

<b>Dokument</b>	AA	<b>Gültig ab</b>	15.01.2020	<b>Version</b>	2.0
<b>Erlassen durch</b>	Prof Guckenberger	<b>ErstellerIn</b>	H. Garcia Schüler	<b>Ersetzt</b>	1.0
<b>Geltungsbereich</b>	Therapieindikation Durchführung Nachsorge	<b>Dateiname</b>	GIT_Rektum_2020_01_22		

## Radio/chemotherapie bei Rektumkarzinom

<p><b>Rechtfertigende Indikation</b></p> <p>Beim Rektumkarzinom des unteren und mittleren Drittels senkt ab UICC Stadium II die zusätzliche Radiochemotherapie die Lokalrezidivrate signifikant und erhöht für Tumore des unteren Rektumdrittels die Rate an Sphinktererhalt. Die neoadjuvante Radiochemotherapie ist bei verbesserter lokaler Kontrolle und geringerer Toxizität gemäss des CAO/ARO/AIO-94 einer postoperativen Radiochemotherapie überlegen. Somit ist beim lokal fortgeschrittenen Rektumkarzinom, insbesondere des unteren Drittels die neoadjuvante Radiochemotherapie vor Operation gemäss S3-Leitlinie die Standardtherapie.</p> <p>Bei lokal fortgeschrittenen operablen Tumoren des Rektums verbessert die Vorbehandlung mit einer kurzzeitigen Radiotherapie die Lokalrezidivrate. Somit ist beim lokal fortgeschrittenen Rektumkarzinom eine neoadjuvante Radiotherapie vor Operation gemäss S3-Leitlinie eine Standardtherapie. Eine Kombination mit einer konsolidierenden Chemotherapie ist möglich.</p>	<p><b>Evidenz</b></p> <p><a href="#">Sauer 2004</a>  <a href="#">Sauer et al, 2012</a></p> <p><a href="#">S3-Leitlinie</a></p> <p><a href="#">Folkesson et al 2005</a>  <a href="#">Stockholm III</a></p> <p><a href="#">Bujko 2016</a></p>
--	---

<p><b>Einschlusskriterien neoadjuvant:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Histologisch gesichertes Rektumkarzinom</li> <li>• T3/4 N0, oder N1/2 jedes T</li> <li>• Fall wurde einem interdisziplinären Tumorboard diskutiert</li> <li>• Kriterien eher für RCT: CRM+, Sphinkternähe, T4, N2</li> </ul> <p><b>Einschlusskriterien adjuvant:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Histologisch gesichertes Rektumkarzinom</li> <li>• pT4 N0, jedes T, pN1/2; nur unteres und mittleres drittel</li> <li>• Fall wurde einem interdisziplinären Tumorboard diskutiert</li> </ul> <p><b>Sonderfall Watch-and-Wait:</b> s. gesonderte interdisziplinäre AA</p> <p><b>Sonderfall synchron limitiert metastasiert, lokal operabel, ECOG 0:</b> In der metastasierten Situation ist das Vorgehen individualisiert, abhängig von den Beschwerden, Ausdehnung und viszeraler Ausbreitung. In Individualentscheidung kann dennoch eine lokale Radiotherapie (auch ggf. mit 5 x 5 Gy) indiziert sein</p>	<p><a href="#">ESMO GL S3-Leitlinie</a></p> <p><a href="#">WAW DZ</a></p> <p><a href="#">VanDijk 2013</a></p>
<p><b>Staging:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei Stenosierung Abklärung, ob protektives Stoma erforderlich</li> <li>• Sonderfall junge Patientin: Ovariopexie m. Clipmarkierung auf einer Seite diskutieren</li> <li>• CT Thorax/Abdomen, MRI Becken (Studieneinschluss!)</li> <li>• Koloskopie/Endosono</li> <li>• Bei bildgebend schlecht abgrenzbarem Tumor oder im adjuvanten Setting nach ESD endoskopische Clipmarkierung</li> <li>• Bei 5x5 ist ggf. schon vorab OP-termin zu koordinieren</li> <li>• Evaluation Studienteilnahme</li> </ul>	
<p><b>Planungs-CT bei perkutaner Bestrahlung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3D-CT, Schichtdicke 2mm</li> <li>• i.v. KM (ausser bei Niereninsuffizienz)</li> <li>• Analmarker bei unterem Drittel</li> <li>• Blasenfüllung</li> </ul>	
<p><b>Zielvolumen Definition</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• GTV: unter Einbezug MR-Bildgebung</li> <li>• CTV Gemäss EORTC/ESTRO</li> <li>• PTV = CTV + 5mm</li> </ul> <p><b>OAR Definition</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bowel</li> <li>• Bladder</li> <li>• Sigmoid</li> <li>• Femur_R/L</li> <li>• Vagina/Genitalia</li> </ul>	<p>ESTRO <a href="#">Valentini 2016</a></p>

<b>Dosierung und Fraktionierung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 25 x 1,8Gy = 45Gy pelvin,</li> <li>• 3 x 1,8 = 5,4Gy Boost präsakral, PT und pos. LK (bei günstiger Darmlage durchgehend 1 Serie)</li> <li>• Bei R1 wenn lokalisierbar GD kum 54Gy</li> </ul>	
<b>Dosierung Chemotherapie:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capecetabine 825mg/qm KOF bidaily including weekends</li> <li>• Wenn keine Tabletten eingenommen oder resorbiert werden können 5-FU kontinuierlich 1000mg/qm KOF d1-5 und d29-33</li> <li>• Begleitmedikation gemäss AA Tagesklinik</li> </ul>	<a href="#">Hofheinz 2012</a> <a href="#">Sauer 2004</a>
<b>Bestrahlungsplanung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auf 3D-CT</li> <li>• Triple AAA oder Accuros Algorithmus</li> <li>• RapidArc</li> </ul>	
<b>Planakzeptanzkriterien</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entsprechend Planungskonzept</li> </ul>	
<b>Bestrahlungsapplikation</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontrollbildgebung gemäss IGRT-Protokoll</li> <li>• Offline review durch zuständigen Assistenzarzt/Kaderarzt</li> </ul>	<a href="#">Imaging Protokoll:</a> <a href="#">Bildgestützte</a> <a href="#">Lokalisation</a>
<b>Monitoring unter RCT:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wöchentliche Arztkontrollen in Poliklinik</li> <li>• Wöchentliche Laborkontrollen</li> <li>• Bei grossen Tumoren im CBCT/OR Anatomiekontrolle und ggf. Adaptive Planung, v.a. für Boost (differente Darmlage)</li> <li>• Bei Abschluss der neoadjuvanten RCT Vereinbarung der Restaging-Untersuchungen inkl. Chirurg. Sprechstunden (Case manager Chirurgie), TUB und Reservierung OP-Termin (s.u.)</li> </ul>	

## **Nachsorge**

- Neoadjuvantes Konzept:
  - Nach 7 Wochen: MRI Becken, CT Thorax/Abdomen; TUB durch uns angemeldet; Rektoskopie, DRU/Klinische Untersuchung, Tumormarker bei VIS Kons.
  - OP-Termin bereits für 10 Wochen nach RCT reserviert
  - OP Termin nach Short-Course nach 1-5 Tagen oder nach 6-8 Wochen reserviert
- Nach OP Nachsorge-Konzept und adjuvante CHT lt. Leitlinie Tumorzentrum
- Falls Kandidat für Total Neoadjuvant Treatment (TNT) zunächst Fortführung der Systemtherapie über Onkologie (SOP TNT folgt)
- Strahlentherapeutische Nachsorge jährlich bei individuellen Risikokonstellation (z.B. WAW, Hochgradige Akuttoxizität G 3-4)
- Bei Frauen Vaginaldilator erläutern und rezeptieren (Amielle Comfort Set)! Insbesondere bei Tumoren im unteren 1/3
- Regelm. Gyn. Nachsorgen
- Prämenopausale Patientinnen Endokrinologisches Konsil nach 6 Monaten
- Brief an Zuweiser, Hausarzt und alle involvierten Ärzte