

## 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

22 Gy ED 5 Gy (Gawish et al 2023)

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**

---