

Nachsorge bei malignen Lymphomen

PD Dr. J. Birkmann

**Inst. f. Med. Onkologie u. Hämatologie,
Medizinische Klinik 5, Klinikum Nürnberg
(Leitender Arzt: Prof. W.M. Gallmeier)**

Nachsorge bei Lymphompatienten: Grundsätzliches

- *Die Grenze zwischen Nachsorge, Rehabilitation und Betreuung ist fließend.*
- *Unterschiedliche Aufgaben*
 - *kurativ behandelten Patienten in Vollremission*
 - *Vorübergehende Remission bei insgesamt palliativem Konzept*
- *Hauptanliegen ist ein besseres (längeres?) Leben des Patienten*

Um welche Entitäten handelt es sich?

Proposed WHO Classification of Lymphoid Neoplasms

B-Cell neoplasms

Precursor B-cell neoplasm

Precursor B-lymphoblastic leukemia/lymphoma (precursor B-cell acute lymphoblastic leukemia)

Mature (peripheral) B-cell neoplasms*

B-cell chronic lymphocytic leukemia/small lymphocytic lymphoma

B-cell prolymphocytic leukemia

Lymphoplasmacytic lymphoma

Splenic marginal zone B-cell lymphoma (w/o villous lymphocytes)

Hairy cell leukemia

Plasma cell myeloma/plasmacytoma

Extranodal marginal zone B-cell lymphoma of MALT type

Nodal marginal zone B-cell lymphoma (w/o monocytoid B cells)

Follicular lymphoma

Mantle-cell lymphoma

Diffuse large B-cell lymphoma

 Mediastinal large B-cell lymphoma

 Primary effusion lymphoma

Burkitt's lymphoma/Burkitt cell leukemia

T-cell and NK-cell neoplasms

Precursor T-cell neoplasm

Precursor T-lymphoblastic lymphoma/leukemia (precursor T-cell acute lymphoblastic leukemia)

Mature (peripheral) T-cell neoplasms*

T-cell prolymphocytic leukemia

T-cell granular lymphocytic leukemia

Aggressive NK-cell leukemia

Adult T-cell lymphoma/leukemia (HTLV1)

Extranodal NK/T-cell lymphoma, nasal type

Enteropathy-type T-cell lymphoma

Hepatosplenic gamma-delta T-cell lymphoma

Subcutaneous panniculitis-like T-cell lymphoma

Mycosis fungoides/Sezary syndrome

Anaplastic large-cell lymphoma, T/null cell, prim. cutaneous type

Peripheral T-cell lymphoma, not otherwise characterized

Angioimmunoblastic T-cell lymphoma

Anaplastic large-cell lymphoma, T/null cell, primary systemic type

Hodgkin's lymphoma (Hodgkin's disease)

Nodular lymphocyte-predominant Hodgkin's lymphoma

Classical Hodgkin's lymphoma

Nodular sclerosis Hodgkin's lymphoma (grades 1 and 2)

Lymphocyte-rich classical Hodgkin's lymphoma

Mixed cellularity Hodgkin's lymphoma

Lymphocyte depletion Hodgkin's lymphoma

*B- and T-/NK-cell neoplasms are grouped according to major clinical presentations (predominantly disseminated/leukemic, primary extranodal, predominantly nodal).

Ziele der Nachsorge bei Lymphom-Patienten:

1. Erfassung und Dokumentation des weiteren Schicksals des Patienten

= Qualitätskontrolle der primären Therapie

2. Erfassung und Behandlung von Therapiefolgen

3. rechtzeitige Erkennung behandelbarer Rezidive

4. psychosoziale Unterstützung

"Was ist aus dem Patienten geworden?"

- ***Prognose-Abschätzung:***
 - ***rezidivfreies Überleben***
 - ***Gesamtüberleben***

- ***Erkennung von Risikogruppen***
 - ***International Prognostic Index (IPI) bei aggressiven Lymphomen etabliert***
 - ***IPI bei indolenten Lymphomen in Arbeit***

Diese Erkenntnisse und Daten nützen nicht dem Patienten, der sich konkret in der Nachsorge befindet, sie sind aber für die klinische Forschung unerlässlich.

Behandlungsfolgen

■ *Bestrahlung:*

- *Pneumonitis (Mediastinum, Lunge)*
- *Kardiomyopathie*

■ *Chemotherapie (incl. Hochdosistherapie):*

- *Organschäden (Niere, Lunge, Herz, Haut)*
- *Sekundärmalignome*

■ *allogene Stammzell-Transplantation:*

- *zusätzlich alle Manifestationen der graft-vs.-host-disease (Haut, Leber, Darm, Lunge, Auge, Schilddrüse, Mundhöhle etc.)*

Erkennung (behandelbarer) Rezidive

- ***lokale umschriebene Rezidive***
- ***multiple oder disseminierte Rezidive***
- ***maligne Zweiterkrankung***

Der Erfolg einer palliativen Therapie wird durch die Frühdiagnose eines Rezidivs oder Zweitmalignoms kaum verbessert!

Nachsorgeschema I

■ *Intervalle:*

- *alle 3 Monate in den ersten 2 Jahren*
- *halbjährlich im 3. bis 5. Jahr*
- *danach 1x pro Jahr für Follow-Up bzw. nach individuellem Bedarf*

■ *Programm:*

- *Zwischenanamnese (B-Symptome!)*
- *klin. Befund (LK-Status, Leber, Milz)*
- *Labor (LDH, Blutbild, Creatinin, K⁺)*
- *apparative Kontrolle ehemals befallener Regionen*
- *ggf. Zusatzuntersuchungen gemäß Studienprotokoll (β₂-Mikroglobulin o.ä., Fragebogen zur Lebensqualität)*

Nachsorgeschema II

■ *Intervalle:*

- *individuelle Termine, am Bedarf bzw. an den Symptomen des Patienten orientiert*
- *Minimum ca. 2x pro Jahr*
- *kürzere Verlaufsbeobachtung bei Rezidivverdacht*

■ *Programm:*

- *Zwischenanamnese (B-Symptome!)*
- *klin. Befund (LK-Status, Leber, Milz)*
- *ggf. Labor (LDH, Blutbild)*
- *bei Rezidivverdacht: gezielte Zusatzuntersuchung*
- *bei Rezidiv: Re-Staging*

bildgebende Verfahren

- ***Der Stellenwert von Sono, CT und NMR ist bei verschiedenen Lymphompatienten höchst unterschiedlich***
- ***Die PET-Untersuchung***
 - ***ist bei Lymphomen nur teilweise validiert***
 - ***ist im Einzelfall zur Beurteilung von Restbefunden indiziert***
 - ***sollte möglichst immer histologisch oder zytologisch validiert werden***

Psychosoziale Betreuung

- *kompetente Ansprechpartner für den Patienten*
- *Wiederaufnahme von Aktivitäten*
 - *berufliche Tätigkeit*
 - *Sport, Hobbys*
- *Angst vor Rezidiv bearbeiten*
- *effektive Symptomlinderung im Bedarfsfall in der palliativen Situation*

Gefahren der Nachsorge

- ***Dauerstatus als "PATIENT"***
- ***Beeinträchtigung der Lebensqualität durch Arzttermine und (invasive) Untersuchungen***
- ***Fixierung auf "Tumormarker" oder Nebenbefunde***
- ***Toxizität durch Übertherapie***
- ***Kosten***

Wer soll Nachsorge betreiben?

- *Hausarzt?* *Internist?*
- *Onkologe?* *Strahlentherapeut?*

- *wichtige Gesichtspunkte:*
 - *Kontinuität*
 - *Betreuung*
 - *onkologische/hämatologische Kompetenz*
 - *Kooperation*

Leitmotiv für die Langzeit-Nachsorge

"The delivery of medical care is to do as much NOTHING as possible."

*Gesetz Nr. XIII, aufgestellt von The Fat Man,
Stationsarzt im "House of God"*