

Anmeldung Tumorboard Neuroonkologie

Erstellt	25.06.2025 07:25:35 BEYEB	Gesehen	27.06.2025 07:43:31 VOTMA
Von	Beyersdorf Benjamin <BEYEB>		
An	Tumorboard Neuroonkologie		
Sichtbar ab	Mo 30.06.2025	08:30	

Fallinformationen	Patienteninformationen
9081320 NOS Neuroimmunologie / Klinik für Neurologie Ambulant 05.12.2024 - 13.11.2025 NB A Sanitas Krankenkasse Hausarzt: Rennhard Stefan Selbstzahler	60232951 Fleischli Denise Zürcherstrasse 10 CH - 8172 Niederglatt ZH 756.1634.5869.79 W / 09.01.1987 *079 329 59 65 GC Erteilt

Ext. Zuweiser	nicht bekannt Zuweiser Beispielstr. 8000 Zürich	Hausarzt	Ärztegemeinschaft Reussli Herr Dr. med. Stefan Rennhard Allgemeine Innere Medizin Reusslistr. 10 8172 Niederglatt ZH
Int. Zuweiser		Angemeldet durch	Dr. med. B. Beyersdorf, Assistenzarzt, Tel Büro: 31773

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

Diagnose

Schubförmige Multiple Sklerose, ES ca. 2008, ED 04/2019, EDSS 3.0

- hypermetrische Sakkaden, fragliche Skew-Deviation, Unsicherheit in den erschwerten Gangprüfungen, neurogene Blasenfunktionsstörung, Dysphagie
- Verlauf:
 - 2008 unklare Sensibilitätsstörungen (ca. ein Monat lang) und Koordinationsstörung (einige Tage anhaltend) der rechtseitigen Extremitäten, a.e. als erstes Schubereignis zu werten
 - 04/2019: akuter Schub mit subakuter Sehinderung rechts, zentraler Okulomotikstörung mit BRN nach rechts und oben, leichter Ataxie, bilaterale Parästhesien Extremitäten
 - 11/2019: Veränderungen der Miktion (langsamer Ausfluss, Nikturie, leichte Schmerzen), i.R. einer urologischen Abklärung a.e. als neurogen gewertet
 - 18.06.2020: Hypästhesie der rechten Gesichtshälfte
- Diagnostik:
 - Labor:
 - Liquor 16.5.1209: 5 Zellen, IgG im Liquor erhöht (IgG-Index 1.03), >5 OKB, keine Neuroborreliose (Seronarbe nach Borrelieninfektion)
 - JVC Antikörper: 07/2020 negativ, 01/2020: negativ, 01/2021 negativ, 07/2021: negativ, 01/2022: negativ, 07/2022: negativ, 02/2023 negativ, 08/2023, 02/24 negativ
 - Tysabri-Ak 17.05.2024: negativ.
 - NfL 05/2024 (Basel): >29. Perzentile, Z-score -0.55.
 - Lumbalpunktion am 09.09.2024: Liquor wasserklar, 1 Zelle/µl, Totalprotein 231 mg/l, Albumin-Quotient 3,2 x 10^3, Glukose-Quotient 0,6, OKB Typ II, Kappa und Lamda Index erhöht, JCV Index erhöht
 - Infektiologie vom 09.09.2024: Quantiferon Test negativ, Anti-HBs positiv, Anti-HBc & Anti-HCV

negativ

- Immunologie, Infektiologie 25.04.2025: Sarkoidose-Screening, Vasculitis-Screening, HBV, HCV, HIV, Anti-NMO, Anti-MOG negativ
- Bildgebung:
 - cMRI 14.5.2019: multiple inaktive MS-typische Läsionen supratentoriell, pontin und Medulla oblongata, KM-aufnehmende Läsion in der Pyramide des Crus cerebri rechts Grosse rundliche (19 mm) RF ohne KM-Aufnahme im Brachium pontis rechts mit Ausdehnung in den Flocculus dd low-grade-Gliom
 - MRI HWS/BWS 20.5.2019: zwei demyelinisierende Läsionen auf Höhe HWK 2 und HWK 4/5
 - MRI HWS 20.6.2019: spinal unveränderter Befund. V.a. kleine neue cerebelläre Läsion rechts
 - cMRI 8.8.2019: Zwei neue Plaques im Kleinhirn links und rechts, keine KM-Aufnahme, ansonsten bzgl. der MS-Herde unveränderter Befund
 - FET PET am 05.12.2019: FET-negative Läsion im Brachium pontis rechts. Ein höhergradiger Tumor ist damit ausgeschlossen. Insgesamt spricht die komplett fehlende FET-Aufnahme auch gegen einen niedriggradigen hirneigenen Tumor und für eine (tumefaktive) demyelinisierende Läsion.
 - spinales MRI 29.01.2020: stabiler Befund
 - cMRI 06/2020: Bekannte demyelinisierende Läsionen etwas grössenprogredient (v. a. die grosse Läsion im Pedunculus cerebellaris medius rechts) sowie einzelne kleine neue Läsionen supra- und infratentoriell (neu an Pedunculus cerebellaris medius rechts an 2 Stellen und Pars basalis pontis links, keine Schrankenstörung)
 - cMRI 12/2020: Stationäre Läsionslast mit weitgehend unveränderten, betont infratentoriell lokalisierten Läsionen, hiervon ein grosser tumefaktiver Herd von max. 20 mm mit raumfordernder Wirkung im Brachium pontis rechts. Keine schrankengestörten Läsionen oder anderweitig pathologisches KM-Enhancement. Analog zur Voruntersuchung im Seitenvergleich inhomogenen flau FLAIR-hyperintense Darstellung des rechten N. opticus (Klinik?), DD Artefakt.
 - cMRI und MRI HWS vom 06/2021: Stationäre Läsionslast intrakraniell sowie im cervikalen Myelon, keine neue oder KM-affine Läsion; ebenfalls stationärer tumefaktiver Herd mit raumfordernder Wirkung im Brachium pontis rechts. Kein Anhalt für PML.
 - cMRI 12/2021: stationärer Befund
 - cMRI 07/2022: stationärer Befund
 - cMRI 02/2023: stationärer Befund
 - cMRI 09/2023: V.a. gering grössenprogrediente Läsionen im Pons links sowie fraglich neue Läsion subependymal am IV. Ventrikel rechts
 - cMRI vom 15.04.2024: stationär
 - sMRI vom 25.03.2024: . Stationäre Darstellung der bekannten zervikalen Myelonläsionen, wie oben beschrieben. **Mögliche neue nicht KM- affine Läsionen des Myelons auf Höhe HWK 1 dorsal links, HWK 2 rechts und auf Höhe der Deckplatte BWK 7 links lateral**, DD artifiziell. Keine suspekten KM-Anreicherung entlang des Myelons. Progrediente mässiggradige mehrsegmentale degenerative Veränderungen der HWS mit neuroforaminaler Stenose und möglicher leichter/ mässiger Kompression C5 und C6 Wurzeln präforaminal rechts in Höhen HWK4/5 und HWK5/6.
 - cMRI 02/2025: **Neu abgrenzbare im Vergleich zur Voruntersuchung vom 06.02.2023 zeigt sich eine ovaläre Kontrastmittelanreicherung im medialen Aspekt der tumefaktiven Läsion.** Darüber hinaus keine suspekten Kontrastmittelaufnahme. Keine neuen Läsionen.
 - sMRI 02/2025: Stationäre Läsionslast im Vergleich zur Voruntersuchung. Keine sicheren neuen und keine Schranken-gestörten Läsionen der spinalen Achse. Vorbekannte leichte/mässiggradige mehrsegmentale degenerative Veränderungen der HWS ohne neuronale Kompression bei rechts neuroforaminaler Enge in Höhe HWK4/5.
 - PET-MR Tyrosin 24.04.2025: Die kleine, randständige KM-anreichernde Läsion in der grossen tumefaktiven demyelinisierenden Läsion in der rechten Kleinhirnhemisphäre ist grössenkonstant und allenfalls minimal FET positiv (5mm); a.e. aktive tumefaktive demyelinisierende Läsion DD neoplastisch unwahrscheinlich.
 - MRI Spektroskopie 26.05.2025: Seit 08/2019 gering grössenprogrediente FLAIR-hyperintense Läsion im mittleren/unteren Kleinhirnschenkel rechts mit seit dem 15.02.2025 abgrenzbarer nodulärer KM-Anreicherung im medialen Aspekt. In Zusammenschau mit der MR-Spektroskopie hochgradiger Tumorverdacht. Im Übrigen stationäre intrakranielle Läsionslast bei bekannter multipler Sklerose. Keine neuen Läsionen.
- sonstige Diagnostik:
 - VEP 2019: RA Latenzverlängerung und Amplitudenminderung, LA Normalbefund
 - Neuropsychologische Untersuchung vom 14.04.2021: leichte bis mittelschwere neuropsychologische Störung, AUF von mind. 40%, möglichst reiz-und störungsarme Umgebung oder Aufgaben mit weniger Zeitdruck/weniger Multitasking zu empfehlen
 - ENMG 06/2024: Beschwerden a.e. i.R. der Grunderkrankung, ggf. sind die bekannten Läsionen HWK 3/4 dorsomedian
- Therapie:
 - Solumedrol 1g/Tag vom 21. - 23.05.2019 und 10/2019

- Rebif 07/2019 - 02/2020
- seit 17.02.2020 4-wöchentliche Tysabri-Gaben 300 mg i.v.; seit 05/2023 s.c. (ex domo)
 - (10/2024) Tysabri s.c. in domo (59. Gabe)
- **Beginn einer immunmodulatorischen Therapie mit Kesimpta (11/2024)**
 - Initial wöchentlich (3 Gaben in domo, 20mg/Inj s.c.)
 - Woche 0: 28.11.2024 (1. Gabe)
 - B-Zell Frequenz: 21%
 - Woche 1: 05.12.2024 (2. Gabe)
 - Woche 2: 12.12.2024 (3. Gabe)
 - seit 12/2024 selbständige Verabreichung 20mg/Inj alle 4 Wochen

Fragestellung

Besprechung der Histologie und Procedere nach Biopsie der RF im pedunculus cerebelli medius rechts

Beilagen**Bericht**

Tumordoku, 26.05.25, 17:44 Uhr, für Pat. D. Fleischli, geb. 09.01.1987, #60232951, Fall 9081320