

JOHANNES GUTENBERG-UNIVERSITÄT MAINZ KLINIKUM

Interdisziplinäre Einrichtung für Palliativmedizin

III. Medizinische Klinik
Klinik für Anästhesiologie
Klinik für Neurologie

Direktor: Prof. Dr. Ch. Huber
Direktor: Prof. Dr. C. Werner
Direktorin: Frau Prof. Dr. M. Dieterich

Langenbeckstraße 1
D-55101 Mainz
Tel. (06131) 17-3171
Fax (06131) 17-3475



An



N/ Onkologische Ambulanz, Pneumologie im Hause

Mainz, den 03.02.07

Sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten über **Herrn Günter THIEL, geb. am 30.4.62**, der vom 24.01.07. bis zum 03.02.07 auf unserer Palliativstation betreut wurde.

Aktuelle Problematik:

1. Progress der neurologischen Ausfälle mit kritischer Einschränkung der Mobilität
2. Zunahme der Schmerzen Schulter/Brust/Oberarm re
3. psychosoziale Unterstützung der Familie
4. Organisation der weiteren häuslichen Versorgung

Hauptdiagnose:

- Adenokarzinom des rechten Lungenoberlappens, ED 08/2005
 - Z.n. Pneumektomie rechts
 - 11/2005: 1 Zyklus Cisplatin-Vinorelbin
 - 11/2005 – 01/2006: 2 Zyklen Carboplatin-Paclitaxel
 - 4/06: paravertebrales Tumorrezidiv mit Einwachsen in die Neuroforamina auf Höhe Th1 bis Th2 und intraspinalen Tumorwachstum von C7 bis Th2 mit Schwäche des rechten Beines
Stabilitätsgefährdende Osteolyse BWK 1
 - 04/06 Radiatio der WS
 - 08/06 Erneuter Tumorprogress intraspinal mit soliden Tumoranteilen und Meningeosis
Ausbildung einer Parese des rechten Beines und dissoziierter Empfindungsstörung.
 - 08 – 09/2006: 2 Zyklen Alimta, hierunter im MRT Tumorrückbildung (mündl. Befundmitteilung)

- 11/06: 3 Zyklus Alimta, Ergebnis: Tumorprogress (MRT 12/06)
- Seit 12/06 Tarceva, Ergebnis: klinisch und kernspintomographisch. (MRT 25.01.07): leichter Tumorprogress, Verträglichkeit: Rosacea Grad II, gelegentlich einmalig Diarrhoen

Weitere Diagnosen:

- Koronare 1-Gefäßerkrankung mit Z.n. Myokardinfarkt mit RIVA-Stentimplantation 03/03

Anamnese:

Die aktuelle stationäre Aufnahme erfolgte wegen zunehmender Schmerzen im Bereich der rechten Schulter und zunehmender neurologischer Ausfälle, die die Mobilität des Patienten kritisch einschränken Nach der Entlassung aus unserer stationären Betreuung am 27.10.06 war Herr Thiel zunächst schmerzfrei. 2 Wochen später begannen jedoch wieder Schmerzen im Bereich der rechten Schulter, der Brust und des Oberarmes. Die Schmerzmedikation bestand aus L-Polamidon Tropfen 3 x 30 tgl. Auf die empfehlende Bedarfsmedikation mit L-Polamidon 15 Trpf. und Sevredol 20-60mg war verzichtet worden, weil der Patient Müdigkeit befürchtete.

Die Entwicklung der neurologischen Ausfälle beschrieb der Patient wie folgt. Bei Entlassung 10/06 bestanden die Ausfälle aus einer Parese, Taubheit und Dysästhesie des rechten Beines und Taubheit/Dysästhesie des Rumpfes bds. bis zum Rippenbogen. Seitdem sind eine leichte Parese des linken Beines mit Taubheit und Dysästhesie, eine leichte Parese des re Armes, ein Progress der Taubheit/Dysästhesie des Rumpfes bis zu den Brustwarzen und leichte Blasen- und Darmentleerungsstörungen im Sinne eines Gefühls der unvollständigen Entleerung hinzugekommen. Der Patient war bisher ausreichend mobil, um sich alleine in der Wohnung aufzuhalten und den 8-jährigen Sohn zu versorgen. Dies ist jetzt wegen Sturzgefahr bei Verlassen des Rollstuhls nicht mehr möglich.

Die Ungewissheit der häuslichen Versorgung und die Verarbeitung der Krankheit des Vaters durch den Sohn standen für den Patienten bei Aufnahme als subjektive Hauptprobleme im Vordergrund.

Nebenbefundlich bestand eine mäßiggradige medikamentöse Hepatotoxizität, am ehesten auf Pemetrexed (Alimta®), Pregabalin (Lyrica®) und Ibuprofen.

Aufnahmebefund:

44-jähriger Patient in reduziertem Allgemeinzustand mit cushingoidem Habitus. Es bestand eine fast komplette Parese und eine leichte Taubheit/Dysästhesie des rechten Beines, eine Parese 4/6 des linken Beines, Allodynie im Bereich der Thorakotomienarbe, des Schulterblattes und der Oberarminnenseite, Taubheit und Hypästhesie des Rumpfes bis zu den Brustwarzen. Lungenbefund links auskultatorisch unauffällig.

Epikrise und Verlauf:

Die stationäre Aufnahme von Herrn Thiel erfolgte zur Bearbeitung der oben aufgeführten Probleme. Ein kernspintomographisches Re-Staging ergab einen diskreten Progress der ossären und intraspinalen Filiarisierung. Bei Verlangsamung des Progresses, relativ guter Verträglichkeit und mangelnder alternativer Behandlungsoptionen wurde mit dem Patienten die Fortführung der anti-Tumor-Therapie mit Tarceva vereinbart. Die Betreuung durch Dr. Sebastian aus der Onkologischen Ambulanz wird fortgesetzt.

Die Schmerzen waren durch Steigerung der Polamidon Trpf. auf 3x40 und Hinzunahme eines Fentanylpflasters 25microg/h befriedigend beherrscht. Bei jetzt bestehendem begleitender intraspinaler Ödembildung wurde ein weiterer Behandlungsversuch mit Dexamethason gemacht 3 x 8mg über mehrere Tage gemacht. Eine Besserung der neurologischen Ausfälle gelang dadurch nicht.

Die Familie wurde an den sozialpsychologischen Beratungsdienst „Flüsterpost e.V.“ angebunden, der sich Kindern krebskranker Eltern annimmt. Ein erstes Gespräch mit dem 8-jährigen Sohn Max fand stand. Hinsichtlich der weiteren Versorgung daheim wird sich die Familie an das ambulante Hospiz in Bischofsheim wenden.

Psychosoziale Situation:

Herr Thiel ist verheiratet und hat einen 8-jährigen Sohn. Er lebt mit seiner Familie im eigenen Haus in Ginsheim-Gustavsburg. Frau Thiel ist ganztätig berufstätig und er hat sich zu Hause um den Sohn gekümmert. Bei zunehmender körperlicher Einschränkungen erhielt die Familie durch Angehörige und Freunde bzw. Nachbarn viel Hilfe.

MRT-Befund vom 25.01.07

Zum Befundvergleich liegt die Voruntersuchung vom 14.12.2006 vor. Bekannte ossäre Metastasierung von BWK 1 und 2 mit unveränderter Metastasierung in beiden genannten Wirbelkörpern. Weiterhin Deckplattennahe Metastasierung von BWK 3 sowie progrediente Metastasierung von BWK 4. Unverändert zeigt sich der bekannte Keilwirbel im BWK 7 ohne Nachweis eines pathologischen Ödems. Bekannter para- und intraspinaler Tumoreinbruch mit diskretem Größenprogress in cc-Ausdehnung von 36 auf 38 mm auf Höhe BWK 1 und 2. Begleitende intraspinale Ödembildung mit Bluthirnschrankenstörung nach KM-Gabe. Der paraspinale Anteil auf Höhe BWK 1/2 rechts mit Einbruch in das Neuroforamen stellt sich mit max. 11 mm Breite weitgehend größenkonstant dar. In sagittaler Ausdehnung beträgt die Länge unverändert 26 mm. Begleitende intraspinale Ödembildung mit Bluthirnschrankenstörung nach KM-Gabe.

Beurteilung:

Progress der ossären und intraspinalen Filiarisierung.

Medikamente bei Entlassung:

Medikament (Freiname)	Handelsname (Beispiel)	8 Uhr	12 Uhr	14 Uhr	16 Uhr	20 Uhr	22 Uhr	Hinweise für den Patienten
Levomethadon	Polamidon Trpf.	40	0	40	0	40	0	Schmerzmittel
Ramipril	Delix 2,5mg	1	0	0	0	1	0	Blutdruckmedikament
Acetylsalicylsäure	ASS 100 mg	0	0	1	0	0	0	Thrombozytenaggregationshemmer
Doxepin	Sinquan 25 mg	0	0	0	0	1	0	Antidepressivum
Acetylcystein	ACC 600	1	0	0	0	0	0	Sekretlöser
Erlontinib	Tarceva 150mg	1	0	0	0	0	0	Tyrosinkinaseinhibitor

Bedarfsmedikation:

Medikament (Freiname)	Beispiel Handelsname	Dosis	Zeitlicher Abstand	Hinweise für den Patienten
Levomethadon	Polamidon Tropfen	15° = 3,75 mg	alle 3 Stunden	Schmerzsitzen
Morphin-Tabletten	Sevredol	20 – 60 mg	Stündlich, max. 6 x täglich	Bei unzureichender Wirkung von Polamidon-Tropfen

Für Rückfragen stehen wir jederzeit gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen



Dr. med. M. Holtmann
Stationsarzt

Dr med. habil. M. Weber
Oberarzt

Prof. Dr. J. Jage
Oberarzt