



JOHANNITER

MVZ Rheinland

Dr. med. Sonja Schäfer

Kasuistik B-CLL

1

Hämatologie/Onkologie
im Dialog – Meet the Expert:
Chronische
lymphatische
Leukämie



Patient M.M. geb 1949

10/2010 Erstvorstellung, vorbefundlich CLL, bislang keine Therapie

BB: Leukozyten = 18.3 (+) /nl, (4.0-10.0); HB = 15.3 g/dl, (13.3-17.7); Hämatokrit = 40.7 (-) %, (42-52); Erythrozyt = 4.45 Tsd/nL, (4.2-6.3); MCV = 91 fl, (82.0-101.0); MCH = 34.4 (+) pg/Ery, (27.0-34.0); MCHC = 37.7 (+) g/dl, (31.5-36.5); Thrombozyten = 225 /nl, (140-400); Segmentkernige Granulozyten = 29.1 (-) %, (40-76); Lymphozyten = 67.8 %, (20-45); Monozyten = 3.1 %

Lnn-Status: keine vergrößerten Lymphknoten nachweisbar, Milz sonographisch 11,2 x 4,6 cm

Vorbefund: 06/2009 bei Erstdiagnose Stadium RAI o, Binet A

Knochenmarkbiopsie mit 70%-iger Infiltration durch B-CLL

ZAP70 positiv, CD 38 nicht erhöht



2012-05/2013 Progression der peripheren Lymphozytose, cervikaler Lymphadenopathie sowie Splenomegalie,

beidseits cervikale Lymphome, rechts maximal 1,2, links 1,4 cm

Sonografie des Abdomens: 15.05.2013:Befund: kein Nachweis von Lymphomen, Milz 15,2 x 8 cm,

15.05.2013:

Blutbild: Leukozyten = 115.2 (+) /nl, (4.0-10.0); Hämoglobin = 12.6 g/dl, (11.5-16.4); Hämatokrit = 38.2 (-) %, (42-52); MCV = 94 fl, (82.0-101.0); MCH = 31.1 pg/Ery, (27.0-34.0); MCHC = 33.1 g/dl, (31.5-36.5); Erythrozyten = 4.06 Tsd/nL, (3.8-5.5); Thrombozyten = 142 /nl, (140-400); Segmentkernige Granulozyten = 5.9 (-) %, (40-76); Lymphozyten = 82.6 (+) %, (20-45); Monozyten = 11.5 %;



07.01.2014:

Leukozyten = 239 (+) /nl, (3.92 - 9.81); Hämoglobin = 9,9 (-) g/dl, (11.5-16.4); Hämatokrit = 31,5 (-) %, (42-52); MCV = 111 (+) fl, (82.0-101.0); MCH = 32,3 pg, (27.6 - 32.8); MCHC = 31,4 (-) g/dl, (31.5-36.5); RDW = 20,1 (+) %, (12.1 - 14.8); Erythrozyten = 2,85 (-) Tsd/nL, (3.8-5.5); Thrombozyten = 150 /nl, (140-400); Stabkernige Granulozyten = 0 %, (< 5); Segmentkernige Granulozyten = 0 (-) %, (41 - 70); Lymphozyten = 75,0 (+) %, (22 - 48); Monozyten = 0.0 (-) %, (4.7 - 12.5); Basophile Granulozyten = 0.0 (-) %, (0.2 - 1.3); Eosinophile Granulozyten = 0.0 (-) %, (0.8 - 6.2); Natrium = 143 mmol/l, (136 - 145);

Keine Hämolyse

Lymphknotenstatus: tief cervical bis 4,8 cm Lymphknoten, mesenterial, Truncus coeliacus bis 2,5 cm,

Milz 16 x 9 cm



bei therapiebedürftiger Progression der B-CLL nun Behandlung mit Rituximab und Bendamustin

Therapieindikation: Anämie unter 10 g/dl, insbesondere in Anbetracht der bekannten KHK. Größenzunahme der Lymphome, auch intrathorakal nachweisbar sowie eine ausgeprägte Lymphozytose.

Komorbidität: KHK mit Z.n. Vorderwandinfarkt 2009, PTCA und Stent-Implantation, Diabetes mellitus Typ 2b, Hyperlipidämie

03/2013 Unterschenkelphlebothrombose links, orale Antikoagulation mit Marcumar, Umstellung auf Tinzaparin während zytoreduktiver Therapie



01/2014 Erstgabe Rituximab mit splitting dose 2 Tage bei Akutreaktion mit Bradykardie und Hypotonie, 2. Tag komplikationslos

Bendamustin 90mg/m² Tag 2 und 3

LDH-Anstieg bis 416 U/l, Harnsäure 9,8 mg/dl, Tag 10 Leuko 0,4 G/l, Granulozyten 0,15G/l

Ab Tag 15 Filgrastim bei Granulozyten 0,5G/l

Zyklus 2 komplikationslos

Ab Zyklus 3 stammbetontes Erythem, etwa 1 Woche anhaltend nach Therapie, Fenistil, Prednisolon, bei rezidivierendem Auftreten Abbruch Bendamustin nach Zyklus 4

2 weitere Zyklen Rituximab 500mg/m²

Ergebnis der Therapie: normalisiertes Blutbild, sonographisch Milzgröße normal, keine Lymphknoten mesenterial, cervical, axillär residuale Lnn (bis 1cm)

Watch and wait bis Ende 2016, Kontrollen alle 4 Monate



12/2016 Progredienz der Lymphome cervikal, axillär

Blutbild: Leuko 171G/l, Hb 8,8g/dl, Thrombo 171G/l

Ausschluss TP53-Mutation 17p-Deletion

Geplante Therapie FCR

Erstinfusion von Rituximab Rituximab Hitzegefühl, Bradykardie 30 S./min. kurz bewusstlos;
nach fraktioniert 1 A. Atropin und Sauerstoff und 100 mg Decortin

Stationär 2. Aufenthalt bei ausgeprägter Phlebothrombose OS

Hiernach Fortsetzung mit FC (Ibrutinib diskutiert, Antikoagulation, Blutungsgefahr..)

5 Zyklen: Blutbild normalisiert, Lymphome regredient

Ab 05/2017 Wohnmobil-Reise



03/2018 zunehmend störende Lymphknoten axillär bis 5 cm

Ibrutinib: 3 Kps a 140 mg=420 mg

Nach 1.Einnahme Schwäche, Myalgien, bettlägrig, 2. Tag: 1 Kps , beendet

Kein Infekt, keine Hämolyse, symptomatische Therapie über etwa 6Wochen incl. passager Steroid

Wiederaufnahme in red. Dosierung, 280 mg verträglich, B-Symptome sowie Lymphome mit gutem Ansprechen

Sommer: Wohnmobil-Reise

bis Mitte 2021 gute Remission, nachfolgend Lymphome progredient

01/2022 Entscheidung zur Umstellung auf Venetoclax (abdom bis 7cm Lnn, axillär 3 cm),
Leuko 125G/l, Thr 98G/l Hb 11,0g/dl

Stationär: 8 Tage zur Einleitung Venetoclax- Komplikationen: akute Überwässerung, kardiale Dekompensation pro-BNP 1230, Rasburicase bei Allopurinol-Unverträglichkeit, akuter Harnverhalt mit Anlage Blasenkateter bei Prostatahyperplasie, Anämie 6,1g/dl

Aufdosierung im Verlauf 400mg , stabile Remission (keine Lymphome, Milz 9 cm, Leuko 3,4, Granulo 1,9G /dl, Hb 14,9g/dl, Thrombo 116G/l