

Einführung in die B-Zell-Non-Hodgkin-Lymphome

Info-Abend 28.09.2016

Non-Hodgkin-Lymphome sind eine eher wenig bekannte Gruppe von bösartigen Tumoren, die für Deutschland betrachtet nur einen Anteil von etwa 3% der Krebserkrankungen in der Bevölkerung ausmachen (Abb. 1, RKI 2012). Als Symptome zeigen sich meist schmerzlos vergrößerte Lymphknoten im Halsbereich, unter den Axeln oder in den Leisten. Je nach Organbeteiligung können jedoch verschiedenste Symptome auftreten. Im Vorfeld der Diagnose berichten die Betroffenen häufig von Müdigkeit und Leistungsschwäche, starken Gewichtsverlust und Nachtschweiß, so genannte B-Symptome. Eine vergrößerte Milz und Veränderungen des Blutbilds werden ebenfalls häufig festgestellt.

Gemeinsam mit anderen bösartigen Erkrankungen (*Neoplasien*) entstehen sie durch genetische Mutation einer Zelle verursacht durch chemische Einwirkungen, radioaktive Strahlung, retroviralen Veränderungen oder werden genetisch vererbt. Die Mutation befähigt die betroffene Zelle sich unabhängig von den Kontrollmechanismen des Organismus unkontrolliert zu teilen und sich der Elimination durch das Immunsystem zu entziehen. Die neugebildeten (*neoplastischen*) Zellen teilen Eigenschaften ihrer Herkunftszelllinie und können danach differenziert werden, so dass die Gruppe der Non-Hodgkin-Lymphome in B-, T- und NK-Zell-Lymphome unterschieden wird. B-Zell Lymphome werden etwa 15 mal häufiger diagnostiziert als die Gruppe der T- und NK-Zell-Lymphome und stellen damit die häufigsten Lymphomerkrankungen dar (WHO 2008).

Das Hodgkin-Lymphom, obwohl vermutlich ursprünglich aus einer B-Zelle entstanden, stellt für sich eine eigene Erkrankung innerhalb der Lymphome dar. Historisch war das Hodgkin-Lymphom als erstes Lymphom durch die Pathologen in der histopathologischen Untersuchung, also der mikroskopischen Begutachtung von betroffenen Lymphknoten, durch Nachweis von typischen Hodgkin- und Sternberg-Reed-Zellen abgrenzbar und zeichnete sich durch ein typisches klinisches Bild aus. Durch die Entwicklung der Chemotherapie, beginnend in den 1950er Jahren und mit Einführung der Strahlentherapie in den 1970er Jahren konnten bei dieser Erkrankung erstaunliche Heilungsraten erzielt werden, so dass heutzutage über alle Stadien eine langfristige Heilung in über 90% der betroffenen Patienten erzielt werden kann.

Die Gruppe der Non-Hodgkin-Lymphome (NHL) beinhaltet alle weiteren Lymphom-Erkrankungen. B-Zell-NHL treten am häufigsten auf und haben insgesamt eine bessere Prognose als T- oder NK-Zell-NHL. Doch auch die B-Zell-NHL lassen sich weiter in ca. 30 Erkrankungen und zahlreiche Subgruppen klassifizieren. Das Diffus großzellige B-Zell-Lymphom (DLBCL) stellt mit einem Anteil von 30,6% das häufigste aggressive hoch-maligne B-NHL dar und bei der Gruppe der niedrig-malignen B-NHL dominiert das Follikuläre Lymphom (FL) mit 22% (Abb. 2, WHO 2008). Aufgrund der hohen Zellteilungsrate von aggressiven Lymphomen sind diese meist besser zu therapieren, da sie durch die gesteigerte Zellteilung auf Zellgift empfindlicher reagieren als niedrig-maligne Lymphome. Aggressive DLBCL können heutzutage in ca. 80% der Fälle mittels kombinierter Chemoimmuntherapie geheilt werden, wo hingegen das langsam wachsende FL im systemischen Stadium bis heute nicht geheilt werden kann, aber Verläufe im Bereich von Jahrzehnten zeigt.

Die Prognose der B-NHL ist daher von der Art der Erkrankung, aber auch vom Stadium abhängig. Auch hier hat jede Erkrankung eine eigene Stadieneinteilung und eigene

