

Der konkrete Fall

# Einsatz des Internet-basierten Tools www.cancerdrugs.ch in der Hausarztpraxis

Das Management der oralen Tumorthherapie stellt auch in der Hausarztpraxis eine Herausforderung dar. Immer mehr Patienten kommen mit Fragen, Zweifeln und Medikamenten-bezogenen Beschwerden in die Hausarztpraxis. Unter dem Titel „Der konkrete Fall“ sollen verschiedene Fälle von Tumorthera-pie-induzierten Beschwerden aus der Hausarztpraxis vor-gestellt werden und verdeutlichen, wie die Webseite www.cancerdrugs.ch im Praxisalltag hilfreich zu Rate gezogen werden kann.

## 71-jähriger Tumor-Patient mit trockenem Husten und Dyspnoe

**Patient, männlich, 71-jährig, mit fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom. Progression unter vorgängiger The-rapie mit Sorafenib.**

**Medikamente:** Seit 4 Wochen Behandlung mit Everolimus.

**Symptome:** Der Patient präsentiert sich an einem Samstag bei seinem Hausarzt mit trockenem Husten, subfebriler Tempera-tur und progressiv zunehmender Dyspnoe. Er erwähnt, er sei von seinem behandelnden Onkologen instruiert worden, alle neu auftretenden oder sich verschlechternden respiratorischen Symptome sofort zu melden.

**Status:** Patient in reduziertem Allgemeinzustand, BD 145/95 mm Hg, P 105/min, Körpertemperatur 37,8 °C, Atem-frequenz 26/min. Sauerstoffsättigung unter Raumluft 89%.

**Untersuchungen:** Die Laborbefunde zeigen ein leicht erhöhtes CRP (25 mg/l) sowie eine leichte Leukozytose (10'900/ml; 85% Neutrophile, 0,6% Eosinophile, 0,3% Basophile, 3,7% Mono-zyten, 8,3% Lymphozyten) und eine normozytäre Anämie mit einem Hb von 9,1 g/dl.

Auskultatorisch imponieren generalisierte feine Rasselge-räusche („Knisterrasseln“) sowie verstärkte Atemgeräusche in den unteren Feldern beidseits. In der Spirometrie fallen ver-minderte Lungenvolumina auf und die Flussvolumenkurve ist mit einer restriktiven Ventilationsstörung vereinbar. Im Röntgen Thorax bestehen gegenüber einer normalen Voruntersuchung vom Vorjahr ausgedehnte retikuläre Veränderungen und basale alveoläre Verschattungen. Im CT Thorax wird die Verdachtsdiagnose einer diffusen interstitiellen Lungenerkran-kung geäußert.

Basierend auf der klinischen Präsentation – neu aufgetre-tene interstitielle Lungenerkrankung ohne offensichtliche Hin-weise auf einen Infekt – besteht der dringende Verdacht einer Nebenwirkung durch die Tumormedikation.

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

**Antwort unter www.cancerdrugs.ch:**

Erkrankungen der Atemwege, des Brustraums und Mediastinums, im Speziellen Husten (14%), Pneumonitis (12%), Nasenbluten (12,0%) und Dyspnoe (10%) sind sehr häufige Nebenwirkungen der Everolimus-Behandlung.

Unter der Rubrik „red flags“ wird darauf hingewiesen, dass bei unspezifischen respiratorischen Zeichen und Symptomen wie Hy-poxie, Pleuraerguss, Husten oder Dyspnoe eine Everolimus-indu-zierte Pneumonitis in Betracht gezogen und rasch Abklärungen veranlasst werden sollten.

**Diagnose:** Die Pneumonitis weist unspezifische Lungensymptome wie meist trockenen Husten, Atemnot und manchmal auch (leichte) Körpertemperaturerhöhung auf. Die Diagnose wird basierend auf Anamnese und klinischen Symptomen/Befund ergänzt durch Lungenfunktionsprüfung, Röntgenbild der Lunge sowie bei Bedarf Computertomogramm und Bronchoskopie mit bronchoalveolärer Lavage gestellt. Eine infektiöse Ursache muss ausgeschlossen werden.

Der Hausarzt stellt die Verdachtsdiagnose einer Everolimus-in-duzierten Pneumonitis.

## Frage 2: Wie sieht das weitere Vorgehen aus?

**Antwort unter www.cancerdrugs.ch:**

Die allgemeinen Massnahmen zur Behandlung der Dyspnoe beinhalten die Beruhigung des Patienten und die Erklärung der Situa-tion sowie möglicher Behandlungsoptionen. Ferner Lagerung des Patienten mit erhöhtem Oberkörper, Sauerstoffgabe bei erniedrig-ter Sauerstoffsättigung mit einer Zielsättigung 90–94%. Spezialisten (Onkologen, Pneumologen) sollten zur Beurteilung der Situation herbeigezogen werden.

Zur Behandlung der Everolimus-assoziierten Pneumonitis kann die Gabe von systemischen Corticosteroiden indiziert sein. Bei leichten Symptomen und diskreten Befunden sollte in Abspra-che mit dem Onkologen ein Unterbruch der Behandlung bis zur Symptombesserung erwogen werden. Die Behandlung kann nach Abklingen der Symptome mit einer reduzierten Tagesdosis wieder begonnen werden. In mittelschweren und schweren Fällen sollte die Behandlung in Absprache mit dem Onkologen unterbrochen und weitere spezialisierte Untersuchungen (Plethymographie mit Mes-sung der Diffusionskapazität, Bronchoskopie, ggf. Lungenbiopsie) in die Wege geleitet werden. In der Regel kann nach einer schweren Everolimus-assoziierten Pneumopathie dieses Medikament nicht mehr eingesetzt werden.

**Therapie:** Methylprednison, Unterbruch der Everolimus-Behandlung.

**Verlauf:** In Abhängigkeit des Schweregrades ist eine komplette Hei-lung nach mehreren Wochen möglich.

▼ red.