



## Nachsorge - Auf einen Blick

### Malignes Melanom

Jahr	Körperliche Untersuchung			Lymphknoten-Sonographie			Labor S100B			Bildgebende Untersuchungen		
	1-3	4+5	6-10	1-3	4+5	6-10	1-3	4+5	6-10	1-3	4+5	6-10
<b>IA</b>	6-mtl.	12-mtl.	12-mtl.		-	-	-	-	-	-	-	-
<b>IB-IIB</b>	3-mtl.	6-mtl.	6- bis 12-mtl.	6-mtl.**		-	3-mtl.	-	-		-	-
<b>IIC-IV*</b>	3-mtl.	3-mtl.	6-mtl.	3-mtl.		-	3-mtl.	6-mtl.	-	6-mtl.	-	-

\* für R0-resezierte Stadien

\*\* nur bei korrektem pathologischem Staging mittels WLKB, sonst wie IIC

### Uveamelanom

Die Nachsorge umfasst:

**Augenärztliche Untersuchung:** z. A. Lokalrezidiv

**Lebersonographie:** z. A. Lebermetastasen

**Labor:** Transaminasen, Cholestaseparameter, LDH und S100

**Bei unklaren Befunden:** MRT der Leber und weitere Schnittbildgebung

Die Empfehlungen richten sich idealerweise nach dem Risikoprofil des

Tumors (siehe NCCN guidelines: uveal melanoma, von 01/2024 (3):

- **Hochrisikoprofil** – T4 (AJCC) , Monosomie 3, BAP1 Mutation, Zugewinn Chromosom 8q, Genexpressionsprofil Klasse 2 nach (1): Untersuchungen alle 3–6 Monate in den ersten 5 Jahren, danach alle 6–12 Monate bis Jahr 10, anschließend nach Klinik

- **Mittleres Risikoprofil** – T2 und T3 (AJCC), SF3B1 Mutation, Genexpressionsprofil Klasse 1B nach (1): Untersuchungen alle 6 –12 Monate bis Jahr 10, anschließend nach Klinik
- **Niedriges Risiko** – T1 (AJCC), Disomie 3, Zugewinn Chromosom 6p, EIF1AX Mutation, Genexpressionsprofil Klasse 1A nach (1): Untersuchungen alle 12 Monate bis Jahr 5 oder nach Klinik

## Plattenepithelkarzinom / Aktinische Keratose

Jahr	Körperliche Untersuchung			Lymphknoten-Sonographie			Bildgebende Untersuchungen CT, MRT, PET-CT		
	1-2	3-5	6-10	1-2	3-5	6-10	1-3	4-5	6-10
<b>Primärtumore Geringes Risiko</b>	2x	1x	-	0-2x	-	-	-	-	-
<b>Hochrisiko</b>	4x	2x	1x	1-4x***	0-2x***	-	0-/2x**	-	-
<b>Immun-supprimierte Patienten</b>	4x	2-4x	2-4x	1-4x***	0-2x***	-	0-/2x**	-	-
<b>Lokal fortgeschritten/ metastasiert</b>	4x	4x	2-4x	4x	2x	-	2x	-	-

\* für R0-resezierte Stadien, Geringes Risiko: TD ≤ 6 mm, ≤ 4 mm bei Desmoplasie, G1-2 Differenzierung, Hohes Risiko, TD > 6 mm, > 4 mm bei Desmoplasie, G3-4 Differenzierung, perineurales Tumorwachstum, immunsupprimierte und Patienten mit Sekundärtumoren.

\*\* bei perineuralem Tumorwachstum

\*\*\* in Abhängigkeit der Risikofaktoren

## Basalzellkarzinom

Nachsorge	
Chirurgisch therapierte BZK sowie niedriges Rezidivrisiko	Nachsorge nach 6 Monaten zum Ausschluss eines Lokalrezidives, dann einmal jährlich.
Multiple BZK, hohes Rezidivrisiko, laBZK, mBZK, Syndrome	Nachsorge alle 3 Monate. Wenn > 2 Jahre kein neues BZK oder Rezidiv aufgetreten ist, Nachsorge 1x/Jahr. Individuell engmaschigere Nachsorge ist möglich.

## Merkelzellkarzinom

Stadium I und II: Jahr 1+2 klinische Untersuchungen in 3-monatigen Abständen, Jahr 3–5 in 6-monatigen Abständen. Zusätzlich LK-Sono.

Stadium III oder unklarer SLNB-Staus: engmaschige Schnittbildgebung (18-FDG PET/CT oder Kombination aus Sono, CT und MRT)

## Dermatofibrosarcoma protuberans

### Primärtumorstadium:

klinische Untersuchungen in halbjährlichen Abständen für mindestens fünf Jahre (frühzeitige Erfassung von Lokalrezidiven oder LK-Metastasen).

### Stadium der Metastasierung, sehr ausgedehnte Tumoren:

klinische und apparative Untersuchungen (Lymphknoten-Sonographie oder Schnittbildgebung) in dreimonatlichen Abständen für zwei Jahre, danach in halbjährlichen Abständen für mindestens drei Jahre.

### Fibrosarkomatös transformierte DFSP:

Nachsorge über Sarkomzentrum analog high grade Weichgewebssarkomen.

	Klinische Untersuchung	LK-Sono/ Schnittbildgebung
Alle DFSP	6-monatlich	–
Fibrosarkomatös transformierte DFSP, sehr ausgedehnte Tumoren, bekannte Metastasierung	6-monatlich	6-monatlich

## Talgdrüsenkarzinom

Lokalrezidive häufig (> 10 %), dann in 5,5 – 6,7 % auch mit Fernmetastasen.

Jahr	Intervall	Maßnahmen
1–2	3-monatlich	Anamnese Untersuchung des kompletten Integuments Inspektion und Palpation der Lymphknotenstationen und Lymphabflusswege Lymphknotenultraschall (Jahr 1–2 alle 6 Monate, weitere bildgebende Maßnahmen (risikoadaptiert))
3–5	6-monatlich	
5–10	jährlich	

## Atypische Fibroxanthom (AFX) und Pleomorphe Dermale Sarkom (PDS)

**AFX:** klinische Untersuchungen halbjährlich

**PDS:** klinische Untersuchungen 3-monatlich innerhalb der ersten beiden Jahre, danach jährlich und entsprechend halbjährlich für mindestens fünf Jahre empfehlenswert (inklusive Palpation und Sonographie der lokoregionalen Lymphknoten). Apparative Untersuchungen wie Schnittbildgebung erscheinen lediglich bei Auffälligkeiten, bei Primärtumoren mit Besonderheiten (Gefäßeinbruch), Rezidiven oder bereits metastasierten Tumoren indiziert.

	AFX		PDS		Rezidiv-PDS		Tumoren mit lokoregionärer, LK oder Fernmetastasierung
	1-2	3-5	1-2	3-5	1-2	3-5	
<b>Jahr</b>	1-2	3-5	1-2	3-5	1-2	3-5	1-5
<b>Klinische Kontrollen (Monate)</b>	6	12	3	6	3	6	Individuell
<b>Sonographie der Narbe und regionären Lymphknoten</b>	-	-	6	6	6	6	Individuell
<b>Schnittbildgebung</b>	-	-	-	-	-	-	Individuell

## Kutanes Angiosarkom

Risikogruppe	Jahr 1-3	Jahr 4-5	Jahr 6-10
Mehrheitlich günstige prognostische Faktoren (siehe Prognosefaktoren)	3 monatliche Untersuchung, klinisch, ggf. bioptisch, ggf. bildgebend	6 monatliche Untersuchung, klinisch, ggf. bioptisch, ggf. bildgebend	12 monatliche Untersuchung, klinisch, ggf. bioptisch, ggf. bildgebend
Mehrheitlich ungünstige prognostische Faktoren (siehe Prognosefaktoren)	6 wöchentliche Untersuchung, klinisch, ggf. bioptisch  In den ersten drei Jahren zusätzlich Sonographie der lokoregionären LK alle 3 Monate und CT Thorax alle 6 Monate	3 monatliche Untersuchung, klinisch, ggf. bioptisch  Nur bei klinischem Verdacht auf Progress über den Primärort hinaus; Bildgebung (Sono, CT, MRT)	3 monatliche Untersuchung, klinisch, ggf. bioptisch  Nur bei klinischem Verdacht auf Progress über den Primärort hinaus; Bildgebung (Sono, CT, MRT)

## Kaposi-Sarkom

Follow-up-Untersuchung	Klassisches KS	Endemisches KS	latrogenes KS	HIV-Assoziiertes KS	KS bei MSM ohne HIV-Infektion
Inspektion/ Palpation	+++	+++	+++	+++	+++
Probebiopsie/ Histologie	-	-	-	-	-
HIV-Serologie	-	-	-	-	+
Standardblut- untersuchung	+	++	++	+++	+
CD4-Zellzahl	-	-	+	+++	±
Quantitative HIV-RNA	-	-	-	+++	-
HHV-8 Virämie	-	-	-	-	-
Lokoregionäre LK-Sonographie	+*	**	+*	+*	+*
Abdomen- Sonographie	-	±*	±*	±*	-
Röntgen Thorax	-	±*	±*	±*	-
Schnittbildgebung (CT/MRT ggf. PET-CT)	-	±	±	±	-
- Abdomen	-	±**	±**	±**	-
- Thorax	-	±**	±**	±**	-
- Ganzkörper (Hals, Thorax, Abdomen, Becken)	-	±	±	±	-
ÖGD/Koloskopie	-	±	±	±	-
Bronchoskopie	-	±	±	±	-

+++ zwingend erforderlich

++ erforderlich

+ optional

± Symptom- und Befundabhängige individuelle Indikation

- in der Routine nicht empfohlen

\* weniger aussagekräftige Alternative zu CT-Untersuchungen

\*\* nur wenn kein Ganzkörper-CT indiziert ist

## Dermales und subkutanes Leiomyosarkom

Vorschlag zur Nachsorge in risikoadaptierten Intervallen

	Dermales LMS		Subkutanes LMS		Rezidiv-LMS		Tumoren mit loko-regionärer, LK- oder Fernmetastasierung
	1-2	3-5	1-2	3-5	1-2	3-5	
<b>Jahr</b>	1-2	3-5	1-2	3-5	1-2	3-5	1-5
<b>Klinische Kontrollen (Monate)</b>	6	12	3	6	3	6	Individuell
<b>Sonographie der Narbe und Umgebung</b>	-	-	6	6	6	6	Individuell
<b>Schnittbildgebung (CT Thorax/Abdomen)</b>	-	-	Individuell (aufgrund mangelnder Evidenz)				Individuell