

Birgit Reimann
Dr. med.

Spätergebnisse nach Hodgkin-Lymphom – Eine retrospektive Analyse

Geboren am 16.12.1960 in Bad Saarow
Reifeprüfung am 06.07.1979 in Cottbus
Studiengang der Fachrichtung Medizin von 9/1980- 8/1986
Physikum am 30.06.1982 an der Universität Martin-Luther in Halle
Klinisches Studium in Halle
Praktisches Jahr in Cottbus
Staatsexamen am 31.08.1985 an der Universität Martin-Luther in Halle

Promotionsfach: Innere Medizin
Doktorvater: Prof. Dr. med. H. Goldschmidt

Das Hodgkin-Lymphom ist eine maligne Erkrankung, die in allen Krankheitsstadien potentiell kurativ ist. Gemäß der neuen WHO- Klassifikation wird das Hodgkin-Lymphom in 2 Gruppen geteilt: das nodulär lymphozytenreiche Hodgkin-Lymphom und das klassische Hodgkin-Lymphom mit seinen 4 Subtypen. Durch molekularbiologische Untersuchungen ist gesichert, dass es sich um ein monoklonales B-Zell Lymphom handelt. Nur in seltenen Fällen wird auch ein Hodgkin-Lymphom vom T-Zell Typ beschrieben, dessen Bedeutung auf Krankheitsverlauf und Prognose noch unklar ist.

Die Analyse der Ergebnisse am Carl-Thiem-Klinikum Cottbus im Behandlungszeitraum von 1978- 1988 mit einer Remissionsquote von ca. 80% für alle Stadien zusammen, entsprechen denen aus dem Schrifttum. Auch die 5- bzw. 10-Jahresüberlebenszeiten sind vergleichbar mit den Veröffentlichungen aus diesem Zeitraum.

Als wichtigste Prognosefaktoren aus der Patientenauswertung ergeben sich: Krankheitsstadium, B-Symptomatik, Organbefall und erhöhte Aktivitätsparameter (BSG und Fibrinogen) und eine Lymphopenie.

Unbefriedigend hoch ist die Rezidivrate in den prognostisch günstigen Stadien I/A und II/A nach alleiniger Strahlentherapie. Diese Beobachtung entspricht auch den Ergebnissen größerer Studien und führte zu neuen Therapieregimen mit einer kombinierten Radio-Chemotherapie auch in lokalisierten Stadien. Das krankheitsfreie Überleben konnte signifikant verlängert werden, bei geringer Erhöhung der Früh- und Spättoxizität. In diesem Zusammenhang konnte auch die Frage der Bestrahlungsintensität geklärt werden, so dass 1999 die Großfeldbestrahlung verlassen wurde und heute die IF-Bestrahlung in Kombination mit einer Chemotherapie als Standardtherapie für limitierte und intermediäre Stadien gilt. Für die prognostisch ungünstigen Stadien ist die 5-Jahresüberlebenszeit bei unseren Patienten von ca. 65% mit anderen Arbeitsgruppen aus dem oben genannten Behandlungszeitraum vergleichbar. Eine Dosisescalation der Polychemotherapie, wie sie derzeit in einigen Studien durchgeführt (z.B. BEACOPP eskaliert im Rahmen der DHSG) wird, hat zu einer statistisch signifikanten Verbesserung der Remissionsraten und Überlebenszeiten geführt und gilt heute als Standardtherapie für die prognostisch ungünstigen Stadien.

Obwohl die Intensivierung der Therapie des Hodgkin-Lymphoms zu einer Verlängerung des Überlebens geführt hat, ist die Mortalität und Morbidität bei geheilten Patienten mit Hodgkin-Lymphom höher als bei der Normalbevölkerung. Diese Beobachtung führte zum zunehmenden Interesse auf die Ätiologie, Häufigkeit und Relevanz therapieassoziiierter Spätkomplikationen. Auch im eigenen Patientengut konnten verschiedene

Spätkomplikationen erfasst werden. So verstarben 2 Patienten im Zusammenhang mit der Therapie. Von 6 registrierten Zweitneoplasien verstarben ebenfalls 2 Patienten. Außerdem fanden sich unterschiedliche Folgeerkrankungen an Herz-Kreislauf, Lunge, Polyneuropathien und Blutbildveränderungen mit Folgen der Belastbarkeit für Beruf und Freizeit. Drei Patienten wurden vorzeitig berentet.

Ziel neuerer Therapieoptimierungen und Studienansätze ist deshalb die Früh- und Spättoxizität zu senken ohne die bisher erreichten Therapieziele zu verschlechtern, wie z.B. HD13, HD14 und HD15 der DHSG (Ansen et al 2002, Diehl 2002).

Ziel ist auch, neue molekulargenetische, zytogenetische und biologische Marker zu finden, die eine noch bessere risikoadaptierte Behandlung ermöglicht um Unter- bzw. Übertherapien zu vermeiden.