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-EiMa

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Multifokale Langerhans-Zell-Histiozytose, ED 10/2015**  2002 Diagnose eines entzündlichen Pseudotumors in der Neurohypophyse und des Infundibulums  Panhypopituitarismus  06/2014 Transnasale und frontobasale Resektion mit passagerer Anlage einer lumbalen Liquordrainage bei postoperativer Liquorrhoe, histologisch initial als entzündlicher Pseudotumor interpretiert, Diagnose am 10.11.2015 nachträglich revidiert (Patho. Bern B2014.32618)  seit Sommer 2015: Juckende ulzeröse Läsionen vulvär  13.10.15: PE Vulva links mit diagnost. Histologie: Langerhans-Zell-Histiozytose (Dermatopathologie Bern D15.14076, BRAF im Codon 600 des Exon unmutiert (Patho. Bern B2015.60265))  05.11.15: CT Thorax/ Abdomen: Keine pulmonale Manifestation, Os ilii irreguläre Osteolyse, gut vereinbar mit Befall im Rahmen des eosinophilen Granuloms  12/2015: MRI Becken: Unspezifische inguinale und retroperitoneale Lymphknoten beidseits, mögliche ossäre Beteiligung im Os ilium und im Trochanter minor links  12/2015: Tumorboard Lymphome: Vulvär inoperabler Befund, systemischer Therapiebedarf gegeben  12/2015 - 01/2016: Chemotherapie mit Vinblastin und Prednison, klinisch gutes Ansprechen  03/2016: Klinischer Verdacht auf Rezidiv: Juckreiz/Brennen vulvär  21.03.16: Probeexzision Introitus links, neoplastisch imponierende histiozytäre Infiltrate mit eosinophilen Granulozyten, vereinbar mit Manifestationen der Langerhans-Histiozytose (Pathologie Bern)  04.04.16: Tumorboard Gynäkologie: Empfehlung zur Radiotherapie  18.05. - 27.05.16 perkutane Radiotherapie vulvär, Gesamtdosis 16 Gy  11/2016: 2. Lokalrezidiv einer Langerhans-Histiozytose vulvär  06.12.16: Ganzkörper-MRI: Neue Läsionen in der Schädelkalotte, BWK11, dem Trochanter minor links bei unveränderter Darstellung der bekannten Läsion im | 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** | |

|  |
| --- |
| Os ilium links  22.12.16 - 06.01.17: Radiotherapie des Rezidivs in der linken Schamlippe  05/2017: Klinisch 3. Lokalrezidiv im Bereich der kleinen Labien  09.06.17: MRI-Schädel: Progrediente Läsion der Kalotte hochparietal bds., keine neuen Läsionen  19.06. - 30.06.17: lokale Strahlentherapie  10/2017: 4. Rezidiv lokal beziehungsweise in der Rima ani; histologisch gesichert  03.10.17: MR Becken und Ganzkörper: Keine neuen Läsionen, suspekt für einen Zusammenhang mit der multifokalen Langerhans-Zell-Histiozytose  30.10. - 13.11.17: lokale Strahlentherapie  10.04.18: Konsilium Dermatologie: Therapieoptionen mittels Pulsed Dye Laser, lokalen Steroiden, in Abwechslung mit Protopic, Vorstellung am Meeting der Groupe Français pour les études des lymphomes cutanés in Paris - Empfehlung einer Behandlung mit MTX oder Ledaga  16.04.18 Tumorboard Gynäkologie: 5. Rezidiv bei neuer ossärer Läsion in der 3. Rippe dorsal, Knochenmarksödem der Tibia und Unverträglichkeit von Tacrolimus lokal, Systemtherapie mit MTX  04 - 08/2018: Chemotherapie mit wöchentlichem Methotrexat, leichtgradige Hepatopathie  11/2018 - 02/2019: Chemotherapie mit wöchentlichem Methotrexat bei erneutem Rezidiv  Ab 05/2020: Erneute Therapie mit Methotrexat bei erneutem Rezidiv, Absetzen nach 2 Monaten  Ab 02/2021: Wiederaufnahme von Methotrexat bei erneutem Rezidiv |

|  |
| --- |
| **Relevante Nebendiagnosen** |
| Panhypopituitarismus bei hypophysärer Manifestation einer Langerhans-Zell-Histiozytose |

|  |
| --- |
| **Relevante anamnestische und klinische Angaben (z.B. Beschwerden) / Fragestellung an Tumorboard / Behandlungsvorschlag** |
| Bekannte LCH Patientin in Betreuung durch Onkologie. Dermatologische Zuweisung wegen Blutung, Intertrigo und Ulzerationen inguinal. Mikrobiologisch Nachweis einer relevanten Infektion kutan (DD Ekthyma), welche aktuell system. mit Antibiotika behandelt wird. Zusätzlich inguinal disseminierte, kleine, flache, petechiale Papeln mit schuppender bis krustöser Oberfläche, welche histologisch nun als LCH Manifestationen diagnostiziert wurden.  Weitere Diagnostik? Therapie?  Lokal:  - Erneute RxTherapie?  - Ledaga=Chlormethine Gel? (Bui AN, Cutaneous Langerhans Cell Histiocytosis Responsive to Topical Nitrogen Mustard. J Drugs Dermatol. 2020 Aug)  Systemisch:  - Thalidomide/Lenalidomide? (Ruiz Beguerie J, Vulvar Langerhans cell histiocytosis and thalidomide: an effective treatment option. Int J Dermatol. 2017) |

|  |
| --- |
| **Beurteilung und Therapieempfehlung** |
| Bioptisch verifiziertes Rezidiv einer Langerhans-Zell-Histiozytose mit inguinal disseminierten, kleinen petechiale Papeln mit schuppender bis krustöser Oberfläche.  o **Empfehlung** zur Durchführung eines Re-Stagings mit Low-dose Ganzkörper-CT (Frage nach Osteo-lysen).  o Bei Bestätigung einer lokalisierten Erkrankung, Evaluation einer Behandlung mit Chlormethin-Gel im Bereich der betroffenen Stellen (nach KOGU).  o Empfehlung zur Reevaluation einer Radiotherapie im Bereich der befallenen Stellen unter Berück-sichtigung der Strahlenvorbelastung im Falle eines fehlenden resp. ungenügenden Ansprechens auf Chlormethin-Gel oder fehlender Kostengutsprache.  o Erneuter Ausschluss einer BRAF-Mutation in der aktuellen Hautbiopsie |

5-20240227-FaMi

|  |  |
| --- | --- |
| **Mantelzell-Lymphom, initial Stadium IVA, MIPI-Score 6.3 (high risk) DD iatrogene lympho-proliferative Erkrankung bei langjähriger Therapie mit Methotrexat bzw. Steroiden**  - 25.11.21: Subtenon-Biopsie Auge rechts mit diagn. Histologie (Pathologie Bern B2021.44298)  - 04.02.22 PET/CT mit i.v.-Kontrast: Moderat stoffwechselgesteigerte Lymph-knoten beidseits zervikal und links inguinal, intensive Stoffwechselsteigerung der rechten Axilla, DD postinterventionell  - 13.09.23 PET/CT: Rezidiv (Orbita, den Tonsillen sowie zervikalen und inguina-len Lymphknoten)  Therapie:  - 06.10.23 - 11.10.23 1. Zyklus R-DHAO  - 31.10.23 - 01.11.23 2. Zyklus R-DHAO  - 22.11.23 - 25.11.23 3. Zyklus R-DHAO und Mobilisation  - 13.12.23 1. Zyklus R-CHOP  - 08.01.24 2. Zyklus R-CHOP  - 31.01.24 3. Zyklus R-CHOP | 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 |
| **Relevante Nebendiagnosen** | | |
| SARS-CoV2-Infektion, ED 03.01.24  - 07.02.24 - 09.02.24 Paxlovid  Peripher-arterielle Verschlusskrankheit, Stadium IIb links, I rechts nach Fontaine  Mittelschwere Aortenklappenstenose, ED 09.02.24  - 09.02.24 TTE: Normale LV- und RV- Dimension und Funktion, relative Hypertrophie, diastolisch  - Dysfunktion Grad 1, mittelschwere Aortenklappenstenose (KöF 1.25cm^2), kein Anhalt für  - pulmonale Hypertonie  - jährliche Kontrollen empfohlen  Infrarenales Bauchaortenaneurysma  - Bauchaortaaneurysma stabil bei einem Durchmesser von 35 mm  St. n. traumatisch bedingter Wirbelkörperfraktur Th12  St. n. abszedierender und granulomatöser Entzündungsreaktion mit Pannikulitis und Hämorrhagie 05/22  Pangonarthrose Knie rechts  Degenerative Läsionen des linken Fusses und Sprunggelenks  Lumbovertebrales Schmerzsyndrom  Psoriasis-Arthritis HLAB27 positiv, ED 2021, bei seit Jahren bekannter Psoriasis  - Polyarthralgien im Bereich der Hände und der Wirbel  - 2012 – 2018: Behandlung mit Methotrexat 15 mg, Wiederaufnahme 2021 für 3 Monate  - Ab 01/2022: Behandlung mit Otezla und Spiricort  St. n. Trochlearisparese rechts nach zweimaliger Schieloperation, letztmals 02/2020  Degenerative Läsionen der Füsse resp. des linken OSG nach Arthrodese  St. n. Angioplastie bei PAVK 02/2011  St. n. sistiertem Nikotinkonsum  St. n. Thrombolyse und PTA femoralis superficialis 07/2013  St. n. Nierenkolik 2005  St. n. Kataraktoperation 2016 | | |

|  |
| --- |
| **Relevante anamnestische und klinische Angaben (z.B. Beschwerden) / Fragestellung an Tumorboard / Behandlungsvorschlag** |
| Demonstration PET-CT und Festlegung der Hochdosis? |

|  |
| --- |
| **Beurteilung und Therapieempfehlung** |
| Nach 6 Therapiezyklen (3x-R-DHAO und 3x R-CHOP bei fehlender KOGU für Ibrutinib) findet sich im PET-CT allenfalls noch eine minime FDG-Avidität am rechten Bulbus oculi und im Bereich der übrigen vormals bekannten Lymphomlokalisationen (Deauville-Score 2). Die neuen stoffwechselaktiven, intrapulmonalen Verdichtungen bds. dorsal betont entsprechen in erster Linie entzündlichen Veränderungen.  Formal ist in dieser Situation mit fehlender Möglichkeit einer Hinzugabe von Ibrutinib zur Rituximab, die Indikation für eine Konsolidation mittels Hochdosischemotherapie und autologer Stammzelltransplantation. Unter Berücksichtigung der Co-Morbiditäten mit einem Ruheschmerz bei PAVK und Aggravierung unter der Induktionstherapie ohne Möglichkeit einer angiologischen Intervention und dem Vorhandensein von effektiven, zugelassenen Therapien beim Rückfall (Ibrutinib, Tecartus), ist die Indikation für eine HDCT/ASCT bei diesem Patienten zurückhaltend zu stellen. Erhaltungstherapie mit Rituximab. Nach Kostengutsprache. |