

Therapieansatz: R0/R1 resezierte Patienten

Allgemein: Die Nachsorge richtet sich in Art und Häufigkeit nach der Tumorentität.

Bei rascher Tumorprogression kann eine erneute Biopsie der Metastasen zur Bestimmung der Proliferationsrate sinnvoll sein.

Nachsorgemaßnahme	Intervall	
- Anamnese, körperliche Untersuchung, Gewicht - Blutbild, klinische Chemie - Chromogranin A o. NSE - Abdomensonographie - CT o. MRT	alle 6-12 Monate	NET G1/G2
	alle 2-3 Monate	NEC G3
- Somatostatin-Rezeptor-Szintigrafie	alle 1-3 Jahre	bei primär positiven Befund

Aufgrund des meist langsamen Tumorwachstums, insbesondere gut differenzierter NET, sollte auch nach kompletter Tumorentfernung und fehlendem Nachweis einer Metastasierung eine **Nachsorge über einen Zeitraum von mind. 10-15 Jahren** durchgeführt werden.

Bei fehlendem Tumornachweis unter fortgesetzter bildgebender Verlaufskontrolle kann eine sukzessive Verlängerung der Nachsorgeintervalle gerechtfertigt sein.

Ausnahmen:

Bei Patienten mit Appendektomie und R0-Resektion eines **NET der Appendix** (pTa, < 1 cm ohne Risikofaktoren) kann auf eine spezifische Tumornachsorge verzichtet werden.

Nach kurativer endoskopischer Resektion gut differenzierter **gastraler bzw. duodenaler NET** (ohne Risikokonstellation) sollen endoskopische Kontrollen in jährlichen Abständen erfolgen. Weitere Nachsorgeuntersuchungen sollten nicht erfolgen.

Nach kurativer endoskopischer Resektion gut differenzierter (G1-) **Rektum-NET** (ohne Risikokonstellation) von < 1 cm soll eine endoskopische Kontrolle (Rektoskopie und Endosonographie) nach 1 Jahr erfolgen. Wenn diese unauffällig ist, kann auf weitere Nachsorgeuntersuchungen verzichtet werden.

S2k-Leitlinie Neuroendokrine Tumore, Z Gastroenterol 2018; 56:583-681