



**UNIVERSITÄTS
KLINIKUM FREIBURG**

UNIVERSITÄTSKLINIKUM FREIBURG
Klinik für Innere Medizin I - Hugstetter Str. 55 - 79106 Freiburg

Frau

Tumorzentrum Freiburg - CCCF

Department Innere Medizin

Klinik für Innere Medizin I

Interdisziplinäres Tumorzentrum

Klinik für Tumorbildung

Hämatologie, Onkologie und
Stammzelltransplantation

Ärztlicher Direktor

Prof. Dr. Justus Dwyer

Stellvertretender Ärztlicher Direktor

Leiter Abteilung für Tumormunologie

Prof. Dr. R. Zaiser

Leiterin Standort Klinik für Tumorbildung

Prof. Dr. M. Engelhardt

Zentrum Lymphome

Telefon +49 (761) 270-35555

Fax +49 (761) 270-96-71590

Freiburg, 10.07.2023

Diktatzeichen: RM/sch

Nr. Herr Wolfdietrich Burde

Wolfdietrich Burde, 21.02.1942, PIZ 20292776
Bundesstr. 13, D-79206 Breisach

Sehr geehrte Frau Kollegin

wir berichten nachfolgend über o.g. Patienten, der sich am 09.02., 02.03.
und 01.06.2023 in unserer Ambulanz vorstellte.

DIAGNOSEN

Anaplastisches großzelliges T-Zell-Lymphom (ALCL), Alk-neg. ED
03/2022

Allergien/Unverträglichkeiten: nicht erfasst

ERKRANKUNGSSCHARAKTERISTIKA

Initiales Stadium nach Ann Arbor: IVA bei ausgedehntem ossären Befall

Aktueller Remissionsstand: CR

Karnofsky/Gewicht/Größe: 90%/79,7 kg/182 cm

Jetzt: Ambulante Nachsorge

Verlaufsparameter: PET-CT

KRANKENGESCHICHTE

31.03.22 CT-Thorax/Abdomen: erhebliche pathologische LK-
Vergrößerungen axillär bds., retrocrural und im Oberbauch.
Auffällige Destruktion LWK2, mit v.a. intraspinale
Tumorkomponente

01.04.22 MRT-LWS: ausgedehnte ossäre Metastasierung, extraossäre
Tumorkomponente intraspinal auf Höhe LWK 2 v. rechts mit
relativer Spinalkanalstenose. Extraossäre

Funktionsbereiche:

Zentrale Tumorkonferenz
Tel 270-35555 Fax 96-76020

für die Ambulanzen

Hämatologie

Onkologie

Thorax-Tumore (ZIT)

Gastrointestinale Tumore (ZGT)

Stammzelltransplantation (autolog)

Stammzelltransplantation (allogen)

Leukämien

Sarkome, Hauttumore

Multiple Myelome

Lymphome

Gynäkologische Tumore

Urogenitale Tumore

Gerinnungsambulanz

Tel 270-32699 Fax 36060

OPAL

Onkologische Patienten-

aufnahme u. Leitstelle

Tel 270-33000 Fax 96-37210

Therapieambulanz/ITZ

Bereich Neurologie

Tel 270-32220 Fax 96-37700

Bereich Radiologie

Tel 270-37410 Fax 96-36640

Sektion Klinische Forschung ECTU

Tel 270-32905 Fax 96-33100

Ernährungsambulanz

Prävention, Komplementär und

Supportive Medizin

Tel 270-33350 Fax 96-33340

Diagnostische Laboratorien

Tel 270-35140 Fax 96-35030

Privatambulanz

Prof. Dr. Dwyer

Tel 270-34050 Fax 96-32060

Prof. Dr. Fink

Tel 270-33640 Fax 96-36580

Prof. Dr. Zaiser

Tel 270-35555 Fax 96-70020

Prof. Dr. Martensmann

Tel 270-35555 Fax 96-32060

Ärztl. Dienst Hämatologie

Tel 270-35000

Universitäts-Notfallzentrum (UNZ)

Tel 270-33333 Fax 33256

UNIVERSITÄTSKLINIKUM FREIBURG - Anstalt des öffentlichen Rechts - Sitz Freiburg
Aufsichtsrat Vorsitzender: Dr. Carsten Dose

Vorstand

Leitender Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Dr. h.c. Frederik Wenz (Vorsitz)

Stellvertretender Leitender Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Dr. Rainer Schnitzler

Kaufmännische Direktorin: Anja Simon

Direktor der Medizinischen Fakultät: Prof. Dr. Lutz Hein

Bankverbindung

Sparkasse Freiburg-Nördlicher Breisgau

IBAN DE66 6305 0101 0002 0044 00

BIC FRSP3333

1. WIR
ÜBERWINDEN
GRENZEN

60101133

- Tumormanifestationen paraspinal LWK2 links. Erheblicher Befall des Os ileum bds. sowie auch des Os sacrum.
- 19.04.22 Biopsie LK Axilla rechts (Pathologieinst. FR, Befundnr. H11761/22): proliferationsaktives, T-Zell-reiches B-Zell-Lymphom, high-grade. Referenzpathologie Prof. Klapper, Kiel: ALK1-neg., großzelliges anaplastisches T-Zell-Lymphom.
- 24.05.22 Erstvorstellung Lymphomzentrum FR: Therapieempfehlung Brentuximab-haltige Therapie (+CHP/CHOP)
- 15.12.22 Insgesamt 6-malige Applikation der kombinierten Immunchemotherapie, PET/CT: CR. Fortsetzung der Brentuximab-Infusion bei unklarer LDH-Erhöhung.
- 09.02.23 Neu aufgetretene Erytheme, anamnestisch auch schon vor Lymphomdiagnose vorhanden gewesen, Biopsie (Institut für Pathologie, Befund-Nr. H3070/23 und Referenzpathologie Kiel, Prof. Klapper Nr. R/2023/081008: CD30-positive blastäre Zellen mit generalisierter Vermehrung CD-positiver T-Zellen. Am Ehesten entzündliche Dermatitis, polyklonale T-Zell-Rezeptor-Beta und Gamma-Genrearrangements. Anhaltende Vermehrung von Gamma/Delta-T-Zellen im peripheren Blut.
- 02.03.23 Spontane Abheilung der Hauteffloreszenzen, kein Nachweis einer klonalen T-Zell-Population im peripheren Blut (Pathologie-Freiburg, Journal-Nr. MP7993/23).
- 04.04.23 PET-CT: Kein Nachweis hypermetaboler Läsionen, hypodenser Knoten im linken Schilddrüsenlappen.
- 01.06.23 Klinisch und labortechnisch kein Hinweis für Lymphomaktivität, vorerst watch-and-wait.

Tumorboardbeschluss:

Tumorboard noch ausstehend

ANAMNESE

Aktuelle Medikation: ASS, Amlodipin, Statine, Jod, Finasterid, Allopurinol, Pantozol bei Bedarf.

DIAGNOSTIK

Labor vom 09.02.2023:

Blutbild:

Leukozyten 6,52 Tsd/ μ l; Thrombozyten 202 Tsd/ μ l; Erythrozyten 4,95 Mio/ μ l; Hämoglobin 14,8 g/dl; Hämatokrit 43,8 %; MCV 88,5 fl; MCH (HbE) 29,9 pg; MCHC 33,8 g/dl; RDW (Ery.Verteilungsbreite) 13,4 %; Neutrophile masch. 70,2 %; Unreife Granulozyten relativ 0,3 %; Neutrophile masch.abs. 4,58 Tsd/ μ l; Unreife Granulozyten absolut 0,02 Tsd/ μ l; Hämolyse-Index (Serum) 8.

Klinische Chemie:

Kalium 5,0 mmol/l; Natrium 138 mmol/l; Calcium 2,59 mmol/l; Harnstoff 44 mg/dl; Kreatinin 1,08 mg/dl; GFR-Abschätzung(MDRD) 66 ml/min/1.73qm; CKD-EPI GFR geschätzt 64 ml/min/1.73qm; Harnsäure 5,7 mg/dl; LDH 222 U/l; GPT (ALT) 42 U/l; Alk. Phosphatase 91 U/l; Gamma-GT 30 U/l; Bilirubin gesamt 0,55 mg/dl; C-reaktives Protein <3,0 mg/l; Eiweiß (gesamt) 7,1 g/dl; Löslicher Interleukin 2 Rezeptor 406 U/ml.

Labor vom 02.03.2023:

Blutbild:

Leukozyten 6,10 Tsd/ μ l; Thrombozyten 203 Tsd/ μ l; Erythrozyten 4,71 Mio/ μ l; Hämoglobin 14,5 g/dl; Hämatokrit 41,8 %; MCV 88,7 fl; MCH (HbE) 30,8 pg; MCHC 34,7 g/dl; RDW (Ery.Verteilungsbreite) 13,7 %; Neutrophile masch. 65,1 %; Unreife Granulozyten relativ 0,8 %; Neutrophile masch.abs. 3,97 Tsd/ μ l; Unreife Granulozyten absolut 0,05 Tsd/ μ l; Hämolyse-Index (Serum) 8.

Klinische Chemie:

Kalium 5,1 mmol/l; Natrium 140 mmol/l; Calcium 2,42 mmol/l; Harnstoff 56 mg/dl; Kreatinin 1,03 mg/dl; Harnsäure 5,1 mg/dl; LDH 214 U/l; GPT (ALT) 30 U/l; Alk. Phosphatase 87 U/l; Gamma-GT 29 U/l; Bilirubin gesamt 0,41 mg/dl; Eiweiß (gesamt) 6,7 g/dl.

Labor vom 01.06.2023:

Blutbild:

Leukozyten 7,06 Tsd/ μ l; Thrombozyten 191 Tsd/ μ l; Erythrozyten 4,75 Mio/ μ l; Hämoglobin 14,6 g/dl; Hämatokrit 41,4 %; MCV 87,2 fl; MCH (HbE) 30,7 pg; MCHC 35,3 g/dl; RDW (Ery.Verteilungsbreite) 12,5 %; Neutrophile masch. 65,7 %; Unreife Granulozyten relativ 0,7 %; Neutrophile masch.abs. 4,64 Tsd/ μ l; Unreife Granulozyten absolut 0,05 Tsd/ μ l; Hämolyse-Index (Serum) 9.

Klinische Chemie:

Kalium 4,8 mmol/l; Natrium 138 mmol/l; Calcium 2,46 mmol/l; Harnstoff 47 mg/dl; Kreatinin 1,12 mg/dl; GFR-Abschätzung(MDRD) 63 ml/min/1.73qm; CKD-EPI GFR geschätzt 61 ml/min/1.73qm; Harnsäure 6,0 mg/dl; LDH 198 U/l; GPT (ALT) 23 U/l; Alk. Phosphatase 89 U/l; Gamma-GT 27 U/l; Billrubin gesamt 0,48 mg/dl; C-reaktives Protein <3,0 mg/l; Eiweiß (gesamt) 6,5 g/dl.

PET-CT vom 04.04.2023

Beurteilung:

1. Kein Nachweis malignomtypisch hypermetaboler Läsionen im Untersuchungsgebiet. 2. Rundherd im linken Unterlappen ohne abgrenzbare Stoffwechselsteigerung, in erster Linie narbig/postentzündlich. Korrelation mit Voraufnahmen empfohlen. 3. Moderate Stoffwechselsteigerung eines hypodensen Knotens im linken Schilddrüsenlappen; gelegentliche nuklearmedizinische Abklärung empfohlen (2-3 Mo. nach letzter Kontrastmittelgabe).

Immunphänotypisierung vom 10.02.23

Beurteilung:

Die Anzahl der T- Helferzellen ist mit 276 / μ l erniedrigt. Die Anzahl der zytotoxischen T-Zellen ist mit 116 / μ l erniedrigt. Das Verhältnis von T-Helferzellen / zytotoxischen T-Zellen ist mit 2,4 im Normbereich.

Immunphänotypisierung vom 10.02.23

Befund: Im PB finden sich insgesamt ca. 13,5%* CD3-positive T-Zellen mit Koexpression (>90%**) von: CD2, CD5, CD7, partieller Koexpression von: CD4, CD8, CD26, TCR α /b, TCR γ /d
Die T4/T8-Ratio liegt mit 2,4 im Normbereich (1,0 - 3,3).

Unter diesen Zellen findet sich eine Population von ca. 8,5%* TCR γ /d T-Zellen (ca. 60% der T-Zellen) mit Koexpression von CD2 und CD7, partieller Koexpression von CD5 und CD26, bei Negativität für CD4 und CD8.

Immunphänotypisierung vom 02.03.23

Beurteilung:

Die Anzahl der B-Zellen ist mit 36 / μ l erniedrigt. Die Anzahl der T- Helferzellen ist mit 334 / μ l erniedrigt. Die Anzahl der zytotoxischen T-Zellen ist mit 113 / μ l erniedrigt. Das Verhältnis von T-Helferzellen / zytotoxischen T-Zellen ist mit 3,0 im Normbereich.

Immunphänotypisierung vom 02.03.23

Befund: Im PB finden sich ca. 17%* CD3-positive T-Zellen mit Koexpression (>90%**) von: CD2, CD5, CD7, partieller Koexpression von: CD4, CD8, CD26, TCR γ /d, TCR α /b
Die T4/T8-Ratio ist mit 3,0 im Normbereich (1,0 - 3,3)

Ca. 60% der T-Zellen sind TCR γ /d T-Zellen (ca. 10,2% der WBC's) mit Negativität für CD4 und CD8.

Immunphänotypisierung vom 01.06.23

Beurteilung:

Weiterhin deutliche Vermehrung von TCR γ /d-positiven T-Zellen (ca. 56,5% der T-Zellen, Normbereich <5%). Eine Klonalitätsanalyse ist bei TCR γ /d-positiven T-Zellen mittels Durchflusszytometrie leider nicht möglich. Der Anteil dieser Zellen ist im Vergleich zum Vorbefund (02.03.2023) von ca. 60% auf ca. 56,5% gesunken.

Virus-Serologie vom 10.02.23: Serum

Test [Einheit]

CMV-IgM CLIA (DiaSorin) [U/ml]

Wert

5,79/negativ

CMV-IgG CLIA (DiaSorin) [U/ml]

<5,00/negativ

Keine Antikörper gegen CMV nachweisbar.

EBV VCA-IgG CLIA (Abbott) [S/Co]

40,33/positiv

EBV VCA-IgM CLIA (Abbott) [S/Co]

0,04/negativ

EBV EBNA-1-IgG CLIA (Abbott) [S/Co]

0,12/negativ

EBV-seropositiv; vermutlich länger zurückliegende EBV-Infektion mit EBNA-1-Antikörperverschwinden. Eine wenige Wochen zurückliegende Infektion kann jedoch nicht sicher ausgeschlossen werden. Im Zweifelsfall (bei länger andauernder Symptomatik) serologische Kontrolle empfohlen.

HTLV-1/2-IgG CLIA (Abbott) [Index]

0,2/negativ

Die Serumprobe ist Anti-HTLV-1/2 negativ.

EPIKRISE

Die ambulanten Vorstellungen von Herrn Burde erfolgten zur Nachsorge bei extern therapiertem anaplastisch-großzelligem T-Zell-Lymphom. Bezüglich der Vorgeschichte und der stattgehabten Therapie verweisen wir auf die Ihnen vorliegenden Vorarztbriefe. Bei den hier durchgeführten ambulanten Nachsorgen berichtete Herr Burde über einen ordentlichen Allgemeinzustand, jedoch Auftreten multipler erythematöser Hauteffloreszenzen. Kein Fieber oder Hinweis für Infektion. Diese Hautveränderungen waren anamnestisch schon vor der Erstdiagnose des T-Zell-Lymphoms nachweisbar.

Eine hier durchgeführte Biopsie ergab den Nachweis von T-Zell-Infiltraten mit CD30-Positivität einzelner blastärer Elemente. In der Gesamtschau bei auch polyklonalem T-Zell-Rezeptor-Rearrangement wird dies von Prof. Klapper in Kiel als Dermatitis ohne direkte Hinweise für ein neoplastisches Geschehen eingeordnet. In diesem Zusammenhang auch spontane Besserung der Hauteffloreszenzen zum März diesen Jahres.

Bei unklarer Situation bezüglich des T-Zell-Lymphoms erfolgte im April eine PET-CT-Untersuchung, die erfreulicherweise eine komplette Remission des T-Zell-Lymphoms erbrachte. Die bekannte Vermehrung Gamma/Delta-positiver T-Zellen ist aktuell weiterhin nachweisbar, quantitativ etwas rückläufig. Bis dato bleibt dies ohne hämatologischen Handlungsbedarf. Insgesamt also leicht eingeschränkter Allgemeinzustand mit Müdigkeit/Erschöpfung, aber keine lymphomspezifischen Probleme.

TERMINE

Einen unauffälligen, weiteren Verlauf vorausgesetzt, vereinbarten wir eine erneute ambulante Wiedervorstellung hier für den 30.11.2023 um 10.00 Uhr, bei Problemen natürlich jederzeit früher. Für Rückfragen zu diesem Vorgehen stehen wir natürlich auch jederzeit zur Verfügung.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen