

5. Zusammenfassung

Anhand einer retrospektiven Auswertung wurden die Therapieverläufe von 97 Patienten aus dem Zeitraum von 1986 bis 1996 im Alter von 70 oder mehr Jahren mit diffusen großzelligen B-Non-Hodgkin-Lymphomen unter Berücksichtigung der Komorbidität und der Therapiekomplicationen untersucht. Die Therapie erfolgte primär nach dem CHOP-Protokoll (Cyclophosphamid, Hydroxy-Daunorubicin, Oncovin, Prednison) in altersangepaßter Dosierung, jedoch wurde in 28% vorwiegend in auswärtigen Abteilungen vor der Chemotherapie (CHT) eine totale oder unvollständige Tumorsektion durchgeführt. Im Anschluß an die CHT erfolgte bei 68 Patienten eine kurative, konsolidierende oder palliative Bestrahlung (Großfeld- oder involved-field-Bestrahlung). Bei einem Großteil der Patienten konnte die Therapie wie geplant durchgeführt werden. Durch Verkürzung der Zeitintervalle zwischen den CHT-Zyklen konnte eine verhältnismäßig hohe Dosisintensität erreicht werden. Bei 21 Patienten wurde die CHT jedoch aufgrund von Tumorprogress (n=10), Komorbidität (n=5), Therapiekomplicationen oder Patientenwunsch abgebrochen.

59 Patienten erlitten im Verlauf der Therapie infektiöse Komplikationen, die bei 10 Patienten schwer oder sogar tödlich (n=2) verliefen. Patienten mit einem fortgeschrittenen Ausbreitungsstadium oder vorbestehender Herzinsuffizienz wiesen ein deutlich erhöhtes Risiko für schwer verlaufende Infektionen auf. Patienten mit Diabetes mellitus (n=15) zeigten kein erhöhtes Infektionsrisiko, obwohl es bei ihnen unter der Gabe von Prednison in der Regel zu Hyperglykämien kam, die zu verlängerten stationären Aufenthalten führten. Die Gabe von Prednison führte bei einem Teil der 97 Patienten (meist mit vorbestehendem Hypertonus) zu einer Blutdrucksteigerung, die sich in der Regel gut behandeln ließ. Patienten mit arteriellem Hypertonus entwickelten ihrerseits im Vergleich zu normotonen Patienten fast doppelt so häufig eine vincaalkaloidbedingte Polyneuropathie. Bei Patienten mit Diabetes mellitus ergab sich hingegen kein vermehrtes Auftreten einer Vincaalkaloid-PNP.

Patienten mit einer vorbestehenden kardialen Schädigung oder Herzinsuffizienz, z.B. auf dem Boden einer koronaren Herzkrankheit oder eines arteriellen Hypertonus, zeigten ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer dekompensierten Herzinsuffizienz,

insbesondere dann, wenn gleichzeitig ein höheres Ausbreitungsstadium oder infektiöse Komplikationen vorlagen.

Die Untersuchung ergab insgesamt, daß bei Patienten mit lokalisierter Lymphommanifestation selten kardiale oder infektiöse Komplikationen auftraten, und daß sich auch eine ausgeprägte, vorbestehende Komorbidität selten ungünstig auf den Therapieverlauf auswirkte. Angesichts des geringen Therapierisikos mit beherrschbaren Komplikationen und einer 5-Jahresüberlebensrate von 62 % hat sich eine Therapie unter kurativer Zielsetzung bei diesen Patienten als gerechtfertigt erwiesen.

Problematisch ist hingegen die Behandlung von Patienten in fortgeschrittenen Ausbreitungsstadien. Das Therapierisiko stand bei ihnen in einem ungünstigen Verhältnis zur Überlebenszeit (5-Jahresüberlebensrate 13%). Nur in Ausnahmefällen konnte eine langanhaltende komplette Remission bzw. eine Heilung erreicht werden. Daher dürfte in diesen Fällen unter den derzeit verfügbaren Therapiemöglichkeiten ein kurativer Therapieansatz nur bei Patienten in einem guten Allgemeinzustand ohne wesentliche Komorbidität vertretbar sein.