

DLBCL

Diffus großzelliges B-Zell-Lymphom

Die Leitlinie ist auch gültig für verschiedene Varianten und Subtypen des DLBCL sowie anderer großzelliger B-Zell-Lymphome (das primär mediastinale großzellige B-Zell-Lymphom, das intravaskuläre großzellige B-Zell-Lymphom, das ALK-positive großzellige B-Zell-Lymphom, das plasmoblastische Lymphom sowie das follikuläres Lymphom Grad 3B, High Grade B-Zell Lymphome (HGBL) wie Double Hit Lymphome (HGBL mit MYC and BCL-2 Rearrangement) sowie HGBL, NOS.

Die Leitlinie ist **nicht** gültig für primär cerebrale Lymphome, Burkitt Lymphome sowie HGBL with 11q aberration (HGBL-11q, vormals „Burkitt-like“).

Medizinische Leitlinie

Tumorzentrum Oberösterreich

Leitlinie erstellt von:	Dagmar Wipplinger (OKL); Aisté Fokaité (KWG); Manuel Orlinger (OKL); Natalia Rotter (OKL); Lukas Kocik (OKL); Roswitha Huppert (OKL);
Leitlinie geprüft von:	Olga Stiefel (OKL); Irene Strassl (OKL), Clemens Schmitt (KUK); Alexander Andorfer (RI); Florian Roitner (BR); Ansgar Weltermann (TZ)
Fachliche Freigabe:	Dagmar Wipplinger Revision v. 02.04.2024

Diese Leitlinie ist eine Grundlage für die Diagnostik und Therapie innerhalb des Tumorzentrums Oberösterreich und erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit.

Darüberhinaus von den jeweiligen Fachgesellschaften festgelegte Qualitätsstandards sind dem Stand der Wissenschaft entsprechend einzubeziehen.

Inhaltsverzeichnis

1	Allgemeines	3
2	Diagnostik und Scoring	5
2.1	Diagnostik	5
2.2	Fertilität	5
2.3	Kriterien zur Bestimmung des Stadiums (Cheson)	6
2.4	Stadieneinteilung nach den modifizierten Ann-Arbor Kriterien	7
2.5	Risikoeinschätzung	8
2.5.1	Erhöhtes ZNS Relapse Risiko [5]	9
3	Behandlungsplan	10
3.1	DLBCL – 1. Therapielinie, Alter < 60	10
3.3	High-Grade B-Zell Lymphome (HGBL) oder Double/Triple Expressor Lymphome	12
3.4	Strahlentherapie	13
3.5	Response Kriterien	13
3.6	DLBCL – 2. Therapielinie (primär refraktär oder 1. Rezidiv)	16
3.6.1	Bridging Therapie	17
3.6.2	CAR-T-Cell Therapie	17
3.6.3	Palliative Therapie	18
3.7	DLBCL - ab 3. Therapielinie	20
3.8	Supportive Therapie mit G-CSF	20
3.9	Infektionsprophylaxe während der Immunochemotherapie	21
3.10	Hohe Tumorlast	21
4	Besondere klinische Situationen	21
4.1	Zentralnervöse Manifestation bei Erstdiagnose	21
4.2	Eingeschränkte Linksventrikelfunktion	21
4.3	Hodenlymphom (PTL)	21
4.4	Primär mediastinales B-Zell Lymphom (PMBL)	21
4.5	Primär zerebrales Lymphom (PCNSL)	22
5	Verlaufskontrolle und Nachsorge	22

6	Dokumentation und Qualitätsparameter	22
7	Literatur/Quellenangaben	23
	Anhang: Therapieprotokolle	27
	Anhang: WHO-Klassifikation	30
	Anhang: Erstvorstellung Stammzelltransplantation.....	31
	Anhang: Studienblatt	31
	Anhang: Wirtschaftliche Analyse (optional)	31

1	Allgemeines
----------	--------------------

Die Leitlinie findet Anwendung beim klassischen DLBCL und seinen Varianten (1) und Subtypen (2), bei anderen großzelligen B-Zell-Lymphomen („verwandte Erkrankungen“), die nach den gleichen Prinzipien diagnostiziert und therapiert werden (3), sowie bei High Grade B-Zell Lymphomen (HGBL) mit MYC und BCL-2 Rearrangement sowie bei HGBL (4). Grundlage ist die WHO-Klassifikation 2022.

- (1) Die Einteilung der Varianten erfolgt (siehe Anhang) nach morphologischen Kriterien (centroblastisch, immunoblastisch, anaplastisch), nach der Genexpression (keimzentrumsartig (GCB), aktivierten B-Zellen ähnlich (ABC)) und nach immunhistochemischen Merkmalen (CD5-positiv, keimzentrumsartig, nicht-keimzentrumsartig). Der ABC-/non-GCB phenotype hat eine negativ prognostische Bedeutung.
- (2) Wichtige Subtypen sind das T-Zell/Histiozyten-reiche großzellige B-Zell-Lymphom, das primär kutane diffuse großzellige B-Zell-Lymphom der unteren Extremität ("leg type") und das Epstein-Barr-Virus-positive diffuse großzellige B-Zell-Lymphom des älteren Menschen. Das diffuse großzellige B-Zell-Lymphom des zentralen Nervensystems unterscheidet sich im Hinblick auf Biologie und Behandlung von den zuvor genannten Subtypen und wird daher in einer gesonderten Leitlinie abgehandelt.
- (3) Zu der Reihe anderer großzelliger B-Zell-Lymphome gehören das primär mediastinale großzellige B-Zell-Lymphom, das intravaskuläre großzellige B-Zell-Lymphom, das ALK-positive großzellige B-Zell-Lymphom, das plasmoblastische Lymphom und das follikuläre Lymphom Grad 3B.
- (4) High grade B-cell lymphoma (HGBL) mit MYC und BCL2 Rearrangement machen etwa 3-10% der Fälle mit diffus großzelligem B-Zell-Lymphom (DLBCL) aus (Rosenthal, Younes 2016). Bei ca. 20% der Fälle entstehen sie durch Transformation aus einem follikulären Lymphom. Die Mehrheit (ca. 75%) zeigt ein 8q24/MYC-Rearrangement und ein 18q21/BCL2-Rearrangement („double hit“ HGBL; HGBL-MYC/BCL2).
Zusätzlich wird das „High Grade B-Cell Lymphoma, Not Otherwise Specified“ (HGBL, NOS) angeführt. Dies sind reife B-Zell Lymphome bestehend aus mittelgroßen oder blastoiden Zellen, die nicht in eine andere definierte Kategorie passen. NGS-basierte Analysen des Mutationspektrums und Genexpressionssignaturen legen nahe, dass HGBL, NOS eine heterogene Kategorie darstellen,

einschließlich aktivierter B-Zell-Lymphome mit Mutationen von MYD88, CD79B oder TBL1XR1. Die häufigsten Mutationen werden in KMT2D (43 %) und TP53 (30 %) gefunden. Das Genexpressionsprofiling zeigte, dass 54 % der HGBL, NOS die „Double Hit“-Signatur charakteristisch für LBCL/HGBL mit MYC/BCL2 tragen, trotz fehlendem Gen-Rearrangement. [48]

Wichtig: Eine immunhistochemische Überexpression von c-myc und bcl-2 OHNE Nachweis entsprechender Rearrangements findet man bei 20-30% aller Lymphome. Diese sind nicht als HGBL zu bezeichnen, sondern bleiben konventionelle DLBCL. Da dies prognostisch relevant ist, sollte man sie zur besseren Charakterisierung als „double/triple expressor Lymphome“ kennzeichnen.

2 Diagnostik und Scoring

2.1 Diagnostik

- Anamnese, u.a. B-Symptomatik, Risiko bzgl. NHL wie Immunsuppression, Familienanamnese, insbesondere bzgl. Krebserkrankungen
- Anamnese/Information bzgl. Influenza- und Covid-19 Impfung und Nutzen einer Umgebungsimpfung (Influenza, Covid-19); [DGHO-Empfehlungen zur Covid-19 Schutzimpfung](#)
- Klinischer Status, ECOG,
- Histologie: Lymphknotenexstirpation (Stanzbiopsie nur, wenn Gewebegewinnung nicht anders möglich) mit Immunhistochemie (Hans Klassifikator). Molekulare Untersuchung auf c-myc-, bcl-2- und bcl-6- Rearrangement
- Labor (BB + Diff., LDH, Harnsäure, β 2-Mikroglobulin, E-Phorese, Immunglobuline quantitativ), Schwangerschaftstest (β -HCG im Blut), TSH, proBNP, Tropinin
- HIV-, CMV-, EBV- und Hepatitis-Serologie (inkl. HBs Ag: Impfung falls Hepatitis B naiv)
- EKG, Echokardiographie
- PET-CT (inkl. diagnostische CTs): über 97% der DLBCL sind FDG-avid. Das PET-CT bei Erstdiagnose dient zur Erkennung eines PET-positiven Tumors: nach Therapieabschluss ist bei PET-positivem Tumor eine neuerliche PET-CT indiziert, falls ein Resttumor besteht und eine Strahlentherapie eine therapeutische Option darstellt.
- Knochenmarkpunktion (Zytologie, FACS, MoBi: bcl-2, Immunglobulin Rearrangement , Histologie), KM-Untersuchung evt. für Studienevaluierung
- Liquordiagnostik bei ZNS-Risiko-Score 4-6, bei Hochrisiko-Organbefall (Testis, Nieren- oder Nebennierenbefall, Brust) sowie bei engem anatomischen Bezug zum ZNS. Die Diagnostik aus dem Liquor sollte eine FACS-Diagnostik inkludieren, um einen Befall bestmöglich auszuschließen! Keine i.th. Therapie/Prophylaxe bei diagnostischer Punktion - nur wenn hochgradiger Verdacht auf leptomeningealen Befall.
- MR cerebrum bei ZNS IPI > 1 (mittleres und hohes Risiko), Hochrisiko-Organbefall oder bei HIV assoziiertem Lymphom; MR spinal bei Symptomatik bzw. anatomischen Bezug.

2.2 Fertilität

(Rodriguez-Wallberg KA et al., [Fertility preservation during cancer treatment: clinical guidelines](#))

Männer: Bei Behandlung mit Chemotherapie, insbesondere mit alkylierenden Substanzen, kommt es innerhalb von 5 bis 7 Jahren zu einer Erholung der Spermatogenese. Da dies im Einzelfall nicht vorhersehbar ist, sollte bei Kinderwunsch vor der Chemotherapie eine Samenkonservierung erfolgen.

Bei **Frauen** kommt es im Anschluss an eine Behandlung mit den meisten Therapieregimen nicht zu bleibender Amenorrhoe. Häufig ist dagegen eine Verminderung der Ovarialreserve mit vorzeitiger Menopause (letzter Zyklus vor dem 40. Lebensjahr). Das zeitliche Fenster für die Erfüllung eines Kinderwunsches ist insbesondere für Patientinnen, die zum Zeitpunkt der Chemotherapie das 30. Lebensjahr überschritten haben, kurz. Patientinnen mit prospektivem Kinderwunsch sollten soweit vertretbar, vor Einleitung der Therapie einem reproduktionsmedizinischen Zentrum vorgestellt werden.

GnRH Analoga: Der Einsatz von GnRH Analoga zur Ovarialprotektion unter Chemotherapie ist keine Standardtherapie, kann jedoch die ovarielle Funktion und das Risiko einer langfristigen Chemotherapie-induzierten Amenorrhoe senken (Goserelin (Zoladex®) 3.6 mg subkutan alle 4

Wochen: Start 1 Woche vor dem 1. Zyklus Chemotherapie bis 2 Wochen vor oder nach Ende des letzten Zyklus Chemotherapie.

Kryokonservierung von Ovarialgewebe: Die Kryokonservierung von laparoskopisch entnommenem Ovarialgewebe ist ein neuer, experimenteller Ansatz. Aufgrund der mit dem Alter abnehmenden Follikeldichte im Ovar wird diese fertilitätsprotektive Technik nur bei Frauen bis zu einem Alter von 35 Jahren empfohlen. Die Maßnahme ist partnerunabhängig und würde bei einem späteren erfolgreichen Angehen des Transplantates auch die endokrinologische Situation der Patientin verbessern. Der Zeitbedarf beträgt ca. 2 Tage.

Kontakt: Kepler Universitätsklinikum, Kinderwunsch Zentrum Tel.: 0043 (0)5 7680 84 – 24630.

2.3 Kriterien zur Bestimmung des Stadiums (Cheson)

Die Festlegung des Stadiums erfolgt anhand der Zusammenschau aus klinischem Befund, Bildgebung und ggfs. Liquordiagnostik:

Table 1. Criteria for Involvement of Site				
Tissue Site	Clinical	FDG Avidity	Test	Positive Finding
Lymph nodes	Palpable	FDG-avid histologies Nonavid disease	PET-CT CT	Increased FDG uptake Unexplained node enlargement
Spleen	Palpable	FDG-avid histologies Nonavid disease	PET-CT CT	Diffuse uptake, solitary mass, miliary lesions, nodules > 13 cm in vertical length, mass, nodules
Liver	Palpable	FDG-avid histologies Nonavid disease	PET-CT CT	Diffuse uptake, mass Nodules
CNS	Signs, symptoms		CT MRI CSF assessment	Mass lesion(s) Leptomeningeal infiltration, mass lesions Cytology, flow cytometry
Other (eg, skin, lung, GI tract, bone, bone marrow)	Site dependent		PET-CT*, biopsy	Lymphoma involvement

Abbreviations: CSF, cerebrospinal fluid; CT, computed tomography; FDG, fluorodeoxyglucose; MRI, magnetic resonance imaging; PET, positron emission tomography.
*PET-CT is adequate for determination of bone marrow involvement and can be considered highly suggestive for involvement of other extralymphatic sites. Biopsy confirmation of those sites can be considered if necessary.

Bildegung zur Festlegung pathologischer Lymphknoten, Leber und Milz

Nach den Lugano-Kriterien sind die 6 größten Lymphknoten (Längsdurchmesser > 1,5 cm) oder extranodalen Herde (Längsdurchmesser > 1 cm) auszumessen und im Verlauf zu beurteilen. Die Auswahl der Lymphknoten soll eine repräsentative (verschiedene) Auswahl der verschiedenen befallenen Körperregionen abdecken, insbesondere mediastinale und retroperitoneale Läsionen/LK.

CT (MR): Ein pathologischer LK ist definiert als ein LK mit einem Längsdurchmesser (LDi) > 1,5 cm. Eine pathologisch vergrößerte Milz misst > 13 cm im vertikalen (craniokaudalen) DM.

PET: Erhöhte FDG Speicherung, in Organen mit physiologisch erhöhter Speicherung (zB Milz, Leber) ist eine fokal erhöhte, inhomogene oder diffuse Speicherung als pathologisch zu werten.

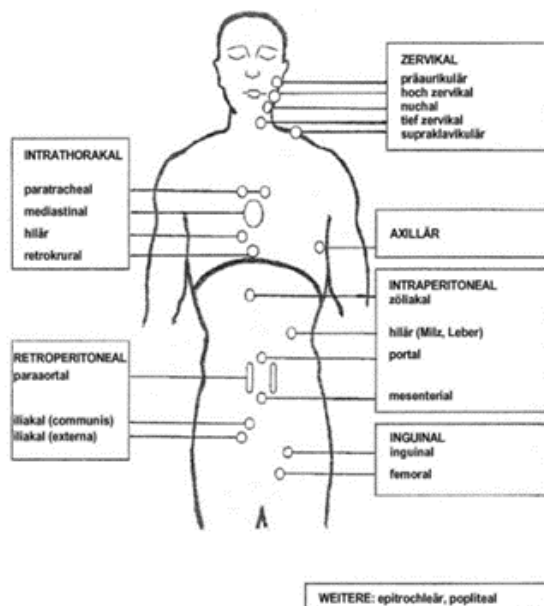
PET-CT: Es gelten die gleichen Kriterien wie für die Einzeluntersuchungen

2.4 Stadieneinteilung nach den modifizierten Ann-Arbor Kriterien

Die Stadieneinteilung erfolgt anhand des PET-CT bei aviden Tumoren und anhand des CT bei nicht aviden Tumoren. Tonsillen, Waldeyer's Ring und Milz werden als „nodales“ Gewebe gewertet. Die Stadieneinteilung unterscheidet in „Limited Disease“ (Stadium I/II ohne „bulky“) und „Advanced Disease“ (Stadium III/IV). Ein Patient im Stadium II mit bulky ist in Abhängigkeit von Histologie und anderen Risikofaktoren (z.B. IPI) entweder als limited oder advanced disease zu behandeln.

Modifizierte Ann Arbor Klassifikation (Lugano Classification)	
Stadium I (IE)	Befall eines Lymphknotens oder einer Lymphknotenregion (I) oder lokalisierter Befall eines einzigen extralymphatischen Organs (IE) ohne Lymphknotenbefall
Stadium II (IIE)	Befall von zwei oder mehr Lymphknotenregionen auf der gleichen Seite des Zwerchfells (II) oder Kriterien von LK-Befall von Stadium I/II mit unifokalem („zusammenhängend“) Befall eines extralymphatischen Gewebes (IIE)
Stadium III (III)	Befall von Lymphknotenregionen auf beiden Seiten des Zwerchfells (III) oder Lymphknotenbefall oberhalb des Zwerchfells und Milzbefall (III)
Stadium IV	Multifokaler Befall eines oder Befall mehrerer extralymphatischer Organe oder Gewebe mit oder ohne Befall von lymphatischen Gewebe Als diffuser Befall gelten auch mehrere lokale Manifestationen in einer extranodalen Lokalisation, Leber- und/oder KM-Befall
„bulky“	bei Stadium II-IV definiert als RF ≥ 10 cm (Die Größe von Raumforderungen sollte in „cm“ angegeben werden, da ab einer Größe von 7,5 cm eine Strahlentherapie in Erwägung zu ziehen ist)

Lymphknotenregionen



2.5 Risikoeinschätzung

International Prognostic Index (IPI)	
Age >60	
LDH > normal	
Performance status 2-4	
Stage III or IV	
Extranodal involvement > 1 site	
Low	0 or 1
Low intermediate	2
High intermediate	3
High	4 or 5

Age-adjusted International Prognostic Index (aaIPI) *	
Stage III or IV	
Serum LDH > normal	
Performance status 2-4	
Low	0
Low intermediate	1
High intermediate	2
High	3

* gilt nur für Patienten < 60 Jahre

Neben dem IPI sind weitere Risikofaktoren für das Rezidivrisiko von prognostischer Bedeutung: KM-Befall, Bulky-disease, c-myc pos., double expressor und double hit lymphoma (c-myc pos. und bcl-2 pos.), triple hit lymphoma

	EFS 3-Year rate	PFS 3-Year rate	OS 3-Year rate
low	81,3	87,0	91,4
low-intermediate	68,5	74,7	80,9
high-intermediate	53,2	58,6	65,1
high	49,5	55,8	59,0

Abb. Ziepert M. et al. Standard International prognostic index remains a valid predictor of outcome for patients with aggressive CD20+ B-cell lymphoma in the rituximab era . J Clin Oncol 2010;28:2373-2380

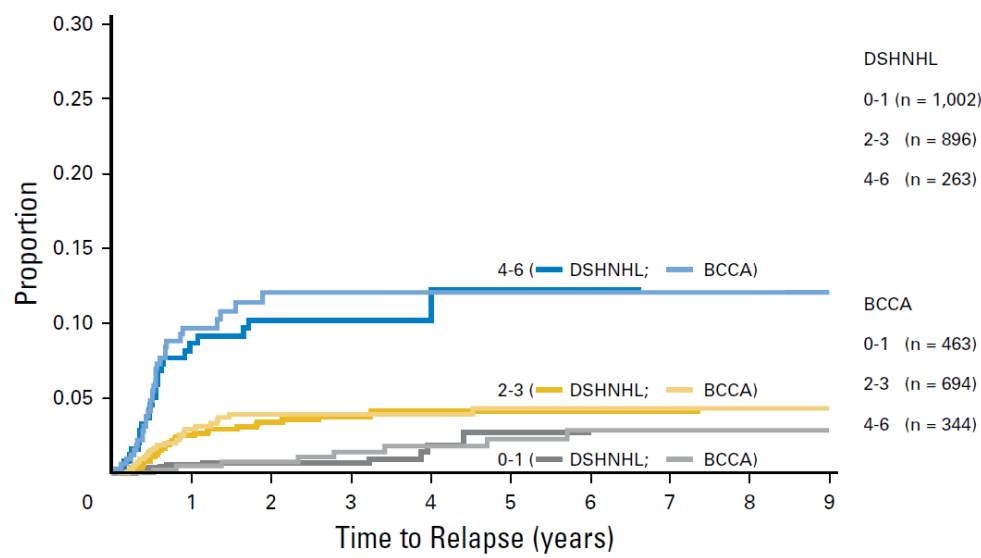
2.5.1 Erhöhtes ZNS Relapse Risiko [5]

Folgende Faktoren sind Risikofaktoren für ein Rezidiv im ZNS

- Hoher CNS-Score (high risk CNS-IPI (7-30% ZNS-Rezidivrisiko) = 4-6 Punkte)
 - ECOG > 1
 - Alter > 60
 - Stadium III / IV
 - LDH > normal
 - Niere bzw Nebenniere
 - > 1 extranodale Manifestation

[Online-Rechner](#) (QxMD)

- Hodenlymphom
- Brustlymphom



Retrospektive Daten mit insgesamt mehr als 4000 Patienten zeigen, dass weder die i.th. Prophylaxe noch die HD-MTX i.v.-Prophylaxe einen Nutzen bringen. [6, 7] HD-MTX i.v., welches alternierend mit R-CHOP verabreicht wird, führt laut einer multizentrischen, retrospektiven Studie zu häufigeren Therapieverzögerungen. Diese Verzögerungen führen wiederum zu einem verminderten PFS.[43]

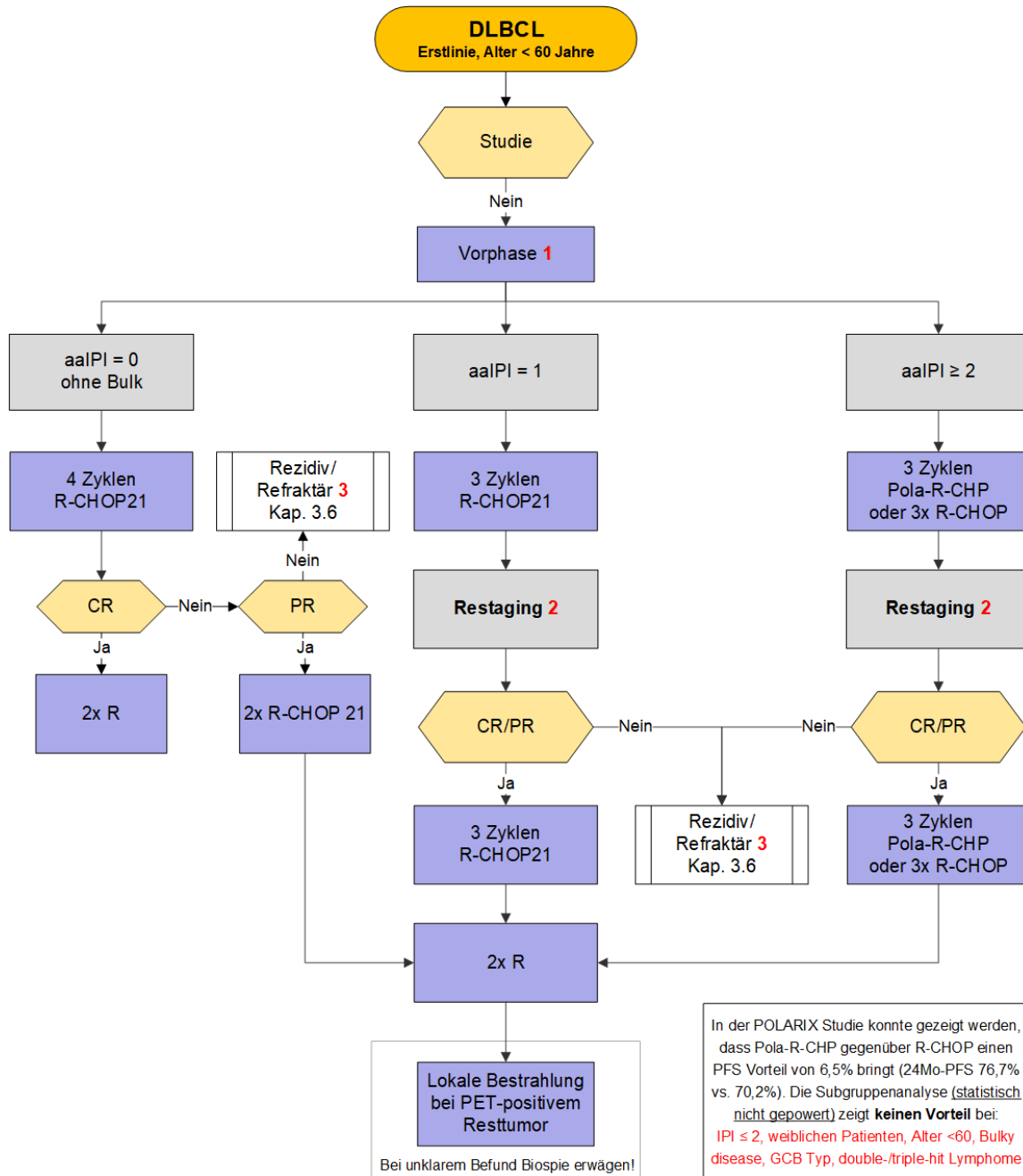
Bzgl. Intensivierung der Erstlinientherapie (zB Hinzugabe von Etoposid), bei hohem ZNS-IPI, liegen derzeit noch keine Daten vor und wird somit nicht empfohlen.

Eine **ZNS-Prophylaxe mittels HD-MTX i.v.** wird **bei Hodenlymphom** empfohlen. Bei allen anderen Hoch-Risiko Situationen wird im Allgemeinen keine ZNS-Prophylaxe empfohlen. Entscheidet man sich im Einzelfall dennoch dafür, sollte diese mittels HD-MTX i.v. erfolgen.

3 Behandlungsplan

3.1 DLBCL – 1. Therapielinie, Alter < 60

(ausgenommen Double/Triple hit Lymphome, Double/Triple Expressor Lymphome mit weiteren Kriterien, High Grade B-Cell Lymphoma (HGBL), NOS, – siehe 3.3)



1 Vorphase mit 100mg Aprednislon Tag 1-5 bei hohem Tumorload

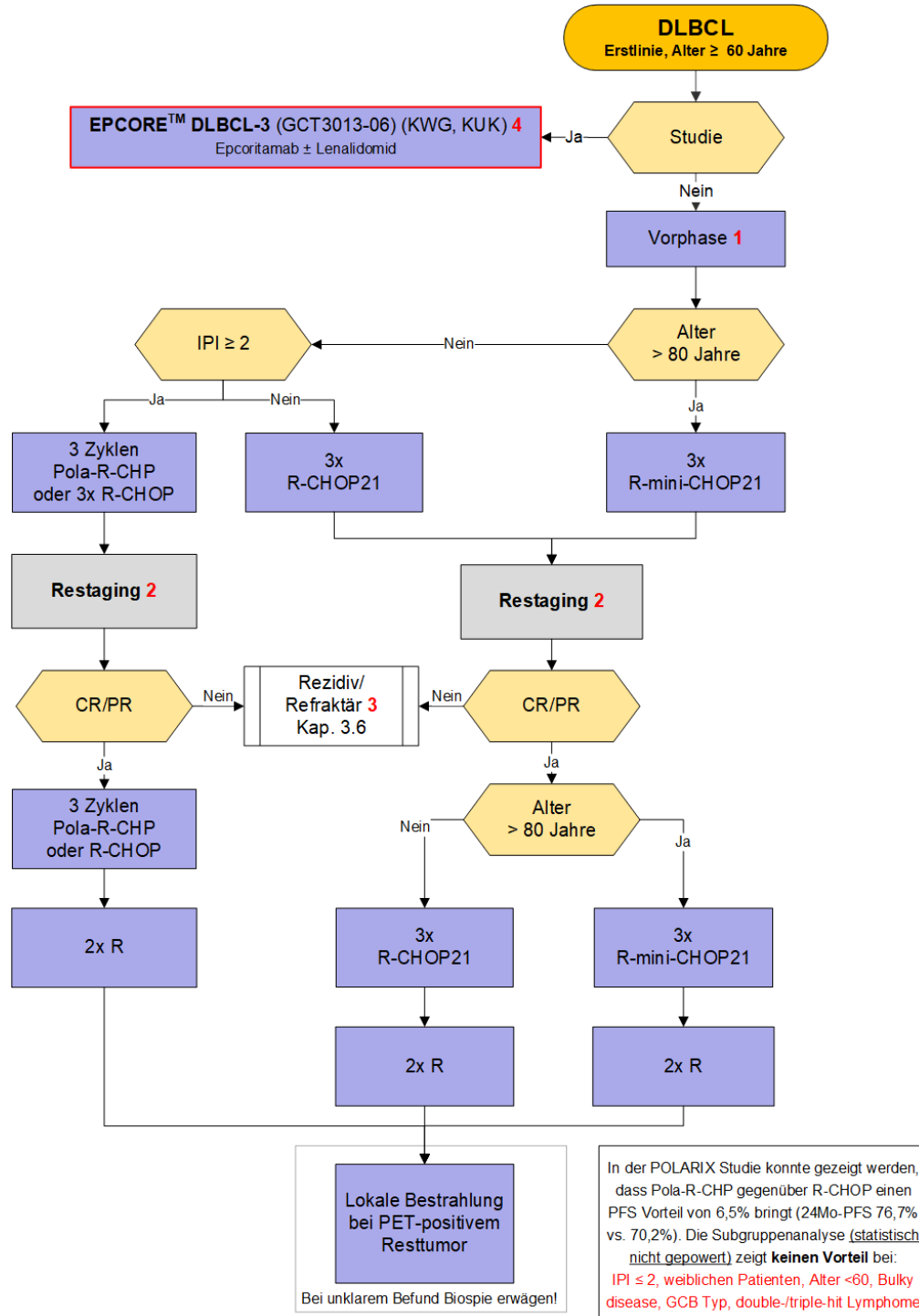
2 alle initial positiven Untersuchungen (CT ohne PET!) sowie Kontrolle des pBNP

3 Patienten mit Progress / No Response auf Ersttherapie haben einen extrem schlechten Outcome. Die Patienten sind so rasch wie möglich am Transplantationszentrum zur primären Evaluierung einer allogenen Stammzelltransplantation vorzustellen.

3.2 DLBCL – 1. Therapielinie, Alter ≥ 60

(ausgenommen Double/Triple hit Lymphome, Double/Triple Expressor Lymphome mit weiteren Kriterien, High Grade B-Cell Lymphoma (HGBL), NOS – siehe 3.3)

Unter R-CHOP bzw. Pola-R-CHP sollte eine [Primärprophylaxe mit G-CSF](#) erfolgen.



1 Vorphase mit 100mg Aprednislon Tag 1-5 bei hohem Tumorload

2 alle initial positiven Untersuchungen (CT ohne PET!) sowie Kontrolle des pBNP

3 Patienten mit Progress / No Response auf Ersttherapie haben einen extrem schlechten Outcome. Die Patienten sind so rasch wie möglich am Transplantationszentrum zur primären Evaluierung einer allogenen Stammzelltransplantation vorzustellen.

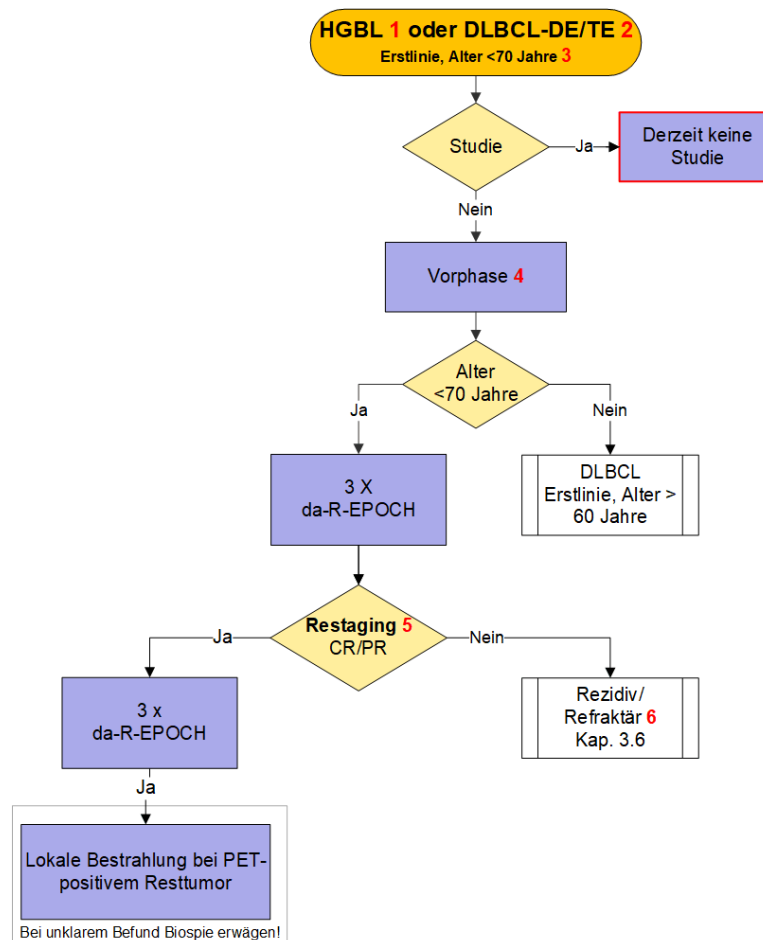
4 siehe Anhang [Studienblatt](#)

3.3 High-Grade B-Zell Lymphome (HGBL) oder Double/Triple Expressor Lymphome

Folgende Lymphomarten haben eine schlechte Prognose (siehe auch Kapitel 1):

- Patienten mit High Grade Lymphomen (HGBL) mit Double/Triple Hit-Rearrangement
- High Grade B-Cell Lymphoma, Not Otherwise Specified (HGBL, NOS)
- Bei Double/Triple-Expressor Lymphomen kann ebenfalls eine intensiviertere Therapie diskutiert werden, wenn zum Beispiel ein high risk IPI vorliegt (4-5) oder **mindestens 2 der folgenden Risikofaktoren** vorliegen: hohe LDH, hoher Ki67-Proliferationsindex (>90%), fortgeschrittenes Stadium (III/IV), ZNS-Befall oder leukämischer Befall.

Retrospektive Studiendaten zeigen einen verbesserten Outcome (PFS) durch eine intensiviertere Therapie. Jedoch ist der Langzeitnutzen, insbesondere OS, nicht bewiesen, sodass nicht alle internationalen Leitlinien angesichts der Toxizität eine intensivere Therapie als R-CHOP empfehlen. Wichtig ist daher, dass bei schlechter Verträglichkeit eine rechtzeitige Therapie-Deeskalation von da-R-EPOCH auf R-CHOP angedacht werden sollte. Auch ist bei Patienten >60 Jahren eine Therapie mit R-CHOP jedenfalls vertretbar.



1 Patienten mit High Grade Lymphomen (HGBL) mit Double/Triple Hit Rearrangement oder Not Otherwise Specified (HGBL, NOS) (siehe Kapitel 3.3. und 1)

2 DLBCL-DE/TE Double/Triple Expressor Lymphome, wenn ein high risk IPI vorliegt (4-5) oder mindestens 2 der folgenden Risikofaktoren vorliegen: hohe LDH, hoher Ki67-Proliferationsindex (>90%), fortgeschrittenes Stadium (III/IV), IG-MyC, ZNS Befall oder leukämischer Befall. (siehe Kapitel 3.3. und 1)

3 Biologisches Alter < 70 Jahre

4 Vorphase mit 100mg Apremnison Tag 1-5 bei hohem Tumorload

5 alle initial positiven Untersuchungen (CT ohne PET!) sowie Kontrolle des pBNP

6 Patienten mit Progress / No Response auf Ersttherapie haben einen extrem schlechten Outcome. Die Patienten sind so rasch wie möglich am Transplantationszentrum zur primären Evaluierung einer allogenen Stammzelltransplantation vorzustellen

3.4 **Strahlentherapie**

Eine lokale Bestrahlung ist zu empfehlen bei

- (1) anhaltend PET-positiven Läsionen (nodal und extranodal) Deauville Score 3 - 5
- (2) bulky disease (definiert $\geq 7,5$ cm)
- (3) Extranodalbefall

Für jeden Patienten ist ein individueller Bestrahlungsplan festzulegen.

Die vorhandenen initialen und abschließenden PET/CT Untersuchungen sollen für die Bestrahlungsplanung verwendet werden.

Bei der Bestrahlung mediastinaler Tumoren sollte eine Bestrahlungsplanung in tiefer Inspiration geprüft werden.

Die Bestrahlung soll als involved-site Radiotherapie durchgeführt werden, deren Basis in mehreren Arbeiten der ILROG dargelegt wurde.

Die Gesamtreferenzdosis sollte bei der Nachbestrahlung von Bulk und Extranodalbefällen 30 – 40 Gy betragen, ED 1,8 – 2 Gy, jeweils 5 Fraktionen pro Woche.

Der Beginn der Strahlentherapie sollte 3-6 Wochen nach Ende der Chemotherapie erfolgen.

Etwa 8 Wochen nach Ende der Strahlentherapie sollte bei zuvor noch PET-positivem Tumor eine neuerliche PET-CT durchgeführt werden.

Bei negativem Befund Nachsorge laut Leitlinie, bei anhaltend positivem Befund bildgebende Kontrollen für eine gegebenenfalls frühzeitige Rezidivtherapie.

Grundlage für die Therapieempfehlungen bilden die Recover-60 Studie, sowie die Interimsanalysen der Unfolder und Optimal>60 Studie.

3.5 **Response Kriterien**

Die Responsebeurteilung erfolgt gemäß der Lugano-Kriterien (siehe nächste Seite).

- Zum Restaging unter laufender Therapie (nach 3 Zyklen) werden alle initial positiven klinischen und bildgebenden Verfahren neuerlich angewendet, jedoch kein PET-CT und keine KM-Untersuchung.
- Vor fix geplanter Strahlentherapie ist ein CT nach Ende der Chemotherapie ausreichend. Das abschließende PET-CT erfolgt 6-8 Wochen nach Ende der Strahlentherapie.
- Wenn keine fixe Indikation für eine Strahlentherapie besteht, erfolgt das Restaging bei Therapieabschluss 6 Wochen nach Ende der Chemotherapie:
 - PET CT (inkl. diagnostisches CTs)
 - KM (falls initial positiv)
 - Echokardiographie + pBNP und Troponin

Je nach Ausgangsbefund und Verlaufsbefund ist eine lokale Strahlentherapie anzustreben.

Responsekriterien (Lugano)

Response and Site	PET-CT–Based Response	CT-Based Response
Complete	Complete metabolic response	Complete radiologic response (all of the following)
Lymph nodes and extralymphatic sites	Score 1, 2, or 3* with or without a residual mass on 5PS† It is recognized that in Waldeyer's ring or extranodal sites with high physiologic uptake or with activation within spleen or marrow (eg, with chemotherapy or myeloid colony-stimulating factors), uptake may be greater than normal mediastinum and/or liver. In this circumstance, complete metabolic response may be inferred if uptake at sites of initial involvement is no greater than surrounding normal tissue even if the tissue has high physiologic uptake	Target nodes/nodal masses must regress to ≤ 1.5 cm in LDi No extralymphatic sites of disease
Nonmeasured lesion	Not applicable	Absent
Organ enlargement	Not applicable	Regress to normal
New lesions	None	None
Bone marrow	No evidence of FDG-avid disease in marrow	Normal by morphology; if indeterminate, IHC negative
Partial	Partial metabolic response	Partial remission (all of the following)
Lymph nodes and extralymphatic sites	Score 4 or 5† with reduced uptake compared with baseline and residual mass(es) of any size At interim, these findings suggest responding disease At end of treatment, these findings indicate residual disease	$\geq 50\%$ decrease in SPD of up to 6 target measurable nodes and extranodal sites When a lesion is too small to measure on CT, assign 5 mm \times 5 mm as the default value When no longer visible, 0 \times 0 mm For a node > 5 mm \times 5 mm, but smaller than normal, use actual measurement for calculation
Nonmeasured lesions	Not applicable	Absent/normal, regressed, but no increase
Organ enlargement	Not applicable	Spleen must have regressed by $> 50\%$ in length beyond normal
New lesions	None	None
Bone marrow	Residual uptake higher than uptake in normal marrow but reduced compared with baseline (diffuse uptake compatible with reactive changes from chemotherapy allowed). If there are persistent focal changes in the marrow in the context of a nodal response, consideration should be given to further evaluation with MRI or biopsy or an interval scan	Not applicable
No response or stable disease	No metabolic response	Stable disease
Target nodes/nodal masses, extranodal lesions	Score 4 or 5 with no significant change in FDG uptake from baseline at interim or end of treatment	$< 50\%$ decrease from baseline in SPD of up to 6 dominant, measurable nodes and extranodal sites; no criteria for progressive disease are met
Nonmeasured lesions	Not applicable	No increase consistent with progression
Organ enlargement	Not applicable	No increase consistent with progression
New lesions	None	None
Bone marrow	No change from baseline	Not applicable
Progressive disease	Progressive metabolic disease	Progressive disease requires at least 1 of the following
Individual target nodes/nodal masses Extranodal lesions	Score 4 or 5 with an increase in intensity of uptake from baseline and/or New FDG-avid foci consistent with lymphoma at interim or end-of-treatment assessment	PPD progression: An individual node/lesion must be abnormal with: LDi > 1.5 cm and Increase by $\geq 50\%$ from PPD nadir and An increase in LDi or SDi from nadir 0.5 cm for lesions ≤ 2 cm 1.0 cm for lesions > 2 cm In the setting of splenomegaly, the splenic length must increase by $> 50\%$ of the extent of its prior increase beyond baseline (eg, a 15-cm spleen must increase to > 16 cm). If no prior splenomegaly, must increase by at least 2 cm from

Response and Site		PET-CT–Based Response	CT-Based Response
Nonmeasured lesions	None		baseline New or recurrent splenomegaly New or clear progression of preexisting nonmeasured lesions
New lesions	New FDG-avid foci consistent with lymphoma rather than another etiology (eg, infection, inflammation). If uncertain regarding etiology of new lesions, biopsy or interval scan may be considered		Regrowth of previously resolved lesions A new node > 1.5 cm in any axis A new extranodal site > 1.0 cm in any axis; if < 1.0 cm in any axis, its presence must be unequivocal and must be attributable to lymphoma Assessable disease of any size unequivocally attributable to lymphoma
Bone marrow	New or recurrent FDG-avid foci		New or recurrent involvement

Abbreviations: SPS, 5-point scale; CT, computed tomography; FDG, fluorodeoxyglucose; IHC, immunohistochemistry; LDi, longest transverse diameter of a lesion; MRI, magnetic resonance imaging; PET, positron emission tomography; PPD, cross product of the LDi and perpendicular diameter; SDi, shortest axis perpendicular to the LDi; SPD, sum of the product of the perpendicular diameters for multiple lesions.

*A score of 3 in many patients indicates a good prognosis with standard treatment, especially if at the time of an interim scan. However, in trials involving PET where de-escalation is investigated, it may be preferable to consider a score of 3 as inadequate response (to avoid undertreatment). Measured dominant lesions: Up to six of the largest dominant nodes, nodal masses, and extranodal lesions selected to be clearly measurable in two diameters. Nodes should preferably be from disparate regions of the body and should include, where applicable, mediastinal and retroperitoneal areas. Non-nodal lesions include those in solid organs (eg, liver, spleen, kidneys, lungs), GI involvement, cutaneous lesions, or those noted on palpation. Nonmeasured lesions: Any disease not selected as measured, dominant disease and truly assessable disease should be considered not measured. These sites include any nodes, nodal masses, and extranodal sites not selected as dominant or measurable or that do not meet the requirements for measurability but are still considered abnormal, as well as truly assessable disease, which is any site of suspected disease that would be difficult to follow quantitatively with measurement, including pleural effusions, ascites, bone lesions, leptomeningeal disease, abdominal masses, and other lesions that cannot be confirmed and followed by imaging. In Waldeyer's ring or in extranodal sites (eg, GI tract, liver, bone marrow), FDG uptake may be greater than in the mediastinum with complete metabolic response, but should be no higher than surrounding normal physiologic uptake (eg, with marrow activation as a result of chemotherapy or myeloid growth factors).

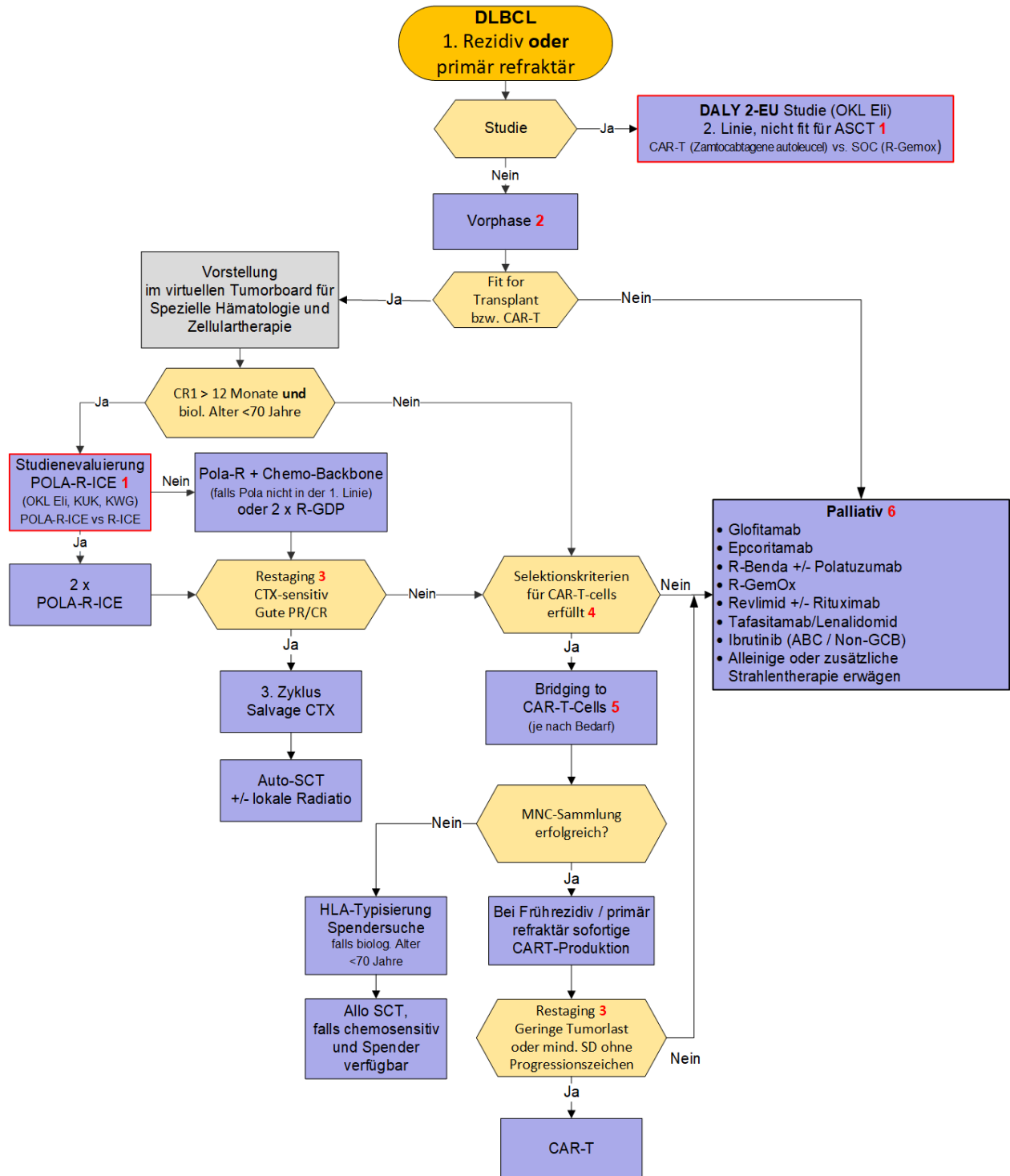
†PET 5PS:

- 1, no uptake above background
- 2, uptake ≤ mediastinum
- 3, uptake > mediastinum but ≤ liver
- 4, uptake moderately > liver
- 5, uptake markedly higher than liver and/or new lesions
- X, new areas of uptake unlikely to be related to lymphoma

Immunmodulatorische Therapien sind aktuell kein Standard für das DLBCL. Falls eine solche Therapie zum Beispiel im Rahmen eines Named Patient Programm verabreicht wird, sind die LUGANO-Kriterien für immunmodulatorische Therapien anzuwenden (29)

Criteria	CR	PR	PD
Lugano	PET-CT, score 1, 2, or 3* with or without a residual mass on 5PS† OR on CT, target nodes/nodal masses must regress to ≤1.5 cm in LDi	PET-CT score 4 or 5 with reduced uptake compared with baseline and residual mass(es) of any size. OR On CT ≥50% decrease in SPD of up to 6 target measurable nodes and extranodal sites	PET-CT score 4 or 5 with an increase in intensity of uptake from baseline and/or new FDG-avid foci consistent with lymphoma at interim or end-of-treatment assessment. OR On CT, an individual node/lesion must be abnormal with: LDi >1.5 cm and increase by ≥50% from PPD nadir and an increase in LDi or SDi from nadir 0.5 cm for lesions ≤2 cm 1.0 cm for lesions >2 cm In the setting of splenomegaly, the splenic length must increase by >50% of the extent of its prior increase beyond baseline (eg, a 15-cm spleen must increase to >16 cm). If no prior splenomegaly, must increase by ≥2 cm from baseline. New or recurrent splenomegaly New or clear progression of preexisting nonmeasured lesions Regrowth of previously resolved lesions A new node >1.5 cm in any axis or a new extranodal site >1.0 cm in any axis; if <1.0 cm in any axis, its presence must be unequivocal and must be attributable to lymphoma Assessable disease of any size unequivocally attributable to lymphoma AND/OR new or recurrent involvement of the bone marrow

3.6 DLBCL – 2. Therapielinie (primär refraktär oder 1. Rezidiv)



1 siehe Anhang [Studienblatt](#)

2 Vorphase mit 100mg Aprednison Tag 1-5 bei hohem Tumorload

3 Restaging mit allen initial positiven Untersuchungen (CT mit PET!) sowie Kontrolle des pBNP

4 siehe Text 3.6.2; ebenfalls hier: Kriterien für ein schlechtes Outcome nach CAR-T

5 siehe Kapitel 3.6.1

6 siehe Kapitel 3.6.3

3.6.1 Bridging Therapie

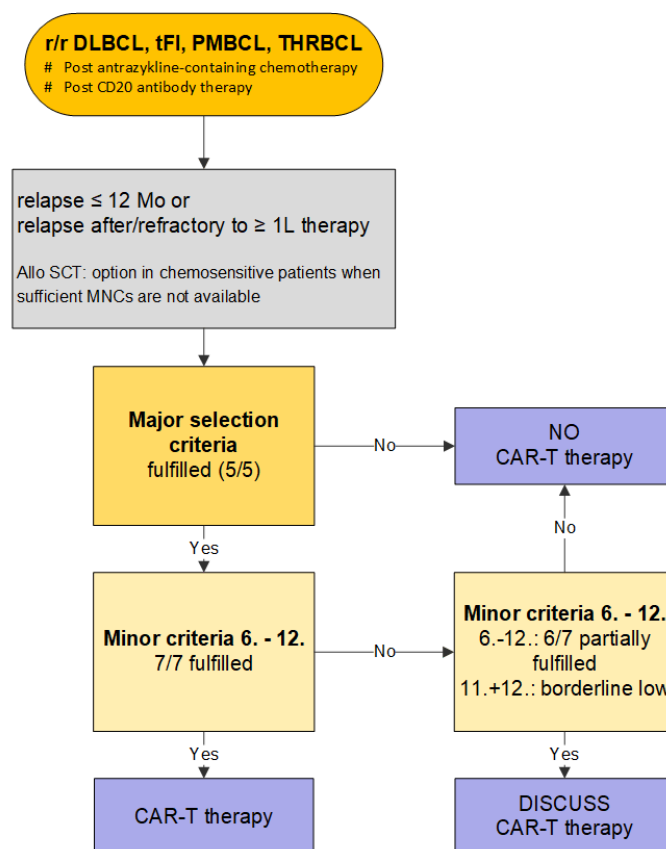
Die Wahl der Bridging Therapie ist unter anderem vom Zeitpunkt des Rezidivs, der Vortherapie und vor allem der nachfolgend geplanten Therapiestrategie (autologe SZT, CAR-T Zell-Therapie, allogene SZT) abhängig und erfordert ein individualisiertes Vorgehen. Es wird daher die **sofortige Vorstellung im Tumorboard für Spezielle Hämatologie und Zellulärtherapie** (virtuell, OKL Linz Elisabethinen) sowie **umgehende Terminvereinbarung der Erstvorstellung am Transplantzentrum zur gemeinsamen Planung von Bridging- und Therapiestrategie** empfohlen.

Insbesondere vor einer CAR-T Zell-Therapie ist die Wahl der Bridging-Therapie und das Timing entscheidend für eine erfolgreiche Zellsammlung und kann darüber hinaus auch Auswirkungen auf das spätere Endprodukt haben. **Auf die Gabe von Bendamustin oder anderer Substanzen, die erheblichen Einfluss auf die T-Zell-Funktion haben, sollte unbedingt verzichtet werden.** Bei Bridging mit einer Polatumumab/Rituximab hältigen Kombination kann ggf. der ersten Zyklus vor Zellsammlung ohne Chemotherapie-Backbone verabreicht werden.

3.6.2 CAR-T-Cell Therapie

Patienten mit einer möglichen Indikation zur autologen, allogenen oder CAR-T-Cell-Therapie werden am Ordensklinikum Linz Elisabethinen in der hämatologischen Ambulanz vorgestellt. Eine Therapieempfehlung wird im Häma-Board ausgesprochen.

Algorithmus Österreichische CAR-T Plattform für zugelassene Indikationen in Österreich (außerhalb von klin. Studien)



Adaptiert von: Greinix HAT et al., memo(2020)

Kern- und Selektionskriterien

Kern- und Selektionskriterien (12 Punkte)			
		Ja	Nein
Kernselektionskriterien			
1. Herz: EF	> 50%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Lunge: SpO ₂	> 91 – 92% bei Raumluft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ECOG PS	0-1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ZNS	Stabile ZNS Beteiligung zum Zeitpunkt der Infusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Infektion	Keine aktive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Summe			
Erweiterte Selektionskriterien			
6. ANC: G/L	≥ 1.0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ALC: G/L	> 0.1 – 0.3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. NFP: eGFR	≥ 60ml/min/1.73m ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. LFP: S- ALT/AST	< 2.5 x ULN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. LFP: total Bilirubin	< 2.0mg/dl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. PT: G/L	≥ 50 – 75	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Hb: g/dl	> 8.0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Summe			

3.6.2.1 Risikofaktoren schlechtes CART-Ansprechen [45]

- Hohe Tumorlast (Volumen (PET/CT, TMTV), LDH, B-Symptome)
- ≥ 2 extranodale Manifestationen
- PS ECOG ≥ 2
- Erhöhte Entzündungsparameter (CRP; Ferritin)
- Viele Therapielinien, Refraktärität auf letzte Therapie
- Alter ≥ 75 Jahre

3.6.3 Palliative Therapie

Bei Patienten im Rezidiv, welche bereits mittels autologer Stammzelltransplantation bzw. CAR-T-Cell-Therapie oder allogener Transplantation behandelt wurden oder für diese Therapien nicht in Frage kommen, besteht keine Möglichkeit einer Heilung. Dementsprechend sollte das Ziel einer etwaigen Therapie die Symptomkontrolle bzw. die Maximierung der Lebensqualität sein. Die Therapieauswahl soll demnach insbesondere auch mit Rücksicht auf potentielle Nebenwirkungen erfolgen. [41]

Ein weiterer Aspekt, welcher bei der Therapieauswahl Beachtung finden sollte, ist die Subtypisierung nach Ursprungszelle (Cell of Origin). In klinischen Studien konnte gezeigt werden, dass eine Therapie mit **Lenalidomid (+/- Rituximab) oder Ibrutinib** bei Patienten mit DLBCL-ABC (Activated B Cell) vielversprechender ist als bei Patienten mit DLBCL-GCB (Germinal Center B).

Glofitamab

Der bispezifische (CD20/CD3) Antikörper Glofitamab ist ein vielversprechende Therapie im Rezidiv und ab der 3. Linie zugelassen. Er wird begrenzt für 12 Zyklen (8,3 Monate) verabreicht. Die Gesamtansprechrates liegt bei 52% mit einer hohen Rate an kompletten Remissionen (CR) von 40%. Unter den Patienten, die eine komplette Remission erreicht haben, waren 55% nach 24 Monaten weiterhin in einer CR. [52]

Epcoritamab

Der bispezifische (CD20/CD3) Antikörper Epcoritamab ist ebenfalls ab der 3. Linie zugelassen. Die Therapie wird subkutan appliziert und erfolgt bis zum Progress. In der Zulassungsstudie EPCORE NHL-1 zeigte sich eine ORR von 62%. Eine CR erreichten 39%, eine PR 23%. Die Ansprechdauer (DOR) lag im median bei 15,5 Mo. [51]

Lenalidomid

In einer retrospektiven Analyse an 40 Patienten mit R/R DLBCL konnte gezeigt werden, dass unter einer Therapie mit Lenalidomid sowohl das Gesamtansprechen, als auch die Rate an Komplettremissionen bei Patienten mit ABC-DLBCL vs. GCB-DLBCL signifikant unterschiedlich sind. (ORR 52,9% vs. 8,7%, $p=0,006$; CR 23,5% vs. 4,3%, $p=0,004$). Es konnte kein Unterschied im Gesamtüberleben gezeigt werden. [31]

Ibrutinib

In einer Phase 1/2 Studie konnte an 80 Patienten mit R/R DLBCL gezeigt werden, dass unter einer Therapie mit Ibrutinib Gesamtansprechen bei Patienten mit ABC-DLBCL vs. GCB-DLBCL signifikant unterschiedlich ist. (ORR 37% vs. 5%; $p=0,0106$). Das Gesamtüberleben betrug 10,3 vs. 3,3 Monate, dieses Ergebnis erreichte jedoch keine statistische Signifikanz ($p=0,056$). [32]

Polatuzumab-Vedotin

Polatuzumab-Vedotin (ein anti-CD79b-Antikörper) führte im Rahmen einer Phase Ib/II-Studie bei Patienten mit R/R DLBCL in Kombination mit Bendamustin und Rituximab zu einem besseren Ansprechen und längerem Überleben (**CR** 40.0% v 17.5%; $P = .026$; **PFS** median, 9.5 v 3.7 months; hazard ratio [HR], 0.36, 95% CI, 0.21 to 0.63; $P < .001$; **OS** median, 12.4 v 4.7 months; HR, 0.42; 95% CI, 0.24 to 0.75; $P = .002$) im Vergleich zur Kombinationstherapie mit Bendamustin-Rituximab. Neben hämatologischen Nebenwirkungen stellt die in erhöhte Rate an Polyneuropathie (43,6% vs. 7,7%) eine relevante Nebenwirkung dar, wobei diese durchgehend als Grad 1-2 klassifiziert wurde. [33]

Polatuzumab-Vedotin ist bei Patienten, welche nicht für eine autologe Stammzelltransplantation in Frage kommen, in Kombination mit Bendamustin-Rituximab bei Patienten mit R/R DLBCL zugelassen.

Die POLARIX Studie, eine Phase III - randomisierte Doppelblindstudie, welche in der 1. Linie Pola-R-CHP vs R-CHOP vergleicht, zeigte eine gut Wirksamkeit von Polatuzumab in Kombination mit R-CHP (24-Mo PFS 76,7% mit Pola-R-CHP v 70,2% mit R-CHOP ($\Delta= 6,5\%$). HR 0.73%, 95% CI, 0.57 – 0.95; $P < .02$). Es zeigt sich kein Vorteil im OS. [44]

Tafasitamab

Tafasitamab (ein anti-CD19-Antikörper) führte im Rahmen einer Phase II Einzelarm-Studie an 80 Patienten mit R/R DLBCL in Kombination mit Lenalidomid zu einem Gesamtansprechen von 60% (CR 43%, PR 17%). [37]

Der anti CD19-Effekt vor CART Zell Therapie ist noch nicht ausreichend beurteilbar und Tafasitamab sollte aktuell noch nicht zum Bridging eingesetzt werden.

Loncastuximab Tesirin

Loncastuximab Tesirin ist zugelassen zur Behandlung des rezidierten oder refraktären diffusen großzelligen B-Zell-Lymphoms (DLBCL) und des High-Grade B-Zell-Lymphoms (HGBL) nach zwei oder mehr systemischen Behandlungslinien. Es gehört zu den Antikörper-Wirkstoff-Konjugaten und besteht aus der Verbindung eines Anti-CD19-Antikörpers mit Tesirin.

In der Zulassungsstudie LOTIS-2 zeigte sich eine ORR von 48,3% (davon 50% CR und 50% PR) und ein OS von median 9,53 Mo. [53]

ViPOR Schema

Dieses Therapieschemata beinhaltet gut bekannte Substanzen, die jedoch allesamt für das DLBCL nicht zugelassen sind. Es wird Venetoclax (dose escalation in Zy1, ab Zy2 800mg d1-14), Ibrutinib (560 mg d1-14), Prednisolon (100 mg d1-7), Obinutuzumab (1000 mg d1-2), Lenalidomid (15mg d1-14) und G-CSF kombiniert. Melani et al konnten zeigen, dass Patienten die zuvor meist schon 3 Therapielinien erhalten haben - 40% der Patienten waren außerdem post CAR-T Therapie – ein vielversprechendes Ansprechen zeigten, mit zudem akzeptablen Toxizitätsprofil. Das mediane Alter war 61 Jahre, IPI ≥ 3 wiesen 68% der Patienten auf. In der Gesamtkohorte war die ORR 54% mit einer CR Rate von 38%. In der Gruppe der non-GCBs war die ORR bei 62%. Alle die in dieser Subgruppe angesprochen haben, waren auch in CR (62%). Das 24-Mo PFS lag bei 34% in der Gesamtkohorte. [50]

3.7 DLBCL - ab 3. Therapielinie

Prinzipiell stehen alle Therapiemöglichkeiten zur Verfügung, wie sie bereits in Kapitel 3.6 (Primär refraktär oder 1. Rezidiv) angeführt sind.

Fitte Patienten mit Chemotherapie-sensiblen Lymphom nach CAR-T Zell Therapie sollten einer allogenen Stammzelltransplantation zugeführt werden.

CAR-T-cells sind eine Therapieoption, die auch für ältere Patienten ab der 2. bzw. 3. Therapielinie zur Verfügung steht, wenn keine CR erzielt wurde, aber das Lymphom chemosensibel ist (siehe 3.6.2.).

3.8 Supportive Therapie mit G-CSF

- Grundsätzlich wird eine Primärprophylaxe mit G-CSF bei Chemotherapieschemata empfohlen, die ein > 20 %iges Risiko einer febrilen Neutropenie haben.
- Eine Primärprophylaxe sollte außerdem erfolgen bei Patienten ≥ 65 Jahre sowie Patienten mit zusätzlichen Risikofaktoren für infektiöse Komplikationen, wie frühere intensive Chemotherapien, Vorbestrahlung im Beckenbereich oder zusätzliche Infektionsprobleme.
- Eine Sekundärprophylaxe ist dann indiziert, wenn im zuvor durchgeführten Chemotherapiezyklus in der neutropenischen Phase Fieber auftrat oder die Erhaltung der Dosisintensität sowie die zeitgerechte Gabe der Chemotherapie für den Behandlungserfolg entscheidend ist.
- Grundsätzlich gilt:
 - **R-CHOP 21** -> G-CSF als Sekundärprophylaxe außer es liegt ein Risikofaktor vor (z. B. Alter ≥ 65)
 - **R-CHOP14** -> G-CSF als Primärprophylaxe
 - **R-DHAP** -> G-CSF als Primärprophylaxe
 - **R-ICE** -> G-CSF als Primärprophylaxe
 - **R-GDP** -> G-CSF als Sekundärprophylaxe
 - **R-Benda** -> G-CSF als Sekundärprophylaxe
 - **R-GemOx** -> G-CSF als Sekundärprophylaxe

3.9 **Infektionsprophylaxe während der Immunochemotherapie**

Es gelten die Prophylaxen gemäß der [Leitlinie antimikrobielle Prophylaxe](#).

3.10 **Hohe Tumorlast**

- Zusätzlich Gabe von Allopurinol
- Hydrierung!

4 **Besondere klinische Situationen**

4.1 **Zentralnervöse Manifestation bei Erstdiagnose**

- Parenchymal: 3g/m² oder mehr i.v., MTX am Tag 15 von R-CHOP 21 + G-CSF
- Leptomeningeal: i.th.-Triple Therapie 2 x wöchentlich (bis Liquor frei) + R-CHOP, i.v. MTX als Konsolidierung

4.2 **Eingeschränkte Linksventrikelfunktion**

bei erhöhtem kardiovaskulärem Risiko u.a. eingeschränkte Linksventrikelfunktion:

- Myocet anstelle von Doxorubicin
- Etoposid anstelle von Doxorubicin bei fortgeschrittener Herzinsuffizienz (CEOP)
- Bei Patienten > 80 Jahren R-Bendamustin anstelle von R-Mini CHOP

4.3 **Hodenlymphom (PTL)**

Diagnostik:

- wie DLBCL

Therapie:

- R-CHOP wie bei DLBCL

zusätzlich zur Standardtherapie:

- Orchiektomie
- Radiatio des kontralateralen Hodens (30 Gy)
- Keine routinemäßige ZNS Prophylaxe

4.4 **Primär mediastinales B-Zell Lymphom (PMBL)**

Diagnostik:

- wie DLBCL

Therapie:

- da-R-EPOCH 6-8 Zyklen
- Restaging nach 4 und 6 Zyklen
 - Reduktion der Tumormasse >20% zwischen Zyklus 4 und Zyklus 6 -> **8 Zyklen**
 - Reduktion der Tumormasse <20% zwischen Zyklus 4 und Zyklus 6 -> **6 Zyklen**

Response:

PET-CT 6-8 Wochen nach Therapieabschluss

- Radiatio nur wenn das PET-CT nach 8 Zyklen Immunochemotherapie anhaltend positiv ist bzw. im Rezidiv
- Wenn pos. -> Biopsie, je nach Ergebnis RT
- Wenn neg. -> Follow Up wie vorgeschrieben

Aufgrund der hohen Effektivität der Erstlinientherapie gibt es nur eine geringe Anzahl an primär refraktären oder rezidierten Patienten, was die systematische Erarbeitung einer optimalen Therapie im Rezidiv oder bei Refraktärität erschwert. Patienten, bei denen eine refraktäre Erkrankung oder ein Rezidiv auftritt, werden analog den Empfehlungen zum r/r DLBCL behandelt. Stark vorbehandelte Patienten mit r/r PMBCL profitieren auch von einer Therapie mit Pembrolizumab. Das PMBCL weist wie das Hodgkin Lymphom eine große Anzahl an PD-L 1 auf der Oberfläche auf. In der Keynote-170 Studie zeigen sich vielversprechende Trends für PFS und OS Rate für Langzeitüberleben bei stark vorbehandelter Patientengruppe. Kombinationen und Peri-CART Management bieten enormes Potential. [46, 47]

4.5 Primär zerebrales Lymphom (PCNSL)

- siehe Leitlinie [PCNHL](#)

5 Verlaufskontrolle und Nachsorge

Abschlussuntersuchung 6-8 Wochen nach Ende der Chemotherapie: siehe 3.4.

Die ersten 2 Jahre vierteljährlich

- **Anamnese und klinische Untersuchung anhand des Nachsorgebogens**
- Labor (BB, Chemie inkl. LDH)

Routinemäßige Durchführung von CTs oder PET CT wird nicht empfohlen! Bildgebung nur bei klinischen Verdacht eines Rezidivs). Ausnahme ist die Nachsorge bei PET-positiven CT am Ende der Chemotherapie bzw. lokalen Strahlentherapie: Hier sind Verlaufskontrollen bis zum Erreichen einer PET-Negativität sinnvoll, um ein Frührezidiv/Progress rechtzeitig zu erkennen.

Ab dem Jahr 2 sind klinische Kontrolle (Anamnese und klinische Untersuchung anhand des Nachsorgebogens) alle 6 Monate für weitere 3 Jahre, ab dem 6. Jahr in jährlichen Abständen (Gesundenuntersuchung beim Hausarzt).

6 Dokumentation und Qualitätsparameter

Dokumentation in celsius37 Akte Hämoblastosen

7 Literatur/Quellenangaben

Grundlage der Empfehlungen der vorliegenden Leitlinie sind die zum Zeitpunkt der Freigabe aktuell gültigen internationalen Empfehlungen von Onkopedia und NCCN sowie Übersichtsarbeiten, u.a. aus UpToDate. Die nachfolgenden Quellenangaben zur Leitlinie stellen nur eine Auswahl der Literaturquellen dar, die für die Erkrankung bedeutsam sind. Weitere Literaturquellen sind den internationalen Leitlinien zu entnehmen.

1. H. Tilly & M. Dreyling; Diffuse large B-cell non-Hodgkin's lymphoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up, 2015
2. Cheson BD, Fischer RI, Barrington SF et al. Recommendations for Initial Evaluation, Staging, and Response Assessment of Hodgkin and Non-Hodgkin Lymphoma: The Lugano. J Clin Oncol 2014; 32:3059-3067;
3. Cheson BD et al. Refinement of the Lugano Classification lymphoma response criteria in the era of immunomodulatory therapy. Blood. 2016;128(21):2489-2496. 3490-3496, 2014
4. Kridel R., Dietrich PY; Prevention of CNS relapse in diffuse large B-cell lymphoma; Lancet Oncol 2011; 12:1258-66
5. Schmitz N et al. CNS International Prognostic Index: A Risk Model for CNS Relapse in Patients With Diffuse Large B-Cell Lymphoma Treated With R-CHOP. J Clin Oncol. 2016. 10;34(26):3150-6
6. Orellana-Noia VM. et al., CNS Prophylaxis during Front-Line Therapy in Aggressive Non-Hodgkin Lymphomas: Real World Outcomes and Practice Patterns from 19 US Academic Institutions; Abstract # 478 ASH 2020
7. Puckrin R. et al., Lack of Effectiveness of intravenous High-Dose Methotrexate for Prevention of CNS Relapse in Patients with High Risk DLBCL: A Retrospective Analysis from Alberta, Canada; Abstract #477 ASH 2020
8. Rosenwald A. et al, Prognostic Significance of MYC Rearrangement and Translocation Partner in Diffuse Large B-Cell Lymphoma: A Study by the Lunenburg Lymphoma Biomarker Consortium. 2019, J Clin Oncol; Vol. 37, Issue 35, 3360-3369
9. Pfreundschuh M et al. Six versus eight cycles of bi-weekly CHOP-14 with or without rituximab in elderly patients with aggressive CD20+ B cell lymphomas: a randomised controlled trial (RICOVER-60); Lancet Oncol 2008; 9:105-116.
10. Ziepert M. et al. Standard International prognostic index remains a valid predictor of outcome for patients with aggressive CD20+ B-cell lymphoma in the rituximab era. J Clin Oncol 2010;28:2373-2380
11. Gisselbrecht Ch. Glass B. et al. Salvage Regimens With Autologous Transplantation for Relapsed Large B-Cell Lymphoma in the Rituximab Era. J Clin Oncol 2010;28:4184-4190
12. Gnaoui T.El, Dupuis J. et al. Rituximab, gemcitabine and oxaliplatin: an effective salvage regimen for patients with relapsed or refractory B-cell lymphoma not candidates for high-dose therapy. Annals of Oncology May 11, 2007
13. Glass B, Dohm AJ, Truemper LH, Pfreundschuh M, Bleckmann A, Wulf GG, Rosenwald A, Ziepert M, Schmitz N; Refractory or relapsed aggressive B-cell lymphoma failing (R)-CHOP: an analysis of patients treated on the RICOVER-60 trial. Ann Oncol. 2017;28(12):3058-3064.
14. Récher C , Coiffier B, Haioun C. et al. Intensified chemotherapy with ACVBP plus rituximab versus standard CHOP plus rituximab for the treatment of diffuse large B-cell lymphoma (LNH03-2B): an open-label randomised phase 3 trial. Lancet 2011; 378:1858-1867

15. Moccia AA, Schaff K, Hoskins P et al. R-CHOP with etoposide substituted for doxorubicin (R-CEOP): excellent outcome in diffuse large B cell lymphoma for patients with a contraindication to anthracyclines. *Blood* 2009; 114(22):170a (abstr 408).
16. Abramson JS, Hellmann M, Barnes JA et al. Intravenous methotrexate as central nervous system (CNS) prophylaxis is associated with a low risk of CNS recurrence in high-risk patients with diffuse large B-cell lymphoma. *Cancer* 2010; 116:4283-4290
17. Wiernik PH, Lossos IS, Tuscano JM et al., Lenalidomide monotherapy in relapsed or refractory aggressive non-Hodgkin's lymphoma, *Journal of Clinical Oncology*, Vol. 26, No. 30, 4952–4957, 2008.
18. Witzig TE, Vose JM, Zinzani PL et al., An international phase II trial of single-agent lenalidomide for relapsed or refractory aggressive B-cell non-Hodgkin's lymphoma, *Annals of Oncology*, Vol. 22, No. 7, 1622–1627, 2011
19. Pettengell R, Coiffier B, Narayanan G et al. Pixantrone dimaleate versus other chemotherapeutic agents as a single-agent salvage treatment in patients with relapsed or refractory aggressive non-Hodgkin lymphoma: a phase 3, multicentre, open-label, randomised trial. *The Lancet Oncol*, Vol 13(7), 696 - 706, 2012
20. Schmitz N, Zeynalova S, Glass B et al. CNS disease in younger patients with aggressive B-cell lymphoma: an analysis of patients treated on the Mabthera International Trial and trials of the German High-Grade Non-Hodgkin Lymphoma Study Group. *Ann of Oncol*, Vol 23, 1267-1273, 2012
21. Vitolo U, Chiappella A, Ferreri AJ et al. First-Line Treatment for Primary Testicular Diffuse Large B-Cell Lymphoma With Rituximab-CHOP, CNS Prophylaxis, and Contralateral Testis Irradiation: Final Results of an International Phase II Trial. *J of Clin Oncol*, Vol 29; No. 20, 2766-2772, 2011
22. Cunningham D, Hawkes EA, Jack A et al. Rituximab plus cyclophosphamide, doxorubicin, vincristine, and prednisolone in patients with newly diagnosed diffuse large B-cell non-Hodgkin lymphoma: a phase 3 comparison of dose intensification with 14-day versus 21-day cycles. *Lancet*, Vol 381, May 28, 1817-1826, 2013
23. Delarue R, Tilly H, Mounier N et al. Dose dense rituximab-CHOP compared with standard rituximab-CHOP in elderly patients with diffuse large B-cell lymphoma (the LNH03-6b study): a randomised phase 3 trial. *Lancet Oncol*, Vol 14, 525-533, 2013
24. Petrich AM, Gandhi M, Jovanovic B et al. Impact of induction regimen and stem cell transplantation on outcomes in double-hit lymphoma: a multicentre retrospective analysis. *Blood*, Vol 124: 2354-2361, 2014
25. Howlett C, Snedecor SJ, Landsburg DJ et al. Front-line dose escalated immunochemotherapy is associated with a significant progression-free survival advantage in patients with double hit lymphomas: a systemic review and meta-analysis. *BJH*, 170(4):504-14, 2015
26. Swerdlow SH, Campo E, Pileri A et al. The 2016 Revision of the World Health Organization classification of lymphoid neoplasms. *Blood*, Vol 127: 2375-2390, 2016
27. Crump M, Kuruvilla J, Couban S et al. Randomized Comparison of Gemcitabine, Dexamethasone, and Cisplatin versus Dexamethasone, Cytarabine, and Cisplatin Chemotherapy before autologous Stem-Cell Transplantation for relapsed and refractory Aggressive Lymphomas: NCIC-CTG LY.12. *J of Clin Oncol*, Vol 32,
28. Dunleavy K, Pittaluga S, Maeda LS et al. Dose-adjusted EPOCH-rituximab therapy in primary mediastinal B-cell lymphoma. *N Engl J Med*; 368:1408-1416. 2013
29. Thieblemont C, et al. Lenalidomide Maintenance Compared With Placebo in Responding Elderly Patients With Diffuse Large B-Cell Lymphoma Treated With First-Line Rituximab Plus Cyclophosphamide, Doxorubicin, Vincristine, and Prednisone. *J Clin Oncol*. 2017;35(22):2473-2481

30. Savage KJ. Impact of dual expression of MYC and BCL2 by immunohistochemistry on the risk of CNS relapse in DLBCL. *Blood* 2016; 127:2182-2188
31. Hernandez-Ilizaliturri, Francisco J., et al. "Higher response to lenalidomide in relapsed/refractory diffuse large B-cell lymphoma in nongerminal center B-cell–like than in germinal center B-cell–like phenotype." *Cancer* 117.22 (2011): 5058-5066.
32. Wilson, Wyndham H., et al. "Targeting B cell receptor signaling with ibrutinib in diffuse large B cell lymphoma." *Nature medicine* 21.8 (2015): 922.
33. Sehn LH, Herrera AF, Flowers CR, et al. Polatuzumab Vedotin in Relapsed or Refractory Diffuse Large B-Cell Lymphoma. *J Clin Oncol.* 2020;38(2):155-165. doi:10.1200/JCO.19.00172.
34. Poeschel V et al., Four versus six cycles of CHOP chemotherapy in combination with six applications of rituximab in patients with aggressive B-cell lymphoma with favourable prognosis (FLYER): *Lancet.* 2020;394(10216):2271-2281.
35. Bartlett NL et al., Dose-Adjusted EPOCH-R Compared With R-CHOP as Frontline Therapy for Diffuse Large B-Cell Lymphoma: Clinical Outcomes of the Phase III Intergroup Trial Alliance/CALGB 50303. *J Clin Oncol.* 2019;37(21):1790-1799
36. Zhang XY et al., DA-EPOCH-R improves the outcome over that of R-CHOP regimen for DLBCL patients below 60 years, GCB phenotype, and those with high-risk IPI, but not for double expressor lymphoma. *J Cancer Res Clin Oncol* 2019;145(1):117-127
37. Salles G et al., Tafasitamab plus lenalidomide in relapsed or refractory diffuse large B-cell lymphoma (L-MIND): a multicentre, prospective, single-arm, phase 2 study. *Lancet Oncol* 2020; 21:978-88
38. Younes A et al., Randomized Phase III Trial of Ibrutinib and Rituximab Plus Cyclophosphamide, Doxorubicin, Vincristine, and Prednisone in Non-Gemrinal Center B-Cell Diffuse Large B-Cell Lymphoma. *JCO* 2019, Vol. 37, Issue 15; 1285-1295
39. Hutchings M et al., Glofitamab Step-Up Dosing Induces High Response Rates in Patients with Hard-to-treat Refractory or Relapsed (R/R) Non-Hodgkin Lymphoma (NHL); Abstract #403 ASH 2020
40. von Lilienfeld-Toal M et al.: Coronavirus-Infektion (COVID-19) bei Patienten mit Blut- und Krebserkrankungen. ONKOPEDIA Leitlinien von DGHO, OeGHO, SGMO und SGH+SSH, Status Dezember 2020. <https://www.onkopedia.com/de/onkopedia/guidelines/coronavirus-infektion-covid-19-bei-patienten-mit-blutund-krebserkrankungen/@@guideline/html/index.html>
41. NCCN Clinical Practice Guidelines „B-cell Lymphomas“, Version 01.2021, www.nccn.org
42. Lewis K.L., Jakobsen L.H. et al., High-Dose Methotrexat is not associated with Reduction in CNS Relapse in Patients with Aggressive B-Cell Lymphoma: An International Retrospective Study of 2300 High-Risk Patients; Abstract #181 ASH 2021
43. Wilson M.R. et al; Early Integration of High Dose Methotrexate to Frontline DLBCL Therapy Does Not Impact CNS Relapse Compared to End of Treatment Delivery: A Multicentre International Analysis of 1384 Patients; Abstract #452 ASH 2021
44. Tilly H. et al., Polatuzumab Vedotin in Previously Untreated Diffuse Large B-Cell Lymphoma; *N Engl J Med.* 2021, Dec 14
45. Vercellino et al., Predictive factors of early progression after CAR T-cell therapy in relapsed/refractory diffuse large B-cell lymphoma; *Blood Advances* (2020) 4 (22): 5607–5615.
46. Armand P., Rodig S. et al., Pembrolizumab in Relapsed or Refractory Primary Mediastinal Large B-Cell Lymphoma; *JCO* 2019; Dec 1; 37(34): 3291–3299.
47. Zinzani PL., Thieblemont C. et al., Final Analysis of Keynote-170: Pembrolizumab in Relapsed or Refractory Primary Mediastinal Large B-Cell Lymphoma (PMBCL), Abstract #306 ASH 2021.

48. Alaggio R. , Amador C., et al. The 5th edition of the World Health Organization Classification of Haematolymphoid Tumours: Lymphoid Neoplasms; Leukemia (2022) 36:1720 – 1748.
49. Sehn LH, Congiu A. et al., No Added Benefit of Eight Versus Six Cycles of CHOP When Combined with Rituximab in Previously Untreated Diffuse Large B-Cell Lymphoma Patients: Results from the International Phase III GOYA Study, Blood (2018) 132 (Supplement 1): 783.
50. Melani C. et al. Phase Ib/II Study of Multi-Targeted Therapy with Venetoclax, Ibrutinib, Prednisone, Obinutuzumab, and Lenalidomide (ViPOR) in Relapsed/Refractory Diffuse Large B-Cell Lymphoma. ASH 2023, Abstract #434.
51. Thieblemont C. et al. Epcoritamab, a Novel, Subcutaneous CD3xCD20 Bispecific T-Cell-Engaging Antibody, in Relapsed or Refractory Large B-Cell Lymphoma: Dose Expansion in a Phase I/II Trial, Journal of Clinical Oncology (2022); Volume 41, Issue 12; 2238-2248.
52. Caimi P et al. Loncastuximab tesirine in relapsed diffuse large B-cell lymphoma (LOTIS-2): a multicentre, open-label, single-arm, phase 2 trial. The Lancet Oncology (2021) Volume 22, Issue 6; 790-800.

Anhang: Therapieprotokolle

R-Benda

Tag 1: Rituximab 375 mg/m²

Tag 2 und 3: Bendamustin 90mg/m²

Wiederholung alle 3 (4) Wochen, 6Zyklen + 2R

(*Vacirca J.L. Ann Hematol (2014) 93:403–409*)

R-CHOP

Tag 1: Rituximab 375 mg/m²

Cyclophosphamid 750 mg/m²

Doxorubicin 50 mg/m²

Vincristin 1,4 mg/m² (max.2mg)

Tag 1-5: Prednisolon 100 mg

Wiederholung alle 3 Wochen

(*Cunningham D. et al.: Lancet Oncol. Vol 381, May 28, 1817-1826, 2013*)

Mini R-CHOP

Tag 1: Rituximab 375 mg/m²

Cyclophosphamid 400 mg/m²

Doxorubicin 25 mg/m²

Vincristin 1 mg,

Tag 1-5: Prednisolon 40 mg/m² (in Cato ist 75mg hinterlegt)

Wiederholung alle 3 Wochen

(*Peyrade F, Lancet Oncol. 2011;12(5):460-8.*)

POLA-R-CHP

Polatuzumab Vedotin 1,8mg/kg Tag1

Rituximab 375mg/m² Tag1

Cyclophosphamid 750mg/m² Tag 1

Doxorubicin 50mg/m² Tag1

Prednisolon 100mg Tag 1-5

Wiederholung alle 3 Wochen

(*Lit.:H. Tilly et al.: N Engl J Med. 2022 Jan7;386(4):351-363. (Polarix study)*)

Dose-adjusted EPOCH-R:

Level1:

Tag 1: Rituximab 375 mg/m² über 3 Std

Tag 1-5: Prednisolon 60 mg/m² 2 x tgl.

Tag 1-4: Kontinuierliche Infusion (4 x 24 Std, total 96 Std) von

Doxorubicin 10 mg/m²

Etoposid 50 mg/m²

Vincristin 0,4 mg/m²

Tag 5: Cyclophosphamid 750 mg/m² über 2 Std

Wiederholung alle 3 Wochen

Restaging nach Zyklus 4, Anzahl der Zyklen 6- maximal 8

Ab dem 2. Zyklus Dosisadaptierung je nach ANC bzw. PLT Nadir

ANC Nadir > 500 / μ l -> Dosissteigerung um 20 %

ANC Nadir < 500 / μ l -> Dosis belassen

PLT Nadir < 25 000 / μ l -> Dosisreduktion um 20 %

Dosisanpassungen über die Startdosis (=Level 2,3,..) betreffen Doxorubicin, Etoposid und Cyclophosphamid.

Dosisanpassungen unter die Startdosis (Level -1,-2) betreffen nur Cyclophosphamid.

Die Vincristindosis bleibt immer unverändert!

DRUG REGIMEN

NB: In this regimen ALL doses are based on true body weight and should not be routinely capped.

	Dose Level -2	Dose Level -1	Dose Level 1 CYCLE 1	Dose Level 2	Dose Level 3
	64% (80% x 0.8)	80% (100% x 0.8)	100% starting dose	120% (100% x 1.2)	144% (120% x 1.2)
Day 1 RITUXIMAB	375 mg/m ² /day IV infusion	375 mg/m ² /day IV infusion	375 mg/m ² /day IV infusion	375 mg/m ² /day IV infusion	375 mg/m ² /day IV infusion
Days 1 to 4 ETOPOSIDE*	50 mg/m ² /day IV infusion	50 mg/m ² /day IV infusion	50 mg/m ² /day IV infusion	60 mg/m ² /day IV infusion	72 mg/m ² /day IV infusion
Days 1 to 4 DOXORUBICIN*	10 mg/m ² /day IV infusion	10 mg/m ² /day IV infusion	10 mg/m ² /day IV infusion	12 mg/m ² /day IV infusion	14,4 mg/m ² /day IV infusion
Days 1 to 4 VINCISTINE*	0.4 mg/m ² /day IV infusion	0.4 mg/m ² /day IV infusion	0.4 mg/m ² /day IV infusion	0.4 mg/m ² /day IV infusion	0.4 mg/m ² /day IV infusion
Days 1 to 5 PREDNISOLONE	60 mg/m ² OD PO	60 mg/m ² OD PO	60 mg/m ² OD PO	60 mg/m ² OD PO	60 mg/m ² OD PO
Day 5 CYCLOPHOSPHAMIDE	480 mg/m ² /day IV bolus	600 mg/m ² /day IV bolus	750 mg/m ² /day IV bolus	900 mg/m ² /day IV bolus	1080 mg/m ² /day IV bolus
Day 6 G-CSF	As per local policy	As per local policy	As per local policy	As per local policy	As per local policy

(Dunleavy K. et al.: *N Engl J Med*; 368:1408-1416. 2013)

R-DHAP

Tag 1: Rituximab 375 mg/m²

Tag 2: Cisplatin 100mg/m²

Tag 3: 2mal Cytarabin 2000mg/m² im Abstand von 12 Stunden

Tag 2-5: Dexamethason 40mg

Wiederholung alle 3 Wochen

(Lit.: Velasquez WS, *Blood* 1988, 71:117)

Bei Gabe von Akynzeo Reduktion der Dexamethasondosis auf 20mg

R-GemOx

Tag 1,15: Rituximab 375 mg/m²

Gemcitabine 1000 mg/m²

Oxaliplatin 100 mg/m²

Wiederholung alle 4 Wochen Anzahl der Zyklen 3-4

(El Gnaoui T, *Ann Oncol*. 2007;18(8): 1363

López A, *Eur J Haematol*. 2008;80(2):127)

R-GDP

Rituximab 375mg/m² Tag1

Cisplatin 75mg/m² Tag 1

Gemcitabine 1000mg/m² Tag 1,8

Dexamethason 40 mg Tag 1-4

Wiederholung alle 3 Wochen

(Crump M et al J Clin Oncol. 2014 Nov 1;32(31):3490-6)

Bei Gabe von Akynzeo Reduktion der Dexamethasondosis auf 20mg

R-ICE

Tag 1: Rituximab 375mg/m²

Tag 2: Carboplatin (AUC 5), Ifosfamid 5000mg/m² (+ Uromitexan)

Tag 1-3: Etoposid 100mg/m²

Wiederholung alle 3 Wochen

(Gisselbrecht C et al. J Clin Oncol. 2010; 28(27):4184-90.)

Glofitamab

Zyklus 1: Tag 1: Obinutuzumab 1000 mg

Tag 8: Glofitamab 2,5 mg i.v. über 4 Std

Tag 15: Glofitamab 10 mg i.v. über 4 Std

Zyklus 2: Tag 1: Glofitamab 30 mg i.v. über 4 Std

Zyklus 3-12: Tag 1: Glofitamab 30 mg i.v. über 2 Std

Wiederholung alle 3 Wochen; maximal 12 Zyklen.

(Dickinson et al., N Engl J Med. 2022 Dec 15;387(24):2220-2231.)

Epcoritamab

Zyklus 1: Tag 1: 0,16 mg s.c., Tag 8: 0,8 mg s.c., Tag 15 und 22: 48 mg s.c.

Zyklus 2-3: Tag 1, 8, 15 und 22 je 48 mg s.c.

Zyklus 4-9: Tag 1 und 15 je 48 mg s.c.

Ab Zyklus 10: Tag 1 48 mg s.c.

Wiederholung alle 4 Wochen bis Progress

(Thieblemont et al.; J Clin Oncol; 2023 Apr 20;41(12):2238-2247.)

Lenalidomid

Lenalidomide 25 mg p.o. 1 x tgl. d1-21

alle 4 Wochen

bis Progress bzw. Intoleranz

[17,18]

Lenalidomid-Rituximab

Tag 1, 8, 15, 22 Rituximab 375 mg/m² **nur im ersten Zyklus**

Tag 1-21 Lenalidomid 20 mg **Dauertherapie**

Wiederholung alle 4 Wochen

(John P. Leonard et al.: J Clin Oncol 37:1188-1199 (AUGMENT study))

Ibrutinib

Ibrutinib 560 mg tgl.

(Wilson et al.: Nature medicine 21.8 (2015): 922)

Pembrolizumab

Pembrolizumab 200mg; q3w

[47]

Tafasitamab-Lenalidomid

Zyklus 1-3: Tafasitamab 12 mg/kg i.v. Tag 1, 8, 15, 22 (in Zyklus 1 auch an Tag 4)

Lenalidomid 25 mg p.o. Tag 1-21

Ab 4. Zyklus: Tafasitamab 12 mg/kg i.v. Tag 1, 15

Lenalidomid 25 mg p.o Tag 1-21

Wiederholung alle 4 Wochen

[37]

Loncastuximab-Tesirin

Zyklus 1 und 2: Tag 1: 150 µg/kg

Ab Zyklus 3: Tag 1: 75 µg/kg für 1 Jahr bzw. bis zum Progress

Wiederholung alle 3 Wochen

Anhang: WHO-Klassifikation

WHO Classification, 5th edition 2022

Large B-cell lymphomas
Diffuse large B-cell lymphoma, NOS
T-cell/histiocyte-rich large B-cell lymphoma
Diffuse large B-cell lymphoma/ high grade B-cell lymphoma with <i>MYC</i> and <i>BCL2</i> rearrangements
ALK-positive large B-cell lymphoma
Large B-cell lymphoma with <i>IRF4</i> rearrangement
High-grade B-cell lymphoma with 11q aberrations
Lymphomatoid granulomatosis
EBV-positive diffuse large B-cell lymphoma
Diffuse large B-cell lymphoma associated with chronic inflammation
Fibrin-associated large B-cell lymphoma
Fluid overload-associated large B-cell lymphoma
Plasmablastic lymphoma
Primary large B-cell lymphoma of immune-privileged sites
Primary cutaneous diffuse large B-cell lymphoma, leg type
Intravascular large B-cell lymphoma
Primary mediastinal large B-cell lymphoma
Mediastinal grey zone lymphoma
High-grade B-cell lymphoma, NOS
Burkitt lymphoma
Burkitt lymphoma

Anhang: Erstvorstellung Stammzelltransplantation

[Checkliste zur Erstvorstellung](#) Stammzelltransplantation

Anhang: Studienblatt

Studie POLA-R-ICE

- 2. Linie, fit für ASCT, Polatuzumab in der 1. Linie ist KEIN Ausschlusskriterium

- Substanz: Pola-R-ICE vs R-ICE

- Ordensklinikum Elisabethinen
PI OÄ Dr. Natalia Rotter, 0732 7676 4400
- Klinikum Wels-Grieskirchen
PI OÄ Dr. Sonja Heibl, 07242 415 3451
- Kepler Universitätsklinikum
PI Prim. Univ. Prof. Dr. Clemens Schmitt, 05 7680 83 6197

Studie DALY 2-EU

- 2. Linie, nicht fit für ASCT

- Substanz: CAR-T (Zamtocabtagene autoleucel) vs. SOC (R-Gemox)

- Ordensklinikum Elisabethinen
PI OÄ Dr. Veronika Buxhofer-Ausch, 0732 7676 4400

EPCORE™ DLBCL-3 (GCT3013-06)

- 1. Linie, nicht geeignet für Anthrazyklinhaltige Chemotherapie

- Substanz: Epcoritamab +/- Lenalidomid

- Klinikum Wels-Grieskirchen
PI OÄ Dr. Sonja Heibl, 07242 415 3451
- Kepler Universitätsklinikum
PI Prim. Univ. Prof. Dr. Clemens Schmitt, 05 7680 83 6197

Anhang: Wirtschaftliche Analyse (optional)