Behandlung der HIV-assoziierten Lymphome

Diagnostik

Histologie (mit Gradeinteilung), **Baseline CT Hals/Thorax/Abdomen**; **Blutabnahme** (Std, LDH, Virologie incl. Hep B/C); **KMP, Tox Untersuchungen** Lungenfunktion, TTE, EKG), **HIV-Viruslast, CD4-Helferzellzahl**

Erstlinie

Diffus großzelliges B-Zell Lymphom

R-CHOP / R-CHOEP *

aaIPI=0
6 Zyklen R-CHOP 21

aaIPI ≥ 1
6 Zyklen R-CHOEP 21

CNS-IPI Hochrisiko ≥4 Pkt
HD-MTX-Prophylaxe

Burkitt Lymphom

B-ALL/NHL Protokoll der GMALL

Wenn B-ALL-Protokoll ungeeignet: DA-EPOCH-R
Einschluss in eine Fallserie in Kooperation mit der GMALL

Hodgkin Lymphom

Frühe Stadien
2 Zyklen ABVD + involved-field (IF) Bestrahlung (20 Gy)

Intermediäre Stadien
4 Zyklen ABVD + 30 Gy IF-Bestrahlung

Fortgeschrittene Stadien
6 Zyklen BEACOPP-basis + 30 Gy initialer Bulk / Rest

Plasmoblastisches Lymphom

6 Zyklen Bortezomib-CHOP

Einzelfallentscheidung:
Konsolidierende HDCT + ASCT

Primäre Erguss-Lymphome

6 Zyklen Bortezomib- CHOP

Primäre ZNS-Lymphome

HD-MTX + Cytarabin ggf. nachfolgend HDCT + ASCT

Palliativ: Ganzhirnbestrahlung

Multizentrischer Morbus Castlemann

Rituximab 375 mg/m2 für 4 Wochen

Patienten mit schlechtem Performance Status und einer Organbeteiligung als Ausdruck einer fortgeschrittenen Grunderkrankung:
4-6 x R-CHOP
oder
Etoposid (100mg/m2 wöchentlich x4) + Rituximab

Rezidiv

Salvage-Chemotherapie mit nachfolgender Hochdosistherapie und autologer SCT oder CAR-T-Therapie mit Axi-Cel prüfen

Kontinuierliche antiretrovirale Therapie nach Rücksprache mit Infektiologie!

*** CD4 Zellzahl ≤ 50 Zellen/Mikroliter: kein Rituximab!**

Stand 7/24