

Mantelzell-Lymphom (MCL) (Dr. med. H. Simon)

Das Mantelzell-Lymphom (3-10% aller NHL) wird primär den indolenten Lymphomen zugerechnet, weist jedoch einen deutlich aggressiveren Krankheitsverlauf auf mit einer medianen Überlebenszeit von nur 2-4 Jahren. Aus diesem Grund besteht bei Nachweis eines MCL unabhängig vom Krankheitsstadium prinzipiell die Indikation für eine alsbaldige Therapie. Die Therapie sollte möglichst im Rahmen von Studien erfolgen (**MCL younger** und **MCL elderly**), dies insbesondere bei jüngeren Patienten < 65 Jahre. Das Mantelzell-Lymphom manifestiert sich zudem gehäuft im Gastrointestinaltrakt, so dass dieser komplett abgeklärt werden muss.

Primärtherapie:

Standard für Patienten > 60 Jahre sind derzeit 8 Zyklen CHOP-21 in Kombination mit Rituximab (R-CHOP) gefolgt von einer Erhaltungstherapie mit Interferon-alpha 3 x 3 Mio. Einheiten pro Woche bis zum Progress. In den frühen Stadien I/II kann eine konsolidierende Strahlentherapie zu lang anhaltenden Remissionen führen.

Im Rahmen der MCL elderly-Studie wird derzeit für Patienten > 60 Jahre die Frage der optimalen Induktionstherapie (R-CHOP vs. R-FC) sowie der optimalen Erhaltungstherapie (Rituximab vs. Interferon-alpha bzw. PEG-Intron) untersucht.

Im Rahmen der MCL younger-Studie werden für jüngere Patienten < 65 Jahre die Hochdosisprotokolle

6 Zyklen R-CHOP mit anschließender myeloablativer Radiochemotherapie und autologer Stammzell-Transplantation vs. 3 Doppelzyklen R-CHOP/R-DHAP mit anschließendem Ara-C-haltigem myeloablativem Regime und autologer Stammzell-Transplantation untersucht.

Rezidivtherapie:

Im Rezidiv muss stets eine Individualentscheidung über das beste Vorgehen getroffen werden. Bei Patienten > 60 Jahre ist hierbei an eine Therapie mit R-FCM oder aber eine Radioimmuntherapie mit ⁹⁰Yttrium Ibritumomab Tiuxetan (Zevalin®) zu denken, bei jüngeren Patienten auch an eine allogene Stammzelltransplantation. Neuere Therapieansätze beinhalten die Gabe des Proteasom-Inhibitor Bortezomib oder die Gabe eines mTOR-Antagonisten.

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