

Der konkrete Fall



66-jähriger Tumorpatient mit neu diagnostizierter CML

Ein 66-jähriger Patient kommt mit Atemnot und Hustenreiz in die Hausarztpraxis. Er sieht keinen Zusammenhang zwischen den Symptomen und dem Zeitpunkt der Tumordiagnose, ist jedoch beunruhigt. Er sucht seinen Hausarzt auf, der ihn bereits seit seiner Jugendzeit betreut. Wie sieht das weitere Vorgehen aus? Steht die Atemnot allenfalls doch in Zusammenhang mit der Tumortherapie? Der aktuelle Fall verdeutlicht den Einsatz der Website www.cancerdrugs.ch im Praxisalltag.

Patient, 66-jährig, mit Philadelphia-chromosom-positiver chronischer myeloischer Leukämie (Ph+ CML) in der chronischen Phase.

Medikamente: Dasatinib, 100 mg 1/d seit 12 Wochen

Symptome: Der Patient präsentiert sich bei seinem Hausarzt mit langsam zunehmender Dyspnoe und Hustenreiz. Anamnestisch bestehen keine kardiopulmonalen Erkrankungen.

Status: Patient in gutem EZ und leicht reduziertem AZ. BD 150/95 mm Hg, P 97/min, Körpertemperatur 36,8°C, Atemfrequenz 18/min. Sauerstoffsättigung unter Raumluft 89%. Im Rahmen der Perkussion besteht eine basal betonte Klopfchalldämpfung beidseits. Die Auskultation ergibt ein abgeschwächtes Atemgeräusch basal beidseits, oberhalb dieser Areale sind Zonen mit Bronchialatmen vorhanden. Der Stimmfremitus ist symmetrisch basal abgeschwächt. Die Halsvenen sind nicht gestaut.

Untersuchungen: Das Thoraxröntgen zeigt im pa Strahlengang beidseits basal nach lateral ansteigende, homogene Verschattungen, in der seitlichen Aufnahme dorsal als Hinweis auf einen Pleuraerguss. Ansonsten freie Lungenfelder ohne Nachweis eines Infiltrats.

Das Blutbild zeigt eine Anämie (Grad 1) und eine Thrombozytopenie (Grad 1) sowie eine ausgeprägte Leukozytose mit Lymphozytose, das CRP ist im Normbereich. Das NT-proBNP beträgt 185 pg/ml, die D-Dimere sind negativ.

Die Punktion des Ergusses am Rippenberrand fördert klare, seröse, geruchslose Flüssigkeit, die bei der laborchemischen Untersuchung als Exsudat klassifiziert wird. Die bakteriologische Untersuchung ist negativ und die zytologische Untersuchung ergibt keine Hinweise auf einen malignen Erguss.

Der Peak-Flow ist mit 410 l/min. im Normbereich.

Blutbild inklusive CRP (C-reaktives Protein) und BSG (Blutsenkungsgeschwindigkeit) zeigt Werte im Normbereich.

Frage 1: Können die Symptome in Zusammenhang mit der Dasatinib-Behandlung stehen?

Antwort unter www.cancerdrugs.ch: Unter Dasatinib können in 23% der Fälle Dyspnoe und in bis zu 30% Pleuraergüsse auftreten.

Frage 2: Wie sieht das diagnostische Vorgehen aus?

Antwort unter www.cancerdrugs.ch:

Für die Differentialdiagnose ist die Aufteilung in akut auftretende Dyspnoe (z.B. bei Lungenembolie, Pneumothorax) oder langsam progrediente Dyspnoe (z.B. bei Pleuraerguss, interstitieller Lungenerkrankung) hilfreich.

Bei der Abklärung einer Dyspnoe ist neben allgemeinen Status die Beurteilung der Halsvenen zur allfälligen Diagnose einer Volumenüberladung wichtig. Ferner sollten SaO₂ (perkutan), Spirometrie oder der PF-Wert (Peak-Flow-Wert) und im Labor D-Dimere zum Ausschluss einer Lungenembolie und ggf. (pro)BNP zum laborchemischen Ausschluss einer Herzinsuffizienz gemessen werden. Die Bestimmung von Entzündungswerten (CRP und Hämatogramm inklusive Neutrophilenzahl) ist hilfreich. Differentialdiagnostisch muss an eine pulmonale Hypertonie und – vor allem bei metastasierenden Malignomen – auch an eine Perikardtamponade gedacht werden.

Diagnose: Ein Zusammenhang zwischen Tumormedikation und Atemnot ist wahrscheinlich. Es wird nach Ausschluss anderer kardiopulmonaler Erkrankungen und einer pulmonal arteriellen Hypertonie die Diagnose eines Dasatinib-assoziierten bilateralen Pleuraergusses gestellt. Falls die Diagnose des Pleuraergusses unklar bleibt, ist eine Beurteilung durch einen Lungenfacharzt empfehlenswert.

Therapie: Sauerstoffgabe zur Verbesserung der Sauerstoffsättigung. Da es sich um einen erstmaligen Pleuraerguss mit Dyspnoe handelt, wurde eine diagnostische und therapeutische Pleurapunktion durchgeführt.

Die Situation muss weiterhin beobachtet werden, da einerseits Flüssigkeitsretention unter TKI-Therapie häufig ist, insbesondere unter Dasatinib, und Dasatinib-induzierte Pleuraergüsse potentiell schwerwiegend sein können. Weiterhin beobachtet werden müssen die Anämie, welche die Dyspnoe verstärken kann, sowie die anderen veränderten hämatologischen Parameter. Zusätzlich sollte der erhöhte Blutdruck monitorisiert werden, z.B. mit Eigenmessungen. Es erfolgt eine Rücksprache mit dem Onkologen. Da der Patient eine sehr langsame Zunahme der Dyspnoe beschreibt, wird die Therapie unter engmaschiger Kontrolle und unter Diuretika-Therapie weitergeführt, jedoch ohne Steroide. Der Patient wird mit der Instruktion, sich bei erneutem Auftreten von Dyspnoe und trockenem Husten sofort zu melden, nach Hause geschickt.

Verlauf: Bei der nächsten Kontrolle weist der Patient keine Dyspnoe auf, der Kontrollultraschall der Pleura ist unauffällig. Das Blutbild ist weitgehend unverändert. Seine Blutdruckmessungen befinden sich dank der Diuretika-Therapie nun im oberen Normbereich. Nach erneuter Rücksprache mit dem Onkologen wird die Therapie weitergeführt und die Situation engmaschig beobachtet.

Weiter Informationen unter www.cancerdrugs.ch.