

Clinical Pathway – Zerebrale Lymphome

Diagnostik

<p>MR-tomografischer Verdacht auf ZNS-Lymphom</p> <p>Gezielte klinische Untersuchung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Lymphknoten ▶ Hirndruckzeichen <p>Basisdiagnostik:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ MRT des Schädels mit Kontrastmittel ▶ Liquordiagnostik, wenn Zellzahl erhöht mit Durchflusszytometrie mit Antikörpern gegen B-Zell-, T-Zell-Oberflächenantigene und gegen membranständige Kappa-/Lambda-Leichtketten ▶ augenärztliche Untersuchung inklusive Spaltlampenuntersuchung ▶ HIV-Test <p>Möglichst keine Steroide geben</p>	<p>○ Parenchymatöse Raumforderung ohne anamnestische Hinweise auf ein systemisches Lymphom</p>	<p>▶ Stereotaktische Biopsie</p>	<p>▶ Staging:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ CT Thorax und Abdomen ▶ Palpation und Ultraschall Hoden ▶ Knochenmarkpunktion mit Zytologie und Histologie ▶ Palpation periphere Lymphknoten 	<p>○ kein systemisches Lymphom</p>	<p>Primäres ZNS-Lymphom (PZNSL)</p>
	<p>○ primäre leptomeningeale Aussaat</p>	<p>○ systemisches Lymphom</p>		<p>ZNS-Befall bei systemischem Lymphom (hier nicht weiter behandelt)</p>	

Therapie

<p>Primäres ZNS-Lymphom (PZNSL)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Gabe von Steroiden nur wenn erforderlich (Hirndruck) ▶ Behandlung im Rahmen von Therapiestudien ▶ falls Studienteilnahme nicht möglich/nicht erwünscht: Chemotherapie unter Einschluss von Methotrexat systemisch $\geq 1,5 \text{ g/m}^2$ KOF über 6 Zyklen + 3 x 8 mg Dexamethason oral über 10 Tage während des ersten Zyklus. Die zusätzliche Gabe von hochdosiertem Cytarabin und/oder von Ifosfamid verstärkt wahrscheinlich die Wirksamkeit, aber auch die Toxizität der Therapie ▶ Nachsorge: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Kernspintomogramm ▶ neurologische Untersuchung ▶ bei klinischem Verdacht Liquordiagnostik und augenärztliche Untersuchung ▶ alle 3 Monate während der ersten 2 Jahre, danach halbjährlich, nach 5 Jahren jährlich 	<p>○ HIV +</p>	<p>○ bisher keine antiretrovirale Therapie</p>	<p>▶ hochaktive antiretrovirale Therapie (HAART) + Ganzhirnbestrahlung</p>	
	<p>○ okulärer Befall</p>	<p>○ keine opportunistischen Infektionen +</p> <p>○ guter Allgemeinzustand +</p> <p>○ CD4-Zellzahl $> 200/\text{mm}^3$</p>	<p>▶ Methotrexat-Hochdosistherapie</p>	
	<p>○ Rezidiv (keine Evidenzbasis!)</p>	<p>○ bisherige Therapie: Chemotherapie</p>	<p>○ Patienten > 65 Jahre oder in schlechtem Allgemeinzustand</p> <p>○ Patienten < 65 Jahre in gutem Allgemeinzustand</p>	<p>▶ palliative Therapie</p> <p>▶ Primärtherapie wie bei PZNSL</p> <p>▶ Rezidivtherapie: Bestrahlung der Orbita bds. mit 30–45 Gy (1,8 Gy pro Fraktion), Zielvolumen Glaskörper, Retina und Uvea</p> <p>▶ bei isoliertem okulärem Befall ggf. Ifosfamid oder Trofosfamid oder okuläre Bestrahlung (wie oben)</p> <p>▶ Ganzhirnbestrahlung mit z.B. 20 x 2 Gy oder Temozolomid</p> <p>▶ Hochdosis-Chemotherapie mit nachfolgender Transfusion autologer hämatopoetischer Stammzellen</p>
	<p>○ Reizidiv (keine Evidenzbasis!)</p>	<p>○ bisherige Therapie: Bestrahlung oder Bestrahlung + Chemotherapie</p>	<p>▶ Chemotherapie, Möglichkeiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Temozolomid ▶ Hochdosis-MTX-Therapie 	