

## IN-GHO® – Kasuistiken

### Gastrektomie bei über 90-jährigen Patienten?

von Ulrich Wedding und Konrad Richter

In welchem Alter ist bei einer Krebserkrankung eine Operation nicht mehr angezeigt? Die Kasuistik eines inzwischen 96-jährigen Krebspatienten, der sich vor zwei Jahren einer Operation unterzogen hat, zeigt, dass nicht das kalendarische, sondern das biologische Alter Aufschluss über die Durchführbarkeit des Eingriffs gibt.

#### Vorgeschichte

Die Klinik erreichte ein handschriftliches Schreiben, in dem ein Patient um Informationen bat, wie das bei ihm neu diagnostizierte Magenkarzinom mit einem „Gefäßblocker oder einem Chemotherapeutikum“ behandelt werden könne, nachdem eine Operation aufgrund seines fortgeschrittenen Alters von 94 Jahren abgelehnt worden sei. Daraufhin wurde ein kurzfristiger Vorstellungstermin vereinbart, bei dem sich ein sehr rüstiger 94-jähriger Patient zusammen mit seiner 88-jährigen Ehefrau vorstellte.

Der Diagnosestellung vorausgegangen waren über etwa drei Monate anhaltende linksseitige Oberbauchbeschwerden sowie eine vermehrte Schleimsekretion. Schmerzen lagen nicht vor, der Appetit war gut, das Gewicht konstant. Insgesamt berichtete der Patient über eine gute körperliche Belastbarkeit. Er versorge den großen Garten selbst.

Die auswärts durchgeführte endoskopische Diagnostik hatte zunächst den Befund einer Refluxösophagitis und eines Ulcus ventriculi ergeben, bevor eine erneute Gastroskopie die Persistenz des minorseitig gelegenen Magenulcus zeigte, dessen Histologie den Befund eines gering differenzierten Karzinoms des Magenantrums vom intestinalen Typ ergab.

In der weiteren Anamnese berichtete er über das Vorliegen eines Prostatakarzinoms, das sieben Jahre zuvor diagnostiziert und mittels Orchiektomie behandelt wurde. Darüber hinaus liege eine arterielle Hypertonie vor, die mit Lorsartan behandelt werde. Der Patient war vor seiner Pensionierung als Geschäftsführer eines Unternehmens tätig.

### **Untersuchungen**

Das geriatrische Assessment ergab keine Einschränkungen in den basalen und instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens. Die Mini-Mental-Status-Examination zeigte keinen Anhalt für das Vorliegen einer Demenz (siehe das Assessment im IN-GHO®-Patientenregister, Abb. Seite 7). Aufgrund des Prostatakarzinoms wurden im Komorbiditätsindex nach Charlson zwei Punkte vergeben.

Im Rahmen eines stationären Aufenthaltes – der Patient wohnte 50 km entfernt – erfolgte die weitere Diagnostik zur Einschätzung des Operations- und Narkoserisikos.

Im EKG fand sich ein Rechtsschenkelblock, die Echokardiographie zeigte eine gute globale Kontraktilität ohne regionale Kinetikstörungen, eine geringe Aortenklappensklerose und -insuffizienz, eine minimale Mitralinsuffizienz und eine Trikuspidalinsuffizienz Grad II. Im Belastungs-EKG war eine Belastung bis 75 Watt über 1:45 Minuten möglich. Es erfolgte der Abbruch wegen muskulärer Erschöpfung. Die submaximale Ausbelastungsfrequenz wurde erreicht. Der Blutdruck stieg von 155/94 mmHg auf 193/55 mmHg, die Herzfrequenz von 59/min auf 110/min. Ein I-schämienachweis fand sich nicht. Die Lungenfunktionsuntersuchung ergab eine Vitalkapazität von 1,84l (66%) und eine FEV1 von 1,16l (62%). Die CT-Diagnostik zeigte im Thorax einen unauffälligen Befund, im Abdomen fand sich eine Wandverdickung oberhalb des Pylorus von 4,2 x 2 cm, sowie ein regionärer Lymphknoten von 2,6 x 2,2 cm. Die Labordiagnostik inklusive Tumormarker ergab keine Abweichungen von den Normwerten.

### **Therapieentscheidung**

Die Situation wurde mit dem Patienten und seiner Ehefrau ausführlich besprochen. Aufgrund des klar geäußerten Behandlungswunsches und des Votums zur Operation im interdisziplinären Tumorboard wurde gemeinsam die Entscheidung zum operativen Vorgehen getroffen. Es erfolgte die erweiterte subtotale Magenresektion mit systematischer Lymphadenektomie und Gastrojejunostomie durch Roux-Y-Anastomose. – Die histologische Aufarbeitung ergab den Befund: pT2pN1(1/14)cM0, RO.

### **Nach der Operation**

Der postoperative Verlauf war komplikationslos. – Die Operation liegt nun zwei Jahre zurück. Der Patient ist weiterhin in einem sehr guten Allgemeinzustand und im alltäglichen Leben nicht auf Hilfe angewiesen. Anhalt für ein Rezidiv ergab sich bisher nicht.

### **Fazit**

Die Entscheidung von einer bei jungen Patienten als Standard etablierten Therapie abzuweichen sollte nicht leichtfertig getroffen werden. Sie bedarf der exzellenten Kooperation zwischen Internisten und Chirurgen, der ausführlichen präoperativen Diagnostik, des erfahrenen, sicheren und schnellen Operateurs, eines exzellenten perioperativen Managements und des Engagements gerade auch für alte Patienten. Über allem steht aber der Wille des Betroffenen.

### **Die Autoren**

**Dr. med. Ulrich Wedding** ist Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats der Initiative Geriatrische Hämatologie und Onkologie; er ist Oberarzt der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin II Onkologie, Hämatologie, Gastroenterologie, Hepatologie, Infektiologie der Friedrich-Schiller-Universität Jena.

**PD Dr. med. Konrad Richter** ist Oberarzt in der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie des Klinikums der Friedrich-Schiller-Universität Jena.