

Frau  
Dr. Odinzow  
Praxis Dres. med.  
Sajogo/Greven/Nielen/Odinzow/l. Sajogo  
Osnabrücker Str. 1  
48529 Nordhorn

## Frauenklinik

- Spez. Geburtshilfe u. Perinatalmedizin
- Spez. Gynäkologische Onkologie
- Urogynäkologie

Chefarzt Dr. M. Jansen

Ltd. Oberarzt Dr. J. Rosenfeld

Ansprechpartner

Telefon (0 59 21) 84-15 60

Fax (0 59 21) 84-15 69

E-Mail frauenklinik@euregio-klinik.de

Ihr Zeichen

Unser Zeichen VED / VED / 41330574

Datum 09.04.2014

Albert-Schweitzer-Str. 10, 48527 Nordhorn

### Nachrichtlich an:

Dr. med. Uwe Sauer, Praxis Dres. med. Sauer/Hutzschenreuter, Heike Lugt, Kooperatives Brustzentrum Lingen-Nordhorn, Albert-Schweitzer-Str. 10, 48527 Nordhorn

## Vorläufiger Entlassbrief II

Sehr geehrte Frau Kollegin,

nachfolgend berichten wir über unsere gemeinsame Patientin Frau **Ewa Anna Gomolka, geboren am 25.12.1961**, die sich vom 19.09.2013 bis zum 24.09.2013 und von 04.04.14. bis 13.04.14 in unserer Behandlung befand.

**Diagnose:** Mamma Carcinom rechts zentral, invasiv ductal, mehrere Bereiche überlappend C 50.8. cT3, pN1( 1/1 sn) bzw. ypT1a ( m ), N1 (1/12 ), R0. G2. ER: 85%, PR: 60%. Her 2-neu: starke Überamplifikation. Stanzbiopsie am 13.09.13.

**Therapie:** 20.09.13: Axilläre Sentinel-Lymphonodektomie mit Radionuklidmarkierung 5-401.11  
Portanlage 5-399.5  
04.04.2014: Ablatio mammae und Axilladisektion rechts

**Histologie:** 13.09.13: Infiltrate eines invasiven Mammacarcinoms, wobei das feingewebliche Bild zunächst am ehesten für eine lobuläre Differenzierung spricht.  
Eine ergänzende immunhistologische Untersuchung mit dem Antikörper E- Cadherin sowie Untersuchungen zum Hormonrezeptorstatus stehen noch aus.  
20.09.13: Metastasen des bekannten ductal invasiven Brustdrüsencarcinoms im Wächterlymphknoten rechts. Max. Grösse 3,5 cm. Die Kapsel ist überschritten. pN 1 ( 1/1 sn). G2.  
Synopsis: Typisierung: invasiv ductales Mammacarcinom.  
3. Bericht: molekularpathologisch zeigt sich somit eine starke Überamplifikation des Her 2-neu-Gens. Das Tumorgewebe erscheint somit für eine Herzeptin-Therapie geeignet.

04.04.2014: NE 7261/14, 04.04.14

Material: I) Mammaablatat re. II) Nachresektat caudal III) LK Level I,II re.

I) Rechtsseitiges Mammaablatat bei Zustand nach neoadjuvanter Chemotherapie mit fokaler kräftiger Fibrose und ansonsten mehreren bis maximal 5 mm großen hochgradig regressiv veränderten Restmanifestationen des aus dem Vorbefund bekannten mittelgradig differenzierten invasiven ductalen Mammacarcinoms - Mindestabstand cranial 3 cm, medial 6 cm, lateral 5 cm,

basal 3 cm.

II) Tumorfrees caudales Nachresektat - Der caudale Sicherheitsabstand dürfte über 3 cm betragen.

III) Insgesamt elf tumorfrie axilläre Lymphknoten.

Klassifikation (7. Auflage 2010): ypT1a(m), N1(1/12), R0

Histologischer Grad: G2 vor Therapie

Lymphknotenstatus

Art der Probe: Axilladisektion/sentinel node Biopsie

Anzahl LK: 12 davon mit Metastasen: 1, max. Durchm.: 35 mm

LK- Kapsel: nicht intakt

Tumor: mehrere Herde-insgesamt 5 mm Grösse.

Geringster Sicherheitsabstand des Tumors zum Resektionsrand: 3 cm cranial, basal.

Histol. Grad: G2.

Klassifikation: ypT 1a (m), N1 ( 1/12), R0.

Hormonrezeptoren-Status: ER: 85%, PR: 60%.

Wachstumsfraktion: <25%.

Her2-neu: starke Überamplifikation

Anamnese: Patientin merkte selbst im Sept.'13 eine ausgedehnte Brustveränderung rechts mit Mamilleneinziehung und " Orangenhautphänomen". Mammographie am 12.09.13: BIRADS v rechts. Nachweis eines Carcinoms mittels Stanzbiopsie am 13.09.13. Neoadjuvante Chemotherapie ( s.u. ) bis zum 07.03.2014. Regelblutungen regelmässig, LP am 13.09.13.

Familienanamnese: leer

Staging-Befund: CA 15-3: 277,4 U/ml.

-Rö-Thorax am 18.09.13: keine pulmonale Filiae.

-Oberbauchsono am 23.09.13 : keine Leberfiliae.

-Herz-ECHO am 23.09.13: gute LVEF, keine Auffälligkeiten.

Skelettszintigraphie am 30.09.13: am ehesten durch Unkovertebralarthrose bedingter vermehrter Knochenumbau auf Höhe C 2/3 links, weiterführende Diagnostik mittels HWS in 2 Ebenen bzw CT empfohlen. Sonst kein Anhalt für Metastasen des gesamten Skeletts.

-Rö-HWS am 08.10.13: keine knöcherne Destruktion. Keine metastasentypischen Herdläsionen.

Verlauf: Jeweils primäre Wundheilung . Heilungsprozess wurde mit KG und psychoonkologischer Betreuung unterstützt.

Entlassungsbefund: Reizlose Nahtverhältnisse, Wundheilung primär, kein Lymphödem, keine Bewegungseinschränkungen.

Medikation bei Entlassung: keine

Laborwerte jeweils im Normbereich.

Vorstellung der Patientin in der Tumorkonferenz am 25.09.13 , es wurden folgende Therapieempfehlungen ausgesprochen:

-neo-adjuvante CHT nach 4 x EC-Protokoll gefolgt von 4 x Docetaxel. Indikation für Herzeptintherapie.

-Mastektomie rechts mit Axilladisektion.

-sonographische Tumorkontrolle nach jeder zweiter CHT-Sitzung, ggf Clipeinlage.

Vorstellung der Patientin in der Tumorkonferenz am 16.04.2014, es wurden folgende Empfehlungen ausgesprochen:

- Fortsetzung Herzeptintherapie bis zu 1 Jahr.

- Strahlentherapie dre Thoraxwand und supraclavikulären LAW.

- Antihormontherapie mit Tamoxifen 5 Jahre.

- Tumornachsorge.

Frau Gomolka war zur Abschlussbesprechung hinsichtlich der Empfehlungen der Tumorkonferenz am 25.04.14 bei uns nochmals vorstellig.

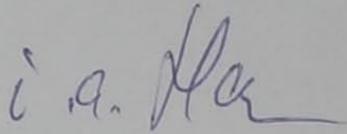
Es erfolgte eine sozialrechtliche Beratung. Termin in der strahlentherapeutischen Sprechstunde wurde am

28.04.14 vereinbart, gyn. Kontrolle in ca. 10-14 Tagen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. M. Jansen  
Chefarzt

Dr. med. J. Rosenfeld  
Ltd. Oberarzt

  
V. Dörfler  
Stationsärztin