

| 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)