

## ZLL\_Weisung\_Nachsorge\_in\_der\_Hämatonkologie

### Weisung (DL)

#### 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-Re transfusion). 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. Spät komplikationen der durchgeführten Therapie. Diese bestehen aus:

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

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

\* 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 Mammæ zusammen mit der Mammographie); NCCN Guideline

#### 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. Spät komplikationen der durchgeführten Therapie. Diese bestehen aus:
  - Zweit malignomen (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
<b>Klinik (inkl. Blutdruck) + Anamnese (speziell auch kardiale oder pulmonale Toxizität)</b>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Labor: Blutbild (mit Diff.), BSR, Chemie (LDH, Krea,..)</b>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>TSH nach Bestrahlung Hals/Mediastinum</b>			X		X		X		X	X
<b>Cholesterin</b>			X		X		X		X	
<b>Testosteron/Oestrogen, LH, FSH</b>	X		X						X	
<b>Bildgebung:</b> • Rx-Thorax ** • US-Abdomen	X **		X **		X		X			
<b>allg. Cancer-Screening:</b> • 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 Mammæe zusammen mit der Mammographie); NCCN Guideline

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

**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

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