

Weisung Nachkontrollen/Nachsorge in der Hämato-Onkologie

Weisung (DL)

Nachkontrollen/Nachsorge in der Hämato-Onkologie

Inhalt

1. Was ist eine Nachsorge oder Nachkontrolle	2
2. Ziel einer Nachsorge/Kontrolle	2
3. Zuständigkeit und Verantwortung	2
4. Nachsorge nach Tumor	2
4.1. Nachkontrolle Diffuses grosszelliges B-Zell-Lymphom	4
4.2. Nachkontrolle Hodgkin-Lymphom	5
4.3. Verlaufskontrollen bei low-grade Lymphomen	6

Dokumentenname	Ansprechperson / Kontakt	Dokumentenart	Version
ZLL_Weisung_Nachkontrollen_Hämato-Onkologie.docx	Blessing, Eva-Marén, SO1	Weisung (DL)	1.0
Geltungsbereich	Freigegeben von	Gültig bis	Seite
KSW	Fischer, Natalie Dr. med., FNT	28.04.2024	1 von 6

1. Was ist eine Nachsorge oder Nachkontrolle

Bei Tumoren, die mit kurativer Intention behandelt werden oder Tumoren, die nach einer Behandlung eine voraussichtlich lange remissionsfreie Zeit haben werden ist es wichtig, dass diese Zeit möglichst beschwerdearm/frei ist. Hierfür ist es wichtig, dass der Patient frei von Tumorsymptomen ist und keine Spättoxizitäten der durchgeführten Therapie hat.

Prinzipiell muss man sich daher folgende Fragen stellen:

- Ist mit einem Rezidiv zu rechnen, - wenn ja wann und an welcher Lokalisation? → danach richtet sich die Häufigkeit und Technik einer Kontrolle
- besteht im Falle eines Rezidivs ein potentiell kurativer Therapieansatz? → welche Rezidiv-Form könnte man kurativ behandelt (und welche Untersuchungen muss ich entsprechend machen?)
- besteht im Falle eines Rezidivs ein Vorteil einer Früherkennung → wenn ja: mit welcher Diagnostik kann ich ein Frührezidiv erkennen; wenn nein: nur klinische Nachkontrollen
- Welche Spättoxizitäten können auftreten und zu welchem Zeitpunkt. Welche Untersuchungen braucht es zur Früherkennung und wann? Gibt es Möglichkeit zur Primärprophylaxe?

2. Ziel einer Nachsorge/Kontrolle

Prinzipiell sind bei den Nachkontrollen folgende zwei Punkte wichtig:

1. Erkennen eines Rezidivs (s.o.)
2. Erkennen oder Verhindern von Spätkomplikationen der durchgeführten Therapie. Diese bestehen aus:
 - Zweitmalignomen (hämatologische und solide)
 - erhöhtes kardiovaskuläres Risiko, - daher Kontrolle anderer kardiovaskulärer Risiken (Nikotin, Hypertonie, Hypercholesterinämie,..)
 - endokrinologische Veränderungen (Hypothyreose, hypergonadotrope Hypogonadismus,..)

Die Wichtigkeit der beiden Punkte hängt vom Alter/Allgemeinzustand des Patienten ab und der Wahrscheinlichkeit für ein Rezidiv bzw. den therapeutischen Möglichkeiten im Falle eines Rezidivs. Die Nachkontrollen sind daher abhängig sowohl von der Diagnose als auch vom Patienten.

3. Zuständigkeit und Verantwortung

Zuständig ist der abklärende/therapierende Arzt. In unklaren Situationen soll er die unter Punkt 1 erwähnten Fragen mit dem zuständigen Kaderarzt besprechen.

4. Nachsorge nach Tumor

Es gibt nicht für jede Tumor-Entität eine spezifische Nachkontrollen-Empfehlung.

Für folgende drei Lymphom-Entitäten (die ausserhalb von Studienprotokollen behandelt wurden) sind Prinzipien der Nachsorge formuliert:

- Diffuses grosszelliges B-Zell Lymphom (kurativ behandelt)
- Hodgkin Lymphom (kurativ behandelt)

Dokumentenname	Version	Seite
ZLL_Weisung_Nachkontrollen_Hämato-Onkologie.docx	1.0	2 von 6

- low-grade Lymphom – Verlaufskontrollen nach palliativer Therapie

Quellen:

ESMO – Clinical Practice Guidelines
Nachsorge-Protokolle der HD-Studien
NCCN Guidelines

4.1. Nachkontrolle Diffuses grosszelliges B-Zell-Lymphom

(ausserhalb von Studien-Protokollen)

1. Erkennen eines Rezidivs (v.a. klinisch)

- Die meisten Rezidive treten in den ersten 1 – 2 Jahren auf
- Eine Rezidiv-Früherkennung ist nur wichtig, wenn eine erneut kurative Therapie möglich ist (d.h. Salvage-Chemotherapie inkl. Hochdosis-Chemotherapie mit autologer Stammzell-Retransfusion). Wenn dies nicht möglich ist, reicht eine Rezidiv-Erkennung bei Symptomen oder klinischen Befunden)
- Der Benefit einer fixen radiologischen Verlaufskontrolle ist nicht bewiesen. Daher individuelle Diskussion mit Patienten, die eine kurative Rezidiv-Therapie-Option haben (mögliche CT's nach 6, 12 und 24 Monaten)

2. Spätkomplikationen der durchgeführten Therapie. Diese bestehen aus:

- Zweitmalignomen (hämatologische und solide)
- erhöhtes kardiovaskuläres Risiko, - daher Kontrolle anderer kardiovaskulärer Risiken (Nikotin, Hypertonie, Hypercholesterinämie,..)
- endokrinologische Veränderungen (Hypothyreose, hypergonadotrope Hypogonadismus,..)

Jahre	1				2			3	4	5
	3	6	9	12	18	24	30	36	48	60
Klinik (inkl. Blutdruck) + Anamnese (speziell auch kardiale oder pulmonale Toxizität)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Labor: Blutbild (mit Diff.), Chemie (LDH, Krea,..)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
TSH				X						X
Cholesterin				X		X		X		X
Testosteron/Oestrogen, LH, FSH				(ev)						
Bildgebung:										
• CT (Thorax/Abdomen)		(X)*		(X)*		(X)*				
allg. Cancer-Screening:										
• Coloskopie (ab 50 J.)										
• Mammographie und gynäkolog. Kontrolle **										

* individuelle Diskussion bei Patienten, die eine kurative Rezidiv-Therapie-Option haben

** Falls eine mediastinale Bestrahlung erfolgte gelten für Frauen besondere Richtlinien: 8 – 10 Jahre nach abgeschlossener Radiotherapie (bzw. ab dem 40. Lebensjahr) jährliches Screening (bei Frauen, die vor dem 30. Lebensjahr bestrahlt wurden Empfehlung zur MRI der Mammae zusammen mit der Mammographie); NCCN Guideline

4.2. Nachkontrolle Hodgkin-Lymphom

(ausserhalb von Studien-Protokollen)

1. Erkennen eines Rezidivs (v.a. klinisch)

- Ein Rezidiv ist auch noch nach vielen Jahren möglich (Frührezidiv ≤ 12 Monate; Spätrezidiv > 12 Monate)
- die radiologischen Kontrollen werden mit Sonographie und Röntgenbild (Thorax) gemacht (Ausnahme ist ein grosses intrathorakales Residuum, dann ev. CT-Thorax nach 3 und 12 Monaten)

2. Spätkomplikationen der durchgeführten Therapie. Diese bestehen aus:

- Zweitmalignomen (hämatologische und solide)
- erhöhtes kardiovaskuläres Risiko, - daher Kontrolle anderer kardiovaskulärer Risiken (Nikotin, Hypertonie, Hypercholesterinämie,..)
- endokrinologische Veränderungen (Hypothyreose, hypergonadotrope Hypogonadismus,..)
- Es gibt keine Evidenz für die früher vermutete pulmonale Spättoxizität von Bleomycin

Jahre	1				2			3	4	ab 5. Jahr 1x jährlich
	3	6	9	12	18	24	30	36	48	60
Klinik (inkl. Blutdruck) + Anamnese (speziell auch kardiale oder pulmonale Toxizität)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Labor: Blutbild (mit Diff.), BSR, Chemie (LDH, Krea,..)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
TSH nach Bestrahlung Hals/Mediastinum			X		X		X		X	X
Cholesterin			X		X		X		X	
Testosteron/Oestrogen, LH, FSH	X		X						X	
Bildgebung:										
• Rx-Thorax **	X **		X **		X		X			
• US-Abdomen										
allg. Cancer-Screening:										
• Coloskopie (ab 50 J.)										
• Mammographie * und gynäkolog. Kontrolle										

* für Frauen mit Bestrahlung des Mediastinum gelten besondere Richtlinien: 8 – 10 Jahre nach abgeschlossener Radiotherapie (bzw. ab dem 40. Lebensjahr) jährliches Screening (bei Frauen, die vor dem 30. Lebensjahr bestrahlt wurden Empfehlung zur MRI der Mammæ zusammen mit der Mammographie); NCCN Guideline

** ev. bei residuellen grösseren intrathorakalen Residuen CT-Thorax nach 3 Monaten und 1 Jahr

4.3. Verlaufskontrollen bei low-grade Lymphomen

(ausserhalb von Studien-Protokollen)

Die Kontrollen richten sich sehr nach

- der vermuteten Lymphom-Dynamik
- der erwarteten Lokalisation der Beschwerden (hämatologisch, mechanisch durch Lymphome)
- Zuverlässigkeit des Patienten (Bericht bei Beschwerden)
- Möglichkeiten im Rezidiv

Kontrollen	
Häufigkeit von Kontrollen	Nach Dynamik: Bei rascher Dynamik: alle 1 – 3 Monate Bei geringer Dynamik: alle 3 – 6 Monate Bei stabiler Situation: alle 6 – 12 Monate
Labor	Prinzipiell bei jeder Kontrolle: Hämatologie, allg. Chemie (Nieren/Leberwerte, LDH, CRP,...) Ev. Paraprotein (z.B. beim Waldenström)
Bildgebung	Nicht prinzipiell Wenn ein Lymphom sich v.a. durch intraabdominalen Bulk manifestiert (der klinisch schlecht beurteilbar ist), dann ev. Sonographie
Mögliche Spättoxizitäten durchgeführter Therapien	Labor (s.o.) Bei Hinweisen für kardiale Insuffizienz → Echo, BNP