

Dosiskonzept ZNS Tumoren (unterschiedliche Entitäten)

In (medizinisch) begründeten Fällen kann bzw. muss von der vereinbarten SOP abgewichen werden. Diese Abweichung ist jedenfalls zu dokumentieren.

SOP erstellt von:	Roswitha Huppert
SOP geprüft von:	Johann Feichtinger, Michael Kopp
Fachliche Freigabe:	Kurt Spiegl

Ziel

Das vorliegende Dosiskonzept stellt eine allgemeine Grundlage innerhalb des Tumorzentrums Oberösterreich dar und erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. Für alle onkologisch tätigen Ärzt*innen im Tumorzentrum Oberösterreich bietet das Dosiskonzept einen guten Überblick über die gängige Vorgehensweise.

Zuständigkeit / Qualifikation

Ärzte, Physiker und RTs in den Abteilungen für Radioonkologie.

Ablauf / Durchführung inkl. Risiken

Optikusgliome

54 Gy 30 x 1,8 Gy

Gliomatosis cerebri

- **Ganzhirn RT + Boost**

45 Gy + 14,4 Gy Boost ED 1,8 Gy

Ependymome: zwingend R0 anstreben, ev. second look

- **Grad I/II:**

Verlaufskontrolle

- **Grad III: adj. RT**

54 Gy 30 x 1,8 Gy bei Tu Rest Boost bis 59.4 Gy

Plexustumoren

- **Plexuspapillom WHO Grad I**

Keine RT

- **Atypisches Plexuspapillom WHO Grad II**

- **Plexuskarzinom WHO Grad III (hier > 40 % spinale Aussaat)**

Adj. RT 50 Gy (ggf Boost 59,4 Gy), (prophylaktische) CSI 36 – 45 Gy

Vestibularisschwannom

- **fSRT**
- **Lokale Kontrolle 95 %, Gehör: 85 -95 % Erhalt des Status quo, 95 – 98 % Erhalt N. V und VII,**
- **V Abnahme 45 %**

57,6 Gy ED 1,8 Gy

Postop: 50 – 55 Gy ED 1,8 Gy

- **SRS**
- **Lokale Kontrolle 90 %, Hörerhalt 70 %, N V und VII Schädigung 15-20 %, V Abnahme 30 %**
12 – 14 Gy auf 80 % Isodose
- **OP**

Hypophysenadenome

- **SRS bei Tumoren < 3 cm u/o > 3 – 5 mm Abstand zum Chiasma/Opticus**
- **Machbar, wenn Maximaldosis von 8 – 10 Gy auf Opticus oder Chiasma unterschritten wird**
- **nicht sezernierend:**
15 – 20 Gy (Gammaknife 50 % Isodose)
- **sezernierend:**
20-25 Gy
- **fSRT > 3 cm u/o < 3 – 5 mm Chiasma /Opticus**
- **nicht sezernierend:**
45 – 50,4 Gy mit 1,8 Gy ED (54 bei Tumoren > 2 cm)
- **sezernierend:**
50,4 – 54 Gy ED 1,8 Gy

Nicht sezernierende Adenome sind strahlenempfindlicher.

Medulloblastome

Prognostisch günstig oder intermediär

- **Histo: desmoplastisch/nodulär, extensive Nodularität**
- **Genetisch: WNT-Aktivierung, SHH-Aktivierung und T53-Wildtyp, Non WNT/SHH-MB ohne Myc Amplifikation**
- **Alter > 3 Jahre**
- **Komplette Resektion**
CSI 23,4 Gy oder 36 Gy hintere Schädelgrube Boost Tumorbett 55,8 bzw 54 Gy ED 1,8 Gy

Prognostisch ungünstig

- **Histo: Klassisches MB, Großzellig anaplastisches MB**
- **Genetisch: SHH Aktivierung und TP53-Mutation, Non WNT/SHH MB mit myc Aktivierung**
- **Metastasen(M0-M4)**
CSI 36 Gy Boost 57,6 – 59,4 ED 1,8 Gy

Kraniopharyngeom

- **OP mit engmaschiger Kontrolle (R0) oder adj. RT**
54 Gy (ED 1,8 – 2 Gy)
- **SRS bei residualen Tumoranteilen nach OP oder kleinen Rezidiven**
Dosis: 13 - 15 Gy tumorumschließend

Chordom/kraniales Chondrosarkom

- **Lokal destruierend, von Schädelbasis /Klivus oder Os sacrum ausgehend**
- **S100, Chordome exprimieren Zytokeratine und epitheliale Marker**
- **Chondrosarkome haben bessere Prognose**
- **OP und adj. RT bessere Prognose als OP alleine**
66 Gy 50 % lokale Kontrolle
Protonen oder schwere Ionen

Hämangioblastome

Gutartig. ev Radiochirurgie

Hämangioperizytome

60 Gy 30 x 2 Gy

Dokumentation

Entsprechend den lokalen Standards.

Anhang, Literatur – optional
