

<b>Dokument</b>	AA	<b>Gültig ab</b>	09.12.2020	<b>Version</b>	1.0
<b>Erlassen durch</b>	Prof Guckenberger	<b>ErstellerIn</b>	S. Kroeze/ N. Andratschke	<b>Ersetzt</b>	
<b>Geltungs-bereich</b>	Therapieindikation Durchführung Nachsorge	<b>Dateiname</b>	06_02_05_Mesotheliom_2020.12.09		

## Malignes Pleuramesotheliom

<p><b>Rechtfertigende Indikation</b></p> <p>Die adjuvante Radiotherapie des Mesothelioms nach Pleurektomie/ Dekortikation/extrapleurale Pneumektomie bei Stadium I-IIIa kann eine effektive Therapieoption zur Verbesserung der lokalen Kontrolle bei einer R1-Situation darstellen, bei Patienten mit einem ECOG <math>\leq 1</math>, guter Lungenfunktion sowie keine Anwesenheit von extrathorakalen Läsionen, wenn in einem interdisziplinären Tumorboard die Indikation für eine Lokaltherapie zur Verbesserung der lokalen Tumorkontrolle gestellt wurde.</p> <p>Die palliative Radiotherapie des Mesothelioms ist eine effektive Therapieoption bei Schmerzen, bronchiale/oesophageale Obstruktion oder extrathorakale Metastasen.</p> <p>Die stereotaktische Radiotherapie des Mesothelioms kann bei Oligorecurrence oder Oligoprogression eine effektive Massnahme darstellen, wenn in einem interdisziplinären Tumorboard die Indikation für eine Lokaltherapie zur Verbesserung des progressionsfreien Überlebens sowie der lokalen Tumorkontrolle gestellt wurde.</p>	<p><b>Evidenz</b></p> <p><a href="#">IMPRINT JCO 2016</a>  <a href="#">Rusch J Thorac Cardiovasc Surg 2001</a></p> <p><a href="#">NCCN Guidelines</a>  <a href="#">ASCO Guidelines</a>  <a href="#">SYSTEMS-1 Trial,</a>  <a href="#">Macleod Lung Cancer 2015</a></p> <p><a href="#">Schröder Front Oncol 2019</a></p>
<p><b>Einschlusskriterien</b></p> <p>Allgemein:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Histologisch gesichertes Pleuramesotheliom</li> <li>• Fall wurde in einem interdisziplinären Tumorboard diskutiert</li> </ul> <p>Ausschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Für SBRT: ECOG 3</li> </ul>	<p><a href="#">NCCN Guidelines</a>  <a href="#">ASCO Guidelines</a></p> <p><a href="#">Rusch J Thorac Cardiovasc Surg 2001</a></p>
<p><b>Staging:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PET-CT/CT-Thorax, oder MRI</li> <li>• LuFu</li> </ul>	<p><a href="#">ASCO Guidelines</a></p>



<p><b>Dosierung und Fraktionierung:</b>  <u>Adjuvante Radiotherapie bei R1-Resektion</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 30x2Gy= 60Gy (falls Ösophagus im/Nahe des PTVs)</li> <li>• 20x2.75Gy=55Gy wenn anatomisch möglich</li> <li>• 45-60Gy mit 1.8-2Gy bei grossen Felder</li> </ul> <p><u>Palliative Radiotherapie bei Schmerzen und grössere Läsionen (&lt;7cm):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1x8Gy, 5x4Gy oder 10x3Gy (Schmerzen)</li> <li>• 14-18x2.5Gy (Ziel: Tumorregredienz)</li> <li>• 28x1.8Gy</li> </ul> <p><u>Stereotaktische Radiotherapie bei kleinen (PTV&lt;7cm) Läsionen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5x7Gy (65% Isodose)</li> </ul>	<p><a href="#">NCCN Guidelines</a>  <a href="#">ASCO Guidelines</a></p> <p><a href="#">De Graaf-Strukowska Green Journal 1999 SYSTEMS-1 Trial, Macleod Lung Cancer 2015 IMPRINT JCO 2016</a></p> <p><a href="#">Schröder Front Oncol 2019</a></p>
<p><b>Bestrahlungsplanung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CBCT d1-3, danach wöchentlich CBCT (bei Pall. RT nicht zwingend nötig)</li> <li>• SBRT: täglich CBCT</li> </ul>	
<p><b>Planakzeptanzkriterien:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entsprechend Clinical Protocols</li> </ul>	
<p><b>Bestrahlungsapplikation:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontrollbildgebung gemäss IGRT-Protokoll</li> <li>• Offline review durch zuständigen Assistenzarzt/Kaderarzt</li> </ul>	
<p><b>Nachsorge:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 Wochen: klinische VK zum Ausschluss Pneumonitis</li> <li>• Thoraxchirurgie/Onkologie: gemäss Zuweisung Rücküberweisung zur Leitlinienkonformen onkologischen Nachsorge alle 3 Monate</li> <li>• Brief an Zuweiser, Hausarzt und alle involvierten Ärzte</li> </ul>	