

## Maligne Lymphome (Dr. med. H. Simon)

### Vorbemerkung:

Bei der Erstellung der Leitlinien wurden nur die klinisch relevanten, d.h. häufig vorkommenden Entitäten berücksichtigt (Follikuläres Lymphom, Mantelzell-Lymphom, Diffus großzelliges Lymphom (DLCL) und M. Hodgkin). Bei Diagnose sonstiger maligner Lymphome bedarf es der Rücksprache mit einem Hämatologen/Internistischen Onkologen bzw. einem diesbezüglichen Zentrum.

### Diagnostik:

- Histologie: die histologische Klärung muss an einem vollständig extirpierten Lymphknoten erfolgen, eine Feinnadelpunktion ist definitiv nicht ausreichend! Eine Referenzhistologie ist wünschenswert.
- Computertomografie von Thorax, Abdomen und Becken
- Halssonografie
- Knochenmarkspunktion (Zytologie und Histologie)
- Labor inkl. LDH, HIV- und Hepatitis-Serologie
- Herz-Echo vor Anthrazyklintherapie
- **PET:** Beim diffus großzelligen B-Zell-Lymphom ist der Einsatz der PET-Diagnostik bei unklarem Stadium zur genaueren Stadieneinteilung hilfreich. Zudem kann im Falle einer primären PET-Diagnostik nach 1-4 Zyklen einer Chemotherapie das Ansprechen mittels eines Kontroll-PET ermittelt und damit die Prognose recht valide beurteilt werden bzw. das therapeutische Konzept frühzeitig geändert werden. Beim M. Hodgkin sollte eine PET-Diagnostik derzeit nur i.R. der laufenden Studien eingesetzt werden. Bei den übrigen Lymphom-Entitäten ist der Nutzen des PET noch nicht ausreichend evaluiert.

### Antikörpertherapie:

Der Einsatz von Rituximab ist nur bei den CD20-positiven B-Zell-Lymphomen gerechtfertigt.