

Anmeldung Tumorboard Neuroonkologie

Erstellt	25.06.2025 14:36:17 SLZRA	Gesehen	27.06.2025 07:43:44 VOTMA
Von	Schulzki Rana <SLZRA>		
An	Tumorboard Neuroonkologie		
Sichtbar ab	Mo 30.06.2025	08:30	

Fallinformationen	Patienteninformationen
8281925 NCH Poliklinik / Klinik für Neurochirurgie Ambulant 30.05.2023 - 28.05.2024 NB A Einsiedler Krankenkasse Krankenkasse Hausarzt: Stäuble Simon Selbstzahler	3758834 Oechslin Rosmarie Klostermühlestrasse 13b CH - 8840 Einsiedeln 756.7270.8136.77 W / 12.07.1954 *079 613 37 10 GC Erteilt

Ext. Zuweiser	Ameos Spital Einsiedeln Ärztliche Leitung Spitalstr. 28 - Pf 462 8840 Einsiedeln	Hausarzt	MedicoPlus Ärztezentrum Einsiedeln Herr Dr. med. Simon Stäuble Ärztlicher Leiter Spitalstr. 26a 8840 Einsiedeln
Int. Zuweiser		Angemeldet durch	Dr. med. R. Schulzki, Assistenzärztin, Sucher: 34163

Vorstellung am: Mo 30.06.2025 um 08:30 Ort: Nord 1 C Demonstartionsraum NRA

Anmeldeschluss: 88.5 Stunden vor Boardbeginn

Ergänzungen und neue Inhalte werden nicht automatisch in die Tumordokumentation zurückgeschrieben

<p>Diagnose</p> <p>Glioblastom, IDH-Wildtyp CNS WHO-Grad 4, im Cuneus links, ED 12.03.2023</p> <ul style="list-style-type: none">molekulare Untersuchung vom 23.03.2023:<ul style="list-style-type: none">IDH1R132H (IHC): kein Nachweis einer Mutation, ATRX (IHC): wildtyp, P53 (IHC): wildtyp, Methylierungs Hauptklasse: Glioblastom, IDH-wildtyp / Score 0.99., Methylierungs Subklasse: mesenchymaler Typ, MGMT: methyliert, Relevante Chromosomale Alterationen: +7 / -10, Relevante Deletionen: CDKN2A/B homozygotanamnestisch: initial desorientiert und mnestiche Störung, im Verlauf zunehmende Vigilanzminderung und tonisch-klonisch epileptischer Anfallklinisch: bei Eintritt: GCS 9, Pupillen isokor und lichtreagibel, gleichmässige Bewegung der Extremitäten auf SchmerzreizCT-Schädel nativ mit KM vom 12.03.2023 (extern): Irregulär KM-aufnehmende Raumforderung mit zentraler Nekrose im Precuneus links mit ausgedehntem perilesionalem ÖdemKraniotomie parieto-occipital links und mikrochirurgische Tumorsektion mit 5-ALA und intraoperativer Ultraschall-Kontrolle am 15.03.2023 (fecit PD Dr. med. M. Germans)cMRI vom 17.03.2023: Tumorreste betont am lateralen Aspekt, weniger auch am superioren Resektionsrand bei St.n. Kraniotomie parietooccipital links eines höhergradigen Glioms im Cuneus links. Neue postoperative Veränderungen mit linkshemisphärischen pachymeningealer Reaktion, leicht progrediente Diffusionshyperintensitäten der Amygdala/ Hippocampus bis Gyrus parahippocampalis links a.e. postiktal. Im kurzfristigen Verlauf stationäre nicht-anreichernde, hyperperfundierte Läsion kortikal im Gyrus frontalis superior rechts mit CT-bekannter Verkalkung DD Oligodendrogliom, DD Zweitmanifestation eines Glioms.Neuroonkologisches Tumorboard vom 20.03.2023: Studienevaluation, Strahlentherapie mit konkomitanter Temozolomid-Therapie und nachfolgender Erhaltungstherapie mit Temozolomid13.04.-04.05.2023: Radiochemotherapie 15x2.67 Gy = 40.05 Gy und kokomitante Temozolomid 75mg/m2cMRI 30.05.2023: Grössenprogrediente KM-affine Tumoranteile am antero-lateralen Resektionsrand.
--

Progrediente FLAIR-Hyperintensitäten temporo-parieto-occipital bis ins Splenium reichend DD nicht KM-affine Tumoranteile DD postradiogene Veränderungen nicht ganz auszuschliessen. Leicht regrediente postoperative Veränderungen im und um die Resektionshöhle. Stationäre Darstellung der tumorsuspekten Läsion im Gyrus frontalis superior rechts DD Oligodendrogliom, DD Zweitmanifestation eines Glioms weniger wahrscheinlich.

- 1. Zyklus **Erhaltungstherapie mit Temozolomid** 150mg/KOF (270mg) vom 05.06.-09.06.2023
- 2. Zyklus Temozolomid 200mg/KOF (360mg) vom 28.08.-01.09.2023 (Onkologie Lachen)
- 3. Zyklus Temozolomid 200mg/KOF (360mg) vom 25.09.-29.09.2023
- cMRI vom 19.10.2023: a.e. Mischbild mit Therapieansprechen und Tumorprogress
- 4. Zyklus Temozolomid 200mg/KOF (360mg) vom 23.10.-27.10.2023
- 5. Zyklus Temozolomid 200mg/KOF (360mg) vom 20.11.-24.11.2023
- 6. Zyklus Temozolomid 200mg/KOF (360mg) vom 04.01.-08.01.2024 (delayed bei prolongierter Leukopenie)
- cMRI vom 01.02.2024: stable disease
- cMRI vom 19.06.2024: stationärer bis regredienter Befund
- cMRI vom 23.09.2024: Größenprogrediente kontrastmittellaffine noduläre Veränderungen im dorsalen Bereich des Resektionsrandes mit Kommunikation zur Dura
- Empfehlung Tumorboard vom 30.09.2024: Klinische und bildgebende Verlaufskontrollen mit FET PET Untersuchung in 4 Wochen empfohlen; nachfolgend Evaluation Optionen lokaler Therapie (NCH, RAO) versus Systemtherapie CCNU (bei methyliertem MGMT) versus Studienevaluation; bei klinischer Verschlechterung Avastin (Bevacizumab)
- FET-PET/cMRI vom 31.10.2024: Im Vergleich zum letzten MR Gehirn vom 19.06.2024 sowie 19.06.24: Verdacht auf Tumorrezidiv parietookzipital links dorsal der Resektionshöhle mit Kontrastmittel- und FET-Aufnahme, leicht grössenprogredient im Verlauf, DD posttherapeutische Veränderungen letztendlich nicht auszuschliessen. Größenunveränderte weitere Läsion rechts hochfrontal mit geringer FET-Aufnahme unklarer Dignität, DD Oligodendrogliom.
- 04.11.2024 NOS Tumorboard: Erneute Vorstellung NOS zur Besprechung Systemtherapie mit CCNU (bei methyliertem MGMT), auch Besprechung möglicher Studien. Vorstellung Palliativmedizin anbieten.
- **28.11.-11.12.2024 Typ 1 Rebestrahlung des Tumorrezidivs mit 10 x 3.5 Gy = 35 Gy**
- 03.12.-05.12.2024 Stationäre Aufnahme NOS bei neurologischer Verschlechterung, struktureller Epilepsie unter RT
- cMRI vom 03.12.2024 cMRI: Deutlich progrediente kontrastmittellaffine, hyperperfundierte, noduläre Veränderungen randständig um die Resektionshöhle und neue Ausdehnung nach kranial im Sulcus parietooccipitalis mit Infiltration des Präcuneus links – hochgradig suspekt auf Tumorprogress. Stationäre Darstellung der nicht KM-affine teilverkalkte Raumforderung im Gyrus frontalis superior DD Oligodendrogliom.
- Tumorboard vom 04.12.2024: Gemäss Tumorboard vom 04.11.2024: Zuweisung RAO zur Evaluation Re-Bestrahlung, erneute Vorstellung NOS zur Besprechung der Systemtherapie mit CCNU bei methyliertem MGMT vs. Studienevaluation, bei klin. Verschlechterung Avastin
- Tumorboard vom 13.12.2024: bildgebende Verlaufskontrolle in 4 Wochen. Bereits vorab Kostengutsprache gesuch Bevacizumab stellen
- cMRI vom 14.01.2025: Insgesamt leicht grössenregrediente Resektionshöhle entlang des Sulcus parieto-occipital rechts bei jedoch fokale etwas breitere randständige KM-Aufnahme im superioren Anteil und leicht grössenregredientem nach anterior gerichtetem Nodus im anterosuperioren Anteil; die KM-affinen Anteil mit leichter bis deutlicher Hyperperfusion und somit a.e. Tumorrest entsprechend +/- posttherapeutische Veränderungen. Auch langfristig unveränderte Darstellung der nicht raumfordernden FLAIR heterogene, nicht KM-affinen, jedoch hyperperfundierten Läsion im Gyrus frontalis superior rechts mit kleinen Arealen erhöhter Suszeptibilität, möglicherweise Oligodendrogliom, DD DNET, DD MVNT wenig wahrscheinlich. Keine neu abgrenzbare intrakranielle Läsion.
- cMRI vom 25.04.25: Erneut deutlich progrediente kontrastmittellaffine, hyperperfundierte, Veränderungen um die Resektionshöhle links parietal mit zunehmender Ausdehnung nach kranial im Sulcus parietooccipitalis mit Infiltration des peroneus links sowie nach rostral bis in Höhe der hinteren Capsula externa suspekt auf Tumorprogress, minimale Regredienz der nicht KM-affinen, teilverkalkte Läsion im Gyrus frontalis superior
- 1. Avastininfusion (10 mg/kg KG) am 09.05.2025
- 2. Avastininfusion (10 mg/kg KG) am 26.05.2025
- 3. Avastininfusion (10 mg/kg KG) am 10.06.2025

aktuell:

- anamnestisch/klinisch: KPS 80-90%, fingerperimetrisch Quadrantenanopsie nach rechts unten, Absinken und Pronation im AHV rechts, ansonsten kein fokale-neurologisches Defizit
- cMRI vom 24.06.2025: Regrediente Kontrastmittelanreicherung um die Resektionshöhle, bei jedoch deutlich grössenprogredienter, kontrastmittellaffiner, hyperperfundierte Signalveränderungen anterior der Resektionshöhle paratrigonal links entlang der Radiatio optica - suspekt auf Tumorprogress. Stationäre nicht KM-affine, teilverkalkte Läsion im Gyrus frontalis superior rechts.

Fragestellung

Bitte um Besprechung: 70j Patientin mit Glioblastom, MGMT methyliert, aktuell Verlaufs-MRI nach 4 Gaben Bevacizumab erfolgt. Bitte um Demonstration der Bilder und Vorschlag zum Procedere. Fortführen Bevacizumab?

Klinisch: KPS 80%-90%, Quadrantenanopsie nach rechts unten, latente Parese des rechten Arms, keine weiteren FND

Beilagen**Bericht**

Tumordoku, 14.11.23, 17:59 Uhr, für Pat. R. Oechslin, geb. 12.07.1954, #3758834, Fall 8281925