

Editorial	Seite 2
Im Gespräch PD. Dr. med. Tobias Zellweger	Seite 3
Weiterbildung	Seite 4
Diverses	Seite 4
Kontaktadressen	Seite 4

## Verschiebung der Bauprojekte

Die Basler Behörden haben dem Clara-Spital die Baubewilligung für die Bauprojekte «Aufstockung des Westtraktes» und «Radioonkologie/Einstellhalle» mittlerweile erteilt. Aufgrund von Einsprachen unmittelbar benachbarter Anwohner verzögert sich aber der Baustart dieser Projekte, und zwar bei der Radioonkologie/Einstellhalle um mehrere Monate und beim Ausbau des 5. Westtraktes um exakt ein Jahr. Die Einsprachen richten sich gegen die Einstellhalle. Der Ausbau der Physiotherapie erfolgt jedoch planmässig. Die neue Physiotherapie wird am 2. Oktober eröffnet.

## Klinische Demonstrationen

Medizinische Gesellschaft Basel/St. Claraspital

**Donnerstag, 16. November 2006**

16.00–18.00 Uhr (anschliessend Apéro)

Hotel Hilton, Auditorium «Bäloise»,  
Aeschengraben 31, Basel

### Referate Chirurgische Klinik

- Neoadjuvante Konzepte in der Tumorchirurgie (PD Dr. Ch. Ackermann)
- Aktuelle Strategie in der Chirurgie der morbiditen Adipositas (Dr. R. Peterli)
- Laparoskopische Resektion beim colorektalen Karzinom: Indikation und Grenzen (Prof. Dr. M. von Flüe)
- Schilddrüsenchirurgie heute (Dr. B. Kern)
- Aktuelle Aspekte der Schulterprothetik (Dr. J. Skarvan)
- Blut im Urin – wie weiter? (PD Dr. T. Zellweger)

### Referate Medizinische Klinik

- Aktuelles zur Helicobacter-Infektion (PD Dr. M. Thumshirn, PD Dr. B. Meyer)
- MRI-Untersuchung des Herzens (Dr. Ch. Grädel, Dr. St. Beck)
- Mangelernährung im Spital – Strategien zur Diagnostik und Therapie (Prof. Dr. Th. Peters)
- Bronchus-Karzinom: Up-Date zum Staging (Prof. Dr. M. Solèr)

## Prostatakarzinom

# Benötigt jeder eine Therapie?

*Beim organbegrenzten Prostatakarzinom stehen mehrere therapeutische Alternativen zur Verfügung. Wann welche Behandlungsstrategie empfohlen werden soll, bedarf einer sorgfältigen Abwägung zahlreicher Entscheidungskriterien.*

Das Prostatakarzinom ist in der Schweiz die häufigste männliche Krebserkrankung und die zweithäufigste Krebstodesursache (<http://www.asrt.ch>). Epidemiologische Prognosen gehen davon aus, dass sich die Inzidenz während der kommenden 25 Jahre verdoppeln wird, insbesondere aufgrund der zunehmenden Lebenserwartung. Mehr denn je ist aber umstritten, wie und ob diese Krankheit überhaupt therapiert werden soll.

Aus mehreren Autopsiestudien wissen wir, dass sich bei bis zu 40% (!) 50-jähriger Männer einzelne Karzinomzellen in der Prostata nachweisen lassen, wobei nur eine Minorität jemals Symptome entwickeln resp. daran versterben. Die Frage drängt sich daher auf, wie sich denn unter der Vielzahl klinisch offensichtlich irrelevanter Prostatakarzinome die eigentlichen «Killer» erkennen lassen.

Hierzu gibt es zunehmend gute Evidenz: Nach bioptischer Diagnose (s. Abb. 2) eines Prostatakarzinoms kennt man mehrere unabhängige Prognosefaktoren, welche eine individuelle Risikoabschätzung erlauben: Die wichtigsten Prognosefaktoren sind der PSA-Wert und das Tumorstadium zum Zeitpunkt der Diagnose sowie das histologische Grading, welches beim Prostatakarzinom als «Gleason-Score» bezeichnet wird. Ein hoher Gleason-Score (8–10) beschreibt eine schlechte Differenzierung (G3), währenddem ein tiefer Gleason-Score (4–5) eine gute, also günstige Differenzierung (G1) beschreibt.

### Welche Patienten profitieren am ehesten von einer kurativen Therapie?

Es sind dies insbesondere Männer unter 70 Jahren mit mässig bis schlecht differen-



**Grundvoraussetzung vor jedem Therapieentscheid: Eine sorgfältige Patienteninformation und Beratung.**

zierten Karzinomen (Gleason-Score 6–10). Sie profitieren nachgewiesenermassen von einer kurativ geplanten Therapie, solange das Karzinom auf die Prostata beschränkt ist.

### Welche kurativen Behandlungsverfahren stehen zur Verfügung?

1) Die radikale Prostatektomie, bei der die Prostata mitsamt ihrer Kapsel und den Samenblasen vollständig entfernt wird (s. Abb. 3), was offen-retropubisch (80%), perineal (10%) oder laparoskopisch (10%) durchgeführt werden kann. Alle drei Operationsmethoden sind hinsichtlich onkologischer Ergebnisse miteinander vergleichbar. Während der letzten Jahre liessen sich durch modifizierte Präparationstechniken auch die funktionellen Operationsergebnisse deutlich verbessern: So liegt das Risiko einer bleibenden Inkontinenz insbesondere nach offen-

(Fortsetzung Seite 2)

## Liebe Kolleginnen und Kollegen

Am 1. Juli 2006 hat PD Dr. Tobias Zellweger die Nachfolge von PD Dr. Markus Rist als Leiter der urologischen Abteilung des Claraspitals übernommen. Wie Sie aus dem Beitrag von Tobias Zellweger sowie dem Interview mit ihm entnehmen können, hat er ein grosses Interesse an der operativen Behandlung des Prostatakarzinoms.

Wissenschaftlich hat er aber auch an prognostischen Faktoren beim Blasenkarzinom gearbeitet und beherrscht das ganze Spektrum der operativen Behandlung von Blasenkarzinomen, sei es

durch transurethrale Resektion oder aber auch durch radikale Resektion und Blasenersatzplastik. Wir sind froh mit PD Dr. Tobias Zellweger einen sehr kompetenten Nachfolger für PD Dr. M. Rist gefunden zu haben. Somit können wir auch im Gebiet der urologischen Onkologie weiterhin das ganze Spektrum von operativen Eingriffen respektive medikamentösen Behandlungen anbieten

Wie Sie wissen, hat sich die invasive Kardiologie im Claraspital in den letzten zwei Jahren erfreulich schnell entwickelt. Daneben pflegen wir aber auch weiterhin die nicht invasiven Untersuchungsmethoden wie Herzecho, Kernspintomographie des Herzens und die Herzsintigraphie. Bei der Herzsintigraphie, durchgeführt in der nuklearmedizinischen Abteilung unseres Hauses, konnten wir kürzlich die 2000. Untersuchung feiern. Dafür gebührt den treuen Zuweisern unser herzlicher Dank.

Prof. Dr. Christian Ludwig  
Prof. Dr. Markus von Flüe

## (Fortsetzung von Seite 1)

retropubischer Prostatektomie nur noch bei wenigen Prozenten und auch die erektile Funktion kann oft erhalten werden (in Abhängigkeit des Biopsiebefundes).

2) Die Bestrahlung der Prostata, welche entweder fraktioniert als externe Hochvolt-Therapie oder als Brachytherapie verabreicht werden kann.

Die externe Hochvolt-Therapie wird heute meist kombiniert mit einer temporären Testosteronblockade (mittels LH-RH-Analoga), was die therapeutische Langzeit-Wirkung verbessert. Vorteil der Methode ist die erhaltene Körperintegrität und das fehlende Operationsrisiko. Als Nebenwirkungen sind nebst möglicher Radio-Zystitis und -Proktitis in zeitlicher Verzögerung von 1–2 Jahren auch Erektionsstörungen bei ca. 50% der Patienten zu erwarten.

Eine v. a. in den USA sehr populäre Modifikation zur konventionellen Prostata-Bestrahlung ist die sogenannte Brachytherapie. Sie kommt allerdings nur in Frage bei guter Tumordifferenzierung (max. Gleason-Score 6) und kleinem Tumolvolumen. Bei dieser Methode werden in Narkose auf perinealem Weg bis zu 50 permanent verbleibende Seeds (meist Iod-125) in die Prostata eingebracht (s. Abb. 3). Der Vorteil der Brachytherapie ist die geringe Nebenwirkungsrate und ein nur 2-tägiger Spitalaufenthalt. Die Methode ist seit vergangenem Jahr kassenpflichtig und wird in der Schweiz bisher an drei Spitälern angeboten (St.Gallen, Bern und Aarau).

Aufgrund der vorhandenen Literatordaten sind die Operation und die ex-

terne Strahlentherapie in etwa gleich wirksam mit ähnlichen 10-Jahres-Überlebensraten von jeweils > 90%. Für die radikale Prostatektomie ist zusätzlich bewiesen, dass sie die Metastasierungsrate signifikant verringert. Ein ähnlicher Beweis wurde für die Bestrahlung bisher noch nicht erbracht. Es ist daher davon auszugehen, dass die radikale Prostatektomie eine bessere Langzeit-Heilungschance ermöglicht, weshalb sie v. a. bei jüngeren Patienten die Behandlungsmethode der Wahl darstellt. Ein weiteres Argument für ein primär operatives Vorgehen ist der Umstand, dass ein postoperatives Lokalrezidiv mit guten Resultaten bestrahlt werden kann, was umgekehrt nicht möglich ist aufgrund der narbigen Strahlenfibrose.

## Für wen kommt ein konservatives Vorgehen in Frage?

Das kontrollierte Zuwarten oder «Wait-and-Watch» wird angewendet v. a. bei schweren Komorbiditäten oder bei älteren Patienten mit einer biologischen Lebenserwartung unter 10 Jahren. Hier kommt hinzu, dass das Prostatakarzinom im Alter oft weit langsamer wächst als bei jüngeren Patienten.

Unter Umständen kann auch bei jüngeren Patienten mit gut differenzierten Tumoren (max. Gleason-Score 5) und bioptisch geringem Tumorbefall ein konservatives Vorgehen erwogen werden, um eine Überbehandlung zu vermeiden. Für solche Fälle eher empfehlenswert als das herkömmliche «Wait-and-Watch» ist das neue Konzept der «Active Surveillance».

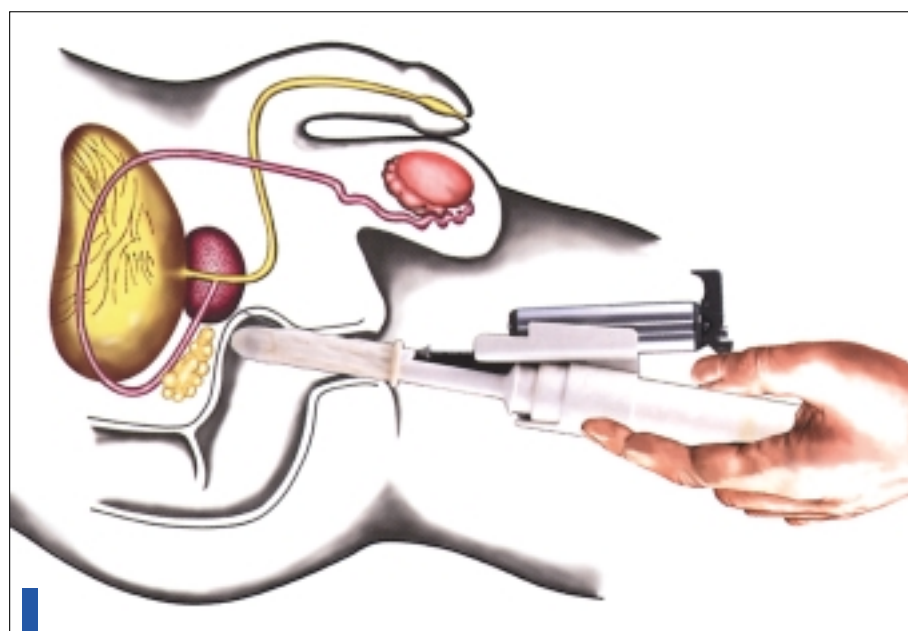
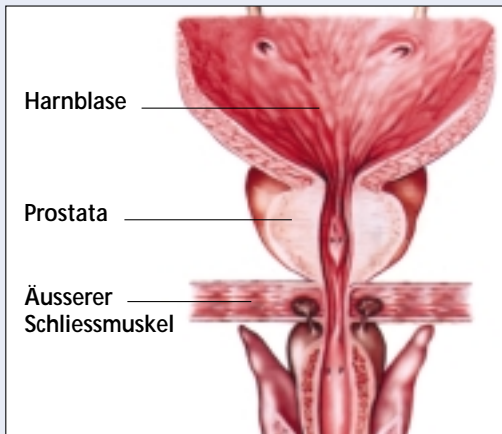


Abb. 2: Entnahme multipler Prostatabiopsien unter sonografischer Kontrolle und Lokalanästhesie.

## Interview mit PD Dr. Tobias Zellweger

A



B

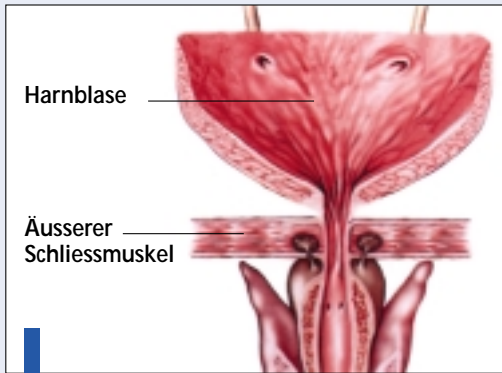


Abb 3: Zustand vor (A) und nach radikaler Prostatektomie (B).

Dabei werden die Patienten nebst PSA-Verlaufsbestimmung und Rektalpalpation mittels jährlicher Re-Biopsie kontrolliert. Sobald sich die histologische Differenzierung verschlechtert und/oder die Anzahl tumorbefallener Stanzbiopsien zunimmt, wird umgehend eine aktive Therapie eingeleitet.

### Fazit

Je jünger der Patient und je schlechter die Tumordifferenzierung, desto aktiver sollte ein Prostatakarzinom therapiert werden. Andererseits gilt: je älter der Patient, je kleiner das Tumolvolumen und je besser die histologische Differenzierung (G1), desto eher kommt auch ein rein konservatives Vorgehen in Frage.

Ein noch nicht befriedigend gelöstes Problem ist die Früherkennung von Hochrisiko-Patienten. Hier muss die Forschung nach weiteren Prognosefaktoren fortgesetzt werden.

PD Dr. Tobias Zellweger

*Herr PD Dr. Zellweger, Sie haben am 1. Juli die Nachfolge von Herrn PD Dr. Rist als Chefarzt der Urologie am Claraspital angetreten. Sie sind in Basel aufgewachsen und haben hier an der Universität vor 16 Jahren auch das Staatsexamen abgelegt. Was waren danach die Stationen Ihrer Weiterbildung?*

*Meine allgemeinchirurgische Grundausbildung absolvierte ich während etwas mehr als drei Jahren am Kantonsspital in Liestal. Danach folgte die Facharztausbildung zur Urologie in St.Gallen während weiterer fünf Jahre, wo ich dann 1998 auch Oberarzt wurde. Ein Jahr später verliess ich die Schweiz für einen zweijährigen Forschungsaufenthalt am Vancouver General Hospital. Seit meiner Rückkehr arbeitete ich an der Urologischen Universitätsklinik sowohl in Basel als auch vorwiegend in Liestal, seit 2002 als stellvertretender Chefarzt. Im vergangenen Jahr habilitierte ich mit Forschungsarbeiten über neue Therapieansätze beim fortgeschrittenen Prostatakarzinom.*

*Was hat Sie zum Wechsel an ein kleineres Haus wie das Claraspital bewogen?*

*Diesen Schritt habe ich bewusst vollzogen. Das Claraspital genießt einerseits einen guten Ruf in der ganzen Region und bietet mir andererseits auch eine bereits etablierte urologische Infrastruktur. Die Führung dieser kleinen urologischen Abteilung lässt mir die Möglichkeit, mehr Arzt als Manager zu bleiben und den Hauptteil meiner Zeit den Patienten widmen zu können. Als Chefarzt am Zentrum ist dies nicht mehr möglich.*

*Worauf möchten Sie Ihre fachlichen Schwerpunkte legen?*

*Entsprechend der Tradition des Claraspitals wird die Uro-Onkologie auch zukünftig unser klinisches Schwergewicht bilden. Wichtig ist es mir aber festzuhalten, dass wir weiterhin das gesamte Spektrum urologischer Abklärungen und Behandlungen anbieten werden. Dazu gehören nebst Miktionsbeschwerden aller Art und der Onkologie natürlich auch Steinbehandlungen und die Infektiologie. Fertilitäts- und Potenzstörungen werden weiterhin in der beliebten Andrologie-Sprechstunde durch Herrn Dr. Moldenhauer betreut.*

*Mein Vorgänger hat mir eine apparativ modern ausgerüstete Abteilung übergeben. Zu meinem Stellenantritt wurden zudem alle endoskopischen Arbeits-*



*instrumente ersetzt, ergänzt resp. erneuert. Dadurch ist es uns möglich, nebst der offenen Chirurgie auch das gesamte Spektrum endo-urologischer Eingriffe anzubieten. Wichtig ist mir auch eine verstärkte Zusammenarbeit mit den Kollegen der urologischen Universitätsklinik, sowohl in der Ausbildung als auch bei Forschungsprojekten.*

*Welche Entwicklungen sind in Ihrem Fachgebiet zu erwarten?*

*Wie in allen operativen Fächern geht der Trend auch in der Urologie hin zu verbessertem Komfort und minimaler Invasivität bei Diagnostik und Therapie. Blasen Spiegelungen z.B. erfolgen flexibel und nicht mehr mit starren Instrumenten, was insbesondere für Männer einen grossen Unterschied macht. Die offene Steinschirurgie ist fast vollständig verschwunden und durch die ESWL, perkutane und endoskopische Verfahren ersetzt worden. Dank verbesserter Endoskope ist es heute z. B. auch möglich geworden, Nierensteine retrograd mittels Laser zu desintegrieren. Für die Laparoskopie gibt es in unserem Fachgebiet nur wenige wirklich gute Indikationen, da die urologischen Organe ausserhalb des Bauchraumes liegen und die räumlichen Verhältnisse entsprechend eng sind. Hier gilt es noch abzuwarten, was zukünftige Entwicklungen (Roboter) bringen.*

*Was sind Ihre persönlichen Zielsetzungen?*

*Mein Ziel am Claraspital ist die Führung einer kleinen, qualitativ hochstehenden Abteilung mit möglichst vielseitigem urologischem Patientengut, Frauen und Männern jeglicher Altersgruppe.*

*Dr. Zellweger, wir danken Ihnen für das Gespräch.*

## Weiterbildung für Ärzte

St. Claraspital/Mehrzweckraum,  
5. Stock:

### Gastroenterologisches Kolloquium

Nächster Termin:  
6. 11. 2006

### Interdisziplinäre chirurgisch- internistische Fortbildung

Mittwochmorgen 7.45 h  
(Kaffee ab 7.30 h)

Nächste Termine:

27. 9. 2006: Thema: Perioperatives Management der antithrombozytären Therapie bei kardiovaskulären Patienten; Dr. med. Ch. Kaiser, Oberarzt Kardiologie, Universitätsspital Basel

25. 10. 2006: Thema: Tumor assoziierte Makrophagen; der Schlüssel für neue Tumorthapien? Prof. Dr. Kurt Ballmer, Paul Scherrer Institut, Molecular Cell Biology, Villigen

Rapportraum im 1. Stock- Mittelbau:

### Chirurgisch-onkologisches Tumor-Board

Jeden Dienstag 7.40–8.15 h  
In Zusammenarbeit mit der Abteilung Radio-Onkologie des Universitätsspitals Basel-Stadt (Frau Prof. Dr. med. Ch. Landmann)

### Endokrinologisch-diabetologische Fallbesprechungen

Mittwoch 17.15–17.45 h  
Leitung:  
Prof. Dr. Th. Peters/Prof. Dr. J.J. Staub

Nächste Termine:

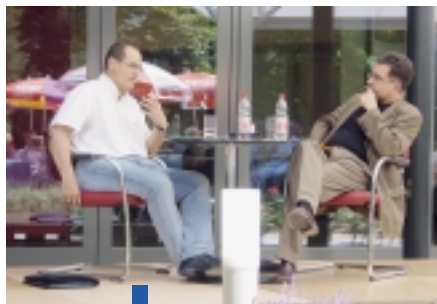
20. 9. 2006; 11. 10. 2006

## Erste Clara-Matinée

# Über Menschlichkeit in der Politik

«Was menschlich ist, muss jeder für sich selbst definieren», meinte Nationalratspräsident Claude Janiak gleich zu Beginn der ersten Clara-Matinée am 25. Juni, bei der der höchste Schweizer mit Moderator Roger Thiriet über das Thema «Menschlichkeit in der Politik» diskutierte. In der Politik sei allein aufgrund des Politsystems ein gewisses Mass des Menschlichen bzw. Unmenschlichen vorgegeben. Man denke an Staaten, die die Todesstrafe kennen oder an solche, die sich die Menschenrechtskonventionen in die Verfassung geschrieben hätten.

Vier Themenbereiche sprach Roger Thiriet im Folgenden an. Macht, Mobbing, Medien und Money. Ändern sich Aussagen und Haltungen eines Menschen, wenn er politische Macht erlangt? fragte Thiriet zum Beispiel, was Janiak aber verneinte: «Politiker sind nicht einfach machtbesessen und unmenschlich, sondern so unterschiedlich wie alle anderen Menschen auch.» Zum Thema Medien meinte Janiak, ihr Einfluss auf die Politik sei unbestritten. Er persönlich finde es aber wichtig, eine gewisse Distanz zu wahren: «Einige Politiker versuchen, ein Anliegen über die Medien zu transportieren und gewisse Journalisten machen Politik anstatt Berichte zu schreiben. Das finde ich nicht gut.» Das Wort Mobbing wies Janiak zu-



Die erste Clara-Matinée: Moderator Roger Thiriet (links) im Gespräch mit Nationalratspräsident Claude Janiak.

rück: «Unbeliebtheit oder die Veranlassung zu einem Rücktritt gehören bei einem Politiker zum Berufsrisiko.» Die allgemein monierte, fehlende Kollegialität im Bundesrat sieht Janiak nicht als zunehmende Verrohung der Sitten: «Auseinandersetzungen gab es auch früher im Bundesrat. Nur wurde damals nicht jede Aussage personalisiert und in die Medien getragen.» Vergleiche man die Gangart in der Schweiz mit jener von Deutschland, gehe es bei uns sowieso weit weniger hart zu. «Unser Politsystem ist mehr auf Konsens ausgerichtet.» Nur menschelt es in der Politik eben wie andernorts auch.

Bezüglich des letzten Stichworts – Money – ist Janiak überzeugt, dass in der Schweiz genug Geld vorhanden ist, die Schweiz also aus Geldmangel nicht unmenschlicher geworden sei. «Die Mittel sind höchstens schlecht verteilt.»

**Trix Sonderegger**

## Diverses

# Die 2000. Herzszintigraphie

Am 5. Juli dieses Jahres konnte die zweitausendste Herzszintigraphie am Claraspital gefeiert werden. Seit sechs Jahren wird diese Untersuchung bei uns angeboten und in enger Zusammenarbeit zwischen der Kardiologie und der Nuklearmedizin durchgeführt. Unser Angebot wird von niedergelassenen Kardiologen und Grundversorgern rege genutzt. Die Untersuchung wird eingesetzt zum Nachweis oder Ausschluss sowie Bestimmung des Schweregrades einer koronaren Herzkrankheit.

Wir danken dem ganzen Team für seine stets sehr motivierte und freundliche Arbeit.



Patientin und Team rund um Dr. Ch. Grädel (links) anlässlich der 2000. Herzszintigraphie.

## Kontaktadressen

### Hauptzentrale

Telefon ++41 61 685 85 85  
Fax ++41 61 691 95 18  
E-mail [scs@claraspital.ch](mailto:scs@claraspital.ch)

### Allgemeinchirurgie

Prof. Dr. med. M. von Flüe  
Telefon ++41 61 685 84 80  
Telefax ++41 61 685 83 37

### Medizin

Prof. Dr. med. Ch. Ludwig  
Telefon ++41 61 685 84 70  
Fax ++41 61 685 83 47

### Anästhesie

Dr. med. J. Bläss  
Telefon ++41 61 685 84 83  
Fax ++41 61 685 86 37

### Radiologie

Dr. med. Ch. Looser  
Dr. med. A. Zynamon  
Telefon ++41 61 685 82 85  
Fax ++41 61 685 85 79

### Urologie

PD Dr. med. M. Rist  
Telefon ++41 61 685 85 23  
Fax ++41 61 685 82 61

### Nuklearmedizin

Telefon ++41 61 685 82 50  
Fax ++41 61 685 82 55

### Ernährungszentrum

Prof. Dr. Th. Peters  
Telefon ++41 61 685 89 40  
Fax ++41 61 685 89 41

### Orthopädie

Dr. med. R. Mendelin  
Telefon ++41 61 685 84 93  
Fax ++41 61 685 86 57  
Dr. med. J. Skarvan  
Telefon ++41 61 685 84 90  
Fax ++41 61 685 86 57

### Lungenfunktion

Telefon ++41 61 685 84 74  
Fax ++41 61 684 84 67

### Gastroenterologische Endoskopie

Telefon ++41 61 685 84 76  
Fax ++41 61 685 84 58

### Stoma-Therapie

Telefon ++41 61 685 86 65  
Fax ++41 61 685 86 59

### Bronchoskopie

Telefon ++41 61 685 84 73  
Fax ++41 61 685 84 69

### Kardiologische Funktionsdiagnostik

Telefon ++41 61 685 83 80  
Fax ++41 61 685 89 97

### Bettendisposition Chirurgie

Telefon ++41 61 685 84 79  
Fax ++41 61 685 84 66

### Bettendisposition Medizin

Telefon ++41 61 685 86 70  
Fax ++41 61 685 83 40

### Notfallstation

Fax ++41 61 685 82 47

## Impressum

### Herausgeber:

St. Claraspital  
Kleinriedenstrasse 30  
Postfach  
CH-4016 Basel  
Telefon ++41 61 685 85 85  
Fax ++41 61 691 95 18  
E-mail [scs@claraspital.ch](mailto:scs@claraspital.ch)

### Konzeption, Prepress, Fotos:

Swiss Professional Media (SPM) AG  
– Rittmann

### Redaktion:

Prof. Dr. Th. Peters, St. Claraspital  
E-mail: [stoffwechsel@claraspital.ch](mailto:stoffwechsel@claraspital.ch)  
Ralph Schröder, SPM AG  
E-mail: [ralph.schroeder@rittmann.ch](mailto:ralph.schroeder@rittmann.ch)

### Druck:

Birkhäuser + GBC

© Nachdruck nur mit Nennung  
der Quelle