

Nebennierenrinden-Karzinom	Therapieende	nach Therapieende					
		1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	fortlfd.
		___.20__	___.20__	___.20__	___.20__	___.20__	___.20__
Endokrinologie							
alle Patienten							
Körperhöhe ¹	jährlich	jährlich	jährlich	jährlich	jährlich	jährlich	jährlich
Körpergewicht	jährlich	jährlich	jährlich	jährlich	jährlich	jährlich	Jährlich
BMI ²	jährlich	jährlich	jährlich	jährlich	jährlich	jährlich	Jährlich
Blutdruck	jährlich	jährlich	jährlich	jährlich	jährlich	jährlich	Jährlich
zusätzlich nach Chemotherapie (inklusive Mitotane-Therapie*)							
Tanner Stadien (inkl. Hodenvolumen, Menarche) ³	jährlich	jährlich	jährlich	jährlich	jährlich	jährlich	Jährlich
Sexualhormone (LH, FSH, Testosteron (♂) bzw. Östradiol(♀)) ⁴	mindestens vor Therapiebeginn und im Alter von 13 Jahren (♀) bzw. 14 Jahren (♂)						
Fertilität	bei Bedarf Fertilitätsberatung, ggfs. inkl. Spermogramm						
Knochenstoffwechsel	bei Knochenschmerzen, Wirbelsäulenveränderungen, verminderter Gehstrecke, patholog. Frakturen, Fehlstellungen weiterführende Diagnostik gem. AWMF-LL Nr. 025-030						
Palpation Schilddrüse u. regionale Lymphknoten	jährlich	jährlich	jährlich	jährlich	jährlich	jährlich	Jährlich
zusätzlich bei abdomineller Bestrahlung							
falls Ovarien/ Uterus im Strahlenfeld							
zusätzlich: Inhibin B, AMH	mindestens vor Therapiebeginn und im Alter von 13 Jahren						
Fertilität	Beratung hinsichtlich möglicher Schwangerschaftsrisiken (vaskuläre Insuffizienz des Uterus)						
falls Hoden im Strahlenfeld							
zusätzlich: Inhibin B, Prolaktin	mindestens vor Therapiebeginn und im Alter von 14 Jahren						
Fertilität	Aufklärung hinsichtlich des Risikos einer permanenten Azoospermie						

Cave: klinische Kontrollen und laborchemische Untersuchungen zur Steuerung der Hydrocortison- und ggf. Fludrocortison-Therapie erfolgen nach Maßgabe des (pädiatrischen) Endokrinologen

***Zur mittel- oder langfristigen Nachsorge nach Mitotane-Therapie liegen derzeit keine evidenzbasierten Empfehlungen vor**

¹Jährliche Untersuchung bis zum Abschluss des Körperhöhenwachstums

² Beurteilung Übergewicht/Adipositas bzw. Untergewicht anhand der Perzentilen von Kromeyer-Hauschild et al. (Monatsschr. Kinderheilk. (2001) 149:807-818). Bei erwachsenen Patienten: Untergewicht BMI < 18,5 kg/m², Übergewicht BMI ≥ 25 kg/m², Adipositas BMI ≥ 30 kg/m². Nach einer Krebserkrankung im Kindes- und Jugendalter kann ein erhöhter Körperfettanteil bei normalem BMI vorliegen, daher ggfs. bei Kindern ≥ 11 Jahre bzw. Erwachsenen zusätzlich Messung des Taillenumfanges (bei Kindern Beurteilung nach Kromeyer-Hauschild et al. (Int J Pediatr Obes. (2011) 6(2-2):e129-37) bzw. Taillenumfang Erwachsene: < 88 cm (♀) bzw. < 102 cm (♂) (WHO, 2000; EASO, 2002))

³ Jährliche Untersuchung bis zum Abschluss der Pubertätsentwicklung. Zur Erkennung eines Sexualhormonmangels bei erwachsenen Patienten regelmäßige (jährliche) Anamnese zu Zyklusstörungen (♀), Libido und sexueller Funktion

⁴ Bei klinischen Anzeichen einer verzögerten Pubertät, bzw. eines Testosteronmangels (♂) oder einer Ovarialinsuffizienz (♀), weitere Diagnostik und ggfs. Therapie durch den pädiatrischen Endokrinologen

Erstellt von: Denzer C, Fuchs M (Sektion Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin Ulm) für die AG Langzeitbeobachtung der GPOH; Stand: 02/ 2018
Empfehlungen gemäß der S3-Leitlinie „Endokrinologische Nachsorge nach onkologischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter“ (AWMF 025-030)