

Follikuläres Lymphom (FL) Grad 1, 2 und 3a (Dr. med. H. Simon)

60% aller NHL sind indolente Lymphome, wiederum 70% hiervon sind follikuläre Lymphome. Neben der sicheren histologischen Festlegung ist die Bestimmung des FL-spezifischen Internationalen Prognose-Index (FLIPI) und die Abklärung einer Therapiebedürftigkeit entscheidend für die Festlegung des therapeutischen Procedere. Jüngere Patienten < 60 Jahre sollten möglichst innerhalb von Studien mit myeloablativen Konzepten behandelt werden. Das follikuläre Lymphom Grad 3b mit Blastenrasen wird analog dem diffus großzelligen B-Zell-Lymphom behandelt.

FLIP-Index	Risikogruppe
Negativ prognostische Faktoren: Stadium III/IV, mehr als 4 LK-Regionen, erhöhte LDH, Alter > 60 J., Hb < 12 g/dl	niedrig (FLIPI 0-1): 5-J-ÜLR 90,6%, 10-J-ÜLR 70,7% intermediär (FLIPI 2): 5-J-ÜLR 77,6%, 10-J-ÜLR 50,9%, hoch (FLIPI 3-5): 5-J-ÜLR 52,5%, 10-J-ÜLR 35,5%

Primärtherapie im Frühstadium I/II (15-20% der Patienten) und im limitierten Stadium III*:

Radiatio 30-40 Gy in kurativer Intention.

*Das limitierte Stadium III liegt vor, wenn max. 4 LK-Regionen betroffen sind und dabei auf einer Zwerchfellseite max. eine LK-Region befallen ist. Zudem darf kein Milzbefall und kein Extranodalbefall vorliegen.

Primärtherapie von therapiebedürftigen* Patienten im klinischen Stad. III/IV und von Patienten im Stadium II mit Bulky Disease > 7 cm oder mit Extranodalbefall:

6 Zyklen CHOP-21, MCP oder FCM jeweils in Kombination mit Rituximab. Der Nutzen einer Erhaltungstherapie mit Rituximab wird z.Zt. in Studien untersucht, ebenso der Nutzen einer konsolidierenden Hochdosistherapie bei jüngeren Patienten. Bei älteren Patienten oder eingeschränktem AZ ist auch eine Therapie mit Bendamustin plus Rituximab möglich.

* Therapiebedürftigkeit besteht z.B. bei B-Symptomatik, Organkomplikationen, Knochenmarksinsuffizienz, Bulky-Befall oder einer raschen Progression

Rezidivtherapie von therapiebedürftigen Patienten im klinischen Stad. III/IV und von Patienten im Stadium II mit Bulky Disease > 7 cm oder mit Extranodalbefall:

Nach histologischem Ausschluss einer hochmalignen Transformation 6 Zyklen FCM in Kombination mit Rituximab, gefolgt von einer Erhaltungstherapie mit Rituximab 375 mg/m² alle 3 Mon. bis Progress/Rezidiv für maximal 2 Jahre. Bei einem Frührezidiv < 6 Mon. nach einer Primärtherapie inkl. Rituximab ist der erneute Einsatz von Rituximab kritisch zu hinterfragen. Im erneuten Rezidiv derzeit noch Einzelfallentscheidung bzgl. Radioimmuntherapie mit ⁹⁰Yttrium Ibritumomab Tiuxetan (Zevalin®).

Nachsorge außerhalb von Studien:

Anamnese, klinische Untersuchung und Labor im 1.-2. Jahr alle 3 Mon., im 3.-5. Jahr alle 6 Mon., danach jährlich. Bildgebung nach 6 und 12 Monaten, danach jährlich. Wenn möglich sollte hierbei der Ultraschall der Computertomografie vorgezogen werden.

Quellen:

Deutsche Studiengruppe Niedrigmaligne Non-Hodgkin-Lymphome (GLSG) - www.glsg.de

Kompetenznetz Maligne Lymphome - www.lymphome.de

Leitlinien 2007 der Deutschen Krebsgesellschaft- www.krebsgesellschaft.de

Leitlinien 2007 der DGHO 2007 - www.dgho.de

ASH-Educational - www.hematology.com

ESMO-Guidelines 2007 - www.esmo.org