

Betr.: Herrn YyY-YyY YyY

Sehr geehrter Herr Kollege,

ich berichte Ihnen über den o. g. Patienten, der sich zuletzt am 17.04.07 in unserer hämatol./onkologischen Ambulanz vorstellte.

Diagnosen:

- Urothelkarzinom im Bereich des Blasenhalses, mindestens pT2, G2, ED 11/2006
(ICD 10: C 67.)
-Z. n. TUR-Blase
- Prostata-Karzinom, pT2, G3, Gleason 9, ED 11/2006 **(ICD 10: C 61)**
-ausgedehnte lymphogene Metastasierung im Retroperitoneum
-osteoplastische Metastase im LWK1

Therapie:

Z.n. 6 Zyklen Carboplatin / Taxol 11/06-03/07

Einleitung einer hormonablativen Therapie mit GNRH-Analoga

Ergebnis: gute PR

Weitere Erkrankungen:

- Arterielle Hypertonie
- Verdacht auf KHK
- Hyperlipidämie

CT Thorax und Abdomen vom 28.03.07:

Kein Hinweis auf suspekte mediastinale, hiläre, axilläre oder paraclavikuläre Lymphknoten. Unauffällige mediastinale Gefäßarchitektur. Kein Nachweis suspekter Lungenrundherde. Der vorbeschriebene retrocrurale Lymphknoten rechts ist unverändert großen- und formkonstant, max. 5 mm messend.

Im Abdomen homogenes Leberparenchym, keine suspekten Leberläsionen. Unauffällige Darstellung von Milz und Pankreas sowie Nieren. Die vorbeschriebenen Fettgewebsinjektionen im Bereich des Truncus coeliacus und der Mesenterialwurzel sind regredient. Es finden sich noch bis zu 6 mm messende Lymphknoten in diesem Bereich. Ebenso paraaortal und aortocaval bis 5 mm messende Lymphknoten. Größenkonstanter, 18 mm messender Lymphknoten links iliaca. Die Prostata imponiert unverändert inhomogen. Die vorbeschriebene Mehrsklerosierung im rechten BWK 12 aktuell unschärfer und diskret großenprogredient, somit weiterhin verdächtig auf eine osteoplastische Metastase. Sonst kein Hinweis auf neu aufgetretene suspekte osteolytische oder osteoplastische Läsionen.

Laborwerte vom 17.04.07:

Leukozyten 5,0/nl, Hb 12,3 g/dl, Thrombozyten 137/nl, Kreatinin 0,9 mg/dl, GPT 25 U/l, GOT 27 U/l, PSA 6,1 ng/ml.

Epikrise:

Bei bekanntem Doppeltumor (Prostata und Blase) führten wir bei Herrn YyY eine Chemotherapie mit Carboplatin und Taxol durch. Hierunter kam es zu einer guten partiellen Remission der Lymphknotenveränderungen. Zusätzlich leiteten wir eine antihormonelle Therapie ein, der PSA-Wert war hier zuletzt weiter fallend auf 6,1 ng/ml. In Absprache mit unserer urologischen Abteilung ist aufgrund der Metastase im BWK 12 (vormals als LWK 1 beschrieben) eine Resektion von Blase und Prostata nicht sinnvoll, da ein fernmetastasiertes Geschehen vorliegt. Wir schlagen daher zunächst eine Watch-and-Wait-Haltung vor; bei Progress der Lymphknoten wäre evtl. erneut über eine Chemotherapie nachzudenken, bei lokalen Problemen im Bereich der Prostata, der Blase oder der Knochenmetastase sollte ein palliativ-chirurgisches Vorgehen oder eine Radiatio geprüft werden. Bei bestehender osteoplastischer Metastase empfehlen wir die Einleitung einer Biphosphonat-Therapie, z.B. Zometa 4 mg alle vier Wochen. Ihr freundliches Einverständnis vorausgesetzt, sollte sich Herr YyY zu einer Nachkontrolle in ca. drei Monaten in unserer Abteilung vorstellen.

Sollten sich bis dahin Fragen oder Probleme ergeben, stehen wir jederzeit gerne zur Verfügung.

Wir bedanken uns für die freundliche Zuweisung des Patienten.

Mit kollegialen Grüßen

Dr. Best