

# Fallbericht Innere Medizin□

Weiblich, 74 Jahre alt

## Anamnese

Bei der Patientin wurde im September 2013 ein Adenokarzinom des Rektums mit Lebermetastase diagnostiziert.

Im Oktober 2013 wurde dieses mittels einer tiefen anterioren Rektumresektion sowie einer Lebersegmentresektion operativ therapiert. Der postoperative pathologische Befund ergab pT3 N1b (2/31) M1 (hep) G2. Das entspricht einem UICC Stadium 4, bzw. Dukes D.

Der bei der Patientin gefundene RAS-Wildtyp ermöglicht die monoklonale Antikörpertherapie.

Im April 2014 wurde bei progredienter Lebermetastasierung eine palliative Chemotherapie mit Capecitabin und Oxaliplatin begonnen, darunter Rückgang der Lebermetastasen.

Im August 2014 wurde Oxaliplatin wegen peripherer Neuropathie abgesetzt und mit Capecitabin allein therapiert. Unter dieser geänderten Therapie kam es dann zu einer deutlichen Erkrankungsprogredienz.

Im Januar 2015 wurde die Therapie erneut umgestellt auf Cetuximab und Irinotecan. Darunter partielle Remission und im Anschluss Therapiepause.

Ab Februar 2016 wurde eine Irinotecan mono (reduziert auf 80%) Therapie durchgeführt.

## Aktuell

Im Mai 2016 kam die Patientin zur Fortführung der Irinotecan mono Therapie im 6. Zyklus. Diese wurde verabreicht und gut vertragen.

Es wurde ein erneutes Staging mittels Computertomographie des Thorax und Abdomen durchgeführt. Dabei fanden sich eine progrediente Metastasierung der Leber, sowie zusätzlich neu aufgetretene Lungenmetastasen.

Daraufhin wurde die Therapie nach ausführlichem Gespräch mit der Patientin erneut umgestellt auf das FOLFOX4 - Protokoll (Folinsäure + Fluoruracil, ohne Oxaliplatin), mit zusätzlicher Gabe des monoklonalen Antikörpers Panitumumab. Zur besseren Applikation wurde ein Port in Intubationsnarkose implantiert.

## Chronologie

2013-10 Rektumresektion

2014-04 Capecitabin + Oxaliplatin

2014-10 Capecitabin

2015-01 Irinotecan + Cetuximab

2015-06 partielle Remission und Therapiepause

2016-02 Irinotecan (80%)

2016-06 Folinsäure + Fluoruracil + Panitumumab

## Körperlicher Status bei Aufnahme

Patientin in gutem Allgemeinzustand und reduziertem Ernährungszustand.

Pupillen isokor und seitengleich lichtreagibel.

Mundschleimhaut und Rachenring reizlos.

Lymphknoten nicht palpabel vergrößert.

Herztöne rein und rhythmisch, keine pathologischen Geräusche.

Vesikuläres Atemgeräusch und seitengleiche Belüftung der Lunge, keine Rasselgeräusche.

Abdominell keine Resistenzen und kein Druckschmerz, normale Darmgeräusche über allen Quadranten.

## Nebendiagnosen

Bekannte arterielle Hypertonie

Zustand nach Cholecystektomie, Appendektomie, Hysterektomie, Diskusprolaps

## Medikation

Omeprazol	20mg	1-0-1
Ramipril	2,5mg	1-0-1 (zur Behandlung der Hypertonie)
Metoclopramid	10mg	bei Übelkeit

## Allgemeines zum Rektumkarzinom

Die relative 5-Jahres-Überlebensrate für Patienten mit kolorektalem Karzinom liegt bei 64%. Patienten mit Kolonkarzinom haben eine etwas bessere Prognose als Patienten mit Rektumkarzinom.

Die krankheitsfreie Überlebensrate von Patienten mit resektablen Leber- oder Lungenmetastasen beträgt bis zu 50% nach 5 Jahren.

Das Therapieziel von Patienten im Stadium IV galt früher ausschließlich als palliativ. In den letzten 20 Jahren ist deutlich geworden, dass bei bis zu 25 % der Patienten mit synchron hepatisch metastasiertem, kolorektalem Karzinom ein kuratives Potential besteht. Ein kuratives Potential besteht auch bei Patienten mit hepatischem Rezidiv.

## Diskussion

Leitliniengerecht wurde nach Rektumresektion eine Therapie mit Oxaliplatin begonnen. Nach Eintritt der häufigen Nebenwirkung der peripheren Neuropathie wird auch in den Leit

Trospiumchlorid 15mg 1-0-1 (zur Behandlung der Blaseninkontinenz)