

## IN-GHO® – Kasuistiken

### Adjuvante Radiochemotherapie bei einer 84-jährigen Patientin?

von Gernot Hartung

Ältere Patienten mit kolorektalen Karzinomen können durchaus von einer adjuvanten Therapie profitieren. Viele der geriatrischen Patienten haben nach einer derartigen Behandlung noch eine Lebenserwartung von mehreren Jahren. Wichtig ist allerdings, Komorbiditäten und Einschränkungen des Patienten durch Assessments vor Therapieentscheidung gründlich zu eruieren. Die Patientin ist in einem guten Allgemeinzustand, trotz eines vier Jahre zurückliegenden Myokardinfarktes wird ihre potenzielle Lebenserwartung auf bis zu zehn Jahre und mehr eingeschätzt. Mobilitätsstörungen der unteren Extremitäten geführt. Darüber hinaus besteht bei Nikotinabusus von ca. 50 Packungsjahren ein Lungenemphysem.

Im Juli 2006 wird an einem auswärtigen Krankenhaus eine 84-jährige Patientin wegen eines Rektumkarzinoms operiert. Nach tiefer anteriorer Rektumresektion gemäß den Kriterien einer totalen mesorektalen Resektion (TME) kann im Operationspräparat eine R0-Resektion bestätigt werden, das Tumorstadium wird als pT3 pN1 (1/26) GIII, L1 klassifiziert. Der Tumor wird im Rektum zwischen 7–15 cm Höhe ab ano lokalisiert. Mit der Frage zur Indikation einer adjuvanten Radiochemotherapie stellt uns der auswärtige Chirurg die Patientin vor.

#### Vorgeschichte

Zur Vorgeschichte berichtet die Patientin über Stuhlunregelmäßigkeiten mit geringer Flatulenz seit ca. Februar 2006, geringe Obstipation seit Mai 2006, im Juni 2006 bemerkt die Patientin Blutauflagerungen im Stuhl, die nach Hausarztbesuch zur Diagnose führen. Das Gewicht der mäßig adipösen Patientin ist mit 82 kg bei 168 cm Körpergröße konstant, der Allgemeinzustand mit einem Karnofsky-Index von 90–100% sehr gut. Aus der weiteren Anamnese ist ein Hinterwandinfarkt im Januar 2002, gefolgt von einer Schrittmacherimplantation wegen höhergradiger symptomatischer AV-Blockierung, bekannt. Aktuell keine klinischen Hinweise auf eine manifeste Myokardinsuffizienz. Die Patientin ist seit Kriegszeiten verwitwet, sie lebt im Umfeld ihrer beiden Töchter und führt ihren Haushalt nach wie vor allein.

### **Geriatrisches Assessment**

Entsprechend zeigt auch das geriatrische Assessment keine Einschränkungen bei den basalen und instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL, iADL). Der Mini-Mental-Status-Test ist unauffällig. Bei zurückliegendem Myokardinfarkt, ohne Zeichen der myokardialen Insuffizienz, wird der Komorbiditätsindex nach Charlson mit einem Punkt bewertet.

### **Entscheidung zur adjuvanten Chemotherapie**

Die Krankheitssituation und die Problematik einer adjuvanten Radiochemotherapie wird mit der Patientin ausführlich erörtert. Sie äußert zunächst Befürchtungen, dass eine Radiochemotherapie ihre körperliche Belastbarkeit einschränken könnte und sie ihre bisherige Unabhängigkeit aufgeben müsste. Insbesondere unter dem Gesichtspunkt eines erhöhten Lokalrezidivrisikos raten wir der Patientin nachdrücklich zu einer adjuvanten Radiochemotherapie. Diese Entscheidung wird durch das Votum unseres interdisziplinären Tumorboards gestützt.

Nachdem sich die Patientin zur Therapie entschlossen hat, erhält sie von August bis September 2006 eine Bestrahlung des kleinen Beckens bis zu einer Gesamtdosis von insgesamt 50,4 Gy (drei mittels Multileaf-Kollimator individuell konfigurierte Photonenfelder der Energie 23 MV, wöchentliche Fraktionen von 5 x 1,8 Gy, plus Boost von 3 x 1,8 Gy), zeitgleich wird die Chemotherapie mit Capecitabin 2 x 825 mg/m<sup>2</sup> KOF täglich eingeleitet, bis zum Abschluss der Bestrahlung. Die kombinierte Radiochemotherapie wird von der Patientin gut vertragen, nur während der letzten Bestrahlungswoche traten mäßige Darmkrämpfe und Flatulenzien, die nach Gabe von Simethicon 2–3 x 40 mg p.o. und Butylscopolaminiumbromid 3 x 10 mg p.o. rückläufig sind.

Vier Wochen nach Abschluss der Radiochemotherapie wird die adjuvante Chemotherapie mit Capecitabin weitergeführt, nun in einer Dosis von 2 x 1900 mg/m<sup>2</sup> KOF (statt 2 x 2500 mg/m<sup>2</sup>) von Tag 1–14, Wiederholung Tag 21, um der alterstypisch abnehmenden Nierenfunktion gerecht zu werden. Die Patientin verträgt auch die erhöhte Capecitabin-Dosis gut, allerdings bildet sich ab Therapietag 10 ein mäßiggradiges Hand-Fuß-Syndrom (schmerzfreies Erythem, Taubheitsgefühl) an beiden Händen aus. Abhängig von der weiteren Verträglichkeit soll die Capecitabin-Therapie für weitere vier Monate erfolgen.

### Fazit

Auch bei älteren Patienten mit kolorektalen Karzinomen sollte nicht ohne triftige Gründe auf die adjuvante Therapie verzichtet werden. Sofern keine wesentliche Komorbidität oder eine Einschränkung in den geriatrischen Indizes vorliegt, haben viele ältere Patienten noch eine Lebenserwartung von mehreren Jahren, sodass sie entsprechend von adjuvanten Therapiemaßnahmen profitieren. Beim Rektumkarzinom muss insbesondere dem Lokalrezidiv vorgebeugt werden, das in der Regel in den ersten zwei Jahren nach Operation auftritt. Nach heute gültigen Standards sollte bei Patienten mit lokal fortgeschrittenem Rektumkarzinom eine neoadjuvante Radiochemotherapie bevorzugt werden. War diese nicht erfolgt, wie bei unserer Patientin, ist nach wie vor die postoperative Therapie geboten. Capecitabin, als orale Applikation des 5-Fluoruracil, kann die bisher üblichen 5-Fluoruracil-Infusionen durchaus ersetzen und wird derzeit in einer deutschen multizentrischen Studie (Prof. Hochhaus, Mannheim) geprüft. Bei unserer Patientin wollten wir wegen des bereits liegenden Herzschrittmachers eine Portimplantation vermeiden, daher die Wahl des Capecitabins.

### Der Autor

**Prof. Dr. med. Gernot Hartung** ist Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats der Initiative Geriatrische Hämatologie und Onkologie; er ist tätig als Leiter der Sektion Radiochemotherapie, Universitätsklinikum Heidelberg, Radiologische Universitätsklinik, Abteilung Radioonkologie und Strahlentherapie.