

|                              |   |                    |                               |                |     |
|------------------------------|---|--------------------|-------------------------------|----------------|-----|
| <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>Geltungs-<br/>bereich</b> | Therapieindikation<br>Durchführung<br>Nachsorge | <b>Dateiname</b>   | GIT_Oesophagus_Neo_2020_01_15 |                |     |

## Neoadjuvante Radiochemotherapie bei OesophagusCa

|  |  |
|--|--|
| <b>Rechtfertigende Indikation</b><br>Bei lokal fortgeschrittenen operablen Tumoren des Oesophagus und des oesophagogastralen Überganges ab St. IIB verbessert eine präoperative Radiochemotherapie hochsignifikant mit einer HR von 0.657 das Gesamtüberleben unabhängig vom histologischen Subtyp gegenüber einer alleinigen Operation. Somit ist beim lokal fortgeschrittenen operablen Oesophaguskarzinom die neoadjuvante Radiochemotherapie vor Operation gemäss S3-Leitlinie die Standardtherapie. | <b>Evidenz</b><br><a href="#">Van Hagen et al., CROSS Trial, NEJM. 2012/2015</a><br><br><a href="#">S3-Leitlinie V2.01-10/2018</a> |
| <b>Einschlusskriterien:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Histologisch gesichertes Ösophaguskarzinom oder AEG I/II</li> <li>• alle ab T3, alle N+</li> <li>• Fall wurde einem interdisziplinären Tumorboard diskutiert</li> <li>• Chemofähigkeit</li> <li>• Operabilität (technisch und internistisch)</li> <li>• Vorzugsweise interdisziplinäre Beratung in der etablierten RAO/VIS-Sprechstunde</li> </ul>  | <a href="#">NCCN Guidelines</a>  |
| <b>Staging:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• FDG-PET CT nicht älter als 6 Wochen</li> <li>• ÖGD/Endosono</li> <li>• Bronchoskopie bei ausgedehnten Trachea-nahen Tumoren</li> <li>• Aktuelle Lungenfunktionsprüfung</li> <li>• Vorzugsweise FKJ-Anlage je nach Einschränkung (PEG nur in RS mit VIS)</li> <li>• Vorstellung ERB</li> <li>• Wann immer möglich endoskopische Clipmarkierung, max. 1 Tag vor PI.CT</li> </ul>  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carboplatin AUC 2 und Paclitaxel 50mg/qm weekly</li> </ul>  | <a href="#">Van Hagen et al., CROSS Trial, NEJM. 2012/2015</a>   |

|   |  |
|---|--|
| <b>Planungs-CT bei perkutaner Bestrahlung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mittleres und unteres Drittel: <ul style="list-style-type: none"> <li>Arme über Kopf</li> <li>4D-CT mit Rekonstruktion von 10 Atemphasen sowie average intensity projection und 3D-CT mit KM (ausser bei Niereninsuffizienz)</li> </ul> </li> <li>Oberes Drittel: <ul style="list-style-type: none"> <li>5-Punkt-Maske und Arme unten</li> <li>3D-CT mit KM</li> </ul> </li> <li>Schichtdicke 2mm</li> <li>Bei distalem Karzinom normierte Magenfüllung (2h vorher nichts essen, 1h vorher nichts trinken)</li> </ul>  |  |
| <b>Zielvolumen Definition</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>GTV (tumor und vergrösserte Lymphknoten) Definition in max. Atemphasen (insp/exp), unter Einbezug Staging</li> <li>ITV als Summe der konturierten Atemphasen</li> <li>PTV: ITV + <ul style="list-style-type: none"> <li>lateral 1.5 cm,</li> <li>craniocaudal 4 cm (Ösophagasmucosa/Verlauf beachten!), <ul style="list-style-type: none"> <li>in Magen max. 3 cm</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> <b>OAR Definition nach Lokalisation</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lungs</li> <li>Heart (include infundibulum of the right ventricle and the apex of both atria, will exclude the great vessels)</li> <li>Esophagus-PTV</li> <li>Spinal Canal</li> <li>Lower third: Liver, Stomach, Bowel</li> <li>Upper third: Larynx, Thyroid, Plexus brachialis</li> </ul> | <a href="#">Van Hagen et al., CROSS Trial, NEJM. 2012/2015</a> |
| <b>Dosierung und Fraktionierung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>41.4Gy in 1.8Gy ED, 5x/Woche</li> </ul>  | <a href="#">Van Hagen et al., CROSS Trial, NEJM. 2012/2015</a> |
| <b>Bestrahlungsplanung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Auf average intensity projection 4D-CT phase (nur bei 4D-CT)</li> <li>Triple AAA oder Accuros Algorithmus</li> <li>Conformal Arc oder 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: Bildgestützte Lokalisation</a>  |

**Nachsorge**

- Info VIS bei Therapieabschluss inklusive geplante Timeline zur provisorischen OP- und Sps-Planung (Case manager)
- Nach 6 Wochen: PET-CT (wenn prärad vorhanden und positiv), Vorstellung GIT-Board, ÖGD nach Bedarf
- Vorstellung interdisziplinäre RAO/Chirurgische SpS
- Nach 8-12 Wochen Operation (Absprache Chirurgie)
- Postoperative Vorstellung (durch VIS) in Tumorboard
- Interdisziplinäre Nachsorgen
- Brief an Zuweiser, Hausarzt und alle involvierten Aerzte

