

Morbus Hodgkin (Dr. med. H. Simon)

Gemäß der aktuellen WHO-Klassifikation unterscheidet man das klassische Hodgkin-Lymphom von dem lymphozytenprädominanten nodulären Paragranulom (2-3% der Fälle). Letzteres liegt in 75% der Fälle in dem lokalisierten Stadium IA vor (meist zervikal) und ist in > 90% durch eine alleinige IF-Bestrahlung zu heilen. Die folgenden Leitlinien betreffen das klassische Hodgkin-Lymphom. Die Patienten sollten möglichst innerhalb eines aktiven Studienprotokolls behandelt werden:

A. Klassisches Hodgkin-Lymphom 1. nodulär-sklerosierende Form (65-70%) 2. gemischtzellige Form (25%) 3. lymphozytenarme Form (1%) 4. lymphozytenreiche Form (2-3%)	B. Noduläres Paragranulom (lymphozytenprädominante Form. 2-3%)
--	---

Die Stadieneinteilung ist für die Festlegung der Therapie elementar und richtet sich nach der Ann Arbor-Klassifikation sowie nach den nachfolgend aufgeführten Risikofaktoren

Risikofaktoren (RF)	B-Symptomatik
a) Großer Mediastinaltumor ($\geq 1/3$ des maximalen Thoraxquerdurchmessers)	a) Nicht erklärbares Fieber $> 38^{\circ}\text{C}$
b) Extranodaler Befall	b) Nachtschweiß (Wechsel der Wäsche)
c) Hohe BSG (A-Stadien ≥ 50 mm; B-Stadien ≥ 30 mm in 1. Stunde)	c) Gewichtsverlust $> 10\%$ innerhalb von 6 Mon.
d) 3 oder mehr befallene LK-Areale (nicht LK-Regionen!)	

Frühe Stadien IA/B und IIA/B ohne Risikofaktoren:

HD-13-Studie für Pat. von 16-75 Jahre: 2x ABVD vs. 2x AVD, gefolgt von IF-Bestrahlung 30 Gy. Therapieempfehlung außerhalb von Studien: 2x ABVD + IF-Bestrahlung 30 Gy.

Intermediäre Stadien IA/B und IIA mit mind. einem RF a-d sowie Stad. IIB mit hoher BSG und/oder mind. 3 LK-Areale:

HD-14-Studie für Pat. von 16-60 Jahre: 4x ABVD vs. 2x BEACOPP eskaliert + 2x ABVD, jeweils gefolgt von IF-Bestrahlung 30 Gy. Therapieempfehlung außerhalb von Studien: 4x ABVD + IF-Bestrahlung 30 Gy.

Fortgeschrittene Stadien IIB mit RF a und/oder b sowie Stadien III und IV:

HD-15-Studie für Pat. von 16-65 Jahre: 8x BEACOPP eskaliert vs. 6x BEACOPP eskaliert vs. 8x BEACOPP basis (Wiederholung Tag 15). Eine Nachbestrahlung (IF 30 Gy) erfolgt hier nur bei PET-positiven Restlymphomen. Therapieempfehlung außerhalb von Studien: bei jüngeren Patienten 8x BEACOPP eskaliert + IF- Nachbestrahlung von Restlymphomen $\geq 2,5$ cm, bei älteren Patienten > 60 Jahre 6-8x ABVD + IF-Bestrahlung 30 Gy von Restlymphomen $\geq 2,5$ cm.

Im **Frührezidiv** (innerhalb eines Jahres nach Abschluss der Primärtherapie) sollten jüngere Patienten in einem Zentrum vorgestellt werden mit dem Ziel einer Hochdosistherapie mit anschließender autologer Stammzelltransplantation.

Für das **Spätrezidiv** existieren in Abhängigkeit von der Rezidivmanifestation unterschiedliche Optionen (alleinige Bestrahlung bis hin zur Hochdosistherapie). Auch hier sollte die Behandlung möglichst in einem entsprechenden Zentrum erfolgen.

Rezidiv bei älteren Patienten: nach Rücksprache mit der Deutschen Hodgkin-Lymphom Studiengruppe Studienteilnahme an laufenden Studien. Außerhalb von Studien z.B. Gemcitabin +/- Dexamethason.

Nachsorge außerhalb von Studien:

Anamnese, klinische Untersuchung und Labor im ersten Jahr alle 3 Mon., im 2./3. Jahr alle 6 Mon., danach jährlich. Nach Komplettremission keine routinemäßige Bildgebung.

Quellen:

Kompetenznetz Maligne Lymphome - www.lymphome.de
Deutsche Hodgkin-Lymphom Studiengruppe - www.ghsg.de
ESMO-Guidelines 2007 - www.esmo.org