

IN-GHO® – Kasuistiken

Ösophaguskarzinom mit 79 Jahren

von Friedemann Honecker

Mit der Durchführung einer Chemotherapie bei geriatrischen Patienten besteht auch bei Vorliegen schwerer Komorbiditäten Hoffnung auf eine Besserung des Krebsleidens. Entscheidend ist jedoch die Frage nach der angemessenen Dosierung. Bei erfolgreicher Dosisanpassung kann es durchaus zu einer Verbesserung der Lebenssituation nach Chemotherapie kommen.

Vorgeschichte

Ein 79-jähriger Patient stellt sich mit seit zwei Monaten bestehender, deutlich progredienter Dysphagie und Odynophagie sowie Gewichtsverlust von 4 kg zur Einleitung einer Therapie vor. In der Vorgeschichte ist ein bioptisch gesichertes, pulmonal und hepatisch metastasiertes Plattenepithel (G3) des Ösophagus bekannt, das sich über eine Länge von etwa 5 cm vom Übergang des zervikalen zum thorakalen Anteil der Speiseröhre erstreckt und eine subtotale Stenosierung zeigt. Seit einigen Tagen ist die Aufnahme von fester Nahrung nicht mehr möglich.

Komorbiditäten

An Komorbiditäten bestehen Herzrhythmusstörungen, für die der Patient einen Schrittmacher erhalten hat, des Weiteren eine Presbyakusis beidseits mit Hörminderung bei 4 kHz auf 60 dB und eine ausgeprägte Osteochondrose der BWK und LWK mit Sinterfrakturen und Höhenminderung einiger Wirbelkörper. Diese haben konsekutiv zu Ausfällen der Muskeleigenreflexe und zu Sensibilitätsstörungen der unteren Extremitäten geführt. Darüber hinaus besteht bei Nikotinabusus von ca. 50 Packungsjahren ein Lungenemphysem.

Exploration

Wir führten kein formales geriatrisches Assessment durch, anamnestisch sowie fremdanamnestisch durch die Ehefrau ergaben sich jedoch keine Einschränkungen der ADL und IADL, Stürze in der Vorgeschichte wurden verneint.

Der Patient kann sich somit weitgehend selbst versorgen und darüber hinaus in seinem Umfeld mit der Unterstützung der Ehefrau sowie weiterer Familienangehöriger rechnen.

Entscheidung zur Chemotherapie

Nach ausführlicher Aufklärung wird bei ausgeprägtem Therapiewunsch die Entscheidung zur raschen Einleitung einer palliativen Chemotherapie gefällt. Angesichts der oben aufgeführten Komorbiditäten entscheiden wir uns aufgrund der potentiellen Oto- und Neurotoxizität gegen die Gabe von Cisplatin sowie aufgrund der potenziellen Kardiotoxizität und erschwerten Anlagebedingungen eines venösen Portsystems bei implantiertem Herzschrittmacher die Gabe von 5-Fluoruracil als Dauerinfusion.

In der Hoffnung, eine rasche Symptomkontrolle zu erzielen, wird dennoch eine Kombinationstherapie mit Carboplatin, dosiert mit AUC5, sowie Vinorelbin, 25 mg/m² an den Tagen 1 und 8, eingeleitet. Eine Wiederholung ist alle drei Wochen geplant.

Nach der ersten Gabe Chemotherapie ist eine deutliche Besserung der Schluckbeschwerden zu verzeichnen, der Patient kann wieder feste Nahrung zu sich nehmen.

Anpassung der Dosis

Es kommt jedoch während der Myelosuppression nach dem ersten sowie später nach dem vierten Zyklus zu Fieber in Neutropenie. Dies zieht jeweils einen kurzen stationären Aufenthalt mit intravenöser antibiotischer Therapie nach sich und erfordert eine zweimalige Anpassung der Chemotherapiedosis im Folgezyklus.

Zuletzt erhält der Patient Carboplatin nach AUC4 und Vinorelbin 20 mg/m², jeweils nur an Tag 1 eines dreiwöchigen Zyklus. Mittels Bildgebung kann das klinische Ansprechen objektiviert werden, im CT ist eine partielle Remission des Primärtumors zu sehen, die hepatischen und pulmonalen Filiae zeigen sich weitgehend unverändert. Nach Durchführung von sechs Zyklen wird die Chemotherapie beendet und der inzwischen 80-jährige Patient in deutlich gebessertem Allgemeinzustand zur Weiterbeobachtung an die onkologische Ambulanz angebunden.

Kommentar

Dieser Fall verdeutlicht einerseits die Chance, mit einer Chemotherapie auch bei einem älteren Patienten Symptome zu kontrollieren und somit eine Verbesserung der Lebensqualität zu erreichen. Andererseits illustriert der Fall aber auch die Schwierigkeit, eine adäquate Dosierung zu finden, und unterstreicht die Notwendigkeit eines genauen Monitorings und gegebenenfalls einer Anpassung der Dosis.

Der Autor

Dr. med Friedemann Honecker ist Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats der Initiative Geriatrische Hämatologie und Onkologie; er ist tätig an der Medizinischen Klinik und Poliklinik II des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, Onkologie und Hämatologie mit den Sektionen Knochenmarktransplantation und Pneumologie.

Textnachweis: Notfall & Hausarztmedizin 2006; 32 (1).

Mit freundlicher Genehmigung des Karl Demeter Verlags im Georg Thieme Verlag KG.