1-20240227-ChNo

|  |  |
| --- | --- |
| **Hauptdiagnose** | |
| ☐ Erstvorstellung ☒ Folgevorstellung | |
| **Diffuses grosszelliges B-Zell-Lymphom Stadium IV, R-IPI 3 Pkte, ED 09/2023**  - Klinik: Tumor Schädel frontal rechts  - 31.08.23 MRI Schädel: Läsion frontoparietal rechts, zentriert um das Os frontale mit grossem extra- und intrakraniellen Anteil. Impression des rechten Frontal-lappens, kein assoziiertes Parenchymödem. Keine Herniation.  - 07.09.23 offene Biopsie (Dr. Zubak, Dr. Bader)  Histologie (IGMP B2023.35224): Diffuses grosszelliges B-Zell-Lymphom, NOS, IHC: Mib 80%, Bcl-6 +, Bcl-2 +, MYC -  FISH: MYC, BCL2: Keine Translokation, BCL6: Translokation  - 11.09.23 Serologien HIV, HBV, HCV: negativ  - 20.09.23 Kryokonservierung  - 21.09.23 PET/CT: Axilläre Lymphadenopathien rechts, Splenomegalie mit splenischer Befall, Masse Frontal rechts  - 25.09.23 R-CHOP, 1. Zyklus  - 26.09.23 Lymphomboard: Eskalation auf MATRix/R-ICE gem. MARIETTA Trial  - 16.10.23 – 17.12.23 : MATRix, 3 Zyklen  - 14.12.23 PET-CT+ cMRI: Partielle Remission (Deauville 4)  - 19.12.23 – 20.02.24: R-ICE, 3 Zyklen (Stammzellsammlung aus den 2. Zyklus)  - 19.02.24 cMRI: Befund ausstehend  - 22.02.24 PET/CT: Befund ausstehend | Ann-Arbor Stadium  ☐ I ☐ II  ☐ III ☒ IV  Begleitsymptome  ☐ A ☒ B  Prognose-Scores  für DLBCL  IPI: 3  für Mantelzelllymphom  MIPI: MIPI Score  für Follikuläres Lymphom  FLIPI: FLIPI Score |

|  |
| --- |
| **Relevante Nebendiagnosen** |
| - |

|  |
| --- |
| **Relevante anamnestische und klinische Angaben (z.B. Beschwerden) / Fragestellung an Tumorboard / Behandlungsvorschlag** |
| Remissionsstatus? Konsolidierung mit HD-CHT (geplant 06.03.24) und ASZT (geplant 13.03.24)? |

|  |
| --- |
| **Beurteilung und Therapieempfehlung** |
| Im PET-CT nach 3 Zyklen MATRix und R-ICE zeigt sich eine partielle metabolische Remission mit wenigen Residuen. Die Indikation für die Konsolidation mittels HDCT/ASCT mit Carmustin/Thiotepa (KOGU notwendig) ist gegeben nach vorgängiger kardioonkologischen (TTE/EKG) und pneumologischen (LUFU) Standortbestimmung.  Restaging mittels PET (inkl. Kopf) insgesamt 3 Monate nach der erfolgten HDCT/ASCT. |

2-20240227-DePe

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hauptdiagnose** | | |
| ☐ Erstvorstellung ☒ Folgevorstellung | | |
| **Lymphome à grandes cellules B riche en lymphocytes T / histiocytes (THRLBCL selon OMS 2022/2017 et ICC 2022) - stade IVB**  - date du diagnostic définitif le 06.07.2023 par biopsie ganglionnaire  - stratification : haut risque selon IPI  - contexte : bilan initial par PBM en raison d’une pancytopénie avec symptômes B  - ---Bilan initial---  - Ponction biopsie de la moelle osseuse le 22.06.2023:  - aspiration : interprétation limitée (empreintes)  - pathologie (Promed) : Prolifération tumorale lymphomateuse avec infiltration diffuse de la moelle osseuse (environ 70 à 80%), constituée de blastes B matures (< 10%) et nombreux lymphocytes T d'un aspect réactif ainsi que macrophages/histiocytes très nombreux  - cytométrie de flux (Berne) : pas de population lymphocytaire évocatrice d’un lymphome  - cytogénétique (CHUV) : puce ADN sans particularité  - biologie moléculaire (Unilabs) : mutation TET2 isolée VAF à 29% (DD CHIP)  - PET-CT le 04.07.2023 : multiples adénopathies sus et sous diaphragmatiques associées à une splénomégalie de 15 cm, avec des lésions nodulaires focales hypermétaboliques de la rate, hypermétabolisme osseux diffus.  - implantation de Port-à-Cath le 05.07.2023  - contrôle cardiaque par ETT le 06.07.2023 : FEVG 67 %.  - biopsie-exérèse ganglionnaire (Promed P2023.8309) le 06.07.2023: Lymphome à cellules B matures de type Lymphome à grandes cellules B riche en lymphocytes T / histiocytes (THRLBCL selon OMS 2022/2017 et ICC 2022)  - contrôles sérologies le 22.06 et 06.07.2023 (HIV, hépatites B, C, CMV, EBV) : sans particularités  - ponction lombaire le 07.07.2023: cytologie et cytométrie de flux sans signes d’atteinte du SNC | Ann-Arbor Stadium  ☐ I ☐ II  ☐ III ☒ IV  Begleitsymptome  ☐ A ☒ B  Prognose-Scores  für DLBCL  IPI: IPI Score  für Mantelzelllymphom  MIPI: MIPI Score  für Follikuläres Lymphom  FLIPI: FLIPI Score | |
| **Hauptdiagnose** | |
| - ---Traitement de 1ère ligne---  - R-CHOP débuté le 07.07.2023, 6x cycles de 21 jours effectués  - PET-CT après 3 cycles (07.09.2023) compatible avec une rémission métabolique  - 6e cycle de chimiothérapie R-CHOP administré le 24.10.2023  - ---Bilan de récidive---  - PET-CT le 01.12.2023 de fin de traitement : hautement suspect pour récidive métabolique avec hypercaptation osseuse sternale, femur droit et possible adénopathie hilaire (Deauville 5)  - biopsie osseuse (sternum) par radiologie interventionelle le 11.12.2023 (Promed P2023.15006) : l'ensemble des données histomorphologiques et immunohistochimiques confirme l'infiltration par le lymphome à grandes cellules B riche en lymphocytes T/histiocytes connu  - Evaluation fin décembre 2024 d'un traitement de rattrapage par CAR-T (medizinische Onkologie, Inselspital): indication non retenue en raison de l'absence d'expression du CD19 sur les lymphocytes malins et de données rétrospectives parlant pour une mauvaise réponse pour cette sous-entité  - ---Traitement de 2e ligne---  - PET-CT de contrôle le 09.01.2024  - 1x cycle de R-DHAP dès le 10.01.2024 (ototoxicité, néphrotoxicité)  - 1x cycle de R-ICE dès le 31.01.2024 (meilleure tolérance)  - Aphérèse de cellules souche à l’Inselspital le 14.02.2024  - PET-CT de contrôle le 20.02.2024 (transmission orale, rapport écrit en attente) : lésions métaboliques résiduelles, réponse partielle, Deauville 4 | |
| Relevante Nebendiagnosen | |
| keine | |
| Relevante anamnestische und klinische Angaben (z.B. Beschwerden) / Fragestellung an Tumorboard / Behandlungsvorschlag | |
| Diskussion PET Befunde nach 2x Zyklen Salvage-Chemotherapie. PET-Befund (HFR) vereinbar mit partiellem Ansprechen, residuelle metabolische Aktivität in vorbekannten Läsionen, Deauville 4  St. Nach SZ-Apherese am 14.02.2024 im Inselspital (ausreichende CD34 Sammlung?)  Empfohlene Prozedere? Weitere Behandlung mit 3. Zyklus platinhaltiger Chemotherapie (R-ICE) vor HDC/ASCT? | |
| Beurteilung und Therapieempfehlung | |
| Nach 2 Zyklen einer Salvage-Chemotherapie (1x R-DHAP und 1x R-ICE) zeigt sich im PET-CT weiterhin eine FDG-avide Läsion oberhalb vom Leberniveau im Bereich vom Sternum, Femur und ilio-sakral Gelenk mit jedoch insgesamt einem guten Therapieansprechen.  Empfehlung zur Konsolidation mittels HDCT/ASCT nach dem 3. Zyklus R-ICE (Sammlung aus diesem Zyklus). Vorgängig an die HDCT/ASCT sind eine kardioonkologische (TTE/EKG) und pneumologische (LUFU) Standortbestimmung indiziert. | |

3-20240227-DiEl

|  |  |
| --- | --- |
| **Diffus grosszelliges B-Zell-Lymphom (DLBCL) mit sekundärer zerebraler Beteiligung, NOS, Stadium IV (ICC 2022), ED 03/2023**  - R-IPI: poor Prognosis (4 Pkt.), IPI: high risk  - Klinik: Müdigkeit, Übelkeit mit Erbrechen mit Gewichtverlust seit 6 Monaten  - 23.02.23 CT-Abdomen (Aarberg): Multiple vergrösserte Lymphknoten retroperitoneal, paraaortal sowie Lymphknotenkonglomerate mesenterial und einige vergrösserte mesenteriale Lymphknoten mit Fettdichte, DD Lymphom, DD cavitating lymph node syndrome im Rahmen der Zöliakie mit begleitendem Lymphom. Multiple fokale zirkumferenzielle und exzentrische Dünndarmwand-verdickungen, betont im Jejunumbereich, DD Lymphom-Manifestation im Rahmen einer möglichen Zöliakie. Wenig freie Flüssigkeit im Becken. Noduläre Nebennierenläsionen beidseits, DD fettarme Nebennierenadenome, DD Metastase nicht auszuschliessen. Hypodense Läsion am Oberpol der linken Niere, DD komplizierte Nierenzyste, DD solide Läsion, Metastase, Lymphom. Manifestation nicht sicher auszuschliessen. Füllungsdefekte der rechten, distalen Vena ovarica im Becken,  DD Flussphänomene, DD Thrombose  - 16.03.23 PET-CT: Multiple, teils konfluierende LK supra- und infradiaphragmal suspekt auf ein high-grade Lymphom. Verdacht auf Beteiligung intestinal und beider Nebennieren  Ein Myokardbefall ist ebenfalls nicht auszuschliessen. Kein Nachweis eines Milz-bzw. Knochenmarksbefalls. Inhomogene Mehrbelegung des Myokards, der Nebennieren bds. sowie des Intestinums mit V.a. Beteiligung. Aszites im kleinen Becken mit begleitender reaktiver Stoffwechselsteigerung  - 22.03.23 Exzisat, Lymphknoten Level IV zervikal rechts: DLBCL, CD20:+, MUM1:+, Ki-67: 80 %, EBV negativ, FISH: keine MYC, BCL-2, BCL-6 und CCND1-Rearrangments | Ann-Arbor Stadium  ☐ I ☐ II  ☐ III ☒ IV  Begleitsymptome  ☒ A ☐ B  Prognose-Scores  für DLBCL  IPI: IPI Score  für Mantelzelllymphom  MIPI: MIPI Score  für Follikuläres Lymphom  FLIPI: FLIPI Score |

|  |
| --- |
| **Hauptdiagnose** |
| - 28.03.23 Lymphom-Board: Beginn mit R-CHOP. Nach 2 Zyklen Re-Evaluation mittels PET-CT  - 28.03. - 30.03.23 Vorphase mit Prednison 100 mg p.o.  - 01.03 - 09.08.23 6. Zyklen Chemotherapie mit R-CHOP  - 03.08.23 PET-CT: Die Lymphommanifestationen rechts supraklavikulär sind metabolisch vollständig regredient. Insbesondere im kleinen Becken noch einzelne über Leberniveau liegende, darmbezogene Stoffwechselsteigerungen sind im Verlauf weiter regredient, DD residuell vitales Lymphomgewebe nicht auszuschliessen, DD entzündlich bei imbibiertem mesenterialem Fettgewebe (Deauville-Score 4)  - 08.08.23 Lymphomboard: Empfehlung einer kurzfristigen Verlaufs-Bildgebung mittels PET-CT in  2 - 3 Monaten  - 20.12.23 PET-CT (extern): Neuer intensiv stoffwechselaktiver links hilärer Lymphknoten, a.e. Lymphommanifestation. Weiterhin intensiv stoffwechselaktiver Lymphknoten im Mittelbauch links bei initial ausgeprägtem abdominalem Lymphombefall, a.e. Lymphommanifestation. Insgesamt  Deauville 5. Nebenbefundlich: kleine Konsolidierung im linken OL mit geringer Tracerpeicherung, a.e. (post)entzündlich  **Sekundäre zerebrale Beteiligung**:  - 22.12.23 Klinik: Verwirrung, Wortfindungsstörungen, Mundastschwäche rechts  - 22.12.23 MRT-Schädel: Befund in erster Linie vereinbar mit zerebraler Lymphommanifestation mit ca. 6 cm grosser kontrastmittelanreichernder Raumforderung links frontotemporal und subependymalen Tumoraussaat. Mittellinienverlagerung nach rechts um ca. 13 mm und geringe Zeichen der Liquorzirkulationsstörung  - 28.12.23 EEG: Mittelschwerer Herdbefund frontotemporal links. Im Herd streckenweise Auftreten von lateralized rhythmic delta activity. Keine epilepsietypischen Signale. Kein Status epilepticus non-convulsivus  - 23.12. - 26.12.23 1. Zyklus IELSG-42 Studie (Marietta)-Matrix  (Methotrexat, Rituximab, Cytarabin)  - 15.01. - 18.01.24 2. Zyklus IELSG-42 Studie (Marietta)-Matrix  (Methotrexat, Rituximab, Cytarabin)  - 06.02. - 09.02.24 3. Zyklus IELSG-41 Studie (Marietta)-Matrix  (Methotrexat, Rituximab, Cytarabin)  - **Aktuell:** PET-CT und MR Schädel nach 3 Zyklen Matrix |
| Relevante Nebendiagnosen |
| -- |

|  |
| --- |
| **Relevante anamnestische und klinische Angaben (z.B. Beschwerden) / Fragestellung an Tumorboard / Behandlungsvorschlag** |
| Bilder Demonstration; Ansprechen nach 3 Zyklen Matrix → 3 x R-ICE, Sammlung autolog. STZ & Hochdosis-Konsolidierung. PET-CT/MR Schädel wieder nach 3-R-ICE |

|  |
| --- |
| **Beurteilung und Therapieempfehlung** |
| Analog MARIETTA-Studie, mit nun 3 Zyklen MATRix, zeigte ein auch klinisch fassbares gutes Lymphom-ansprechen der zerebralen Manifestationen. In der PET/CT bleiben, nicht ganz unerwartet, stoffwechsel-aktive Residuen im Bereich des Abdomens.  Empfehlung zur Komplettierung der Chemotherapie mit nun tentativ 3 Zyklen R-ICE, mit Sammlung autologer Stammzellen hinsichtlich einer konsolidierenden Hochdosischemotherapie. |

4 – 20240227-GrSv

|  |  |
| --- | --- |
| **Gewünschte Vorstellungsart** | |
| ☒ Reguläre Besprechung  ☒ Bildbesprechung gewünscht  ☐ Bildbesprechung nicht gewünscht | ☐ Formale Vorstellung ohne Diskussion und Bilder\* |

|  |  |
| --- | --- |
| **Hauptdiagnose** | |
| ☐ Erstvorstellung ☒ Folgevorstellung | |
| **A.e. primär mediastinales B-Zell-Lymphom (PMLBL, Referenzhistologie Kiel) im vorderen Mediastinum, CD30 positiv**, **ED 15.09.2021**  - Behandlung in Anlehnung an Inter-B-NHL Rituximab, PMLBL-Arm mit zusätzli-chen Gaben intrathekaler Triple-Therapie  - 16.09.2021 - 05.01.2022 Chemotherapie mit DA-EPOCH-R und intrathekaler Triple-Therapie  - Komplikationen: Chronische frontale Kopfschmerzen, bei Pseudotumor cerebri. cMRI unauffällig  - **Aktuell:** Biopsie einer FDG-aviden Läsion mediastinal, DD Rezidiv | Ann-Arbor Stadium  ☐ I ☐ II  ☐ III ☐ IV  Begleitsymptome  ☐ A ☐ B  Prognose-Scores  für DLBCL  IPI: IPI Score  für Mantelzelllymphom  MIPI: MIPI Score  für Follikuläres Lymphom  FLIPI: FLIPI Score |
| **Serologien**  Hepatitis B ☐ gemacht am dd.mm.yyyy ☐ werden noch abgenommen  Hepatitis C ☐ gemacht am dd.mm.yyyy ☐ werden noch abgenommen  HIV ☐ gemacht am dd.mm.yyyy ☐ werden noch abgenommen | |

|  |
| --- |
| **Relevante Nebendiagnosen** |
| - Kopfschmerzproblematik, in extern neurologischer Betreuung, DD Pseudotumor cerebri, DD?  (Bruder mit St.n. Hodgkin-Lymphom)  - Intermittierender ektoper Vorhofrhythmus  - beruflich u.a. Benzolexposition |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Relevante anamnestische und klinische Angaben (z.B. Beschwerden) / Fragestellung an Tumorboard / Behandlungsvorschlag** | | | | | |
| Besprechung Histologie inkl. Referenzbeurteilung. Diagnose? Therapievorschlag ? | | | | | |
| **Entscheid Tumorboard** | | | | | |
| **Für formale Vorstellungen:** Wählen Sie ein Element aus.  **Beurteilung und Therapieempfehlung** | | | | | |
| Insgesamt 2 Jahre nach Abschluss einer Erstlinien-Behandlung mit DA-R-EPOCH eines Grauzonen-lymphoms, besteht nun ein 1. Rezidiv in Form eines klassischen Hodgkin-Lymphoms, EBV negativ, zum Teil zystisch verändert. Im PET-CT findet sich ein partiell intensiver Stoffwechsel im Randbereich der grössenprogredienten zystischen Läsion paratracheal links, sowie neue intensiv stoffwechselaktive mesenteriale Lymphknoten im linken Mittelbauch. Die infradiaphragmalen Veränderungen im länglich terminalen Ileum sind differentialdiagnostisch als entzündlich-reaktiv zu werten bei einer Gastroenteritis zum Zeitpunkt der Untersuchung. Der Patient ist 18 jährig, und wurde bisher im Kinderspital betreut. Der Behandlungsort wird gemeinsam und unter Berücksichtigung des Patientenwunsches festgelegt.  o **Empfehlung** zur Einleitung einer klassischen Salvage-Therapie (DHAP), gefolgt von einer Konsoli-dierung mittels HDCT/ASCT. Alternativ kann versucht werden, eine Kostengutsprache für die Induktion mit Brenixumab und Nivolumab einzuholen.  o PET-CT nach 2 Zyklen DHAP. | | | | | |
| Bei Erstvorstellung: | | ☒ Primärfall | | ☐ Patientenfall | |
| Die Empfehlung ist SOP konform: | ☒ ja | | ☐ nein | | ☐ nicht anwendbar |
| Patient für Studie vorgesehen? | | ☐ ja | | ☒ nein | |
| wenn ja welche Studie? | | | Studienname | | |

5 – 20240227 - HoFr

|  |  |
| --- | --- |
| **Gewünschte Vorstellungsart** | |
| ☒ Reguläre Besprechung  ☒ Bildbesprechung gewünscht  ☐ Bildbesprechung nicht gewünscht | ☐ Formale Vorstellung ohne Diskussion und Bilder\* |

|  |  |
| --- | --- |
| **Hauptdiagnose** | |
| ☐ Erstvorstellung ☒ Folgevorstellung | |
| **Meningeosis lymphomatosa bei aggressivem B-Zell-Lymphom bei Transfor-mation aus einem follikulären Lymphom, ED 08/2023**  - 21.08.23 CT-Thorax: Disseminierte bis etwa 12 mm grosse Osteolysen  - 21.08.23 MRI-Schädel: Akzentuiertes pachymeningeales KM-Enhancement hinweisend auf Meningitis, kein Hinweis auf Enzephalitis. Kein Tonsillentiefstand. Disseminierte intraossäre Läsionen und diffuse Infiltration des Kieferköpfchen links.  - 23.08.23 CT-Thorax/Abdomen/Oberschenkel: Kein Hinweis auf eine abdominale Tumormanifestation oder eine Tumormanifestation im Oberschenkelbereich. Multiple weitere kleine Osteolysen im Bereich er LWS und des Pelvis bds.  - 23.08.23: Knochenmarkpunktion B2023.33061 Bericht Nr. 3: Infiltrate eines B-Zell-Lymphoms mit erhöhter proliferativer Aktivität und Keimzentrumsphänotyp, infiltrationsgrad um 20%.  - 23.08.23 Biopsie Osteolyse Becken B2023.33061, Bericht Nr. 3: Nachweis von geringen atypischen B-lymphatischen Infiltraten passend zu geringer Manifestation des diagnostizierten B-Zell-Lymphoms  - 28.08.23 Flowzytometrie: kappa-klonale aberrante B-Zellpopulation in 5.8% aller Zellen vereinbar mit einem follikulären Lymphom, keine aberranten Plamsazellen, keine Blastenvermehrung  - 31.08.23 PET-CT: Suspekter Befund Os Sakrum. Bei bekannten follikulären Lymphom zeigen sich multiple und diffuse intensiv stoffwechselaktive lytische Läsionen des gesamten Stammskelettes. Intensiv stoffwechselaktive Lymph-knoten rechts hilär, vereinbar mit einer nodalen Manifestation. Kein Nachweis weiterer stoffwechselaktiver Tumor/Lymphommanifestationen. Schmaler Pleuraerguss links.  - 18.09.23 cMRI inkl. Hals: Diffuser Befall der Schädelkalotte und Schädelbasis. Keine intraaxiale Raumforderung nachweisbar. Bilaterale subdurale Kollektio-nen parietal ohne raumfordernde Wirkung, sowie ausgeprägtes bihemisphä- | Ann-Arbor Stadium  ☐ I ☐ II  ☐ III ☒ IV  Begleitsymptome  ☒ A ☐ B  Prognose-Scores  für DLBCL  IPI: IPI Score  für Mantelzelllymphom  MIPI: MIPI Score  für Follikuläres Lymphom  FLIPI: FLIPI Score |

|  |
| --- |
| **Hauptdiagnose** |
| risches pachymeningeales Enhancement, DD reaktiv, DD Meningeosis carcinomatosa ebenfalls möglich.  - 19.09.23 Lumbalpunktion: CD5-negatives, CD10-positives B Zelllymphom in 46% aller Zellen. Dies entspricht a.e. einem ZNS Befalls des bekannten B-Zell Lymphoms.  Zytopathologie Z2023.5303: Spärlich atypische Zellen (Immunhistochemie folgt). Mittelgrosse lymphoide Zellen mit verstärkter Kerngrössenvariation und irregulären Kernmembranen.  - 22.09.23 Serologien: HIV negativ, Hep B/C negativ, CMV/EBV durchgemachter Infekt  - 22.09.23 OPT: Deutliche Atrophie des Alveolarkamms des gesamten Ober- und Unterkiefers mit Reabsorption distalen Bereich der fehlenden Regio 47. Keine periradikuläre Osteolyse. Reduzierte Knochenmineralisation der Kieferköpfchen bds., links deutlich mehr als rechts.  - 26.02.24 MRI LWS: *Befund ausstehend*  Therapie:  - 23.09. - 27.09.23 1. Zyklus analog Studie IELSG-42 (MARIETTA)-R-ICE  - 16.10. - 20.10.23 1. Zyklus analog Studie IELSG-42 (MARIETTA)-MATRIX (2. Chemotherapie)  - 06.11. - 10.11.23 2. Zyklus analog Studie IELSG-42 (MARIETTA)-MATRIX (3. Chemotherapie)  - 27.11. - 01.12.23 3. Zyklus analog Studie IELSG-42 (MARIETTA)-MATRIX (4. Chemotherapie)  - 18.12. - 20.12.23 2. Zyklus analog Studie IELSG-42 (MARIETTA)-R-ICE (5. Chemotherapie)  - 08.01.24 Mobilisation mit R-ICE (Coral)  - 22.01.24 Stammzell-Apherese  - **Aktuell:** 09.02. - 05.03.24 Bestrahlung (18 x 2Gy = GD 36 Gy; Einschluss bis C2 und der hinteren 2/3 der Augen) und Therapie mit Dexamethason |
| **Serologien**  Hepatitis B ☒ gemacht am 22.09.2023 ☐ werden noch abgenommen  Hepatitis C ☒ gemacht am 22.09.2023 ☐ werden noch abgenommen  HIV ☒ gemacht am 22.09.2023 ☐ werden noch abgenommen |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Entscheid Tumorboard** | | | | | |
| **Für formale Vorstellungen:** Wählen Sie ein Element aus.  **Beurteilung und Therapieempfehlung** | | | | | |
| Im MRI der LWS vom 26.02.24 findet sich passend zum klinischen Befund einer Cauda equina Symptomatik mit einer Reithosenanästhesie, Darmentleerungsstörungen und einer progredienten Beinschwäche seit 2-3 Tagen, eine diffus verdickte Nervenwurzel der Cauda equina mit pathologischem Enhancement primär im Rahmen einer Manifestation bei DLBCL ohne intramedulläre Läsion auf Höhe des Conus.  o Empfehlung zur notfallmässigen Einleitung der Radiotherapie im Bereich der Cauda equina.  o Komplettieren des Stagings mittels MRI der Gesamtachse sowie einem PET-CT, inkl. Kopf und Beine.  o Wiedervorstellung am Lymphomboard nach erfolgtem Re-Staging und klinischer Beurteilung bei formal gegebener Indikation zur Systemtherapie (inklusive CAR-T Zell Therapie?) | | | | | |
| Bei Erstvorstellung: | | ☐ Primärfall | | ☒ Patientenfall | |
| Die Empfehlung ist SOP konform: | ☒ ja | | ☐ nein | | ☐ nicht anwendbar |
| Patient für Studie vorgesehen? | | ☐ ja | | ☒ nein | |
| wenn ja welche Studie? | | | Studienname | | |

6 – 20240227 - LeGi

|  |  |
| --- | --- |
| **Gewünschte Vorstellungsart** | |
| ☐ Reguläre Besprechung  ☒ Bildbesprechung gewünscht  ☐ Bildbesprechung nicht gewünscht | ☐ Formale Vorstellung ohne Diskussion und Bilder\* |

|  |  |
| --- | --- |
| **Hauptdiagnose** | |
| ☒ Erstvorstellung ☐ Folgevorstellung | |
| **Diffuses large B-Zell-Lymphom Stadium IVE. IBI 3, ED 04/15, mit extranodaler Beteiligung der Knochen- und Muskelläsionen**  - PET/CT vom 30.04.2015: Raumforderung des proximalen Humerus rechts mit ausgedehnter Weichteilkomponente, LK diffus; Verdacht auf Metastasen im linken Humeruskopf und im Musculus iliopsoas rechts  - Biopsie Patho Uni Bern B2015.24456 – 457: Dg. positiv CD20, Pax-5, MUM1, bcl-2, bcl-6; negativ CD10, CD30, Cyclin-D1, EBER, CD5, MIB-1 90%  - KMP 20.05.2015: keine Infiltration  - Mabthera und CHOP vom 25.05.-21.09.2015 (c6); PR  - DepoCyte 3x 25.05.-24.06.2015  - Radiotherapie des Humerus und Schulter rechts mit 40 Gy vom 25.06. – 22.07.15  - Mabthera Monotherapie vom 21.10. und 11.11.2015  - PET/CT vom 10.11.2015: moderate Anreicherung des Humerus des Schultergelenkes  - MRI rechte Schulter 6.11.2015: Vd.a. ausgeprägte Nekrose Humeruskopf-bereich  - Implantation einer Humerusgelenksprothese rechts am 29.02.16: no tumor  - **Aktuell:**  - PET-CT: Solitärer Befund medialer Oberschenkel rechts, DD Neurinom, sehr schmerzhaft und suggestiv für ein Neurinom  - St.n. Episode bereits 2018 (siehe Akten) | Ann-Arbor Stadium  ☐ I ☐ II  ☐ III ☐ IV  Begleitsymptome  ☐ A ☐ B  Prognose-Scores  für DLBCL  IPI: IPI Score  für Mantelzelllymphom  MIPI: MIPI Score  für Follikuläres Lymphom  FLIPI: FLIPI Score |
| **Serologien**  Hepatitis B ☐ gemacht am dd.mm.yyyy ☐ werden noch abgenommen  Hepatitis C ☐ gemacht am dd.mm.yyyy ☐ werden noch abgenommen  HIV ☐ gemacht am dd.mm.yyyy ☐ werden noch abgenommen | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Relevante Nebendiagnosen** | | | | | |
| Unklarer Prostatabefund im PET/CT vom 29.04.2015  St.n. Cholezystektomie 2001  Strabismus links  St. n. partieller Infraspinatussehnenruptur rechts 09/14 | | | | | |
| **Relevante anamnestische und klinische Angaben (z.B. Beschwerden) / Fragestellung an Tumorboard / Behandlungsvorschlag** | | | | | |
| Demonstration PET; Prozedere? | | | | | |
| **Entscheid Tumorboard** | | | | | |
| **Für formale Vorstellungen:** Wählen Sie ein Element aus.  **Beurteilung und Therapieempfehlung** | | | | | |
| Im PET-CT zeigt sich ein solitärer Befund im Bereich vom medialen Oberschenkel rechts. Unter Mitberücksichtigung der Klinik, mit einem stark schmerzhaften Befund, ist ein Neurinom suggestiv. Es besteht primär kein dringender V.a. auf ein Lymphom.  Empfehlung zur Evaluation einer Exzision (ohne dass dafür am Lymphomboard die Expertise hiezu besteht). | | | | | |
| Bei Erstvorstellung: | | ☐ Primärfall | | ☐ Patientenfall | |
| Die Empfehlung ist SOP konform: | ☒ ja | | ☐ nein | | ☒ nicht anwendbar |
| Patient für Studie vorgesehen? | | ☐ ja | | ☒ nein | |
| wenn ja welche Studie? | | | Studienname | | |

7 – 20240207 - ScEs

|  |  |
| --- | --- |
| **Gewünschte Vorstellungsart** | |
| ☒ Reguläre Besprechung  ☒ Bildbesprechung gewünscht  ☐ Bildbesprechung nicht gewünscht | ☐ Formale Vorstellung ohne Diskussion und Bilder\* |

|  |  |
| --- | --- |
| **Hauptdiagnose** | |
| ☒ Erstvorstellung ☐ Folgevorstellung | |
| **Diffuses grosszelliges B-Zell-Lymphom Stadium IV, Non GCB-Typ**  - 09.02.2024 Biopsie Lymphknoten Axilla links: Diffuses grosszelliges B-Zell- Lymphom. BCL2: Kein Rearrangement nachgewiesen. BCL6: Kein Rearrange-ment nachgewiesen. MYC: Kein Rearrangement nachgewiesen. Diffuses grosszelliges B-Zell-Lymphom NOS, Non GCB-Typ. Intensiv stoffwechselaktive, nodale und extranodale (Ösophagus, Magen, Niere links, Pleura, Thoraxwand rechts) Lymphommanifestationen. Pleuraerguss rechts bei Thoraxwand-infiltration, neuroforaminale / intraspinale Infiltration Höhe BWK 9 rechts  - 20.02.2024 PET/CT: Intensiv stoffwechselaktive, nodale und extranodale (Ösophagus, Magen, Niere links, Pleura, Thoraxwand rechts) Lymphommani-festationen. Pleuraerguss rechts bei Thoraxwandinfiltration, neuroforaminale / intraspinale Infiltration in Höhe BWK 9 rechts. | Ann-Arbor Stadium  ☐ I ☐ II  ☐ III ☐ IV  Begleitsymptome  ☐ A ☐ B  Prognose-Scores  für DLBCL  IPI: IPI Score  für Mantelzelllymphom  MIPI: MIPI Score  für Follikuläres Lymphom  FLIPI: FLIPI Score |
| **Serologien**  Hepatitis B ☐ gemacht am dd.mm.yyyy ☐ werden noch abgenommen  Hepatitis C ☐ gemacht am dd.mm.yyyy ☐ werden noch abgenommen  HIV ☐ gemacht am dd.mm.yyyy ☐ werden noch abgenommen | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Entscheid Tumorboard** | | | | | |
| **Für formale Vorstellungen:** Wählen Sie ein Element aus.  **Beurteilung und Therapieempfehlung** | | | | | |
| Im PET-CT finden sich intensiv stoffwechselaktive, nodale und extranodale (Ösophagus, Magen, Niere links, Pleura, Thoraxwand rechts) Lymphommanifestationen, neben einem Pleuraerguss rechts, einer Thoraxwandinfiltration und einer neuroforaminalen/intraspinalen Infiltration in Höhe BWK9 rechts. Zudem zeigt sich ein unklarer Befund im Bereich der rechten Mamma DD Lymphombefall. Histopathologisch bestätigt sich in der Biopsie eines axillären Lymphknotens links ein DLBCL.  Aufgrund der klinischen Dringlichkeit, wurde bereits eine Behandlung mit R-CHOP eingeleitet, sodass ein Einschluss in die SAKK38/19-Studie leider nun nicht mehr möglich ist.  o Fortführung der Erstlinientherapie mit R-CHOP.  o Re-Staging mittels PET-CT nach 2 Zyklen R-CHOP. Wiedervorstellung am Lymphomboard bei schlechter Therapieverträglichkeit resp. ungenügendem Ansprechen, resp. zur Evaluation einer CAR-T Zell Therapie in dieser Situation.  o Bei gutem Ansprechen, Fortführung der Therapie mit R-CHOP für insgesamt 6 Zyklen gefolgt von einem Re-Staging mittels PET-CT bei Therapieabschluss.  o Wiedervorstellung am Lymphomboard zur Diskussion einer ZNS-Prophylaxe bei einem Nierenbefall sowie einem möglichen Befall im Bereich der Mamma mittels HDCT/ASCT im Anschluss an die 6 Zyklen R-CHOP.  o Evaluation einer Biopsie des Befundes im Bereich der Mamma rechts im Falle eines diskonkordanten Ansprechens. | | | | | |
| Bei Erstvorstellung: | | ☐ Primärfall | | ☐ Patientenfall | |
| Die Empfehlung ist SOP konform: | ☐ ja | | ☐ nein | | ☐ nicht anwendbar |
| Patient für Studie vorgesehen? | | ☐ ja | | ☐ nein | |
| wenn ja welche Studie? | | | Einschluss Studie SAKK 38/19 nicht mehr möglich bei bereits begonnener Therapie mit R-CHOP | | |

8 – 20240220 - ScIr

|  |  |
| --- | --- |
| **Gewünschte Vorstellungsart** | |
| ☒ Reguläre Besprechung | ☐ Formale Vorstellung ohne Diskussion\* |

|  |  |
| --- | --- |
| **Hauptdiagnose** | |
| ☐ Erstvorstellung ☒ Folgevorstellung | |
| **Diffuses, grosszelliges B-Zell-Lymphom vom Nasennebenhöhlen, NOS, nicht KeimzentrumsPhänotyp, IPI 3 von 5 high intermediate risk, Stadium IAE**  Druckgefühl im Gesicht, Verschwommensehen, Doppelbilder und Riechminderung  24.09.19: CT Nasennebenhöhlen: Raumforderung der Nasennebenhöhlen links mit Arrosion der angrenzenden Sinuswandungen und intraorbitale Ausdehnung  24.09.19: Nasenendoskopie, partielle Unzinektomie links, Biopsie Tumor Nasennebenhöhle links mit diagnostischer Histologie (Pathologie Bern B2019.35608)  09.10.19: PET-CT mit i.v.-Kontrast: Intensiv stoffwechselaktive lokal fortgeschrittene, wachsende Raumforderung der Nasennebenhöhle links, keine weiteren Läsionen  Ab 15.10.19 Chemotherapie mit R-CHOP, total 6 Zyklen  11.12.19 PET CT mit i.v.-Kontrast: Metabolisch und morphologisch komplette Remission  18.02.20 PET CT mit i.v.-Kontrast: Anhaltende, komplette Remission  Rezidiv mit zerebraler Manifestation ED 26.04.2023  Klinik: Epi Anfall, Vergesslichkeit - 26.04.2023 MRI Schädel: Multifokale subkortikale Läsionen mit perifokalem Ödem  28.04.2023 stereotaktische Biopsie: Zerebrale Infiltrate eines aggressiven B-Zell-Lymphoms  05.05. - 06.06.23 1. Zyklus der Systemtherapie nach PRIMAIN-Protokoll - 09.06.23 PET/CT: Kein Hinweis auf extrakraniellen Lymphombefall  14.06.23 MRI-Schädel: vorgängig abgrenzbare bihemisphärische Läsionen deutlich grössenregredient. Einzelne Läsionen mit abgrenzbarer hämorrhagischer Transformation.  20.06-22.07.23 2. Zyklus nach PRIMAIN-Protokoll  20.07.23 MRI-Schädel: Bei bekanntem Lymphom weiterhin Regression, im kurzfristigen Verlauf stationäre Darstellung der vorbestehenden Läsionen | Ann-Arbor Stadium  ☐ I ☐ II  ☐ III ☐ IV  Begleitsymptome  ☐ A ☐ B  Prognose-Scores  für DLBCL  IPI: IPI Score  für Mantelzelllymphom  MIPI: MIPI Score  für Follikuläres Lymphom  FLIPI: FLIPI Score |

|  |
| --- |
| **Hauptdiagnose** |
| 26.07.23 Lymphomboard: Empfehlung zur Erhaltungstherapie mit Procarbazin für 6 Monate  31.01.24 MR Schädel bildmorphologisch vollständiger Regress der Lymphom- Manifestation. Keine neue Manifestation eines ZNS-Lymphoms. Wenig Schleimobliteration des Sinus maxillaris und ethmoidal bds. mit Spiegelbildung maxillär rechts, Sinus frontalis und sphenoidalis weitgehend frei belüftet |
| **Serologien**  Hepatitis B ☒ gemacht am 12.07.2022 ☐ werden noch abgenommen  Hepatitis C ☒ gemacht am 12.07.2022 ☐ werden noch abgenommen  HIV ☒ gemacht am 12.07.2022 ☐ werden noch abgenommen |

|  |
| --- |
| **Relevante Nebendiagnosen** |
| keine |
| **Relevante anamnestische und klinische Angaben (z.B. Beschwerden) / Fragestellung an Tumorboard / Behandlungsvorschlag** |
| Besprechung MR Schädel 31.01.2024. Patientin hat seit 2 Wochen intermittierend «schwarze Flecken» visuell links, augenärztliche Kontrolle extern --> Glaskörperinfiltration |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Entscheid Tumorboard** | | | | | |
| **Für formale Vorstellungen:** Wählen Sie ein Element aus.  **Beurteilung und Therapieempfehlung** | | | | | |
| Unter fortgeführter Erhaltungstherapie mit Procarbazin zeigt sich im MRI eine komplette Remission. Die Patientin berichtet jedoch über eine Sehstörung mit "schwarzen Flecken" vor dem linken Auge. Eine externe ophthalmologische Kontrolle zeigte Glaskörperinfiltrate. Eine ophthalmologische Beurteilung bei uns ist noch ausstehend.  Empfehlung zum Abwarten der ophthalmologischen Untersuchung bei uns. Bei Hinweisen für ein intra-okuläres Lymphom - Evaluation einer Radiotherapie. | | | | | |
| Bei Erstvorstellung: | | ☐ Primärfall | | ☐ Patientenfall | |
| Die Empfehlung ist SOP konform: | ☒ ja | | ☐ nein | | ☐ nicht anwendbar |
| Patient für Studie vorgesehen? | | ☐ ja | | ☒ nein | |
| wenn ja welche Studie? | | | Studienname | | |

9- 20240220 - LaSy

|  |  |
| --- | --- |
| **Gewünschte Vorstellungsart** | |
| ☒ Reguläre Besprechung  ☐ Bildbesprechung gewünscht  ☐ Bildbesprechung nicht gewünscht | ☐ Formale Vorstellung ohne Diskussion und Bilder\* |

|  |  |
| --- | --- |
| **Hauptdiagnose** | |
| ☐ Erstvorstellung ☒ Folgevorstellung | |
| **ZNS-Rezidiv eines DLBCL NOS der Adnexe rechts, IPI-Score mind. 3, Stadium IVBE**  - 07/17 AZ-Verschlechterung mit B-Symptomatik und Aszites  - 03.07.17 CT Abdomen: Vergrössertes Ovar rechts 35 x 65 x 77 mm und vergrösserte Cervix uteri, freier retro- und intraperitonealer Flüssigkeit/Anasarka, Läsion in Lebersegment VIII (ca. 1,5 x 2,0 cm), vereinbar mit Hämangiom  - 19.07.17 LSC-Adnexektomie rechts  Histologie (B2017.45696 - 45697): Diffus grosszelliges B-Zell-Lymphom, NOS, CD20+, CD30-, CD10-MUM1+, Bcl-6 negativ, Bcl-2 positiv, MYC+, CD5-, Ki-67 (MIB-1) 90 %  Zytologie (B2017.5357): Spülflüssigkeit Abdomen: keine malignen Zellen  - 28.07.17 Vd. a. spontanes Tumorlyse-Syndrom  - 28.07.17 CT Thorax/Abdomen: Diffuse Flüssigkeitseinlagerung subkutan, Pannikulitis, wenig freie Flüssigkeit im Abdomen. St. n. Ovarialresektion rechts, stationäre Leberläsion Segment VIII  - 29.07. - 4.12.17 Chemotherapie mit R-CHOP, insgesamt 6 Zyklen; komplette Remission  - 28.09.17 CT Thorax/Abdomen: Deutliche Regredienz der paraaortalen und der intraaortokavalen Lymphknoten, kleine Narbenhernie im ventralen Unterbauch  - 07.12.17 PET/CT: Kein Hinweis auf stoffwechselaktive Lymphom- Manifestationen (Deauville 1)  - **02/18 Hemisyndrom links**  - 24.02.18 Schädel MRI: Zentral nekrotische und chronisch eingeblutete Raumforderung frontal rechts mit ausgedehntem perifokalem Marklagerödem und subfalciner Hernierung, beginnende fokale Liquorzirkulationsstörung mit Erweiterung vom linken Seitenventrikel, keine Meningeosis  - 26.02.18 Schädel CT: Soweit intermodal vergleichbar stationäre Situation | Ann-Arbor Stadium  ☐ I ☐ II  ☐ III ☐ IV  Begleitsymptome  ☐ A ☐ B  Prognose-Scores  für DLBCL  IPI: IPI Score  für Mantelzelllymphom  MIPI: MIPI Score  für Follikuläres Lymphom  FLIPI: FLIPI Score |

|  |
| --- |
| **Hauptdiagnose** |
| - 26.02.18 Kraniotomie frontal rechts und ultraschallgestützte mikroneurochirurgische Tumorexstirpation; Histologie (Pathologie Uni Bern B2018.7033): Zerebrale Infiltrate des vordiagnostizierten diffusen grosszelligen B-Zell-Lymphoms mit ausgedehnter begleitender Nekrose  - 28.02.18 CT Thorax/Abdomen: keine Hinweise auf eine thorako-abdominale Lymphommanifestation  - 03/18 – 05/18 Chemotherapie nach MATRix-Schema und intrathekalen Therapien im Rahmen des IELSG42-Protokolls (MARIETTA Trial); 3 Zyklen MATRix  - 17.04.18 MRI Schädel: schwierig zu interpretierender Befund mit enhancendem solidem Gewebeplus am superior-medialen Resektionsrand, DD Lymphomprogression  - 17.04.18 CT Thorax/Abdomen: Keine Hinweise für Lymphommanifestation  - 04/18 akutes anurisches Nierenversagen im Rahmen der 3. MTX Gabe; passagere Dialysepflichtigkeit  - 22.05.18 MRI Schädel: deutliche Regredienz des randständigen KM-Enhancement angrenzend resp. um die Resektionshöhle und zunehmende Retraktion/Organisation der Resektionshöhle bei idem perifokalen hyperintensen Signalalterationen im Marklager, keine neuen Läsionen  - 20.06.18 PET/CT: Keine Lymphom-typischen Manifestationen  - 04.07.18 Mobilisations-Chemotherapie mit Gemcitabine  - 12. und 13.07.18 erfolglose periphere Stammzellsammlung  - 24.07.18 Erfolgreiche Stammzellsammlung aus dem Knochenmark  - 07.08.18 MRI Schädel: Befundkonstanz; allenfalls diskrete Regredienz des randständigen KM-Enhancement angrenzend resp. um die Resektionshöhle mit leichter zunehmender Organisation derselben sowie leichte Regredienz der perifokalen FLAIR-Hyperintensitäten. Keine neuen Läsionen  - 14.08.18 Beginn Hochdosischemotherapie mit Carmustin und Thiotepa  - 20.08.18 autologe Stammzelltransplantation  - 14.11.18 MRI Schädel: keine Hinweise für ein Lymphomrezidiv, posttherapeutische Veränderungen im Bereich der Marklager und Pons, a.e einer Chemotherapie-induzierten Leukenzephalopathie entsprechend  - 02/24 unklare AZ-Verschlechterung mit Gangstörung  - 15.02.24 MR Schädel: Im 5-jährigen Verlauf deutlich progrediente Zeichen der chronischen Leukenzephalopathie, am ehesten posttherapeutisch nach Chemo-therapie. Posttherapeutischer Parenchymdefekt frontal rechts, kein Nachweis eines Lokalrezidivs. Kein Nachweis eines Lymphom-Rezidivs intrakraniell. |
| **Serologien**  Hepatitis B ☐ gemacht am dd.mm.yyyy ☐ werden noch abgenommen  Hepatitis C ☐ gemacht am dd.mm.yyyy ☐ werden noch abgenommen  HIV ☐ gemacht am dd.mm.yyyy ☐ werden noch abgenommen |

|  |
| --- |
| **Relevante Nebendiagnosen** |
| - 02/19 Post-Zoster-Neuralgie Oberschenkel links bei St.n. Herpes Zoster 02/19  - 02/19 Hospitalisation bei Pneumonie  - St.n. Niereninsuffizienz bei St.n. MTX-Intoxikation  - Passagere Dialysepflichtigkeit  - Akuter Kreislaufstillstand am 14.03.18 bei akuter Luftembolie  - Mechanische Reanimation während 2 Min., ROSC ohne Schockabgabe oder Medikamentengabe  - 14.03.18 CT Thorax: kein Nachweis einer zentralen, parazentralen oder segmentalen Lungenarterienembolie  - 14.03.18 Schädel-CT: kein Nachweis einer grossen flächigen Blutung  - Respiratorische Dekompensation am 14.03.18, DD bei kardialer Dekompensation, pneumogener Sepsis in Aplasie  - Vd.a. neurogenen Tumor im Bereich des Nervus ischiadicus links  - PAVK mit Verschluss der linken A. femoralis superficialis  - Morbide Adipositas  - Rippenserienfrakturen bds. sowie gering dislozierte Sternumfraktur nach Reanimation am 14.03.2018 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Relevante anamnestische und klinische Angaben (z.B. Beschwerden) / Fragestellung an Tumorboard / Behandlungsvorschlag** | | | | | |
| Besprechung MRI vom 15.02.24. Hinweise für Rezidiv? | | | | | |
| **Entscheid Tumorboard** | | | | | |
| **Für formale Vorstellungen:** Wählen Sie ein Element aus.  **Beurteilung und Therapieempfehlung** | | | | | |
| Im MRI-Schädel (unklare AZ-Verschlechterung mit Gangstörung) zeigen sich deutlich progrediente Zeichen der chronischen Leukenzephalopathie, am ehesten posttherapeutisch nach Chemotherapie sowie ein posttherapeutischer Parenchymdefekt frontal rechts, ohne Hinweise auf ein Lymphom-Rezidiv intrakraniell.  **Empfehlung** zur Fortführung der Nachsorge mit klinisch orientierten Kontrollen. | | | | | |
| Bei Erstvorstellung: | | ☐ Primärfall | | ☐ Patientenfall | |
| Die Empfehlung ist SOP konform: | ☒ ja | | ☐ nein | | ☐ nicht anwendbar |
| Patient für Studie vorgesehen? | | ☐ ja | | ☒ nein | |
| wenn ja welche Studie? | | | Studienname | | |

10 – ZiRo - 20240220

|  |  |
| --- | --- |
| **Gewünschte Vorstellungsart** | |
| ☒ Reguläre Besprechung  ☒ Bildbesprechung gewünscht  ☐ Bildbesprechung nicht gewünscht | ☐ Formale Vorstellung ohne Diskussion und Bilder\* |

|  |  |
| --- | --- |
| **Hauptdiagnose** | |
| ☒ Erstvorstellung ☐ Folgevorstellung | |
| **Diffus grosszelliges B-Zell-Lymphoms zervikal rechts, NOS, Keimzentrums- Typ, Double-Expressor Phänotyp ED 01/2024**  - 22.01.24 Ultraschall: Sonographisch nicht komplett darstellbare ca. 6 x 3 x 6 cm grosse inhomogene teils hypo-, teils anechogene Raumforderung ebenfalls mit hyperechogenen Anteilen und randständi-ger Vaskularisation.  - 22.01.24 Stanzbiopsie/ FNP Level III rechts  Histopathologie B2024.2522: DLBCL, NOS (WHO HAEM-5/ICC 2022) CD20 positiv; CD19 positiv; CD30 partiell positiv, CD10 Negativ; MUM1 negativ; Bcl-6 positiv; Bcl-2 positiv; MYC positiv; CD5 positiv, Cyclin D1 negativ, Ki-67 60%  Zytopathologie (Z2024.3621-2): Maligne Zellen: Aggressives B-Zell Lymphom  - 13.02.2023 TTE: Befund steht aus  - 19.02.2024 PET/CT: Befund steht aus | Ann-Arbor Stadium  ☐ I ☐ II  ☐ III ☐ IV  Begleitsymptome  ☐ A ☐ B  Prognose-Scores  für DLBCL  IPI: IPI Score  für Mantelzelllymphom  MIPI: MIPI Score  für Follikuläres Lymphom  FLIPI: FLIPI Score |
| **Serologien**  Hepatitis B ☒ gemacht am 07.02.2024 ☐ werden noch abgenommen  Hepatitis C ☒ gemacht am 07.02.2024 ☐ werden noch abgenommen  HIV ☒ gemacht am 07.02.2024 ☐ werden noch abgenommen | |

|  |
| --- |
| **Relevante Nebendiagnosen** |
| - Arterielle Hypertonie  - Tachykardes Vorhofflimmern  - Frische bis subakute LWK1-Fraktur bei Osteoporose, ED 22.08.2023 |

|  |
| --- |
| **Relevante anamnestische und klinische Angaben (z.B. Beschwerden) / Fragestellung an Tumorboard / Behandlungsvorschlag** |
| Retrospektive bemerkte die Patientin seit Mitte Dezember 2023 eine zunehmende Schwellung zervikal rechts. Bei Grössenprogredienz und teils lokalen Schmerzen erfolgte eine ärztliche Vorstellung mit folgend Stanzbiopsie und histologischen Nachweis eines DLBCL.  Allgemein: Ungewollter Gewichtsverlust 5kg innerhalb 3-4Monate, gelegentlich lokale Schmerzen im Bereich der zervikalen Läsion Frage: Bitte um Präsentation/Diskussion PET/CT vom 19.02.2024. Vorschlag: 2 Zyklen R-mini-CHOP mit folgend PET/CT Verlaufskontrolle (TTE steht aus, bei Anzeichen relevanter Herzinsuffizienz R-GCVP) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Entscheid Tumorboard** | | | | | |
| **Für formale Vorstellungen:** Wählen Sie ein Element aus.  **Beurteilung und Therapieempfehlung** | | | | | |
| Erstdiagnose eines diffus grosszelligen B-Zell-Lymphoms, NOS. Im PET/CT zeigt sich eine grosse stoffwechselaktive Läsion (zervikal rechts bis infraclaviculär reichend), sowie Lymphadenopathien mediastinal, Stadium II. Auf Grund der bestehenden Antikoagulation, der Verwendung von R-Mini-CHOP gemäss Beurteilung und der a priori fehlenden Notwendigkeit für 6 Zyklen (bei lokalisiertem Befall) ist eine Behandlung im Rahmen der SAKK 38/19 Studie leider nicht möglich.  o Somit Empfehlung zur Behandlung mit R-mini-CHOP, wie vorgeschlagen, sofern keine Hinweise für Herzinsuffizienz.  o Zusätzlich Empfehlung zur Gastroskopie bei unspezifischer Anreicherung im Magen. | | | | | |
| Bei Erstvorstellung: | | ☒ Primärfall | | ☐ Patientenfall | |
| Die Empfehlung ist SOP konform: | ☒ ja | | ☐ nein | | ☐ nicht anwendbar |
| Patient für Studie vorgesehen? | | ☐ ja | | ☒ nein | |
| wenn ja welche Studie? | | | Studienname | | |