

# REZEPTFREI – Die UKJ-Erklärsprechstunde

## Folge 4 - Selten und bösartig

*Vorspann mit Hintergrundmusik*

DR. WOLFRAM WESCHENFELDER: Gleichzeitig haben wir bei Sarkomen das Problem, dass das sehr, sehr viele unterschiedliche Erkrankungen eigentlich darstellt.

DR. CHRISTIAN SPIEGEL: Wir sind nun mal nur zwei Tumororthopäden bei uns im Haus, also wir sind das Team und mit den Patienten erweitern wir das Team.

DR. WOLFRAM WESCHENFELDER: Also der typische Patient, die typische Patientin sind, tatsächlich jung, also das ist, glaube ich, eines der großen Besonderheiten, die wir bei den Knochensarkomen haben.

MODERATORIN: Hallo und herzlich willkommen zu unserem UKJ-Podcast. Heute beschäftigen wir uns mit dem Thema Sarkome. Sarkome sind Tumoren der Knochen und der Weichteile und können quasi überall am Körper auftreten. Sie sind aber auch sehr selten. Bei Kindern machen sie ungefähr zehn Prozent der Krebserkrankungen aus, bei Erwachsenen gerade mal noch ein Prozent. Umso wichtiger, sich von Spezialisten behandeln zu lassen. Mit zwei von ihnen sprechen wir heute. Dr. Wolfram Weschenfelder, hallo.

DR. WOLFRAM WESCHENFELDER: Hallo.

MODERATORIN: Und Dr. Christian Spiegel, hallo.

DR. CHRISTIAN SPIEGEL: Wunderschönen guten Tag.

MODERATORIN: Die beiden sind Oberärzte in der Klinik für Hand-, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie und leiten hier das Sarkomzentrum am UKJ. Ja, Dr. Weschenfelder, wenn Sarkome so selten sind, warum braucht es denn überhaupt ein Zentrum?

DR. WOLFRAM WESCHENFELDER: Gerade wenn eine Erkrankung sehr selten ist, gibt es wenig Ärzte, die damit wirklich viel Erfahrung haben und viele Patientinnen und Patienten behandelt haben, die diese Erkrankung haben. Also man sagt, dass der durchschnittliche Orthopäde oder die durchschnittliche Orthopädin etwa zwei Knochensarkome überhaupt in der gesamten Karriere behandeln. Und dann ist es natürlich sehr wichtig, dass man so eine Erkrankung dann an einem Zentrum behandelt, das deutlich mehr Fälle vorzuweisen hat. Gleichzeitig haben wir bei Sarkomen das Problem, dass das sehr, sehr viele unterschiedliche Erkrankungen eigentlich darstellt. Also wir haben bei den Weichteilsarkomen über 60 verschiedene Subtypen, die man zum Teil komplett anders behandelt. Bei den Knochensarkomen gibt es auch sehr viele unterschiedliche Erkrankungen und gleichzeitig bestehen im Gegensatz zu den Krebserkrankungen, die man sonst so von Brustkrebs und Darmkrebs kennt, auch sehr, sehr viele gutartige Läsionen, von denen man das unterscheiden muss. Oft haben die Patienten, wie wir so schön sagen, einfach nur funny looking bones, also nichts, was wirklich schlimm ist. Und das sieht fast genauso aus wie so ein Knochensarkom. Und man muss das erst mal adäquat unterscheiden können.

DR. CHRISTIAN SPIEGEL: Ja, wie du sagst, Wolfram, also häufig ist es häufig, Seltenes ist selten. Und wenn man Seltenes eben in einer gewissen Frequenz häufig sieht, dann wird das Seltene häufig. Und genau das ist der Punkt, warum es Sarkomzentren braucht.

MODERATORIN: Jetzt sind Sie ja auf Sarkome im Knochen spezialisiert. Welche Patienten stellen sich denn bei Ihnen so vor? Wie alt sind die? Wo haben die Sarkome?

DR. WOLFRAM WESCHENFELDER: Also die typische Patientin sind tatsächlich jung. Also das ist,

glaube ich, eines der großen Besonderheiten, die wir bei den Knochensarkomen haben, dass eben der wachsende Mensch, das wachsende Skelett dazu neigt, dass sich doch auch bösartige Tumore entwickeln können. Und da sind die Knochen, die sehr viel Längenwachstum machen, natürlich häufiger betroffen. Und das ist zum Beispiel der Oberschenkelknochen. Eine ganz typische Lokalisation wäre dann eben der kniegelenksnahe Oberschenkelknochen, wo wir im Wachstumsalter tatsächlich bösartige Tumore, aber auch gutartige Tumore sehen. Und dann gibt es auch mal eine Gruppe älterer Menschen, weil eben doch der Knochen auch im Rahmen von Umbauprozessen und dem dadurch bedingten Stress auch manchmal Tumore entwickeln kann. Wir behandeln natürlich nicht nur Knochensarkome. Wir haben auch Patienten, die Metastasen, also Tochtergeschwülste andere Tumore haben. Ich denke, das ist auch einer der großen Schwerpunkte der Tumororthopädie, dass wir bei Brustkrebs und ähnlichem eben Tochtergeschwülste im Knochen sehen und dann natürlich auch diese behandelt werden müssen, bevor der Knochen bricht oder man die zum Teil auch entfernt im Rahmen der gesamten Tumorthherapie.

MODERATORIN: Wenn jetzt so ein junger Mensch vor Ihnen steht, mit der Diagnose Krebs konfrontiert wird, wie beziehen Sie den denn in die Behandlung ein?

DR. CHRISTIAN SPIEGEL: Ja, man muss mit der ganzen Situation erst mal relativ vorsichtig umgehen, mit einem gewissen Einfühlungsvermögen und das entwickelt sich natürlich mit der Zeit. Also dementsprechend ist es für uns Tumororthopäden auch so, dass wir natürlich über die gewisse Frequenz der Zeit, die wir diese Patienten auch behandeln und schon behandelt haben, auch unsere Herangehensweise an die Situation eben auch mit den Jahren angepasst und verbessert haben. Also einfühlsames Gespräch, nicht mit der Tür ins Haus fallen, schauen Sie mal, jetzt haben Sie Krebs im Knochen, das ist ja ganz furchtbar und so weiter und so fort, sondern wir versuchen erst mal aufzurollen, Anamnese zu führen, mit den Patienten sprechen, wie lange besteht das, wie lange besteht der Schmerz, gab es einen Auslöser dafür. Die meisten Patienten, auch junge Patienten oder dementsprechend auch ältere mit sekundär entarteten Befunden, die zum Beispiel da waren und mit der Zeit erst maligne entartet sind oder bösartig geworden sind, verbinden sowas meistens mit irgendwelchen Bagatelltraumen und verknüpfen das eher mit irgendwelchen Anpralltraumen oder Umknicktraumen oder irgendwelchen Geschichten, die für sie greifbar sind, weil so ein Tumor, der von heute auf morgen diagnostiziert wird, ist immer in der Regel nicht so richtig greifbar, sondern eben sowas Abstraktes, so ein Fantasiegebilde und dann ist man auf einmal total entrüstet, dass man das jetzt selber bekommen hat und ist vom Schicksal überwältigt und da versuchen wir die Patienten relativ zeitnah auf einer gewissen Ebene abzuholen, von Patient zu Patient natürlich unterschiedlich angepasst an, sagen wir mal, den soziokulturellen Standpunkt und so weiter. Also da versuchen wir mit sehr viel Einfühlungsvermögen an die Sache heranzugehen, die Patienten eben in eine richtig gute Spur zu bringen und wir sind nun mal nur zwei Tumororthopäden bei unserem Haus, also wir sind das Team und mit den Patienten erweitern wir das Team und dementsprechend gehen wir gemeinsam an die Sache ran, versuchen die Kräfte dementsprechend zu bündeln, gehen dann in Diagnostikschleifen, um dann auch die Therapie bestmöglich zu planen.

MODERATORIN: Wie oft kommen die denn zu Ihnen? Wie lang ist so eine Therapie?

DR. CHRISTIAN SPIEGEL: Die Therapie an sich, also bis Patienten sich vorstellen mit einem definitiven Tumorbefund, gibt es mitunter zeitliche Verzögerungen von, sagen wir mal, einem halben bis zu einem Jahr von, sagen wir mal, einer peripheren Diagnosestellung, einer Vermutung, was es sein kann und dann doch irgendwie die Situation, dass Sie sagen, es muss jetzt irgendwie an ein Zentrum, wo sich Leute damit eher auskennen und bis wir das dann in die Versorgungsschiene gebracht haben und der Zug anrollt, da vergehen natürlich noch mehrere Wochen. Es gibt verschiedene Behandlungsregime, also verschiedene Konzepte, deswegen arbeiten wir relativ intensiv mit den Onkologen, mit den Strahlentherapeuten, mit den Radiologen, mit den Pathologen zusammen zu gucken, können wir vielleicht vor einer möglichen Operation, die noch möglich ist, vielleicht die Therapie erstmal so anbinden und neoadjuvante, also voroperative Therapien machen, die das Gesamtüberleben deutlich verbessern. Es kann eben sehr stark differieren zwischen wenigen Wochen bis zu doch sechs, sieben, acht Wochen, bis man eine definitive operative Entscheidung trifft.

MODERATORIN: Bedeutet Knochenkrebs dann immer, dass der Knochen raus muss oder auch das Bein ab muss?

DR. WOLFRAM WESCHENFELDER: Also das ist immer von der Situation natürlich abhängig, das ist sehr individuell. Also das Bein ab muss, das ist auf jeden Fall der Anspruch, dass das nicht die Regel sein soll. Also das ist quasi die letzten Jahrzehnte, da hat sich die Tumororthopädie doch sehr, sehr gewandelt, dass man immer mehr versucht, möglichst viel Funktion und auf jeden Fall die Extremität, wenn es irgendwie technisch geht, zu erhalten. Auch das ist einer der Gründe, warum die Behandlung an Zentren so wichtig ist, weil da sehr, sehr viel Forschung erfolgt und man doch auch die Rekonstruktionsoptionen sich immer mehr erweitern. Wenn ein bösartiger Knochentumor vorliegt, dann muss im Regelfall dieser betroffene Knochenabschnitt entfernt werden. Das ist leider so. Also selbst wenn man das vorbehandelt mit einer Chemotherapie oder ähnlichem und der Tumor schrumpft, ist es trotzdem so, dass in seltensten Fällen alle Zellen wirklich absterben und man diesen Knochenanteil entfernen muss. Dafür haben wir aber inzwischen sehr, sehr gute Rekonstruktionsoptionen. Also man kann da entweder quasi – wir unterscheiden einmal von biologisch arbeiten, also quasi wirklich Knochen wieder hinbringen. In manchen Regionen geht das sehr gut. Gerade im mittleren Schaftbereich von Knochen kann man das sehr gut mit anderen Knochen, die wir im Körper haben, die nicht komplett für die Stabilität zum Beispiel notwendig sind, ersetzen. Im Gelenkbereich ist es im Regelfall so, dass man Prothesen nimmt, also größere Prothesen. Jeder kennt ja eine Hüftprothese und eine Knieprothese und die Dinge gibt es eben auch mit daran hängenden Knochenersatz, dass dann zum Beispiel die oberen zehn Zentimeter vom Oberschenkelknochen ersetzt werden. Das ist natürlich dann relativ viel Metall und das unterliegt auch einem Verschleiß und allem, wie man das von einer normalen Prothese kennt, ermöglicht dem Patienten aber meistens eine sehr, sehr gute Funktion. Und das ist eben schnell operiert, es ist sehr reproduzierbar und führt dazu, dass wir die Extremitäten erhalten können und gleichzeitig durch die Entfernung des Tumors den Patienten heilen können. Und das ist ja das Ziel eigentlich jeder Tumortherapie, dass wir am Ende sagen wollen, wir haben eine Chance, sie zu heilen und sie haben eine gute Chance, dass das auch funktioniert.

MODERATORIN: Jetzt stellt sich ja auch nicht jede Schwellung am Knochen gleich als Krebs heraus. Behandeln Sie am Sarkom-Zentrum auch gutartige Tumore?

DR. CHRISTIAN SPIEGEL: Ja, wir behandeln natürlich auch gutartige Tumoren und der überwiegende Anteil zum Beispiel von Weichteiltumoren ist eben gutartig und nur der geringste Anteil davon ist bösartig. Also wir behandeln natürlich auch Fettgewebsgeschwulste und so weiter, die gutartig sind und störend sind. Auch die können entfernt werden. Wir behandeln auch gutartige Knochentumoren wie normale Knochenzysten, aneurysmatische Zysten und so weiter, die man einfach auskürettet und auffüllt und wieder stabilisiert, um den Knochen davor zu bewahren, dass er irgendwie bricht vorher. Was dann natürlich am Ende für den Patienten für die Belastbarkeit der jeweiligen Extremität eben dann deutlich schwerer ist, als es vor einem Bruch schützend zu stabilisieren. Mal nochmal einen kleinen Querverweis zur biologischen Rekonstruktion, was Wolfram gesagt hat. Da würde ich ihn gerne noch was fragen. Wolfram, was benutzen wir denn eigentlich standardisiert für den Knochen von Menschen, um solche Defektstrecken in der Mitte des Knochens zu überbrücken? Beispielsweise.

DR. WOLFRAM WESCHENFELDER: Also es gibt verschiedene Optionen, die wir da haben. Wir kennen ja solche Langstrecken-Defekte, dass wir Unfallchirurgen primär sind von unserer Ausbildung. Wir haben ja auch manchmal nach Unfällen so große Knochendefekte oder nach Infektionen, nach offenen Knochenbrüchen und da kann man zum Beispiel sehr gut das Wadenbein nutzen. Das ist ein super Knochen, um das zu ersetzen. Man kann quasi Knochen aus dem Becken direkt nehmen, um dort eine Knochenheilung zu erzielen. Es gibt solche Verfahren, mit denen man auch quasi den Knochen einfach transportiert, dass man also zum Beispiel an einem gesunden Abschnitt dieses Knochens den, ja man muss so sagen, durchsägt. Dann dort anfängt eine Knochenheilung abzuwarten und dann dieses Knochenstück, das dann frei ist, quasi langsam in Richtung der anderen Seite des Knochendefektes transportiert und dadurch langsam der Knochen wieder wächst. Das ist ganz spannend. Das ist ja einer der Gründe, warum wir, glaube ich, uns doch beide für die Unfallchirurgie und Orthopädie entschieden haben, dass

Knochen so ein tolles Medium ist, mit dem man sehr gut arbeiten kann, das eben auch wirklich heilt und dieses hohe Heilungspotenzial hat. Und auch auf die Art, das nennt sich dann Kallusdistraktion, kann man eben so einen langen segmentalen

DR. CHRISTIAN SPIEGEL: Knochendefekt überbrücken. Ja, du sprichst mir aus der Seele, Wolfram, danke.

MODERATORIN: Sind es dann immer so große Eingriffe oder gibt es auch minimal-invasive Methoden? Weil das klingt jetzt ja schon nach, ich säge dir mal ein Stück Knochen raus.

DR. CHRISTIAN SPIEGEL: Ja weil das Stückchen Knochen raus sägen beispielsweise für eine Distraktion erfordert im Wesentlichen nicht so einen großen Hautschnitt, wie wenn wir ganze Knochenabschnitte oder beispielsweise Gelenke gedeckt, geschlossen herausnehmen müssen. Also dafür braucht man natürlich extrem viel Übersicht, extrem viel Präparationsspielraum, um jetzt wirklich onkologisch, also im Sinne der Krebschirurgen sauber zu arbeiten und wirklich keine Zelle sichtbar im Körper zu belassen. Also da legen wir extrem viel Wert drauf, da sehr sauber zu arbeiten, aber für so kleine Sachen eher gutartige Läsionen im Knochen und für die Kürettage von Zysten und so weiter dann eher nur kleine Schnitte, um diese auszukürettieren, aufzufüllen und zu stabilisieren. Also sowas geht auch im, sagen wir mal, Volksmund minimal-invasiven Sinn.

MODERATORIN: Was sind denn Alarmzeichen für so ein Sarkom? Worauf sollte man achten? Wann sollte man besser mal zum Arzt gehen?

DR. WOLFRAM WESCHENFELDER: Ja, also das hängt natürlich sehr davon ab, was für einen Sarkomtyp dann eben zugrunde liegt. Also häufig ist es häufig die schmerzlose Schwellung, gerade bei Weichteilsarkomen ist so ein ganz typisches Zeichen, also dass man wirklich feststellt, da bildet sich irgendeine Schwellung in meinem Oberschenkel. Oft hat man ja Mikrotrauben, also kleinere Prellungen oder ähnliches und denkt, das ist ein Bluterguss, aber wenn das immer weiter zunimmt, dann muss man das schon ernst nehmen und auch ärztlich abklären. Wenn man jetzt an Knochensarkomen denkt, das ist zum Teil auch der Schmerz, also ein schmerzhaftes Kniegelenk bei einem Kind sollte nach sechs Wochen abgeklärt werden, weil das kann immer auch ein Knochensarkom sein. Die sind zwar selten, aber wenn sie vorliegen, sind die zum Teil sehr aggressiv und umso früher man sie behandelt, umso besser ist da wirklich die Heilungschance und auch das, was wir funktionell erhalten können. Um noch mal auf die Frage von vorher zurückzukommen mit den minimal-invasiven Eingriffen, ich denke, da muss man auch immer ganz klar unterscheiden, ob es quasi eine Krebserkrankung ist, bei der wir eine Heilung erzielen wollen. Da müssen wir halt chirurgisch alles entfernen, was an Tumor da ist, aber gerade bei den Metastasen, wenn wir sagen, das ist etwas, wo wir möglichst nur den Knochenbruch verhindern wollen, natürlich da versuchen wir so klein wie möglich zu arbeiten und so viel Stabilität damit wie möglich zu erzielen. Und dann machen wir das, was wir Unfallchirurgen ja klassischerweise machen, zum Beispiel Nägel, wo man also im Knochen einen Lastträger einbringt, der geht über einen ganz kleinen Schnitt rein, man macht ein paar Schrauben dazu und da ist plötzlich ganz viel Stabilität gewonnen und man verhindert eben, dass dieser geschädigte Knochenabschnitt bricht. Das sind große Jungs, die mit dem Baukasten spielen und dabei auch Spaß haben.

DR. CHRISTIAN SPIEGEL: Zum Schluss vielleicht noch, was ist denn das Besondere am Sarkom-Zentrum hier in Jena? Ja, also für mich ist das Besondere hier am Sarkom-Zentrum in Jena, dass wir ein kleines, feines Team sind, wo sich jeder kennt, die Patienten, den Behandler kennen, über eine ganz lange Strecke auch der Tumornachsorge, die wir strukturiert und zeitgerecht hier anbieten, die Patienten immer dieselben Personen antreffen, immer die gleichen Gesprächspartner haben. Wir haben eine gute psycho-onkologische Mitbetreuung durch unsere Stationspsychologin, die dementsprechend genauso eng vernetzt ist und wir haben seit dem vergangenen Jahr eine sehr aktive und rege Sarkom-Hilfegruppe, mit denen wir uns regelmäßig auseinandersetzen und die Sarkom-Hilfegruppe jetzt schon diesen markanten Charme besitzt, dass Patienten, die bereits behandelt sind, sich auch um Patienten mittlerweile kümmern und ins Gespräch kommen und beispielsweise ihre Geschichte schon mal auch erzählen, wie es so laufen kann mit Patienten, die noch vor der definitiven Behandlung stehen. Das macht das Ganze hier extrem spannend.

MODERATORIN: Das ist auch bestimmt eine gute Hilfe, wenn man gerade so jung ist.

DR. CHRISTIAN SPIEGEL: Das ist eine super Hilfestellung.

MODERATORIN: Schön, dann danke für das spannende Gespräch. Wir hoffen, wir haben ein paar Leute aufgeklärt über Sarkome und das Sarkom-Zentrum. Wir hören uns wieder.

*Abspann mit Hintergrundmusik*