

Panagiotis Samaras
Klinik für Onkologie
Universitätsspital Zürich

Einleitung: Erstmals wurde dieses Lymphom 1832 vom englischen Arzt und Pathologen Dr. Thomas Hodgkin beschrieben, das seither seinen Namen trägt. Diese Erkrankung entwickelt sich aus Zellen des Immunsystems, den B-Lymphozyten. Jährlich erkranken ca. 200 Menschen in der Schweiz daran. Das Erkrankungsalter liegt meist zwischen 15-35 Jahren sowie bei Personen über 60 Jahre.

Histologie: In der mikroskopischen Feingewebsuntersuchung eines befallenen Lymphknotens zeigt sich ein charakteristisches "buntes Bild" mit sehr vielen verschiedenen Zellen des Immunsystems. Die eigentlichen Tumorzellen, die sog. Reed-Sternberg-Zellen, machen nur etwa 1-2% aller Zellen aus. Lange ist man deswegen davon ausgegangen, dass es sich beim HL um eine chronisch-entzündliche Erkrankung handelt. Insgesamt unterscheidet man vier verschiedene Unterformen des klassischen Hodgkin-Lymphoms. Eine seltene Sonderform stellt das Paraganulom dar.

Klinisches Bild: Betroffene Menschen beklagen in der Regel schmerzlose Lymphknotenschwellungen. Diese können prinzipiell überall auftreten, am häufigsten am Hals, unter den Achseln oder im Mittelfellraum des Brustkorbs. Häufig werden B-Symptome geäussert (Fieber, Nachtschweiss, Gewichtsverlust). In manchen Fällen kann ein hartnäckiger Juckreiz sowie ein Alkoholschmerz der betroffenen Lymphknoten bestehen.

Untersuchungen: Idealerweise sollte ein Lymphknoten vollständig operiert werden, um die Diagnose sicher stellen zu können. Eine mittels einer feinen Nadel entnommene Probe ist nicht ausreichend. Zur Beurteilung, ob weitere Körperregionen befallen sind, sollten eine Knochenmarkuntersuchung sowie eine Computertomographie (CT) zusammen mit einer Positronen-Emissions-Tomographie (PET) durchgeführt werden, sofern letztere verfügbar ist (Bild 1). Hierdurch können sowohl das Stadium als auch die Risikogruppe festgelegt werden (Tabelle 1).

Behandlung: Zum Einsatz kommen dabei in der Regel Kombinationen verschiedener Chemotherapeutika (ABVD oder BEACOPP eskaliert), sowie eine Strahlentherapie der betroffenen Lymphknotenregionen. Die Therapiewahl hängt dabei entscheidend vom Stadium der Erkrankung sowie vom Alter und der körperlichen Fitness des Patienten ab. Die Chance auf eine Heilung durch die Therapie liegt gesamthaft bei ca. 85%. Im Fall eines Rückfalls kann eine Hochdosistherapie mit autologer Stammzelltransplantation durchgeführt werden.

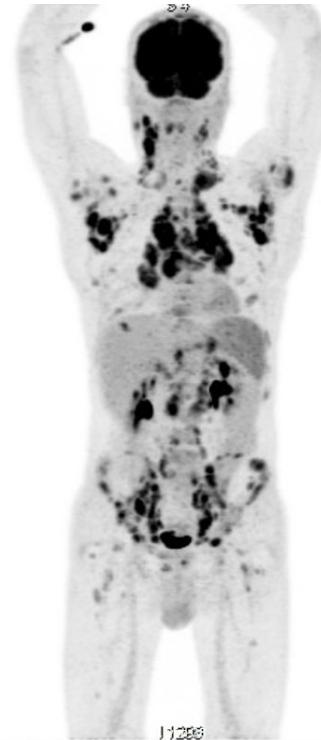


Bild 1: Positronen-Emissions-Tomographie (PET). Mehrere befallene Lymphknotenstationen ober- und unterhalb des Zwerchfells sowie mehrere Knochenherde.

Stadium	Befallsmuster
I	Befall einer Lymphknotenregion
II	Befall von mehr als einer Lymphknotenregion auf einer Seite des Zwerchfells
III	Befall von Lymphknotenregionen auf beiden Seiten des Zwerchfells
IV	Diffuser Befall von einem oder mehreren Organen mit oder ohne Lymphknotenbefall
Risikofaktoren	Grosser Tumor im Mittelfellraum des Brustkorbs Alter ≥50 Jahre Erhöhte Blutsenkungsreaktion Befall von ≥4 Lymphknotenarealen