



UNIVERSITÄTS**medizin.**
MAINZ

Fallbeispiel

Thomas Wehler

III. Medizinische Klinik

Einleitung

- Patient, 47 Jahre alt, männlich
- Vorstellung 05/2008 I. Medizinische Klinik GPR Rüsselsheim
- Anamnese
 - B-Symptomatik
 - palpabler Tumor linkes Becken
 - Schmerzen bei Miktion
- Diagnostik (CT Hals/Thorax/Abdomen/KMP):
 - Lymphombulk links paravesikal ca. 7,1x10,6x14,7 cm
 - Ummauerung des Ureters und Harnstau Grad II-III links
 - Fragliche per-continuitatum-Infiltration der Harnblase
 - Verdacht auf Infiltration des Musculus psoas, M. iliacus und M. piriformis links
 - Kompression der V. iliaca communis mit tiefer Beinvenenthrombose links
 - Extranodale Manifestation im Magenkorpus

Einleitung

- Diagnose: Aggressives B-NHL, DLCL
 - Stadium IIA (N/E) nach Ann-Arbor-Klassifikation
 - IPI: niedrig-intermediär
- Komplikationen:
 - Kompression der V. iliaca communis mit tiefer Beinvenenthrombose links
 - Harnstau Grad III links: Einlage einer Harnleiterschiene links

First-line Therapie

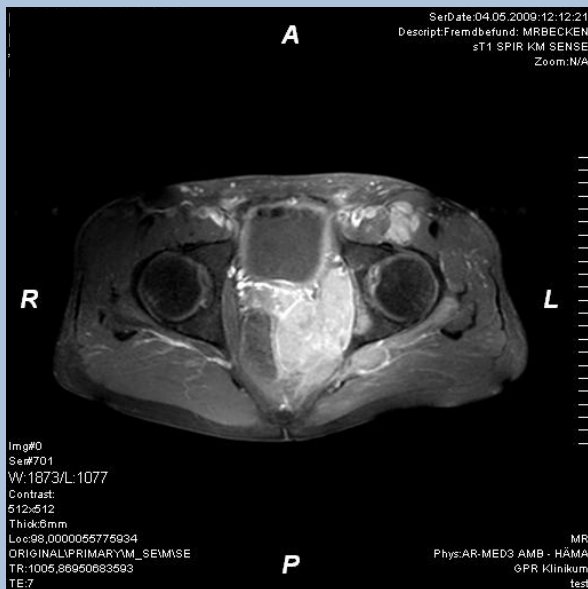
- Vorphasetherapie:
 - Vincristin und Prednisolon ab 03.06.2008
- Rituximab – CHOP 14: 6 Zyklen
 - 3 Zyklen 06/2008-07/2008
 - Zwischenstaging 07/2008: Sehr gute Partielle Remission
 - 3 Zyklen 07/2008-08/2008
 - Staging: Komplette Remission
- Konsolidierende Radiatio (KH Darmstadt)
 - Iliakale und inguinale Lymphknoten links
 - Insgesamt 36 Gy

1. Rezidiv 04/09

- Klinik:
 - Progrediente Schmerzen linkes Becken
 - Fußheberparese links
- MRT (02.04.09 externe Klinik):
 - Überwiegend extranodal / intramuskuläre Infiltration
 - Multipler Befall der linksseitigen Muskulatur: insbesondere M. obturatorius internus und M. externus, Glutealmuskulatur, linker Oberschenkel
 - Pararektales Lymphknotenkonglomerat im kleinen Becken links
 - Knöcherner Befall im Azetabulum links
- CT (02.04.09 externe Klinik):
 - 7,5 x 4cm Lokalrezidiv im kleinen Becken
 - Infiltration des M. obturatorius internus und Arrosion des Ramus superior ossis pubis
 - V.a. Infiltration der Blasen hinterwand

Second-line Therapie

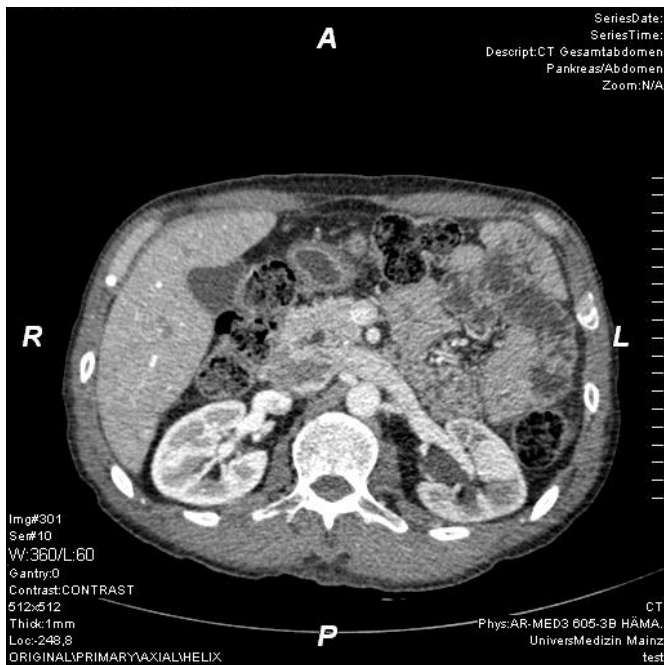
- Rituximab – DHAP
 - 1. Zyklus 04/2009
 - Re-Staging 04.05.2009: Stable disease



Salvage-Therapie

- 1. Zyklus Rituximab-Dexa-BEAM 05/2009:
 - Stammzellapherese (246 x 10⁶ CD34pos Zellen)
 - Linksseitige Fußheberparese regredient
- 2. Zyklus Rituximab-Dexa-BEAM 06/2009:
 - Komplikation: Enterobacter cloacae Sepsis in der Neutropenie
 - Linksseitige Fußheberparese weiter regredient
- CT 06.07.2009:
 - Regredientes Lymphknotenkonglomerat parailiakal links
 - Splenomegalie
 - Lungenembolie im Mittellappen sowie Unterlappenarterien.
Infarktpneumonie im rechten Unterlappen
 - Harnstau Grad I/II links

Staging nach Salvage-Therapie



Salvage-Therapie

- 3. Zyklus Rituximab-Dexa-BEAM 07/2009:
 - Komplikation: Keine
 - Linksseitige Fußheberparese weiter regredient
- CT (05.10.2009):
 - Etwa konstante Lymphommanifestation links parailiakkal mit jedoch progredienter Harntransportstörung
 - Lymphomsuspekte Raumforderung im Pankreaskopf
- MRT (08.10.2009):
 - Unspezifisches flächiges Ödem der ischiokruralen Muskulatur (Mm. semimembranosus und semitendinosus): Myositis DD paraneoplastische Myositis
 - KM-aufnehmender (Lymphom?) - Knoten im Bereich der Gefäßnervenscheide des proximalen Oberschenkels, im Vergleich zur Voruntersuchung von 4/09 größenrückläufig

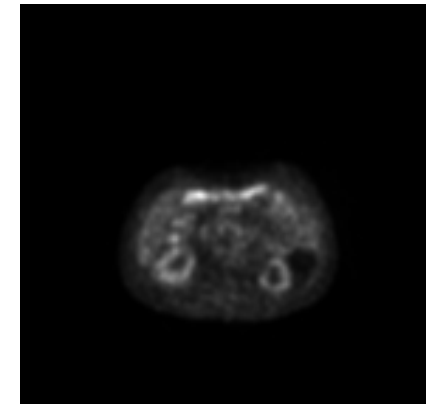
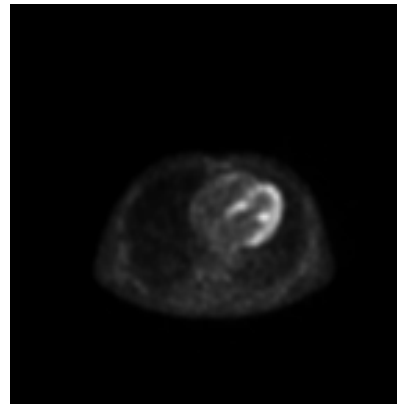
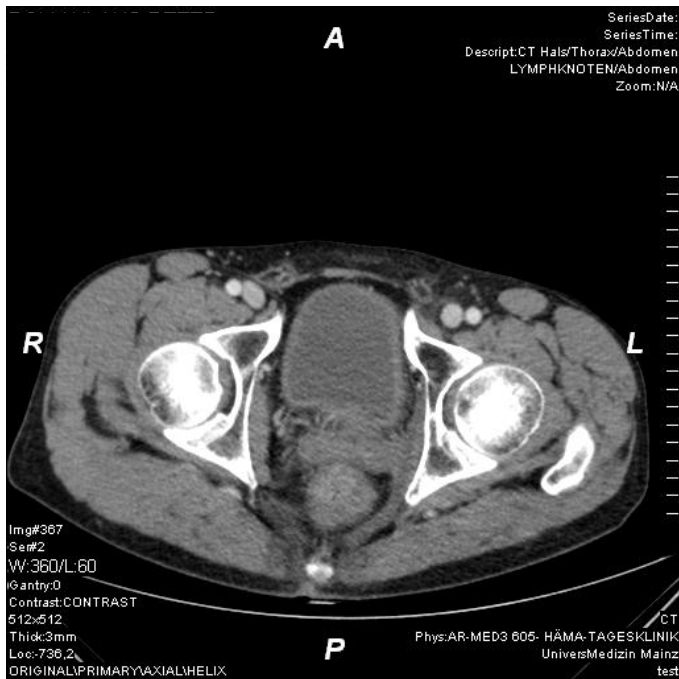
Autologe Transplantation

- Hochdosis-Chemotherapie und autologe PBSZT 06.11.2009:
 - Konditionierung: Rituximab-BEAM
 - Transplantation: $325,69 \times 10^6$ CD34+ ($4,52 \times 10^6$ / kg KG)
 - Komplikationen: Staphylokokkus –Sepsis in der Neutropenie

Staging nach autologer Transplantation

- CT Hals / Thorax / Abdomen 18.12.2009:
 - Persistierende Harntransportstörung links bei Lymphommanifestation links parailiakal, DD Residuen
 - Kein Nachweis neu aufgetretener malignom-suspekter Lymphknoten
 - Kein Nachweis malignom-suspekter osteolytischer oder osteoplastischer Läsionen
 - Befundnachtrag vom 08.01.10: Nachträglich Korrelation der Mehranreicherungen in der PET vom 30.12.09 mit den Voruntersuchungen vom 02.04.09, 06.07.09, 05.10.09 und 18.12.09: Insgesamt ergibt sich das Bild einer mixed response mit z.T. unter Therapie regredienten, z.T. jedoch auch neu aufgetretenen und progredienten Manifestationen
- PET-CT 30.12.2009:
 - **Ausgedehntes Rezidiv überwiegend extranodal/muskulär:** ventral in der Magenwand großkurvatur-seitig, LK kleinkurvatur-seitig, multifokal, z. T. diffus peritoneal
 - M. psoas links, M. rectus, M. abdominis links, M. iliacus links - ausgedehnt im kleinen Becken, betont links lateral, dorsal und oberhalb der Harnblase bzw. pararectal, übergehend in die Harnblasenwand

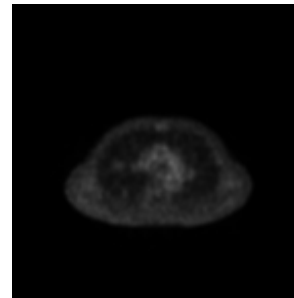
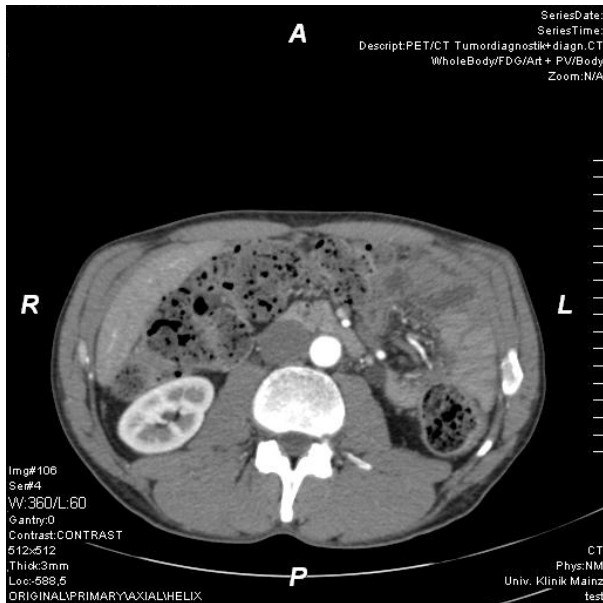
Staging nach autologer Transplantation



Progreß 01/2010

- Erneuter Progreß nach autologer Transplantation:
 - Rasch progredienter palpabler Tumor im linken Becken, LDH 764 U/l
 - Dysurie und Hb-relevante Makrohämaturie bei Blasenwandinfiltration
 - Dyspnoe bei Pleuraergüssen bds.
- Salvage-Therapie:
 - Radiatio 5x2 Gy (GD 10Gy) 01/2010 kleines Becken
 - Einleitung einer **Revlimid-Therapie** (25 mg/die, d1-21 q28)
 - Reduktion auf 15 mg/die bei Thrombopenie (02/2010)
- Restaging PET-CT 03.03.2010:
 - Unspezifische Anreicherung des Colon descendens und sigmoideum
 - Keine lymphom-suspekte spezifische intramuskuläre Markeranreicherung
 - Sehr gute partielle Remission

Restaging unter Salvage-Therapie



Frage

- Bei Verdacht auf intramuskulärer Lymphommanifestation Staging mittels

MRT versus PET-CT ?

Diskussion: Weitere Therapieoptionen

- Blinatumomab (MT103) ?
 - Rekombinanter bispezifischer single-chain Antikörper
 - CD19
- Allogene Transplantation ?
 - Ausreichende Remission ?

