



Nachsorge - Auf einen Blick

Melanom (S3-Leitlinie Version 3.3 AWMF 032/024)

Stadium	Körperliche Untersuchung			Lymphknoten-Sonographie			Labor S100B			Bildgebende Untersuchungen			
	Jahr	1-3	4+5	6-10	1-3	4+5	6-10	1-3	4+5	6-10	1-3	4+5	6-10
IA		6-mtl.	12-mtl.	12-mtl.	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IB-IIIB		3-mtl.	6-mtl.	6- bis 12-mtl.	6-mtl. **	-	-	3-mtl.	-	-	-	-	-
IIC-IV*		3-mtl.	3-mtl.	6-mtl.	3-mtl.	6-mtl.	-	3-mtl.	6-mtl.	-	6-mtl.	-	-

*für R0-resezierte Stadien, ** nur bei korrektem pathologischem Staging mittels WLKB, sonst wie IIC

Aktinische Keratose/Plattenepithelkarzinom Haut (S3-Leitlinie Version 2 AWMF 032/022)

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

*für R0-resezierte Stadien, Geringes Risiko: TD ≤6mm, ≤4mm bei Desmoplasie, G1-2 Differenzierung, Hohes Risiko, TD >6mm, >4mm bei Desmoplasie, G3-4 Differenzierung, perineurales Tumorwachstum, immunsupprimierte und Patienten mit Sekundärtumoren, s. Frage 1.3.

**bei perineuralem Tumorwachstum

***in Abhängigkeit der Risikofaktoren

Merkelzellkarzinom (Version 9.1 AWMF 032-23)

Empfehlung	Stärke*	Zustimmung*
Wegen der erhöhten Gefahr von loko-regionären Rezidiven innerhalb der ersten 2 Jahre nach Primärdiagnose soll eine engmaschige Nachsorge in vierteljährlichen Abständen durchgeführt werden. Ab dem 3. Jahr kann auf halbjährliche Abstände für weiter 3 Jahre übergegangen werden.	↑↑	↑↑
Ab Stadium III oder bei unklarem SLNB-status kann in den ersten beiden Jahren zusätzlich eine engmaschige bildgebende Nachsorge mittels Schnittbildgebung (18-FDG-PET/CT oder Kombination aus Sonographie, CT und MRT) erfolgen.	↔	↑↑

*↑↑ Starke („soll“), ↑↑ normale („sollte“), ↔ offene („kann“) Empfehlung

**↑↑ Starker Konsens > 90%; ↑ Konsens > 75 - 90%, ↔ Mehrheitliche Zustimmung > 50 - 75% der Stimmberechtigten

Atypisches Fibroxanthom (AFX) Pleomorphes Dermales Sarkom (PDS) S1-Leitlinie AWMF 032-057

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

Kaposi-Sarkom (Version 8.1, AWMF 032-025)

Follow-up-Untersuchung	Klassisches KS	Endemisches KS	Iatrogenes KS	HIV-assoziiertes KS	KS bei MSM ohne HIV-Infektion
Inspektion/Palpation	+++	+++	+++	+++	+++
Probebiopsie/Histologie	-	-	-	-	-
HIV-Serologie	-	-	-	-	+
Standardblutuntersuchung	+	++	++	+++	+
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 Befund- abhängige individuelle Indikation, - in der Routine nicht empfohlen; *weniger aussagekräftige Alternative zu CT- Untersuchungen, ** nur wenn kein Ganzkörper-CT indiziert ist

Dermatofibrosarcoma protuberans (S1-Leitlinie, AWMF 032-026)

- Klinische Untersuchungen in halbjährlichen Abständen für mindestens 5 Jahre
- Lymphknotenultraschall/Schnittbildgebung ggf. bei vorbekannter Metastasierung, fibrosarkomatös transformierten Tumoren oder sehr ausgedehnten Primärtumoren