

## INHALTSVERZEICHNIS

1. Innere 18 - indolente Lymphome wie CLL, Mantelzell & Follikuläres	1
1.1. Interessante Infos	1
2. aggressive Lymphome	1

### 1. INNERE 18 - INDOLENTE LYMPHOME WIE CLL, MANTELZELL & FOLLIKULÄRES

bisschen verpasst zu Beginn

#### 1.1. Interessante Infos.

- Binet-Klassifikation bietet Anhalt
- z.B. bei 3-5 Lymphknotenstationen 5 Jahre oder so
- Lymphozyten verdoppeln sich innerhalb eines Jahres: schlechtes Zeichen
- Heilung idR nicht möglich, Ziel ist Remission und Kontrolle mit möglichst wenigen Chemotherapiezyklen
- aggressivstes: primäres Mantelzelllymphom → chemo sofort
- FLIP = Follikulärer Risikoindex
- Betrachlung zum Teil sehr wirksam, 30-40 Gray und 85% Heilung z.B. in einem Stadium eins des follikulären Lymphoms
- Alternative: Rituximab ohne Katarakt bei konjunktivem Befall
- Chemo z.B.: R-CHOP-Schema mit anschließender Rituximab-Erhaltungstherapie, Injektion alle 2 Monate, 200 Euro/Monat

- Zukunft: Rituxi mit Immunmodulator → ähnliche Erfolgsrate wie mit Chemo
- Proliferationsmarker Ki67 irgendwie wichtig
- Wichtig: CLL BinetA → Watch and Wait → Behandlungsstart = Behandlungsstart
- 100.000 oder 150.000 Leukos machen noch kein Flussproblem, erst ab 200.000 (Grenzwert ja 10)
- Kontrolle durch den Augenarzt über die Retinalgefäße
- Verdopplungszeit unter 6 Monate: Beobachten ob es schnell bleibt
- Rituximab: bei CD20(+), also auch für CLL
- Bestimmung von 17p-: erst bei Symptomatik, da quasi Todesurteil
- Beobachtung von asymptomatischen CLL-Patienten: alle 3 Monate RTX, Sono & Blutbild
- Waldenström: Durchblutungsstörungen, Raynaud & neurologisches
- vermutlich keine Hodgkin-Klausurfrage

### 2. AGRESSIVE LYMPHOME

- Follikulär 3B z.B.
- Lymphknoten wachsen schnell, explodieren mitunter
- KM bei 10-25% betroffen
- double-hit-lymphome sind besonders aggressiv, BCL2 + MYC zusammen (diese Marker kennt man halt...)
- Therapie: R-CHOP
- PetCT zur Überprüfung
- Burkitt: Kommt nicht in der Klausur drann