

WLAD 2017

Patientensymposium anlässlich des 14. Welt-Lymphom-Tages
Hotel Continental Park, Murbacherstrasse 4, 6002 Luzern

**Neue Entwicklungen in der Therapie des folliculären und
diffus grosszelligen B-Zell-Lymphoms**

Prof. Dr. med. Christoph Renner,
Onkozentrum Hirslanden Zürich, Zürich

In der neuen WHO Lymphomklassifikation werden mehr als 70 Unterformen beschrieben, die sich zum Teil deutlich, insbesondere in Bezug auf ihr Wachstumsverhalten und damit auch Therapiemöglichkeiten unterscheiden. Ein wesentlicher Faktor ist die Unterteilung in 2 grosse Gruppen, die so genannt indolent wachsenden Lymphome im Gegensatz zu den eher schnell wachsenden aggressiven Lymphomen. Hauptvertreter der indolenten Lymphome ist das sog. folliculäre Lymphom (FL), Hauptvertreter der aggressiven Lymphome das sog. diffus grosszellige B-Zell-Lymphom (DLBCL). Auch wenn beide von malignen B-Zellen abstammen, so spiegelt das Wachstumsverhalten zum einen die Dringlichkeit einer Behandlung wieder und korreliert meistens auch gut mit der Intensität der Behandlung. Folliculäre Lymphome lassen sich nochmals in 3 Grade einteilen. Die langsam wachsenden Grad I folliculären Lymphome entstehen über Jahre, verlaufen beschwerdefrei und sollten auch nur bei entsprechender Symptomatik behandelt werden. Falls eine Behandlung indiziert ist, besteht diese vornehmlich aus einer Immuntherapie in Kombination mit einer Chemotherapie. Leider neigen folliculäre Lymphome zu Rückfällen, die zum Teil nach Jahren bis Jahrzehnten noch eintreten können. Daher sollten folliculäre Lymphome ohne Beschwerden nicht zwangsläufig behandelt werden. Aktuell laufen Studien mit dem Ziel, die Chemotherapie durch modernere, d.h. nicht-Chemotherapeutika zu ersetzen. Folliculäre Lymphome des höchsten Grades (Grad 3) neigen zum Übergang in ein sog. schnell wachsendes Lymphom und bedürfen daher einer intensiven Therapie.

Diese ist typisch für das bereits erwähnte diffus grosszellige B-Zell-Lymphom. Dabei handelt es sich um eine aggressive - unbehandelt in der Regel nach mehreren Monaten tödlich verlaufende - Lymphomerkkrankung. Patienten mit DLBCL sollten auch mit einer Immunchemotherapie, jedoch mit einer deutlich intensiveren Chemotherapie behandelt werden. Ziel in der Behandlung ist es durch den frühen Einsatz hoch wirksamer Medikamente, auch mit einer höheren Dosisintensität, eine Heilung zu erreichen. Patienten, die nach 2 Jahren keinen Rückfall erleiden, können häufig als geheilt bezeichnet werden. Im Umkehrschluss zeigt sich, dass Patienten mit frühem Rückfall, d.h. innerhalb der ersten zwei Jahre, häufig nicht mehr geheilt werden können. Sollte die Erstlinientherapie nicht zu einer Heilung führen, so kann bei ca. 50% aller Patienten eine sog. Hochdosis-Chemotherapie mit autologem (= eigenem) Stammzellersatz durchgeführt werden.

Neuere Entwicklungen in der Lymphombehandlung versuchen, neben einem besseren Verständnis für die zugrundeliegenden Fehler in der Signalweitergabe in der Zelle, auch die Entwicklung gezielter Medikamente voran zu treiben und damit eine verbesserte Immunantwort im Patienten herzustellen. Moderne Ansätze greifen dabei u.a. auf einen externen Zelltransfer mit manipulierten, eigenen Abwehrzellen zurück. Diese Therapieform hat kürzlich in den USA in der Behandlung der akuten lymphatischen Leukämie (ALL) die Zulassung erhalten und zeigt auch bei den Lymphomen eine hohe Ansprechrage. Es ist zu hoffen, dass sich damit sowohl für die langsam als auch die schnell wachsenden Lymphome die Therapiemöglichkeiten in den nächsten Jahren und Jahrzehnten verbessern und wir insgesamt bei guter Verträglichkeit noch höhere Heilungsraten erreichen werden.

Luzern, 16. September 2017