

Dosiskonzept Zervixkarzinom

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

SOP erstellt von:	Eva Weis
SOP geprüft von:	Roswitha Huppert, Michael Kopp
Fachliche Freigabe:	Christine Track

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

▪ Definitive Radiochemotherapie

Becken +/- Extended Field:

elektiv 45Gy/1,8GyED/25fr

plus SIB im Bereich manifester pathologischer Lymphknoten zum Planungszeitpunkt (Kurzachsen Durchmesser >10mm und/oder PET-pos Lnn):

SIB pelvin: Lnn $\leq 2\text{cm}$: 55Gy/2,2Gy ED Lnn >2cm: 60Gy/2,4 GyED

SIB Paraaortal: Lnn $\leq 2\text{cm}$: 57,5Gy/2,3Gy ED Lnn >2cm: 62,5Gy/2,5 GyED

Plus simultane Chemo mit Cisplatin 40mg/m² KO 1mal/Wo (5 Zyklen)

Cave: Kein Boost oder SIB im Primärtumorbereich, wenn eine Brachytherapie im Anschluss geplant ist!

Extended Field: bei ≥ 1 path. Lnn iliacal commun oder darüber; oder ≥ 3 path. Lnn

Cran. Feldrand des CTV bei extended field: Nierenvenen (i.d. Regel incl. L2) oder 3cm oberhalb des kranialsten path. Lnn.

Boost

im Bereich des Primärtumors mittels intracavitärer (Stift-Ring-Applikator) oder interstitieller Brachytherapie (EQD2 >90 Gy anzustreben) am AKH Wien.

bei großem Primärtumor (>40mm) und Parametrieninfiltration Vorstellung der Pat. am AKH Wien zur interstitiellen IGABT (image guided adaptive brachytherapy) – Vorstellung zeitnahe zu Beginn der Teletherapie.

Bei KI ad Brachytherapie: Boost 66 bis 70 Gy am Primärtumor, Boost im Bereich der befallenen Parametrien 56 bis 60 Gy, Einzeldosis 1.8 bis 2 Gy.

Am Tag der Brachytherapie darf keine simultane Chemotherapie verabreicht werden!

▪ Adjuvante Radiochemotherapie

Indikationen: Die adjuvante RCTx mit Cisplatin erfolgt bei intermediate-risk Kriterien (tiefe Stromainvasion, L1) und high-risk Kriterien (Npos, R1, Parametrieninfiltration):

Becken:

50,4/1,8 (plus Extended Field falls paraaortal pos Lnn),
abschließende **vag. Brachytherapie** 1 mal 6 Gy (bei R1 im Bereich der vag. Absetzungsrän-der: 2 mal 6Gy).
Cisplatin 40mg/m²Ko 1mal/Wo (5 Zyklen).

Variante: StarS Trial:

Bei high-risk Kriterien (pos. Parametrien, R1 Resektion und pN pos = Peters Kriterien) kann die sequentielle Radiochemotherapie nach dem STARS Trial empfohlen werden:

Cis 60-75mg/m²/Paclitaxel 135-175mg/m²: 2 Zyklen vor und 2 Zyklen nach RT (q21),
RT: 45-50Gy (1,8 bzw. 2Gy).

Dokumentation

Entsprechend den lokalen Standards.

Anhang, Literatur – optional
