

Anmeldung Tumorboard Neuroonkologie

Erstellt	25.06.2025 17:30:44 ZAUAN	Gesehen	27.06.2025 07:43:35 VOTMA
Von	Zaugg Angela Dominique <ZAUAN>		
An	Tumorboard Neuroonkologie		
Sichtbar ab	Mo 30.06.2025	08:30	

Fallinformationen	Patienteninformationen
<div>9327865 NOS Neuro-Onkologie / Klinik für Neurologie Ambulant 21.03.2025 - 31.12.2025 NB A CSS Versicherung Krankenkasse Hausarzt: Mostert Stefan Selbstzahler</div>	<div>10645326 Jost Urs Hämmerli 6 CH - 8855 Wangen SZ 756.2233.6191.67 M / 14.04.1958 *079 341 64 61 GC Erteilt</div>

Ext. Zuweiser	nicht bekannt Zuweiser Beispielstr. 8000 Zürich	Hausarzt	Praxis Biberzelten Herr Dr. med. Stefan Mostert Allgemeine Innere Medizin Biberzeltenstr. 8 8853 Lachen SZ
Int. Zuweiser		Angemeldet durch	Dr. med. A. Zaugg, Assistenzärztin, Sucher: 35296

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 links parietal, WHO Grad 4, MGMT-Promoter methyliert, ED 02/2024</p> <ul style="list-style-type: none">• <u>molekulare Untersuchungen:</u><ul style="list-style-type: none">• MGMT Promoter methyliert• Ploidie: 7, 9q, 19; LOH: 6q (teilweise), 9p, 10• CNV: Amplifikation: EGFR, CDK4• Deletion: CDKN2A/B (homozygot)• <u>initiale Symptomatik:</u> tonisch-klonischer Krampfanfall am 24.02.2024. Zuweisung aus Spital Lachen• <u>diagnostisch/ therapeutisch:</u>• cMRI vom 26.02.2024: Ca. 2,5 x 2,4 x cc 1,7 cm messende inhomogen KM-aufnehmende Raumforderung mit deutlicher Hyperperfusion im Gyrus angularis links.• 29.02.2024: Offene Biopsie durch ein Bohrloch parietal links (fecit Prof. Dr. med. L. Stieglitz)• cMRI 07.03.2024: Relevante Größenänderung von ca. 2,5 x 2,4 x cc 1,7 cm auf ca. 3.2 x 3.3 x 2.6 cm im Gyrus angularis links. Progrediente Suszeptibilitätsartefakte innerhalb der Raumforderung sowie zunehmendes perifokales Ödem. Größenabnahme der subduralen Flüssigkeitskollektion/ Effusion fronto-temporo-parietal links von ca. 3 mm auf ca. 1 mm.• klinisch/anamnestisch 13.03.2024: KPS 70%, leichte motorische Aphasie mit erhaltenem Sprachverständnis, Apraxie• 14.03.2024: Einschluss in den Behandlungsbereich der GLUGLIO-Studie• cMRI 26.03.2024: Pathologisches Metaboliten-Spektrum in Höhe der nach Biopsie und unter Radiatio mittels MR-Spektroskopie untersuchten Raumforderung.• 14.03 bis 26.04.2024: Kombinierte Radio-Chemotherapie des Glioblastoms Lobulus parietalis links mit 30 x 2 Gy = 60 Gy kombiniert mit Temodal 75 mg/m2 (Absolut Dosis 145mg täglich)• 1. Erhaltungszyklus Temozolomid mit gesamt 320mg/d TMZ (150mg/m2 KOF) vom 28.05.2024 -

01.06.2024

- cMRI vom 23.05.2024: Grössenprogrediente zentral nekrotische Raumforderung im Gyrus angularis links, aspektmässig und anhand der rCBV suspekt auf Progress DD Pseudoprogress
- 2. Erhaltungszyklus Temozolomid mit gesamt 400 mg/d TMZ (200mg/m2 KOF) vom 25.06.2024 - 29.06.2024
- cMRI 18.06.2024 (Spital Lachen): stable disease
- 3. Erhaltungszyklus Temozolomid mit gesamt 400 mg/d TMZ (200mg/m2 KOF) vom 23.07.2024 - 27.07.2024
- cMRI 13.08.2024: Im kurzfristigen Verlauf verglichen mit der Voruntersuchung vom 18.06.2024. Gering progredientes Glioblastom parietal links
- EEG 20.08.2024: Normale Grundaktivität mit diffuser Beta-Überlagerung. Kontinuierliche leicht bis mässige regionale Verlangsamung temporoparietal links. Diskreter Knochenlückeneffekt links parietal. Keine epilepsietypischen Potentiale. Kein Status epilepticus.
- 4. Erhaltungszyklus Temozolomid mit gesamt 400 mg/d TMZ (200mg/m2 KOF) vom 21.08.2024 - 25.08.2024
- 5. Erhaltungszyklus Temozolomid mit gesamt 400 mg/d TMZ (200mg/m2 KOF) vom 18.09.2024 - 22.09.2024
- 6. Erhaltungszyklus Temozolomid mit gesamt 400 mg/d TMZ (200mg/m2 KOF) vom 24.10.2024 - 28.10.2024
- cMRI vom 13.11.2024: stabiler Befund
- cMRI vom 27.01.2025: stabiler Befund
 - seit 19.03.2025: Dexamethasonstosstherapie
 - cMRI vom 21.03.2025: Neu aufgetretene Raumforderung mit 40 x 26 x 23 mm am Boden der Zentralregion links mit inhomogener Kontrastmittelaufnahme, zentralen Einschmelzungen und geringer Hyperperfusion sowie ausgeprägten, flächigen perifokalen Ödem/nicht kontrastmittelaufnehmender Tumor, mit geringer Kompression des linken Seitenventrikels ohne akute Liquorzirkulationsstörung, vereinbar mit neuer Glioblastom-Manifestation. Gering grössenregrediente, eingeschmolzene Läsion links parietal bei bekanntem Glioblastom mit unveränderten perifokalem Ödem/nicht kontrastmittelaufnehmender Tumor.
- 26.03.25: Ende GLUGLIO-Studie bei Tumorprogress
- Tumorboard 31.03.2025 Beginn Bevacizumab & CCNU bei methyliertem MGMT; RAO: ggf. RT evaluieren im Verlauf
 - 1. Zyklus **Avastin** 10mg/kg KG (800mg entsprechend) am 10.04.25
 - 1. Zyklus **CCNU** 90mg/m2 KOF (4 Tabletten je 40mg) am 10.04.25
 - 2. Zyklus Avastin 10mg/kg KG (800mg entsprechend) am 25.04.25
 - 3. Zyklus Avastin 10mg/kg KG (800mg entsprechend) am 26.05.25 (vorübergehende Therapiepause bei Thrombopenie)
 - 2. Zyklus CCNU 90mg/m2 KOF (4 Tabletten je 40mg) am 28.05.25
 - 4. Zyklus Avastin 10mg/kg KG (800mg entsprechend) am 11.06.25

aktuell:

- klinisch/anamnestisch: KPS 80-90%, ECOG 1. seit Mitte März 2025 Wortfindungsstörungen, unklare Aussprache, schlechteres Sprachverständnis und leichte Apraxie
- cMRI 25.06.25: Teilansprechen
- 5. Zyklus Avastin 10mg/kg KG (800mg entsprechend) am 26.06.25 geplant

Fragestellung

67-jähriger Patient mit Glioblastom (MGMT methyliert) aktuell unter Bevacizumab und Lomustin mit radiologischem Teilansprechen. Klinische Verschlechterung (motorische Aphasie, Müdigkeit & neu brachio-crurale rechtsseitige Hypästhesie) KPS 70%.

Bitte um Demonstration der Bilder sowie Besprechung des weiteren therapeutischen Prozedere?

Beilagen**Bericht**

Tumordoku, 25.06.25, 17:30 Uhr, für Pat. Urs Jost, geb. 14.04.1958, #10645326, Fall 9327865