



Medizinische Klinik und Poliklinik I

Direktoren: Prof. Dr. med. M. Bornhäuser / Prof. Dr. med. J. Hampe

Onkologische Tagesklinik und Ambulanz

Leiter: Prof. Dr. med. G. Folprecht

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus · 01307 Dresden

Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus
an der Technischen
Universität Dresden
Anstalt des öffentlichen Rechts
des Freistaates Sachsen

Fetscherstraße 74
01307 Dresden
Telefon (0351) 4 58 - 0

Sehr geehrter Herr Kollege

wir berichten über den

Patienten

wohnhaft

geboren am 1975

Aufnahmenr.

der sich in unserer ambulanten Behandlung befand.

Diagnosen: Nachbericht

1). Karzinom des gastroösophagealen Übergangs, AEG II

27.09.2022 Erstdiagnose; C16.0 (43-46cm ab ZR)

M8140/3 Infiltration durch Strukturen eines exulzerierten, schlecht differenzierten Adenokarzinoms, intestinaler Typ nach der Laurén-Klassifikation, PD-L1 CPS 3

cT3 cN1 cM0 G3, HER2-neu: 3+, Mikrosatellitenstatus: stabil

10.11.2022 OP diagn. Laparoskopie: intraop. ohne Anhalt für Peritonealkarzinose

(diagnostisch)

17.11.2022 - 29.12.2022 CTx 4 Zyklen FLOT (kurativ-neoadjuvant), planm. beendet,

Nebenwirkungen: Hand-Fuß-Syndrom? Gr. 2

09.02.2023 OP daVinci-assistierte, minimal invasive Ösophagusresektion (RAMIE) mit Lymphadenektomie, Magenhochzug (Schlauchmagen) und intrathorakaler

Anastomose (kurativ) ypT3 ypN1 (2/17) L1 V1 Pn1 R0, M8140/3 32 mm messende Infiltration

durch ein überwiegend solide, teils kribriform, gering muzinös und zellvereinzelt wachsendes Adenokarzinom; Tumorregressionsgrad nach Becker

et al. 2003: Grad 3
23.03.2023 - 04.05.2023 CTx 4 Zyklen FLOT (kurativ-adjuvant) ,
Nebenwirkungen:
Hand-Fuß-Syndrom Gr. 2

15.06.2023 pulmonaler kleiner Nodulus im Segment 3 rechts;

13.07.2023 Lebermetastasen (B); C78.7
ab 14.08.2023 CTx FOLFIRI/Trastuzumab (palliativ / symptomatisch)

21.07.2023 größenprogrediente, dringend metastasensuspekte Läsionen
bipulmonal (links > rechts);

18.08.2023 V.a. Hirnmetastasen bds. hemisphäriell supratentoriell sowie rechts
zerebellär, V.a. ependymale Metastase Hinterhorn Seitenventrikel rechts;

Weitere Diagnosen:
Z.n. Alkoholabusus

Laborwerte:

Bezeichnung	Ref.-Bereich	Einheit	25.7.23 15:26	14.8.23 10:12
Status			* Endbefund * Endbefund	
Hämoglobin i.B. (EDTA)	8,60 - 12,10	mmol/L	8.30↓	
Hämatokrit i.B. (EDTA)	0,400 - 0,540	L/L	0.38↓	
Leukozyten i.B. (EDTA)	3,8 - 9,8	GPt/L	6.10	
Thrombozyten i.B. (EDTA)	150 - 400	GPt/L	326	
Mittleres Thrombozytenvolumen (EDTA)	9,0 - 13,0	fl	9.9	
Erythrozyten i.B. (EDTA)	4,60 - 6,20	TPt/L	4.51↓	
mittl.korp.Hämogl. (MCH)	1,70 - 2,10	fmol	1.84	
mittl. korp. Hb-Konz. (MCHC)	19,0 - 22,0	mmol/L	21.7	
mittl.korp.Volumen (MCV)	80 - 96	fl	85	
Ery-Verteil.-breite (EDTA)	11,6 - 14,4	%	13.8	
Neutr. Granulozyten (rel.)	36,0 - 77,0	%	61.1	
Lymphozyten (rel.)	20,0 - 49,0	%	26.1	
Monozyten (rel.)	0,0 - 9,0	%	9.3↑	
Eosino. Granulozyten (rel.)	0,0 - 5,0	%	2.8	
Baso. Granulozyten (rel.)	0,0 - 1,0	%	0.7	
Neutr. Granulozyten (abs.)	1,80 - 7,55	GPt/L	3.73	
Lymphozyten (abs.)	1,50 - 4,00	GPt/L	1.59	
Monozyten (abs.)	0,20 - 1,00	GPt/L	0.57	
Eosino. Granulozyten (abs.)	0,00 - 0,49	GPt/L	0.17	
Baso. Granulozyten (abs.)	0,00 - 0,20	GPt/L	0.04	
C-reaktives Protein i.S.	< 5.0	mg/L	5.1	22.2↑
Glukose i.S.	4,50 - 6,00	mmol/L	* 5.22	* 3.31↓
Natrium i.S.	136,0 - 145,0	mmol/L	132.1↓	134.4↓
Kalium i.S.	3.50 - 5-10	mmol/L	4.88	4.54
Kreatinin i.S.	62 - 106	µmol/L	74	66
eGFR für Kreatinin (n.CKD-EPI)	>=90	mL/min/1,73	>90	>90
ALAT i.S.(IFCC mit P-5-P)	< 0,85	µmol/(s*L)	0.22	0.29
ASAT i.S.(IFCC mit P-5-P)	< 0,85	µmol/(s*L)	0.54	0.76

Bezeichnung	Ref.-Bereich	Einheit	25.7.23 15:26	14.8.23 10:12
Gamma-GT i.S.	<1,19	µmol/(s*L)	1.05	2.26↑
Alkal. Phosphatase (IFCC) i.S.	0.67 - 2.17	µmol/(s*L)	1.56	2.36↑
LDH i.S. (IFCC)	2,25 - 3,75	µmol/(s*L)	7.62↑	11.01↑
Bilirubin (ges.) i.S.	< 21,0	µmol/L	6.0	4.1
Kalzium i.S.	2,09 - 2,54	mmol/L	2.41	2.34
Thyreoeastimul. H.i.S.	0.27 - 4.20	mU/L	2.69	
Gesamteiweiß i.S.	66,0 - 83,0	g/L	75.1	67.7
Albumin i.S.	35,0 - 52,0	g/L	47.0	41.3

Status:

Das Laboratorium ist ein durch die DAkkS nach DIN EN ISO 15189:2014 akkreditiertes Medizinisches Laboratorium (Registriernummer D-ML-13245-02-00). [25.07.2023 15:26],

Das Laboratorium ist ein durch die DAkkS nach DIN EN ISO 15189:2014 akkreditiertes Medizinisches Laboratorium (Registriernummer D-ML-13245-02-00). [14.08.2023 10:12],

Glukose i.S.:

Glukose i.S.: aufgrund fehlendem Zusatz von Glykolysehemmern sind Meßwerte falsch niedrig (in Abhängigkeit Transport/Lagerungszeit und Leukozytenzahl, d.h. nur orientierender Charakter); für exakte Glukosebestimmung wird F-EDTA bzw. Citrat-F-EDTA Monovette empfohlen (Details siehe Laborleistungsverzeichnis)
[25.07.2023 15:26],

Glukose i.S.: aufgrund fehlendem Zusatz von Glykolysehemmern sind Meßwerte falsch niedrig (in Abhängigkeit Transport/Lagerungszeit und Leukozytenzahl, d.h. nur orientierender Charakter); für exakte Glukosebestimmung wird F-EDTA bzw. Citrat-F-EDTA Monovette empfohlen (Details siehe Laborleistungsverzeichnis)
[14.08.2023 10:12],

Befunde

CT Thorax, Abdomen mit Becken, KM i.v. (ggf. KM oral), durchgeführt am 21.07.2023 um 10:21 - angefordert: **CT Thorax, Abdomen mit Becken**

Methodik: Siemens Somatom Definition AS, mit oraler und i.v.-Kontrastmittelgabe (Ultravist 370, 70 ml), 70 s Delay; axiale Primärrekonstruktionen im Weichteil- und Lungenfenster in 3 mm Schichtdicke; Multiplanare Rekonstruktionen im Weichteil- und Knochenfenster.

Befund: Zum Vergleich liegt die CT-Voruntersuchung vom 15.06.2023 vor.

Thorax:

Partiell erfasste Schilddrüse homogen kontrastiert, normal groß. Einliegendes Portsystem rechts, die Katheterspitze liegt in der V. cava superior. Herz normal groß, kein Perikarderguss. Unauffällige Darstellung der Trachea. Z.n. Ösophagusresektion mit Magenhochzug. Nach oraler KM-Gabe kein Kontrastmittelextraluminat. Kein Pleuraerguss. Weiterhin zahlreiche, überwiegend subpleural gelegene flau-diffuse Verdichtungen rechts pulmonal; diese partiell progredient, exemplarisch rechts apikal (Serie 3 Bild 15) oder paramediastinal im rechten Oberlappen (Serie 3 Bild 32). Im Wesentlichen größenkonstante Raumforderung im linken Oberlappen angrenzend an den Aortenbogen mit 13 mm (Serie 3 Bild 29). Retrospektiv bereits abgrenzbare, größenprogrediente Läsionen im linken apikalen Oberlappen (Serie 3 Bild 19; 9 mm) und basalen Unterlappen links (Serie 3 Bild 85 und 87; maximal 10 mm). Größenprogredienter Nodulus perivaskulärer rechts (Serie 3 Bild 48; 9 mm; VU 6 mm). Gering zunehmend verdichteter, kleinster Nodulus im linken apikalen Oberlappen (Serie 3 Bild 24). Neue subpleurale Verdichtung im Oberlappen links ventral (Serie 3 Bild 44). Gering größenprogredienter Lymphknoten links hilär mit einem Kurzachsendurchmesser von 1 cm (VU 0,8 cm). Ansonsten im Wesentlichen konstante mediastinale und hiläre Lymphknoten.

Abdomen:

Nun Nachweis zahlreicher hypodenser Läsionen in beiden Leberlappen unter Aussparung des Lebersegments I. Die größte Läsion zentral in Segment II mit maximal 3,6 cm. Pfortader regelrecht kontrastiert. Gallenblase zart bewandet, kein Konkrementnachweis. Pankreas regelrecht lobuliert, Ductus pancreaticus nicht erweitert. Milz normal groß, homogen. Kleine Nebennieren kaudal. Konstante hypodense Läsion der Nebenniere links. Nieren seitengleich

kontrastiert. Kein Harnstau, kein Konkrementnachweis. Harnblase ohne Wandverdickung. Prostata nicht vergrößert. Kein Aszites. Gastrointestinaltrakt ohne Nachweis von Wandverdickungen oder Kalibersprüngen. Angiosklerose. Kein Nachweis pathologisch vergrößerter Lymphknoten abdominal, iliakal und inguinal.

Skelett:

Kein Nachweis malignitätssuspekter ossärer Läsionen. Spondylosis deformans und Osteochondrose.

Gesamtbeurteilung: Im Vergleich zur CT-Voruntersuchung vom 15.06.2023 Tumorprogress:

1. Größenprogrediente, dringend metastasensuspikte Läsionen bipulmonal (links > rechts). Zudem zunehmende subpleurale Verdichtungen bipulmonal, a.e. unspezifisch, dd Malignität im Rahmen des Progress nicht auszuschließen. Größenprogredienter, suspekter Lymphknoten links hilär.
2. Nun zahlreiche Lebermetastasen in beiden Lappen.
3. Kein Anhalt für ein Lokalrezidiv.

Im Übrigen kein wesentlicher Befundwandel gegenüber der Voruntersuchung.

MR Schädel, Hirn, nativ + KM i.v., durchgeführt am 18.08.2023 um 09:14 - angefordert: **MR Schädel**

Methodik: 3 T. Siemens Magnetom Lumina. Zirkulär polarisierte Kopfspule. T1-SPIR HASTE FS sagittal mit multiplanaren Rekonstruktionen, T2 FLAIR transversal. Kontrastmittel Injektion (16 ml Gadovist): T2-TSE transversal, wie es auf DWI und ADC-Map, T1 SPACE sagittal mit multiplanaren Rekonstruktionen, T1-TSE transversal.

Befund: Keine entsprechenden Voruntersuchungen zum Vergleich vorliegend.

Bereits in der nativen Untersuchung flächige FLAIR-Hyperintensitäten subkortikal exemplarisch links frontal (Serie 8 Bild 31) links parietal (Serie 8 Bild 26) und links temporal (Serie 8 Bild 19).

Nach Kontrastmittelgabe deutlich enhancende, noduläre intraaxiale Läsionen beidseits exemplarisch links frontal ist 8 mm (Serie 13 Bild 63), links parietal, teilweise ineinander konfluierend (Serie 13 Bild 64), rechts im Marklager periventrikulär (Serie 13 Bild 56).

Intraventrikuläre Kontrastmittelanreicherung im rechten Seitenventrikelhinterhorn bis 15 x 19 mm axial. Infratentoriell punktuelle Kontrastmittelanreicherung links zerebellär (Serie 13 Bild 29). Keine Diffusionsrestriktionen. Proportionierte Weite der inneren und äußeren Liquorräume. Die basalen Zisternen sind frei einsehbar. Keine pathologischen Veränderungen der Schädelkalotte. Partiiell erfasste zervikale Myelon soweit beurteilbar unauffällig.

Gesamtbeurteilung: 1. Metastasensuspikte, multiple noduläre Läsionen beidseits hemisphäriell supratentoriell sowie im rechts zerebellär. Eine Läsion findet sich im Hinterhorn des rechten Seitenventrikels, hier v.a. ependymale Metastase.

2. Geringes Perifokalödem um einzelne Läsionen, ohne Raumfordernde Wirkung.

3. Kein Liquoraufstau.

TTE vom 23.08.2023

SR

Normale Diameter

Global normale LV-EF 60%

Keine reg. WBS

Normale Diastole

Klappen morph u fkt regelrecht bei kleinem MK-Reflux < 1°

Normale RV-Fkt

Kein Pericarderguss

Auslenkung IAS nach RA 9 mm, grenzwertig zum VH-Septumaneurysma

Körperoberfläche (nach Mosteller): 2.06 m²

Herzfrequenz: 60 Rhythmus: SR

Schallbarkeit:

parasternal: zufriedenstellend

apikal: zufriedenstellend

keine **Linker Ventrikel:**

Ejektionsfraktion: visuell: 60 % planimetrisch:

LV-Masseindex^{Devereux}: 95, RWT: 0

Diastol. LV-Funktion: normal

E: 58.0 cm/s; A: 49.0 cm/s; E/A: 1.2; E/E' 6.0

E' septal: 8 cm/s, E' lateral: 11 cm/s, E' mittel: 10 cm/s

A' 7.0 cm/s S' 6.0 m/s

LV-SV: 91.2 LV-CO: 5.5 LV-CI: 2.7 L/min/m² LV-CI-corr: 2.7 L/min/m²/60bpm

Rechter Ventrikel:

Ejektionsfraktion: visuell: 60 %

TAPSE: 26mm ; AT-PA: 135.0ms

TASV: 14 cm/s

Perikarderguss:

nein diastolisch: mm;

Konsiliarbefunde

allgemeines Tumorboard vom 24.07.2023

Beschluss vom 24.07.2023

Fragestellung: Bitte Befunddemo: im letzten CT Metastasen nicht sicher auszuschließen, im Sono dringender Verdacht, jetzt Bestätigung Rezidiv? Procedere?

Therapieintention: palliativ

Therapieempfehlung:

Bei Rezidiv mit multiplen hepatischen und pulmonalen Metastasen Indikation zur palliativen systemischen Therapie. Dazu Bestimmung HER2/neu und PD-L1.

23.08.2023 neurochirurg. Tumorboard NCH

Kurzfristige Verlaufskontrolle in 6 Wochen.

Bei Progress Angebot einer Ganzhirnbestrahlung.

Histologie

Institut für Pathologie vom 19.07.2023

Befund vom 19.07.2023 07:30

Befundausgang am 25.07.2023 16:44

Materialarten: HER-2/neu- und PD-L1-Status zu E/23/5846 Ösophagusresektion

Eingangsdatum: 19.07.2023 07:30:37

Pathologisch-anatomische Begutachtung

Wie klinisch angefordert wurden an dem Ösophagusresektat (E/2023/5846)

immunhistochemische Spezialuntersuchungen zur näheren Charakterisierung des Karzinoms durchgeführt.

Hierbei zeigen die invasiven Tumorzellen eine starke membranständige Expression des HER2/neu-Rezeptors in ca. 50% der Tumorzellen sowie eine schwache bis mäßig starke membranständige Expression in den übrigen Tumorzellen.

Immunreaktiver Score: 3+ (starke Überexpression des HER2/neu-Rezeptors).

In der Reaktion gegen PD-L1 zeigen weniger als 1% der invasiven Tumorzellen eine membranständige Expression von PD-L1. Die tumorinfiltrierten Entzündungszellen mit PD-L1-Expression nehmen ca. 3% der Tumorfläche ein. Daraus ergeben sich folgende

Einschätzungen:

TPS (%): < 1

ICD (%): 3

CPS: 3

Verlauf

Leider zeigten sich bildgebend bereits ca 2 Monate nach Abschluss der perioperativen Systemtherapie in der CT bilobulären Lebermetastasen. Auf eine histologische Sicherung wurde verzichtet. Mit Herrn [REDACTED] wurde die Indikation zur palliativen Systemtherapie besprochen. Aufgrund der noch bestehenden und im Alltag relevanten Polyneuropathie sowie bei immunhistochemischem Nachweis einer Überexpression von Her-2/neu empfohlen wir die Therapie mit Trastuzumab in Kombination mit 5FU und Irinotecan. Potentielle Nebenwirkungen sind u.a.:

5 Fluorouracil/Folinsäure

Hand-Fuß-Syndrom (Rötung der Hand- und Fußflächen, selten schmerzhafte Rötung, sehr selten Ablösen der Hornhaut)

Schleimhautschädigung, insbesondere Mundschleimhaut, Darmschleimhaut (Bauchschmerzen, Durchfall), Nasenschleimhaut (Nasenbluten)

erhöhte Empfindlichkeit gegenüber Sonnenlicht

selten Verkrampfungen der Herzkranzgefäße mit Zeichen wie bei einem Herzinfarkt,

selten Störungen der Leberfunktion, Überempfindlichkeitsreaktionen.

sehr selten Störungen der Koordination ("zerebelläre Ataxie")

Auf keinen Fall dürfen Sie das Medikament Brivudin einnehmen, dass gelegentlich bei einer Herpes- Erkrankung verschrieben wird.

Folinsäure

hat kaum eigene Nebenwirkungen (kann selten bei Epileptikern die Krampfbereitschaft erhöhen), verstärkt die 5-FU- Wirkung

Irinotecan

verzögert einsetzender Durchfall

während oder unmittelbar nach Therapie auftretendes "akutes cholinerges Syndrom":

Schwitzen, Schüttelfrost, Bauchkrämpfe, Tränenfluss, Sehstörungen, Speichelfluss, niedriger Blutdruck - hierzu existiert ein Gegenmittel, das Ihnen nach dem ersten Auftreten gegeben werden kann, Leberwertserhöhung/-funktionsstörung, Nierenwertverschlechterung, Haarausfall (in Abhängigkeit von der Dosis)

Trastuzumab (Antikörper)

allergische Reaktion, Blutbildveränderungen, Infektionen, Verschlechterung der Herzleistung, Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen, Luftnot, Übelkeit, Erbrechen, Verstopfung, Schlafstörungen, Gewichtsverlust, Schwindel, Kopfschmerzen, Hautausschlag, Haarausfall, Bindehautentzündung, Muskelschmerzen, Fieber

Regelmäßige Remissionskontrollen sowie Echokardiographien sind geplant.

Aufgrund eines Taubheitsgefühls linksseitig am Unterkiefer mit teilweise einschließenden Schmerzen war bereits eine Vorstellung beim Hauszahnarzt erfolgt. Eine odontogener Fokus konnte ausgeschlossen werden. Die Symptomatik kann im Rahmen der Polyneuropathie nach FLOT Therapie gewertet werden. Zudem ist eine cMRT zum Ausschluss weiterer Metastasen geplant.

Ergänzend zu meinem Arztbrief vom 14.8.2023 berichte ich den Befund vom Schädel-MRT vom 18.08.2023. Es besteht der V.a. eine zerebrale Metastasierung. Eine kurzfristige Verlaufskontrolle wird erfolgen. Bei Progress der Läsionen wird eine Ganzhirnbestrahlung angeboten.

Über den Verlauf wird berichtet.

Mit freundlichen Grüßen

