

| | | | | | |
|------------------------|---|--------------------|-----------------------|----------------|-----|
| Dokument | AA | Gültig ab | 15.01.2020 | Version | 2.0 |
| Erlassen durch | Prof Guckenberger | ErstellerIn | H. Garcia Schüler | Ersetzt | 1.0 |
| Geltungsbereich | Therapieindikation Durchführung Nachsorge | Dateiname | GIT_AnalCa_2020_01_22 | | |

Radiochemotherapie bei AnalCa

| | |
|---|---|
| Rechtfertigende Indikation Bei Analkarzinomen stellt die Radiochemotherapie die einzige kurative Therapieoption dar und ist somit bei allen Tumoren >T1N0, modifiziert nach RTOG/ECOG-Protokoll, die Standardtherapie (Flam et al., JCO 1996). Diese ist einer alleinigen Radiotherapie überlegen (EORTC-trial, Bartelink et al. JCO 1997). Auch im Vergleich zu operativen Massnahmen ist die lokale Kontrolle mit Radiochemotherapie überlegen und auch bei fortgeschrittenen Stadien noch sehr hoch (Grabenbauer DisColRectum 2005). Somit ist für das Analkarzinom die Radiochemotherapie gemäss NCCN-Leitlinie die Standardtherapie. | Evidenz Flam 1996 Bartelink 1997 Grabenbauer 2005 |
| Einschlusskriterien: <ul style="list-style-type: none"> • Histologisch gesichertes Analkarzinom > T1N0 • Fall wurde an einem interdisziplinären Tumorboard diskutiert • Chemofähigkeit (ggf. RT alleine, palliativ) | NCCN ESMO |
| Staging: <ul style="list-style-type: none"> • FDG-PET CT nicht älter als 4 Wochen • MRI Becken • Proktoskopie, Endosono • Bei Stenosierung u/o polymorbidität Abklärung, ob protektiver Anus Praeter erforderlich • Bei bildgebend schlecht abgrenzbarem Tumor im Analkanal ggf. endoskopische Clipmarkierung • Gyn. Untersuchung (Infiltration und CIN-Ausschluss) • Sonderfall junge Patientin: Ovariopexie auf einer Seite diskutieren • HIV test; Frauen/HPV | |

| | |
|---|--|
| Planungs-CT bei perkutaner Bestrahlung <ul style="list-style-type: none"> • 3D CT, KM (ausser Niere oder CT m. KM in den letzte 3 Tagen) • MRI, falls kein aktuelles diagnostisches vorhanden • Analmarker • Blasenfüllung • Flab inguinal bei Abstand pos LK <5mm zur Haut • Flab anal bei Hautinfiltration | |
| Zielvolumen Definition <ul style="list-style-type: none"> • CTV PT=Primärtumor + 1.5cm axial, 2cm craniocaudal, 1cm Extension in die Blasenhinterwand <ul style="list-style-type: none"> ◦ bei AnalkanalCa bis Rektosigmoid-übergang • CTV LAG elektiv = <ul style="list-style-type: none"> ◦ Iliacal intern, extern, iliacal commun, obturatorisch, inguinal, mesorectal ◦ Bei mesorektal N0 ggf nur die unteren 5cm Mesorektum • CTV_high dose/Boost: <ul style="list-style-type: none"> ◦ befallene LK+ 5mm ◦ Tumor/Analregion 1.5cm axial, 2cm craniocaudal • CTV to PTV margin 5mm OAR Definition | RTOG Delin. Consensus Scher 2014 AGITG 2011 Muirhead 2016 UK consens |
| Dosierung und Fraktionierung <ul style="list-style-type: none"> • N0: <ul style="list-style-type: none"> • 1a: PT und elektive LAG inguinal und pelvin: <ul style="list-style-type: none"> • 20 x 1.8 Gy = 36Gy • 2a: PT und LAG iliacal ext/int: <ul style="list-style-type: none"> • 5 x 1.8 Gy = 9 Gy (kum 45Gy) • 3a: Boost PT, je nach T-Stadium <ul style="list-style-type: none"> • 3-8x1.8Gy = 5.4-14.4Gy (kum 50.4-59.4Gy) <ul style="list-style-type: none"> • T1/2 GD 54Gy, • T3/T4 min. 55.8Gy mind. anstreben • N1: <ul style="list-style-type: none"> • 1a: PT pos. LK und elektive LAG inguinal und pelvin: <ul style="list-style-type: none"> • 25 x 1.8 Gy = 45 Gy • 2a_LK: Boost befallene Lymphknoten <ul style="list-style-type: none"> • 3 – 5 x 1.8 Gy = 5.4-9 Gy (kum 50.4-54Gy) <ul style="list-style-type: none"> • Ggf bei grossem LK weitere Dosiserhöhung bis max 59,4Gy • 2a_PT: Boost auf PT je nach T-Stadium: <ul style="list-style-type: none"> • 3 – 8 x 1.8 Gy = 5.4-14.4 Gy (kum 50.4-59.4Gy) <ul style="list-style-type: none"> • T1/2 GD 54Gy, • T3/T4 min. 55.8Gy mind. anstreben | Scher 2014 AGITG 2011 Muirhead 2016 UK consens |

| | |
|---|--|
| <p>Dosierung Chemotherapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mitomycin 10 mg/m² d1 und Cape 825mg/qm bid an RT-Tagen • Bei KI gegen Capecetabine: Mitomycin 10 mg/m² d1+29, 5-FU 750 /m² d1-5 +29-33 • Deckelung Mitomycin jeweils auf 20mg/qm • Begleitmedikation gemäss AA Tagesklinik | <p>Flam 1996 Meulendijks 2014</p> |
| <p>Bestrahlungsplanung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auf 3D-CT • Triple AAA oder Accuros Algorithmus • RapidArc | |
| <p>Planakzeptanzkriterien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entsprechend Planungskonzept | |
| <p>Bestrahlungssapplikation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kontrollbildgebung gemäss IGRT-Protokoll • Offline review durch zuständigen Assistenzarzt/Kaderarzt • Bei grossen Tumoren im CBCT/OR Anatomiekontrolle und ggf. Adaptive Planung • Flab inguinal bei Abstand pos LK <5mm zur Haut • Flab anal bei Hautinfiltration • Boost ggf. am MRIdian diskutieren, v.a. bei Möglichkeit zur Schonung Scheidenvorderwand oder ungünstiger Dünndarmlage für Boost | <p>Imaging Protokoll: Bildgestützte Lokalisation</p> |
| <p>Monitoring unter RCT:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wöchentliche Arztkontrollen in Poliklinik • Wöchentliche Laborkontrollen • Pflegesprechstunde • Frühzeitig Analgesie bei Epitheliolysen und Einbindung Haut/Wundpflege • Frühzeitiges supportives Einschreiten bei Diarrhoen (Exsikkose!) zur Vermeidung von Therapieunterbrechungen | |

| | |
|---|---|
| <p>Nachsorge</p> <ul style="list-style-type: none"> • Engmaschige VKs bis zur vollständigen Abheilung von Haut und Schleimhaut • Bei Frauen Vaginaldilator erläutern und rezeptieren (Amielle Comfort Set)! • Empfehlung regelm. Gyn. Nachsorgen. • Ggf. Endokrinologisches Konsil nach 6 Monaten bei prämenopausalen Patientinnen • Nachsorge mittels PET, MRI, Rektoskopie nach 3 Monaten • Besprechung der Restaging-Ergebnisse im interdisziplinären Tumorboard, ggf. Indikation zur Biopsie oder Salvage • Bei klinisch unauffälligem Befund Nachsorge gemäss Leitlinie (PET-CT jährlich, Prokto(Rekto-)skopie alle 3 Monate im ersten Jahr, danach jährlich. Proktoskopie über Zuweisende Klinik (Gastroenterologie, VIS oder niedergelassener Proktologe) • halbjährliche strahlentherapeutische Kontrollen in den ersten 2 Jahren, danach jährlich | <p>Verlinkung Nachsorge Darmzentrum SOP</p> |
|---|---|