, die von unterschiedlichen Zelltypen ausgehen, besser charakterisieren bzw. durch Positronenemissionstomografie in ihrem Stoffwechsel besser kennenlernen, so Schindl – auch zu dem Zweck, seine Aggressivität zu begreifen.

Zudem setzt Schindl auf Exosom-Analyse im Blut, das sind kleine Bläschen, die der Tumor zu produzieren scheint und als Proteine in die Blutbahn entlässt: „Sie könnten für die Früherkennung

bzw. für die Therapiekontrolle in Zukunft eine wichtige Rolle spielen“, hofft Schindl.

Was die Medizin Patienten heute anbieten kann, ist Chemotherapie. Zum einen, um Tumoren zu „schrumpfen“ und sie so operabel zu machen – „neoadjuvant“ ist der Fachbegriff –, zum anderen zur Lebensverlängerung. „Wir haben eine ganze Reihe von Tumormarkern im Visier“, sagt Gabriela Kornek, ärztliche Direktorin der Med-Uni Wien und Präsidentin der Initiative „Leben mit Krebs“, und diese wolle man durch Studien in ihrer Relevanz für das Tumorge-schehen austesten. Die BRCA-1-Mutation, die auch bei Brust- und Eierstocktumoren eine Rolle spielt, dürfte für eine kleine Patientengruppe auch bei Pankreaskrebs relevant sein. Auch sei der Tumormarker CA 19-9 oft erhöht und damit im Visier der Onkologen.

Das Scharfmachen des körpereigenen Abwehrsystems gegen Tumorzellen ist ein eigener Forschungsbereich. „Die Immuntherapie scheint nur in Kombination mit Chemotherapie einen Effekt zu haben“, präzisiert Onkologe Gerald Prager, ebenfalls im Team

der Med-Uni Wien. Er ist darüber hinaus auf die Ergebnisse einer Studie zur Hemmung von Hyaluronsäure gespannt. Standardmäßig sind derzeit sechs Chemotherapeutika und ein Tyrosinkinasehemmer in verschiedenen Kombinationen im Einsatz: „Die Patienten sprechen unterschiedlich an“, sagt er. Die ABGSG sieht in der systematischen Erfassung all dieser Parameter eine große Chance.

### Lebensqualität erhalten

„Wir sehen selten Patienten, die eine Behandlung gänzlich verweigern“, sagt Prager, weil man die Nebenwirkungen der Chemotherapie gut im Griff habe. Ohne Therapie verschlechtert sich der Allgemeinzustand der Betroffenen meist rasch. Wichtig sei, Patienten wegen einer möglichen Schmerztherapie eng an die Klinik zu binden. Von Therapien wie Hyperthermie oder Ozon rät er ab, weil „es keinen Hinweis auf Wirksamkeit gibt“. Eine interdisziplinäre Behandlung garantiere Lebensqualität. In späten Stadien der Erkrankung würden die Schlafphasen einfach immer länger, sagt Prager.

➔ [selbsthilfe-pankreaskarzinom.at](http://selbsthilfe-pankreaskarzinom.at)

### WISSEN

#### Schonzeit

Die Bauchspeicheldrüse (Pankreas) spielt bei der Verarbeitung von Nahrung eine Schlüsselrolle. Mit ihren Enzymen spaltet sie das Essen in für den Körper verwertbaren Treibstoff auf. Bei einer Erkrankung geht es darum, dem Organ die Arbeit zu erleichtern. Ein entsprechendes Buch gibt Anleitung in Form von viel Wissenswerten und Kochrezepten für Schonkost aller Art, also Suppen, Gemüse, Breivariationen und Pürees.

Wer mit der Diagnose Bauchspeicheldrüsenkrebs konfrontiert ist, hat viele Fragen. Deshalb hat die Pancreatic Cancer Unit der ABCSG eine umfassende Patientenbroschüre erstellt (Bestellung siehe Webtip). (pok)

➔ [abcsog.at](http://abcsog.at)



**Fortis/Kriehuber**, „Ernährung bei Erkrankung der Bauchspeicheldrüse“. € 16,90 / 140 Seiten, Maudrich 2017

## „Besser zu erreichen ist der Schwanzbereich“

Das Pankreaskarzinom stellt Chirurgen vor große Herausforderungen. Viszeralchirurg **Martin Schindl** von der Med-Uni Wien gibt Einblicke in die Hürden und Chancen der Operation.

INTERVIEW: Karin Pollack

STANDARD: Welche Patienten mit Pankreaskarzinom kommen für eine Operation infrage?

Schindl: Alles hängt vom Stadium ab. Die zentralen Fragen: Wie fortgeschritten ist die Krankheit? Damit meinen wir die Ausdehnung des Tumors im Organ und die Metastasierung. Und: Wo liegt der Tumor? Besser zu erreichen ist der Schwanzbereich, im Kopf des Pankreas können zudem auch „Anschlüsse“ an andere Organe betroffen sein.

STANDARD: Was ist das Problem?

Schindl: Zum einen die lebensnotwendigen Blutgefäße, die das Organ durchziehen und umgeben. Sie dürfen während der OP keinesfalls verletzt werden. Zum anderen ist das sehr dichte Gewebe, das die Bauchspeicheldrüse umgibt, eine Herausforderung, denn es sieht dem Tumor sehr ähnlich. Wir wissen, dass wir den Tumor radikal und mit einem Sicher-

heitsabstand entfernen müssen. Die Grenze zwischen gesundem und krankem Gewebe ist aber sehr schwer zu erkennen. Da kommen wir auch mit bildgebenden Technologien an die Grenzen.

STANDARD: Wie läuft die OP ab?

Schindl: In drei Phasen. Zuerst legen wir das Organ und die Blutgefäße frei und entfernen den Tumor. Noch während der Patient auf dem OP-Tisch liegt, schicken wir Gewebe ins Labor, wo in einem Schnellverfahren Gewebsschnitte gemacht werden, die Auskunft darüber geben, ob das Tumorgewebe komplett entfernt wurde. Wenn wir das Okay haben, beginnt die Wiederherstellungsphase. Wir verbinden den verbleibenden Rest des Organs mit dem Dünndarm, dem Gallengang und dem Ma-

gen. So eine OP kann fünf bis acht Stunden dauern.

STANDARD: Wie ist die Erfolgsrate? Schindl: Ein Viertel der Patienten ist bei Erstdiagnose resektabel, so der Fachbegriff dafür, dass eine Operation zur kompletten Tumorentfernung infrage kommt. 20 bis 40 Prozent leben danach länger als fünf Jahre. Bei Pankreaskarzinomen sind Rückfälle in Form von Metastasen leider häufig.

STANDARD: Nach Steve Jobs, der auch an Pankreaskarzinom erkrankt war, wird immer wieder die Transplantation bei Lebermetastasen thematisiert. Was ist dran?

Schindl: Nichts. Steve Jobs litt meines Wissens an einem seltenen neuroendokrinen Tumor der Bauchspeicheldrüse, nicht an einem Adenokarzinom, das wesentlich häufiger ist. In keinem Fall ist eine Transplantation sinnvoll. Im Gegenteil, sie würde Betroffenen schaden, weil das Immunsystem danach unterdrückt werden muss, um die Abstoßung des transplantierten Organs zu

verhindern. Deshalb können sich Tumorzellen dann ungehindert ausbreiten.

STANDARD: Operieren Sie auch Patienten mit Metastasen?

Schindl: Nur unter bestimmten Bedingungen, etwa wenn der Tumor bzw. Metastasen Gallengang oder Zwölffingerdarm verschließen. Wir setzen dann einen Stent und machen den Abfluss wieder möglich. Oft ist auch die Entleerung in den Magen gestört, auch da können wir „Umleitungen“ bauen, um die Verdauung und damit die Lebensqualität zu erhalten.

STANDARD: Wovor haben Patienten am meisten Angst?

Schindl: Vor Schmerzen. Wir haben aber die Möglichkeiten, durch eine regionale Schmerzausschaltung an den Nervenleitstellen nahe der Bauchspeicheldrüse dies in den Griff zu bekommen. Dabei arbeiten wir mit Ultraschall. Es ist die Stärke eines interdisziplinären Teams. Psychologische Begleitung ist genauso wichtig.

**MARTIN SCHINDL** ist Facharzt für Chirurgie/Viszeralchirurgie an der Med-Uni Wien/AKH und Koordinator der dortigen Pancreatic Cancer Unit.



**Martin Schindl operiert Patienten bis zu acht Stunden lang.**  
Foto: Astrid Bartl