

**Palliative Betreuung eines Patienten mit CUP-Syndrom****Lernziele:**

1. Chemotherapie von Metastasen ohne Kenntnis des Primärtumors – das CUP-Syndrom
2. Schmerztherapie
3. Ernährungstherapie unter BIA-Kontrolle

**► Beschreibung der Arbeitsumgebung**

Die Merlin Apotheke ist eine öffentliche Apotheke mit einem Schwerpunkt auf der Betreuung onkologischer Patienten. Im Haus praktizieren vier Onkologen und mehrere Radiologen.

In der Apotheke werden außer Zytostatika auch alle anderen Medikamente, die im Rahmen der onkologischen Behandlung rezeptiert werden, wenn erforderlich aseptisch hergestellt. Es handelt sich insbesondere um parenterale Ernährung und Schmerzpumpen. Zu Beginn der pharmazeutischen Betreuung der Patienten, die parenteral ernährt werden sollen, machen die zuständigen Apotheker Hausbesuche und informieren die Patienten und die Angehörigen über den Umgang mit den verordneten Medikamenten. In diesem Rahmen bietet die Apotheke auch eine Ernährungsberatung und die Erstellung eines Ernährungsplans mit Hilfe der Bioimpedanzanalyse an.

**► Bewertung**

Beim CUP-Syndrom handelt es sich um Metastasen, deren Ursprung unbekannt ist. Die Pathogenese ist unklar – offenbar haben die Metastasen einen Wachstumsvorteil gegenüber dem Primärtumor. Nur selten wird der Primärtumor im Verlauf der Erkrankung symptomatisch. Dieses Phänomen tritt bei ca. 2-4% aller Tumorerkrankungen auf. Insofern ist die Therapie schwierig und in den allerseltensten Fällen kurativ. Es muss also ein besonderer Schwerpunkt auf die Betreuung des Patienten in der Palliativsituation gelegt werden.

Der Allgemeinzustand des Patienten wurde mit Hilfe der kontrollierten Ernährungstherapie objektiv verbessert. Durch die Kontrolle des Ernährungszustands mit Hilfe der Bioimpedanzanalyse (BIA) konnte der Patient den Erfolg der parenteralen Ernährung verfolgen und erfuhr so eine positive Motivation. Eine suffiziente Schmerztherapie und regelmäßige Bluttransfusionen trugen ebenfalls zur Leistungssteigerung und einem erhöhten Wohlbefinden bei.

Der Primärtumor konnte nicht lokalisiert werden. Der Patient starb im Juni 2006.

**► Literatur:**

- Gerdt Hübner und Carsten Bokemeyer, DGHO 2005: CUP-Syndrom – Tumorerkrankung mit unbekanntem Primärtumor
- Schmoll HJ, Höffken K, Possinger K: Kompendium Internistische Onkologie, Springer Verlag Berlin Heidelberg, 3. Auflage 1999
- Fachinformation Katadolon<sup>®</sup>, Stand Juni 2005
- Fachinformation Neulasta<sup>®</sup> 6mg, Stand Juli 2007

**► Autor:**

Reza Azizi  
Merlin Apotheke  
Bonn

*Eingereicht: 2.7.2007*

### Palliative Betreuung eines Patienten mit CUP-Syndrom

<b>Patient D.H., 62 Jahre, männlich, 172 cm, 60 kg, KOF 1,71 m<sup>2</sup></b>		
<b>Subjektive Daten/Äußerungen</b>	<p><b>Oktober 2004:</b> Massive Schmerzen, die vom Oberbauch in den Schulterbereich strahlen. Gewichtsverlust von 5 kg innerhalb von 4 Wochen</p> <p><b>15.05.2006:</b> Teerstühle, deutlich reduzierter Allgemeinzustand</p>	
<b>Objektive Daten (Anamnese)</b>	<p><b>Mitte 2000:</b> Perforation eines Sigmadivertikels</p> <p><b>Oktober 2004:</b> Zystische Tumormasse im Bereich des Pankreas ohne Hinweis auf den Primärtumor → CUP-Syndrom mit intestinaler Obstruktion bei Metastasierung</p> <p><b>15.05.2006:</b> Plattenepithelkarzinom des Magens</p>	
<b>Ärztliche Verordnungen (Medikation, klinische Ernährung etc.) und Therapieziele</b>	<b>ÄVO</b>	<b>Therapieziele</b>
	<p><b>11/2004 – 01/2005:</b>            Carboplatin 150mg/m<sup>2</sup>            Vinorelbin 30mg/m<sup>2</sup>            wöchentlich, 7 Zyklen            anschließend Bestrahlung der Tumorregion retroperitoneal            5x 1,8Gy wöchentlich, Gesamtdosis 45Gy</p>	Palliative Chemotherapie und Bestrahlung, um die Tumormasse zu reduzieren
	<p><b>Am 8.11.2004</b>            Punktion der zystischen Läsion            Instillation von Mitoxantron 15mg in die Zyste</p>	lokoregionäre Chemotherapie
	<p>Morphinsulfat/ M-long® 10mg            1x täglich            Novaminsulfon/ Novalgin® Trp.            4x 40Trp.</p>	Schmerztherapie
	<p>Später statt Morphinsulfat oral:            Fentanyl 50µg TTS</p>	Stärkere Wirksamkeit
	<p><b>11/2005 – 03/2006</b>            PEI-Schema            d 1-5 Cisplatin 20mg/m<sup>2</sup>            d 1-5 Etoposid 75mg/m<sup>2</sup>            d 1-5 Ifosfamid 1200mg/m<sup>2</sup>            Wiederholung d 29, 5 Zyklen</p>	Second-line Therapie, palliativ
	<p>d 1 Aprepitand / Emend®125mg p.o.            d 2-3 Aprepitand/ Emend® 80mg p.o.            d 1-5 Dexamethason 8mg p.o.            bei Bedarf MCP-Tropfen 3x 20Trp.</p>	Antiemetische Therapie
	<p>Pegfilgrastim/ Neulasta® 6mg 1x/            Chemotherapiezyklus 24h nach der letzten Chemotherapiegabe</p>	Verkürzung der Neutropenie

# Onkologisch-pharmazeutischer Fallbericht

<p><b>Ärztliche Verordnungen</b> (Medikation, klinische Ernährung etc.) <b>und Therapieziele</b></p>	<p><b>ÄVO</b> Zusätzlich zur Schmerztherapie: Flupirtinmaleat/ Katadolon® p.o. 3-4x täglich</p> <p><b>Ab 05.05.2006</b> Paclitaxel 100mg absolut Wiederholung d 8, bis Progress</p>	<p><b>Therapieziele</b> Veränderung des Schmerzmittelprofils</p> <p>Third-line Therapie, palliativ</p>
<p><b>Analyse und Plan</b> <b>Wirksamkeit der Tumorthherapie</b> (OP, Strahlen- und Chemotherapie und biologische Therapie)</p>	<p>Eine Operation des Tumors ist beim CUP-Syndrom (Cancer of unknown primary) nur sinnvoll, wenn solitäre Metastasen vorliegen oder nur eine Lymphknotenregion befallen ist.</p> <p>Die histologischen Ergebnisse liegen uns nicht vor. Die Krankenkasse lehnte die Kostenübernahme für eine PET zur Lokalisation des Primärtumors ab. Die Chemotherapie sollte immer auf das Spektrum möglicher Primärtumoren ausgerichtet sein. Die Histologie ist für die Bildung einer Arbeitsdiagnose entscheidend.</p> <p>Es handelt sich um eine disseminierte Erkrankung bei einem Patienten mit reduziertem Allgemeinzustand bei einem Alter unter 70 Jahre. Die mediane Überlebenszeit beträgt 3-11 Monate. Der Patient hat starke Schmerzen und auch sonst massive Symptome.</p> <p>Die Kombination Carboplatin/ Vinorelbin/ Bestrahlung führte im ersten Behandlungsblock zu einer partiellen Remission.</p> <p>Der 2. Einsatz von Carboplatin/ Vinorelbin hatte keinen Erfolg.</p> <p>Der Erfolg der Chemotherapie ist mittels CT nachweisbar (Rückgang der Tumorgöße von ca. 7cm auf 5cm Durchmesser).</p> <p>Im weiteren Verlauf wurde noch ein Plattenepithelkarzinom des Magens</p>	<p>Auf eine Operation wird verzichtet.</p> <p>Im Arztbericht ist von der Verordnung einer „empirischen Therapie“ die Rede. Offensichtlich konnte nicht entsprechend den Therapieleitfäden der Fachgesellschaften eingegrenzt werden.</p> <p>Im vorliegenden Fall wurde eine palliative Chemotherapie eingeleitet, um die Tumormasse zu reduzieren und so die Symptome zu lindern. Beide eingesetzten Schemata zeigen Wirksamkeit beim Plattenepithelkarzinom.</p> <p>2. Versuch mit dieser Kombination beim Progress.</p> <p>Abbruch und Wechsel auf das PEI-Schema</p>

### Palliative Betreuung eines Patienten mit CUP-Syndrom

<p><b>Analyse und Plan</b>  <b>Wirksamkeit der Tumorthherapie</b> (OP, Strahlen- und Chemotherapie und biologische Therapie)</p>	<p>diagnostiziert. Hier handelte es sich wieder um eine Metastase des Primärtumors.</p> <p>Paclitaxel hatte keinen Erfolg. Die Applikation erfolgte nur 2x bevor der Patient starb.</p> <p>Einsatz von Paclitaxel</p>
<p><b>Schmerztherapie</b></p> <p><b>Ernährungszustand/ Fatigue-Syndrom</b></p>	<p>Die Schmerztherapie wurde mehrfach aufgrund nachlassender Wirkung angepasst.</p> <p>Der Patient war in einem schlechten Ernährungszustand. Der Verlust an Zellmasse konnte mit Hilfe der BIA bestätigt werden. Der Hb-Wert lag mit 10,5g/dl unter der Norm.</p> <p>Wechsel von Morphin oral auf das stärker wirksame Fentanyl-Pflaster Zusätzlich Flupirtinmaleat wegen der nachgewiesenen guten Wirksamkeit bei Schmerzen der Halte- und Bewegungsmuskulatur</p> <p>Einsatz einer eiweißreichen Ernährungslösung. Regelmäßige Bluttransfusionen → der Allgemeinzustand besserte sich, Müdigkeit und Leistungsschwäche ließen nach.</p>
<p><b>Kontrollparameter</b></p>	<p><b>Labor:</b> Leukozyten, <math>\gamma</math>-GT, Alk. Phosphatase, CRP, Hb, Hämatokrit, Eosinophile, Elektrolyte im Normbereich</p> <p><b>Bildgebende Verfahren:</b> CT und MRT (PET wurde nicht genehmigt)</p> <p><b>Sonstige:</b> Bioimpedanzanalyse (BIA)</p>
<p><b>Beratung</b></p>	<p><b>Patient:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Korrekte Handhabung der Matrix-Pflaster bei der Umstellung von Morphintabletten auf Fentanyl-Pflaster</li> <li>• Maßnahmen gegen den Haarausfall (Alopezie stellt kein Problem für den Patienten dar)</li> <li>• Bioimpedanzanalyse zur genauen Ermittlung des Ernährungszustands alle 4 Wochen</li> </ul> <p><b>Arzt:</b></p> <p>Opiat-induzierte Obstipation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Umstellung von Movicol® auf Laxoberal®-Trp.</li> </ul> <p>Schmerztherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Empfehlung von Flupirtinmaleat/Katadolon® gegen die starken Schmerzen im Schulterbereich → Schmerzintensität ließ extrem nach</li> </ul> <p>Ernährungstherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die optimale Zusammensetzung der Ernährungslösung wurde von der Apotheke mit Hilfe der BIA ermittelt.</li> </ul>

## Beratung

Erste Werte ergaben einen massiven Zellverlust.

- Steigerung der Eiweißzufuhr von 0,8 auf 1,2g/kg KG
- KH-Zufuhr 3-4g/kg KG
- Fett als Clinoleic® mit 80% Olivenöl im Fettanteil
- Anpassung der Kalium-Zufuhr, da der Patient wegen Durchfall und Erbrechen große Verluste auszugleichen hatte
- Spurenelemente/ Addel®, Vitamine/ Cernevit® täglich
- wöchentliche Gabe von Vitamin K/ Konaktion®, da das nicht im Vitaminpräparat enthalten ist

## Pflege

- Einweisung in die Funktion der elektronischen Pumpe (BodyGuard 323 der Firma applica) für die PE.
- Beratung in Kompatibilitätsfragen, falls AM über die PE appliziert werden mussten
- Portpflege