

Zwei Fallvorstellungen aus dem onkologischen Ambulatorium

18. Toggenburg Symposium, 16.09.2020



Markus Rütli, Chefarzt Medizin Spital Wil

1

Fall 1: 60-jähriger Patient

2

Jetziges Leiden

- Husten (vor allem nachts) seit 2 Monaten, am 25.11. erstmals blutiger Auswurf.
- Ungewollter Gewichtsverlust von 8 kg in 2 Monaten (aktuell 105 kg), gelegentlich Nachtschweiss und Fieber
- Synkope am 26.11., Sturz auf linke Körperseite → grossflächiges Hämatom thorakal links
- Vorstellung beim Hausarzt am 27.11., radiologisch kein Nachweis einer Fraktur, sonographisch keine freie Flüssigkeit
- Labor 27.11.: Hb 90 g/l, Lc 1.2 G/l, Tc 20 G/l
- Verlaufskontrolle 29.11.: Hb 86 g/l, Lc 1.1 G/l, Tc 19 G/l

3

Notfallstation 29.11.2019

- Persönliche Anamnese:
 - St.n. Schulter-Operation 06/2016
 - St.n. Operation einer Bauchwandhernie 05/2018
 - Koronare Eingefässerkrankung (2. Diagonalast, Koro 05/2018)
- Medikamente: Bilol, Atorvastatin, Aspirin cardio
- Familienanamnese:
 - Vater und 2 Brüder mit Myokardinfarkt
 - Mutter an Krebserkrankung verstorben (a.e. Melanom)
- Soziales: Ledig, keine Kinder, arbeitet als Speditionsmitarbeiter

4

Notfallstation 29.11.2019

- Status: reduzierter AZ und adipöser EZ, an der linken Flanke etwa handflächengrosses Hämatom, bei Palpation und bei Bewegung schmerzhaft. Keine Lymphadenopathie oder Splenomegalie.

Hämatokrit	(0.40-0.54)	0.224	Thromb.	74	100
Hämoglobin	(140-180 g/l)	79	Plateletcrit	24	110
Erythrozyten	(4.0-4.7 T/l)	2.33	Retikulozyten	2	10
Leukozyten	(4.0-10.0 G/l)	1.2	Neutrophile	82	10
Thrombozyten	(150-400 G/l)	15	Basophile	0	10
MCV	(110-130 fl)	103	Lymphozyten	12	10
MCH	(27-31 pg)	14.8	Monocyten	4	10
MCHC	(32-36 g/l)	14.4	Eosinophile	0	10
MCV	(92-95 fl)	94	Plasmazellen	0	10

Hemablogie:
Ausreicherung von blastären Elementen, mit etwas feinem Chromatin und schwach bis mittelstärkigen starkgranulierten Zytoplasma, selten Auer-Stäbchen. Kerne teils bilobär.



5

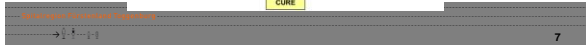
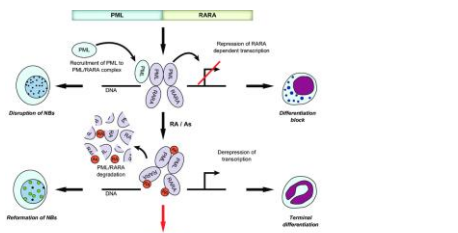
Verlegung ans KSSG

- Akute Promyelozytenleukämie
 - Induktionstherapie mit All-trans-Retinsäure und Arsenitrioxid ab 29.11.2019
- Gerinnungsaktivierung (initial Fibrinogen 1.28 g/l, D-Dimer 54.15 mg/l)
- Differenzierungssyndrom
 - Gewichtszunahme (max. +11 kg), Perikarderguss, Ödeme, Pleuraerguss, Aszites
 - Steroide, bei Entlassung 7.5 mg/d Prednison
- Infekt komplikationen: Akute Cholezystitis, 23.12.2019
- Katheter-assoziierte Thrombose, 21.01.2020 → Xarelto
- Komplette Remission am 27.12.2019



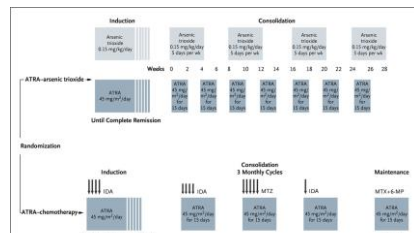
6

Therapie der akuten Promyelozytenleukämie



7

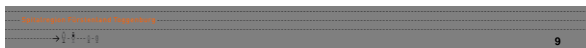
Therapie der akuten Promyelozytenleukämie



8

Erstkonsultation Onkologie 05.02.2020

- AZ noch reduziert, residueller Pleuraerguss links
- Fortsetzung der Erhaltungstherapie mit ATRA/ATO in Wattwil



9

Notfallmässige Hospitalisation 07.02.2020

- Atemabhängige Thoraxschmerzen und Pleuraerguss links
 - Punktion von 1.8 l klarem Erguss 07.02.2020
- Progrediente Anämie (121 g/l auf 84 g/l)
 - CT Angio Thorax 10.02.2020: Inhomogen dichter Pleuraerguss links. Eine aktive arterielle Blutung lässt sich nicht abgrenzen, am ehesten Sickerblutung unter Xarelto.



10

Verlegung ans KSSG 10.02.2020

- Erneute Pleurapunktion links (1.8 l, blutig)
- Xarelto Stopp



11

Weiterer Verlauf in Wattwil

- 3 weitere Zyklen Konsolidierungstherapie (Zyklus 8 Wochen)
 - 4 Wochen täglich Arsentrioxid, regelmässige EKG-Kontrollen
 - 2x2 Wochen ATRA-Kapseln
- Erfolgreiches Ausschleichen der Steroide bis Mitte Februar 2020
- Komplette Regredienz des Pleuraergusses nach dem 2. Zyklus
- Komplette morphologische und molekulare Remission nach dem 2. Zyklus



12

Fall 2: 60-jähriger Patient

13

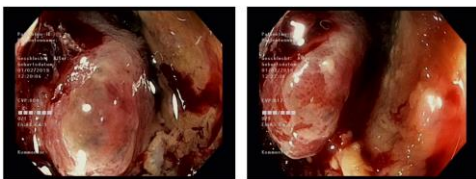
Jetziges Leiden

- Seit 1.5 Jahren immer wieder Schleim und Blut im Stuhl abgesetzt hat.
- Nachbar an Darmkrebs erkrankt, macht sich daher Sorgen und meldet sich direkt zu Koloskopie.
- Persönliche Anamnese: blande
- Sozial: verheiratet, keine Kinder, selbstständiger Treuhänder

14

Koloskopie 01.02.2019

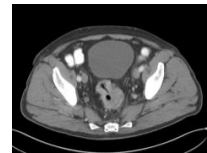
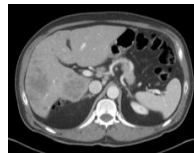
- Stenosierender Prozess 5 cm ab ano, mit Ulcerationen, nicht passierbar (auch nicht mit pädiatrischem Koloskop)



15

Bildgebung

- Abdomensonographie 01.02.2019: Multiple Raumforderungen in allen Lebersegmenten, metastasensuskpekt
- CT Thorax/Abdomen 04.02.2019



16

Tumorboard KSSG 06.02.2019

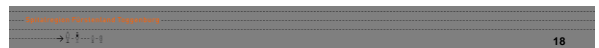
- Auf Grund der Stenosierung des Primärtumors → Anlage Colostoma und Einlage Port empfohlen
- Zuweisung Onkologie zur Besprechung der palliativen Systemtherapie (je nach Mutationsstatus).
- Wiedervorstellung am Tumorboard zur Besprechung der lokalen Therapieoptionen an der Leber und Operation des Primärtumors je nach Ansprechen



17

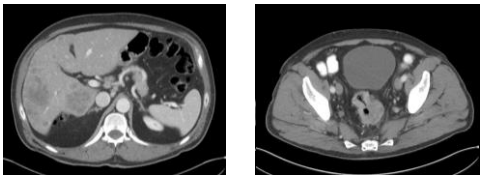
Erstkonsultation Onkologie 08.02.2019

- Guter Allgemeinzustand, Darmpassage weiterhin vorhanden
- Patient bezüglich Stoma sehr zurückhaltend
- Entscheid zur primären Systemtherapie
 - 5-FU/Folinsäure/Oxaliplatin/Irinotecan (FOLFOXIRI)
- Einlage Port-a-Cath am 12.02.2019, Therapiebeginn am gleichen Tag
- Insgesamt gute Therapieverträglichkeit



18

CT 30.04.2019 (nach 6 Zyklen)



19

Tumorboard KSSG 08.05.2019

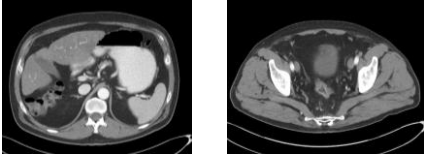
- Indikation zur Sanierung der Leber bei primär miliaren Befall beider Leberlappen nicht gegeben
- Eine Operation des Primarius kann angeboten werden, hier ist aber der Benefit für die Gesamtprognose nicht sicher



20

Weiterer Verlauf

- Deeskalation der Therapie auf 5-FU/Folinsäure/Irinotecan, dafür Hinzunahme von Bevacizumab
- CT 07.08.2020 (nach 12 Zyklen)



21

Weiterer Verlauf

- Weitere Deeskalation (im Sinne einer Maintenanacetherapie) 5-FU/Folinsäure und Bevacizumab
- CT 29.10.2020: Lebermetastasen nur noch in Kenntnis der Vorbefunde abgrenzbar, Primärtumor weiter regredient
- CT 27.01.2020: unverändert zum Vorbefund



22

Weiterer Verlauf

- CT 13.05.2020: Leichte Größenprogredienz des Rektumkarzinoms (2,9 x 2,1 cm, vorher 1,6 x 1,5 cm). Hepatisch unverändert



23

Chirurgische Beurteilung

- Starre Rektoskopie vom 08.06.2020: stenosierender Tumor im proximalen Rektum, nicht passierbar, Unterrand 14 cm ab anocutan
- Tumorboard 17.06.2020: Metastasen hepatisch deutlich regredient, aber Primarius grössenprogredient mit nicht passierbarer Stenose, Patient derzeit noch nicht symptomatisch. Operation des Primarius besprechen (Stomaanlage vs. onkologische Resektion)
- Patient entscheidet sich gegen eine Operation und will die Chemotherapie fortführen



24



Herzlichen Dank für die Aufmerksamkeit!

