

Geachte collega's,

Betreft: aanpassingen protocollenboek.

Een nieuwe editie van het protocollenboek wordt gepubliceerd vermoedelijk in juni 2009 : dwz na officiële start van de nieuwe TNM klassificatie en na ASCO 2009.

Nu volgen enkele wijzingen die per hoofdstuk worden aangeduid en die later in de nieuwste versie ook zijn terug te vinden.

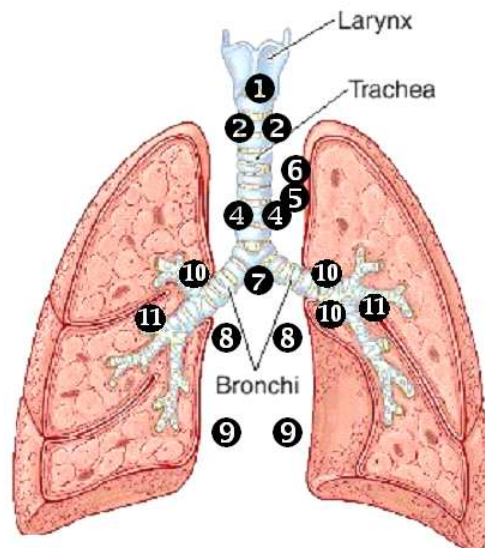
*1.2.2: Indicaties voor histologische stadiëring van het mediastinum.*

Hoe?

EUS of EBUS fijne naald aspiratie: indien negatief: dan steeds bevestigen met mediastinoscopie.

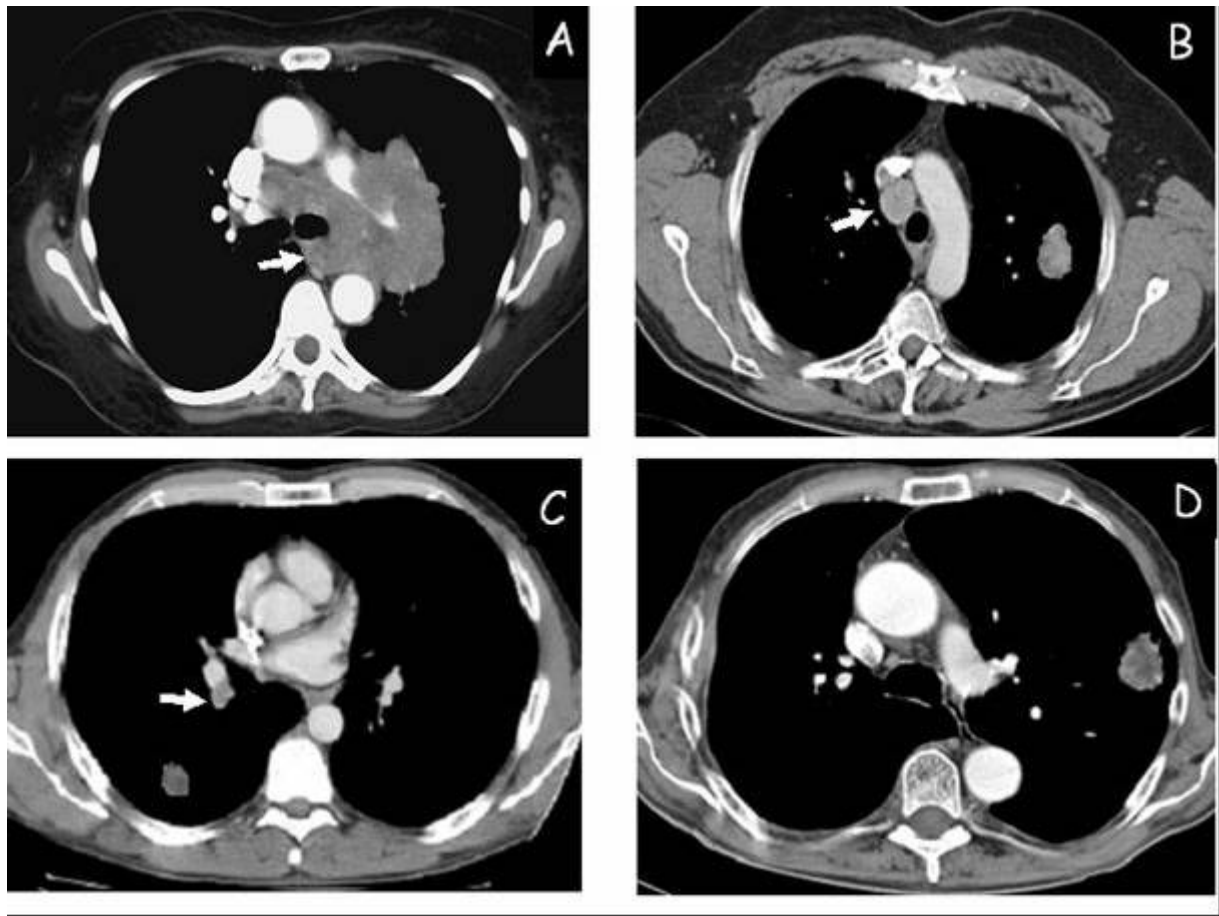
zie nieuwe Belgische richtlijnen

Overzicht van bereikbaarheid van de verschillende klierstations met de verschillende technieken.



	Broncho+TBNA	EUS-FNA	EBUS-TBNA	C-Mediast	VATS/Parastern	mediast
1	-	+/-	+/-	+	-	-
2R	-	+/-	+	+	-	-
2L	-	+	+	+	-	-
3a*	-	-	-	-	-	-
3p*	-	+	+/-	-	-	-
4R	+	-	+	+	-	-
4L	+	+	+	+	-	-
5	-	+/-	-	-	+	-
6	-	-	-	-	+	-
7	+	+	+	+	-	-
8-9 RL	-	+	-	-	-	-
10-11 RL	+	-	+	-	-	-
LAG	-	+	-	-	-	-
LLL	-	+	-	-	-	-

Nieuwe Belgische richtlijnen over de plaats van EUS en EBUS bij mediastinale staging



**Groep A:** tumor met bulky invasie van het mediastinum: doel is enkel APD diagnose te bekomen en dit kan via EUS of EBUS

**Groep B:** perifeer gelegen gezwel met vergrote mediastinale klier: korte as  $>$  of  $=$  10 mm op CT scan (PET resultaat niet belangrijk): plaats voor EBUS of EUS. Indien negatief: steeds mediastinoscopie uitvoeren om dit te bevestigen.

Als klier kleiner is dan 10 mm maar PET positief: EUS of EBUS in ervaren handen kan en indien negatief: steeds bevestigen met mediastinoscopie.

**Groep C:** centraal gelegen gezwel of perifeer gelegen gezwel met enkel vergrote hilaire klier op CT of PET positieve hilaire klier: steeds mediastinoscopie

**Groep D:** perifeer gelegen gezwel (stadium I) zonder vergrote klieren op CT en geen captatie op PET thv het mediastinum: geen mediastinale staging met EUS,EBUS of mediastinoscopie nodig.

## 1.6.2 Concomitante chemoradiatie (NSCLC)

### Schema

1. cisplatinum wekelijks ( $30 \text{ mg/m}^2$ ) gedurende de radiotherapie
2. een ander schema bij voorkeur in studieverband
3. cis-etoposide (dag 1 en dag 8 cis:  $50 \text{ mg/m}^2/\text{d}$  /// dag 1 tot en met 5: etoposide :  $50 \text{ mg/m}^2/\text{D}$  : 2 kuren om de 4 weken samen met RT ( $25 \times 1,8 \text{ G} + 8 \times 2 \text{ Gy}$ ) gevolgd door consolidatie met chemotherapie (dit schema is toegevoegd op vraag van collega's om concomitante chemo te kunnen geven en niet enkel sequentiële).

## 1.6.4 Chemotherapie bij afstandsmetastasen

### (ii) Opties voor behandeling in 2<sup>de</sup> lijn

docetaxel ( $75 \text{ mg/m}^2 \text{ d1} / \text{q3w}$ )

pemetrexed ( $500 \text{ mg/m}^2 \text{ d1/q3w}$ ) plus vitaminesupplementen bij niet-plaveiselepitheelcelcarcinoom

erlotinib ( $150 \text{ mg/d}$ ), enkel terugbetaald na eerstelijns chemotherapie en indien  $\geq 10\%$  van de tumorcellen een expressie vertonen voor EGFR (IHC)

## SCLC

### 2.7.2: EXTENSIVE DISEASE

#### 2<sup>e</sup> lijn

Recidief binnen de 45-180 dagen na eerste lijnsbehandeling:

- Topotecan  $2,3 \text{ mg/m}^2/\text{d}$  per os dag 1-5 om de 3 weken (tabletten van 0,25 en 1 mg)

Recidief na 3 maanden:

- overwogen van herhaling van 1<sup>e</sup> lijns chemotherapie

mvg

Danny Galdermans  
namens TOGA