

UNIKLINIK DEPPENDORF

Klinik und Poliklinik Padiatrische Onkologie / Hämatologie

Zentrum für Integrierte Onkologie

Direktor: Univ.-Prof. Dr.med. Klaus Kortmann

Kawasaki, Mitsou, geb. am 03.02.2027

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

Wir berichten über o.g. Patienten.

Diagnose:

Ganglioneuroblastom Stadium 3 präsakral (C47 4).

aktuell:

Lokoregionäres Rezidiv des bekannten Ganglioneuroblastoms.

Interkurrente Komplikationen und Erkrankungen seit 10/32: Rezidivierender hamorrhagischer Harnwegsinfekt (Pseudomonas), Hydronephrose links, Bronchitis.

Therapie:

- Erstbehandlung

Stanzbiopsie ventral/ rektal.

Tumorresektion (mit Ovarresektion rechts), inkomplett

1. Chemotherapie (Vincristin/ Etoposid/ Cisplatin),

2. Chemotherapie (Vincristin/ Cyclophosphamid/ Doxorubicin),

3. Chemotherapie (Etoposid/ Carboplatin)

4. Chemotherapie (Vincristin/ Cyclophosphamid/ Doxorubicin),

5. Chemotherapie (Etoposid/ Carboplatin)

6 Chemotherapie (Vincristin/ Cyclophosphamid). RIST-Therapie (bisher 2 Zyklen),

- Zweitbehandlung

Tumorresektion

Doppel-J-Katheterwechsel

Lokale Radiotherapie. 36 Gy, Metronomische Chemotherapie,

1. Zyklus CCVE

2. Zyklus CCV

3. Zyklus CCVE

4. Zyklus CCV

5. Zyklus CCVE

6. Zyklus CCV

7. Zyklus CCVE

8. Zyklus CCV

9. Zyklus CCVE

10. Zyklus CCV

11. Zyklus CCV

12. Zyklus CCV

HWI-Therapie, zuletzt mit Ciprofloxacin, PCP-Prophylaxe mit Pentamidinhalation. Propiverin (Mictonetten)

Rezidivtherapie

Zyklus N8: geplant

Anamnese:

Zur ausf. Anamnese verweisen wir auf zurückliegende Arztbriefe zuletzt aus

unserer Einrichtung vom 14.10.2033. Wir berichteten dort bereits über den Verdacht auf Rezidiv des bek. Ganglioneuroblastoms. In der MRT-Bildgebung des Abdomens vom 17.09.2033 zeigte sich eine neue aufgetretene 1.6 x 1.8 cm messende Raumforderung links retroperitoneal im Bereich des Grenzstranges links. Über die erweiterten Staginguntersuchungen und über die geplante Therapie möchten wir im Folgenden berichten.

#### Klinischer Befund:

6-jähriger Junge in gutem AZ und EZ Cor rein und rhythmisch. Pulmo bds. vesikuläres AG. Abdomen weich, tief palpabel. Keine pathologische Resistenz. Keine Hepatosplenomegalie. Kein palpabler Tumor tastbar. Altersentsprechende Entwicklung. Peripherer Lymphknotenstatus regelrecht.

#### Labor:

Laborwerte vom 21.10 2033:

Leukozyten 3.610/µl, Hb 9,6 g/dl, Thrombozyten 221.000/µl. Normwerte für Elektrolyte, Eiweiß, Albumin, Kreatinin. Harnsäure, GOT, GPT, Gamma-GT, Bilirubin, LOH und Lipase. CRP mit 5,9 mg/l und Harnstoff mit 55 mg/ dl minimal erhöht.

#### Tumormarker:

NSE vom 21.10.2033 minimal erhöht mit 26,3 µg/l

Urinkatecholaminausscheidung im Verlauf normal: 26 09.2033 mit HVS 0,91 fach und VMS 0,75 fach des oberen Normwertes

#### Knochenmark:

Knochenmarkuntersuchung vom 09.10.2033

Zytologisch kein Nachweis von Tumorzellen. Immunzytologisch kein Nachweis von Tumorzellen.

#### Bildgebende Befunde:

MIBG-Szintigraphie vom 10 und 11.10.2033:

Links abdominal mäßige pathologische MIBG-Anreicherung Schriftlicher Befund ausstehend.

#### Zusammenfassung und Beurteilung:

In der aktuellen MIBG-Szintigraphie zeigt sich in Korrelation zu dem rezidivverdächtigen MRT-Befund links retroperitoneal eine pathologische MIBG-Speicherung. In Zusammenschau wurden die Befunde als lokoregionäres Rezidiv des Ganglioneuroblastoms gewertet. In den Knochenmarkuntersuchungen kein Hinweis auf Knochenmarkbefall.

Als Therapiekonzept wird folgende Behandlung geplant: Nach Anlage eines Broviakatheters soll ein neoadjuvanter Chemotherapiezyklus N8 (nach Protokoll NB2004 High Risk mit Topotecan, Cyclophosphamid, Etoposid) durchgeführt werden. Im Anschluss wird eine Tumorbiopsie zur histologischen Sicherung und zur Evaluation von "drugable targets" empfohlen. Eine komplette Tumoresektion wird voraussichtlich nicht möglich sein. Nach Durchführung eines 2. NB Zyklus sollen erneute Staginguntersuchung erfolgen. Bei Therapieansprechen empfehlen wir zwei weitere N8-Zyklen, gefolgt von einer Hochdosis-Chemotherapie (Konditionierung z.B. mit Melphalan, Etoposid, Carboplatin} mit autologen Stammzellrescue. ggf. in Kombination mit einer MIBG-Therapie Für die Hochdosistherapie ist die vorherige Gewinnung von autologen Stammzellen erforderlich (Stammzellapherese z.B. nach 1. Block N8) Als Erhaltungstherapie kann eine Antikörpertherapie (monoklonaler Antikörper Ch14.18. Anti-GD2) diskutiert werden.

Über den weiteren Verlauf werden wir berichten und verbleiben mit freundlichen kollegialen Grüßen

Prof. Dr. med. V. Jäger  
Oberarzt. Kinderonkologie und -hamatologie

Dr. med. L. Rombach  
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin