



CCC MÜNCHEN
COMPREHENSIVE
CANCER CENTER

Speicheldrüsenkarzinom

Standard Operating Procedure (SOP)
Behandlungskonzept



Einteilung

Glandula parotis (C07)

Glandula submandibularis (C08.0)

Glandula sublingualis (C08.1)

Kleine Speicheldrüsen (C06.9)

Karzinome:

1. Mukoepidermoidkarzinom
2. Adenoid-zystisches Karzinom
3. Azinuszellkarzinom
4. Polymorphes Adenokarzinom
5. Klarzelliges Karzinom
6. Basalzell-Adenokarzinom
7. Intraduktales Karzinom
8. Adenokarzinom, NOS
9. Speichelgangkarzinom
10. Myoepitheliales Karzinom
11. Epithelial-myoepitheliales Karzinom
12. Karzinom ex pleomorphes Adenom
13. Sekretorisches Karzinom
14. Talgdrüsen-Adenokarzinom
15. Karzinosarkom
16. Gering differenziertes Karzinom
17. Lymphoepitheliales Karzinom
18. Plattenepithelkarzinom
19. Onkozystisches Karzinom
20. Sialoblastom

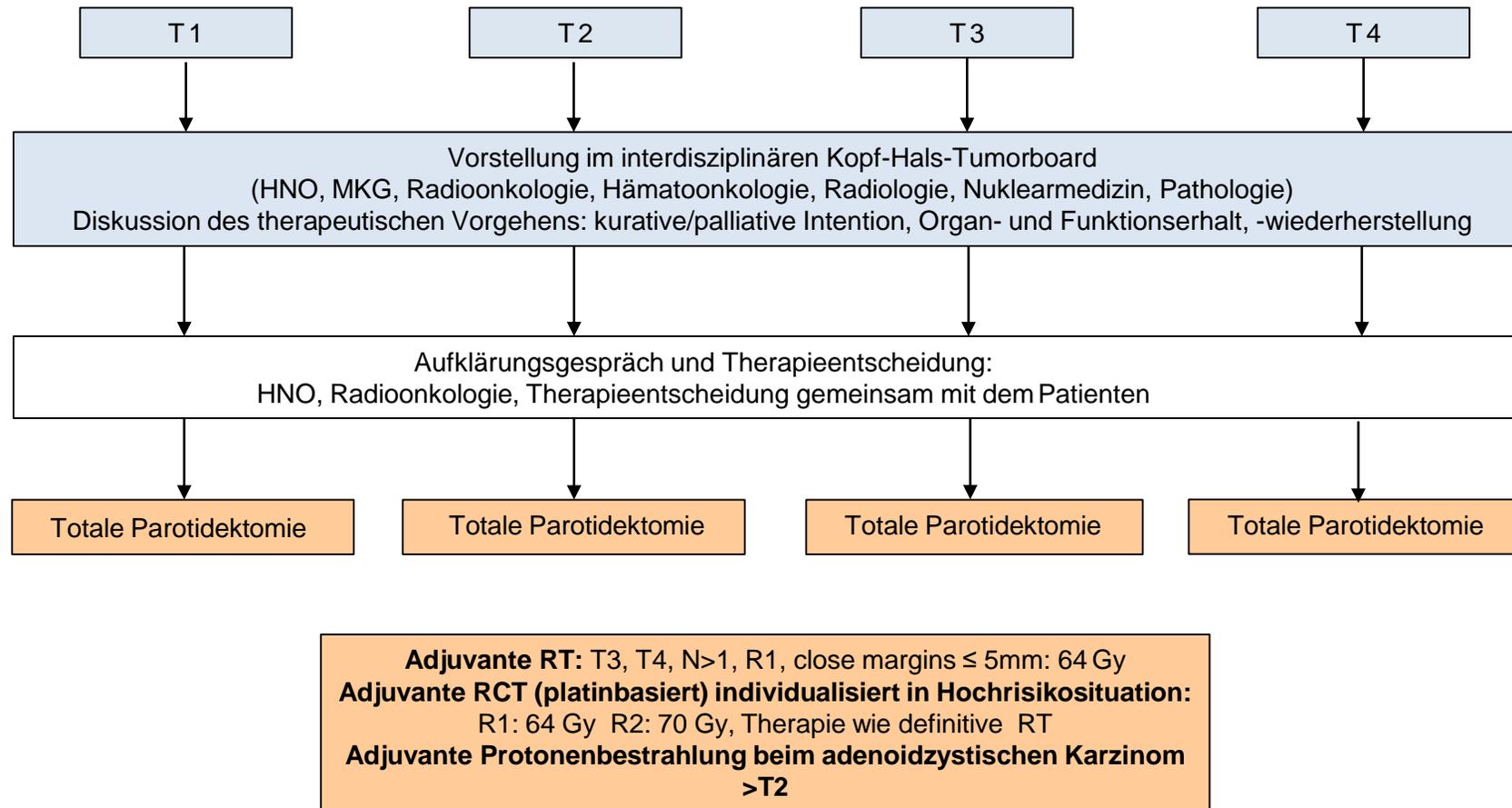
Die TNM-Klassifikation gilt nur für Karzinome der großen Kopfspeicheldrüsen. "T" steht dabei für die Größe des Primärtumors und seine lokale Ausdehnung

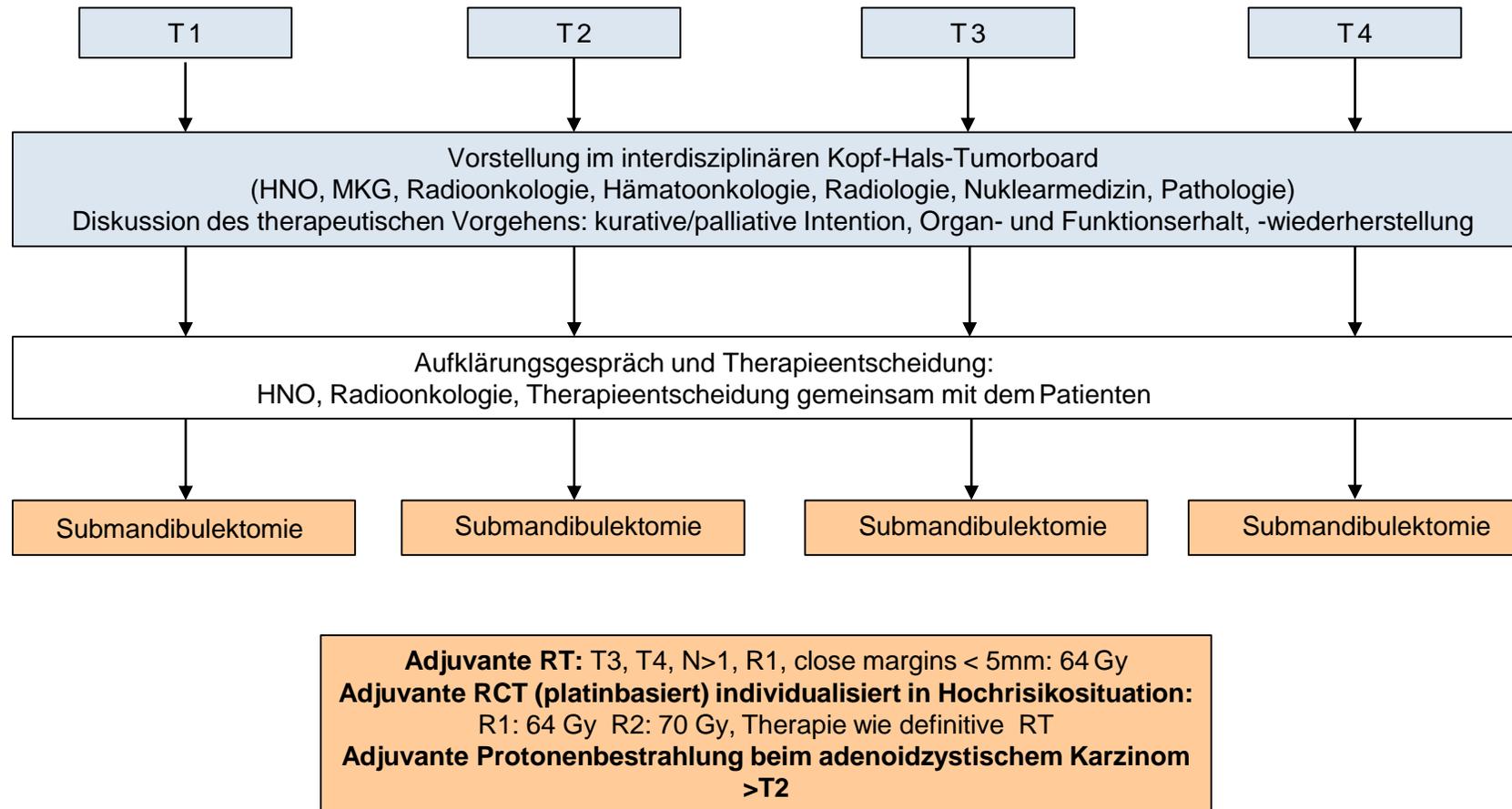
Primärtumor	
Tx	Primärtumor kann nicht beurteilt werden
T0	Kein Anhalt für Primärtumor
Tis	Carcinoma in situ
T1	Tumor 2 cm oder kleiner und ohne extraparenchymatöse Ausbreitung
T2	Tumor größer als 2 cm, aber kleiner als 4 cm und ohne extraparenchymatöse Ausbreitung
T3	Tumor größer als 4 cm und/oder mit extraparenchymatöser Ausbreitung
T4a	Tumor mit Infiltration der Haut, Unterkiefer, Gehörgang, N.facialis
T4b	Tumor infiltriert Schädelbasis, Processus pterygoideus oder umschließt A. carotis

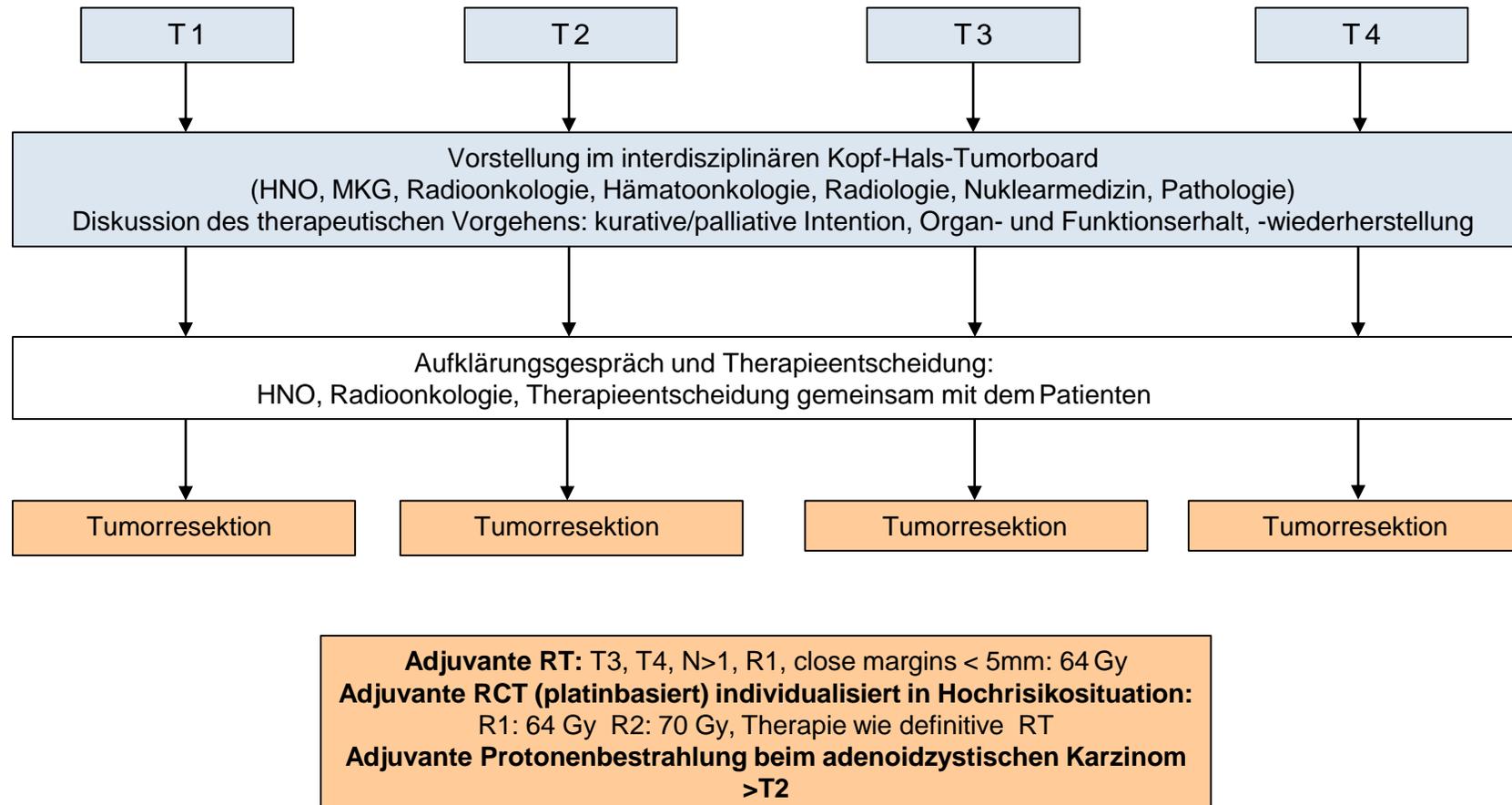
TNM	
N-Regionäre Lymphknoten	
Nx	Regionäre Lymphknoten können nicht beurteilt werden
N0	Keine regionären Lymphknotenmetastasen
N1	Metastase(n) in solitärem ipsilateralen Lymphknoten, 3 cm oder weniger in größter Ausdehnung und kein extrakapsuläres Wachstum
N2a	Metastase(n) in solitärem ipsilateralen Lymphknoten, mehr als 3 cm, aber nicht mehr als 6 cm in größter Ausdehnung, ohne extrakapsuläres Wachstum (ENE).
N2b	Metastasen in multiplen ipsilateralen Lymphknoten, keiner größer als 6 cm und ENE negativ
N2c	Metastasen bilateral oder kontralateral keine größer als 6 cm und ENE negativ
N3a	Metastase größer als 6 cm und ENE negativ
N3b	Metastase in einem einzelnen oder multiplen Lymphknoten, klinisch mit ENE
M- Fernmetastasen	
M0	keine Fernmetastasen
M1	Fernmetastasen

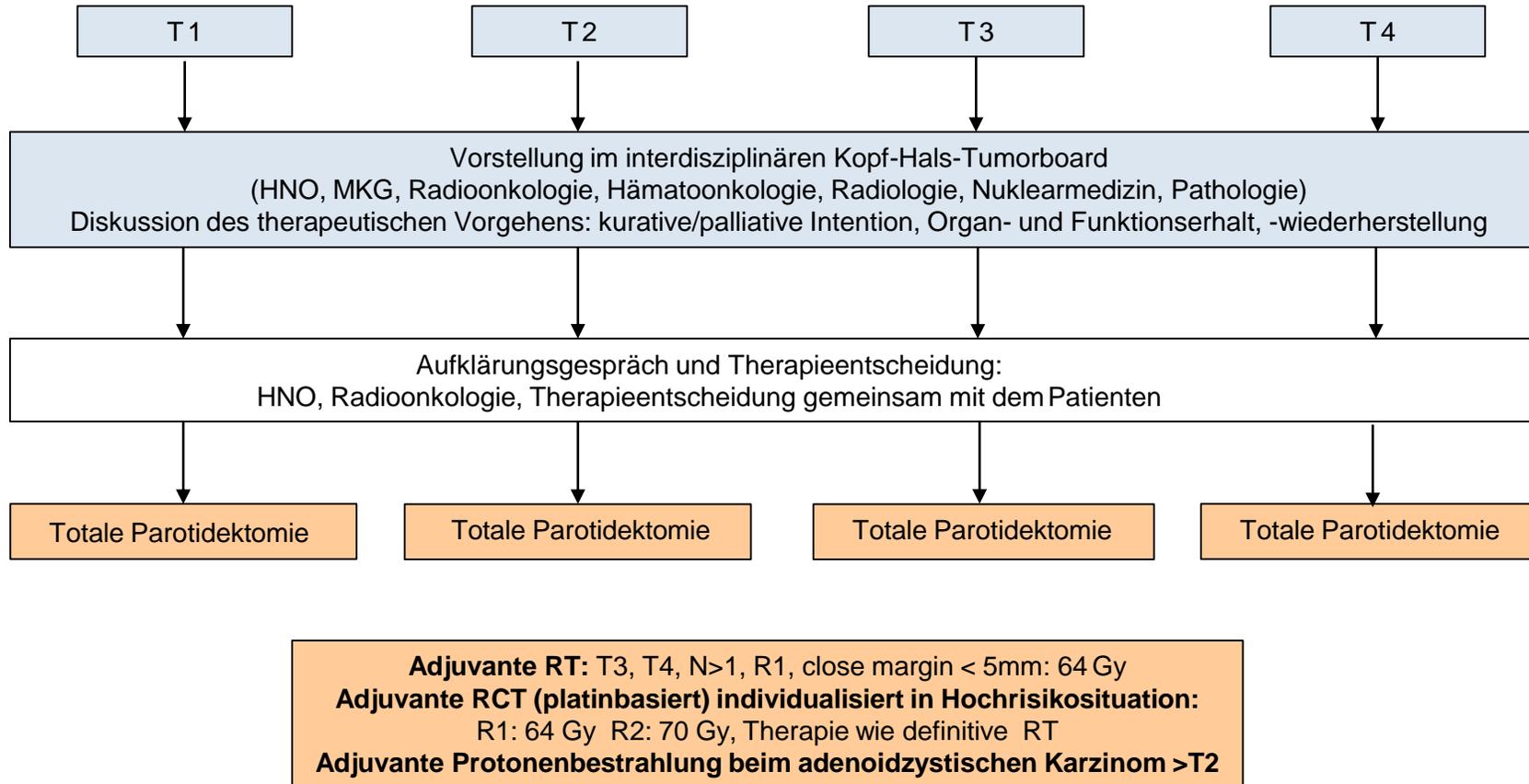
	G1	G3
Azinuszellkarzinom	XXX	-
Polymorphes Low-grade-Adenokarzinom	XXX	-
Kribriiformes Low-grade-Adenokarzinom	XXX	-
Myoepitheliales Karzinom	XXX	XXX
Mukoepidermoidkarzinom	XXX	XXX
Adenokarzinom (NOS)	-	XXX
Karzinom ex pleomorphes Adenom	X	XXX
Plattenepithelkarzinom (cave Metastase)	-	XXX
Speichelgangskarzinom	-	XXX

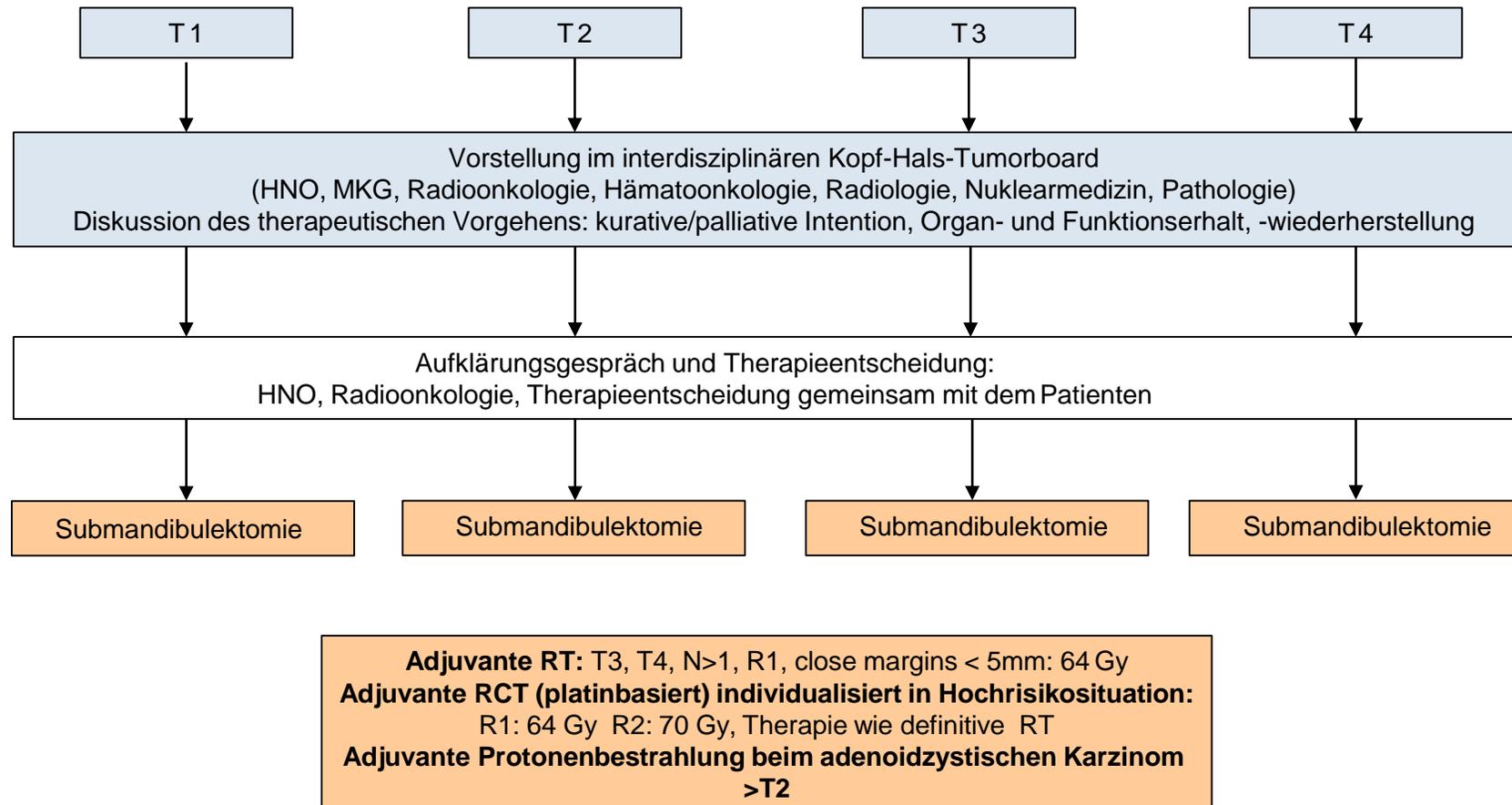
Initiale Diagnostik		
Allgemeine Untersuchungen	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnese • Körperliche Untersuchung • Karnofsky Index/ECOG • Psychoonkologische Statusdiagnostik mittels Distressthermometer 	
Bildgebende Diagnostik	<ul style="list-style-type: none"> • Sonographie aller Speicheldrüsen • Sonographie des Halses • Ggf. CT oder MRT des Halses • Ggf. CT Thorax 	
Obligate Untersuchungen	• HNO-ärztliche Spiegeluntersuchung / Endoskopie	
Fakultative Untersuchungen	• Audiometrie vor Radiochemotherapie	
Labor	<i>Material</i>	
	10 ml Serum	Na, K, Kreatinin, TSH ggf. Blutgruppe, Kreuzblut
	4 ml EDTA	Kleines Blutbild
	4 ml Citrat	Quick, PTT
	Biopsie, OP-Präparat	Histologie
Studieneinschluss	In welche Studie passt der Patient?	

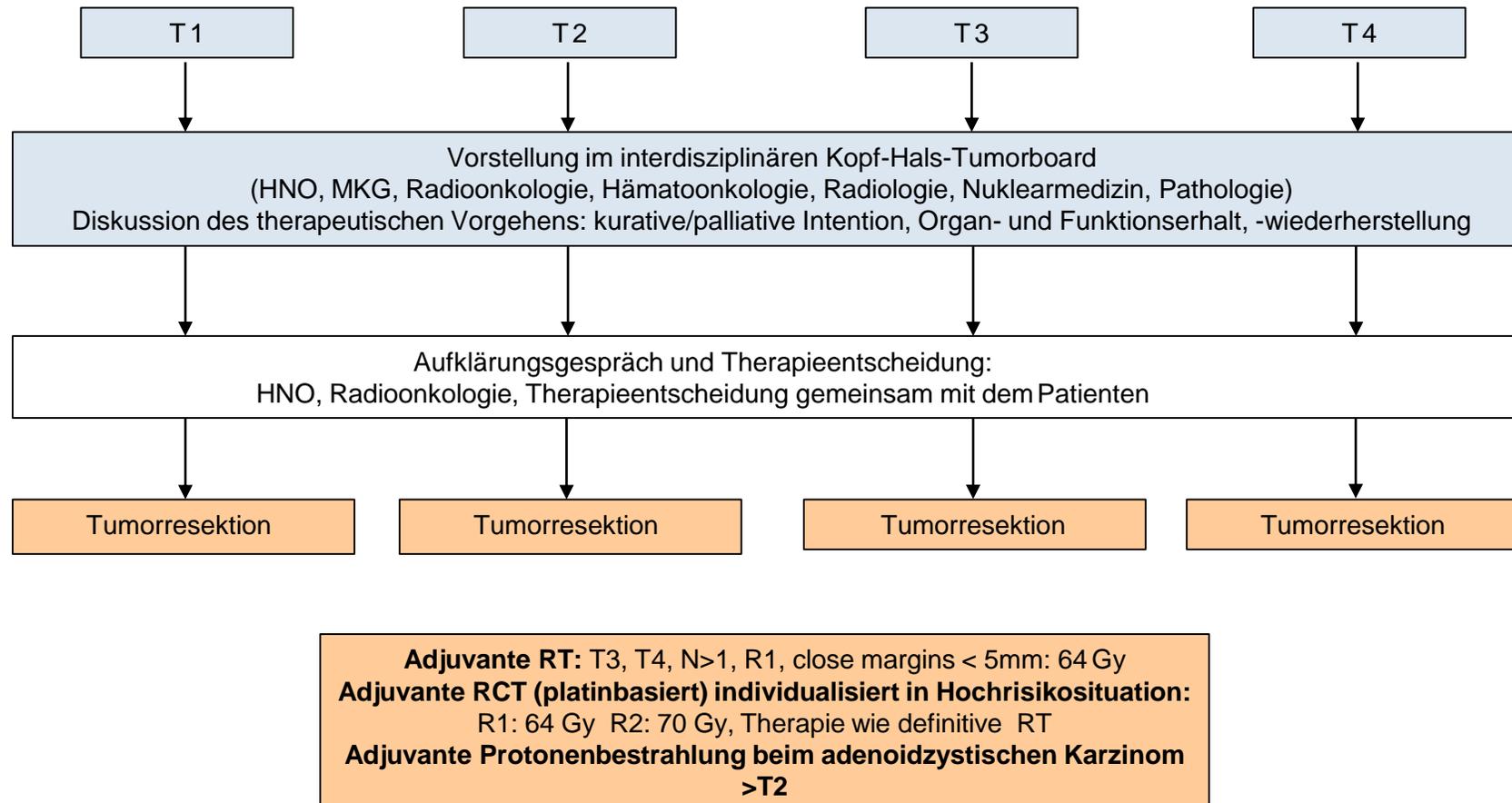


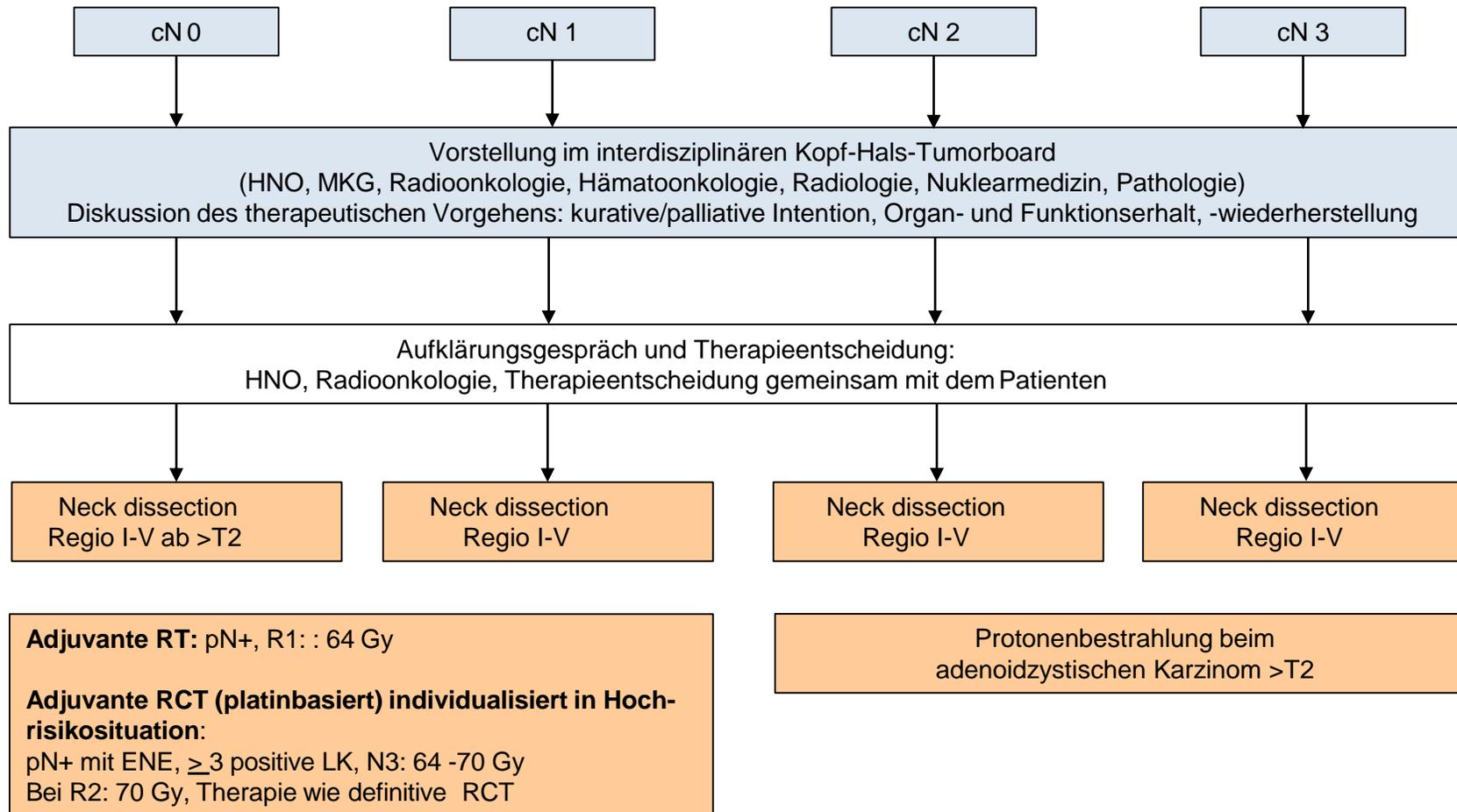


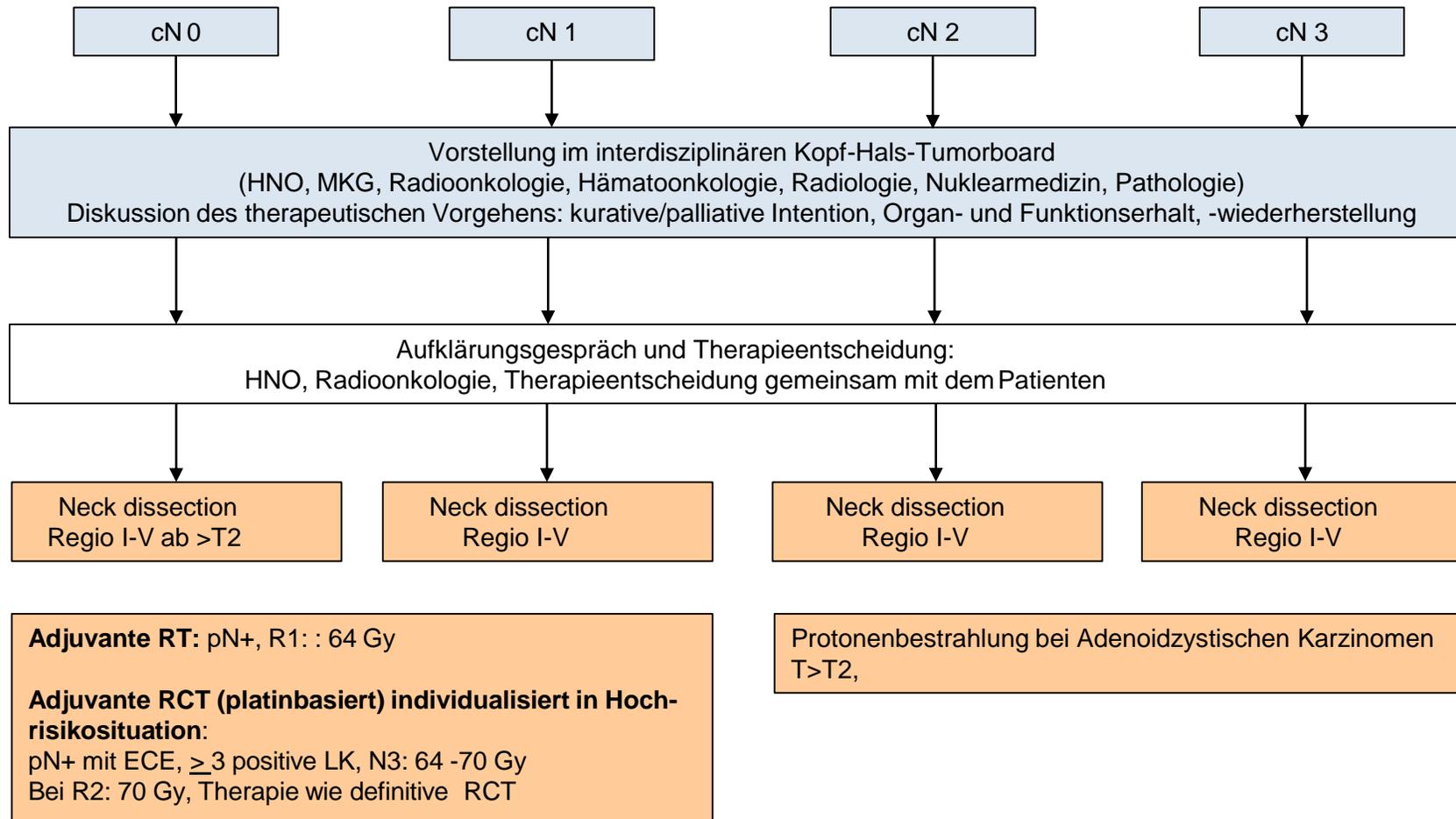






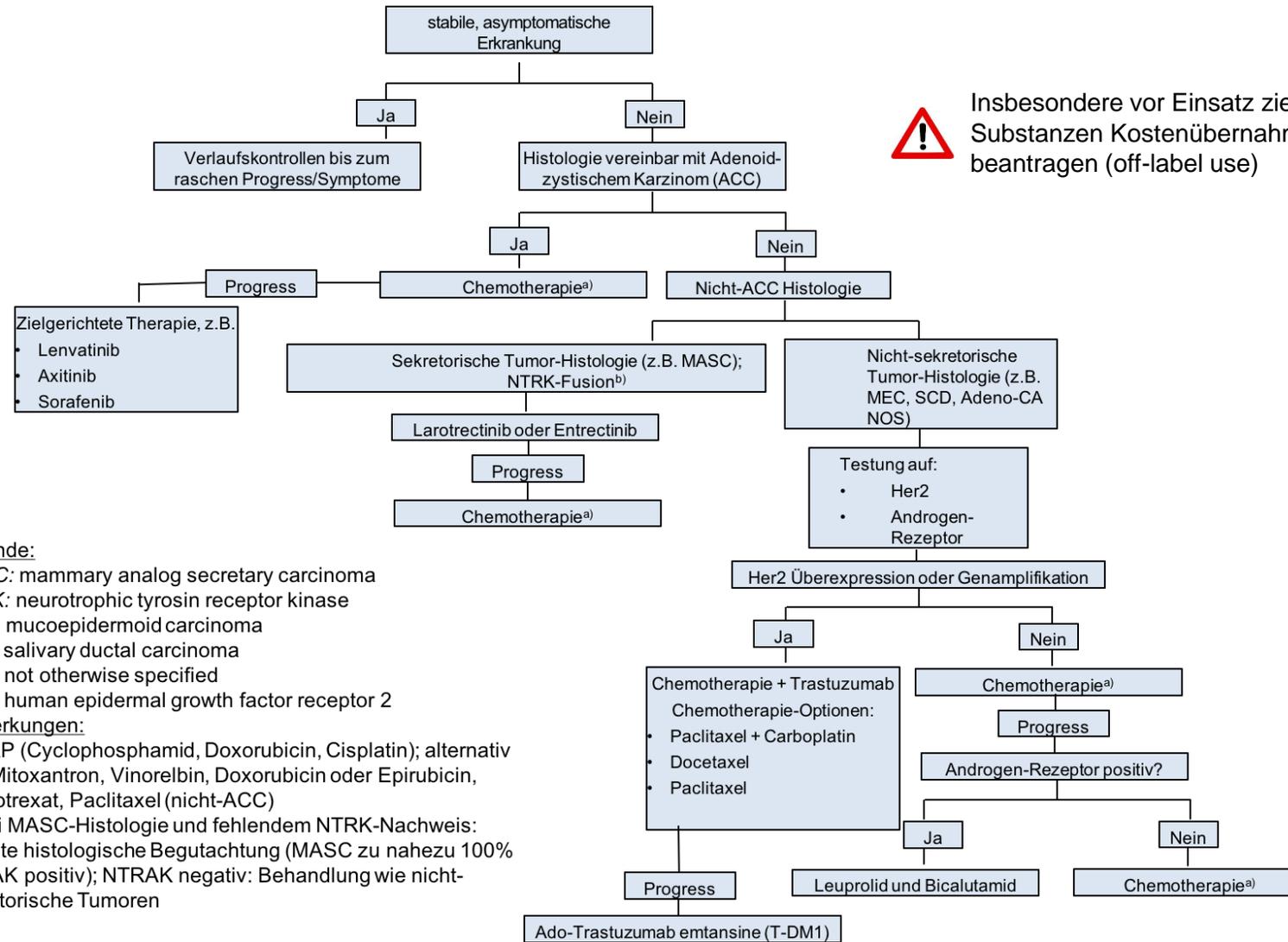






Verlaufskontrolle vor und unter Strahlentherapie		
Zeitpunkt	postoperativ oder vor Radio(chemo)therapie	
Verlaufskontrollen	<ul style="list-style-type: none"> • Körperliche Untersuchung • Zahnsanierung durch die MKG • Anpassung einer individuellen Zahnschutzschiene über MKG • Karnofsky Index/ECOG • Psychoonkologische Statusdiagnostik mittels Distressthermometer • Portanlage (nur bei RCT) • Ggf. PEG-Anlage 	
Alle RT-Patienten	<ul style="list-style-type: none"> • Klassifikation der radiogen bedingten Nebenwirkungen (CTCv.4.0) • Supportivtherapie (Mund- und Hautpflege) • Ggf. Vorstellung in HNO zur Spiegeluntersuchung nach 15-18 Bestrahlungsfractionen 	
Labor	Material nur für sRCT	
	10 ml Serum	Na, K, Ca, GPT, AP, Gamma-GT, LDH, Harnstoff, Kreatinin, Kreatininclearance, Harnsäure, Bilirubin gesamt, ALAT, ASAT, PChE, Gesamteiweiß, Glucose, TSH
	4 ml EDTA	großes Blutbild

Schema postoperativ oder definitiv Cisplatin Tag 1-5, 29-33					
Tag	Arzneimittel	Dosierung mg/m ²	Dosierung absolut	Lösungsmittel Volumen	Applikationsart Infusionsdauer
1 – 5, 29 – 33				500 ml NaCl 0,9%	Vorwässerung 250 ml/h
				250 ml Mannit 10 %	30 min 500 ml/h
	Granisetron + Fortecortin		1,5mg + 8mg	100 ml NaCl 0,9%	15 min i.v. 400 ml/h
	Cisplatin	20 mg / m ²		500 ml NaCl 0,9%	1h i.v. 500 ml/h
				2x1000 ml NaCl 0,9% mit 20mmol NaHCO ₃ + 20 mmol KCl + ½ Amp Magnesiocard	12h 167 ml/h
Tag 1 bis 5	Fortecortin		4mg Tbl. 0-0-2		
Tag 6 und 7	Fortecortin		4mg Tbl. 2-0-2		
Tag 6 und 7	Metoclopramid		3x 30 gtt		
Tag 1 bis 7	Magenschutz: Protonenpumpen- inhibitor oder H2Antagonist				



Insbesondere vor Einsatz zielgerichteter Substanzen Kostenübernahme klären bzw. beantragen (off-label use)

Legende:

MASC: mammary analog secretory carcinoma

NTRK: neurotrophic tyrosin receptor kinase

MEC: mucoepidermoid carcinoma

SCD: salivary ductal carcinoma

NOS: not otherwise specified

Her2: human epidermal growth factor receptor 2

Anmerkungen:

a) CAP (Cyclophosphamid, Doxorubicin, Cisplatin); alternativ z.B. Mitoxantron, Vinorelbin, Doxorubicin oder Epirubicin, Methotrexat, Paclitaxel (nicht-ACC)

b) Bei MASC-Histologie und fehlendem NTRK-Nachweis: erneute histologische Begutachtung (MASC zu nahezu 100% NTRAK positiv); NTRAK negativ: Behandlung wie nicht-sekretorische Tumoren

Nachsorgeuntersuchungen	Jahre nach Primärtherapie			
	< 1. Jahr	1. bis 2. Jahr	2. bis 3. Jahr	> 3 Jahre
HNO-ärztliche Nachsorge <ul style="list-style-type: none"> • Anamnese • HNO-ärztliche Untersuchung / • Sonographie Speicheldrüsen • Sonographie Hals 	alle 4-6 Wochen	alle 6-8 Wochen	alle 8-12 Wochen	alle 3-6 Monate
Strahlentherapeutische Nachsorge (nach StrISchV verpflichtend für 5 Jahre zur Erfassung der Spättoxizität) <ul style="list-style-type: none"> • Beurteilung von Remission, Akuttoxizität, Spättoxizität und Funktionalität • Kontrolle durch Bildgebung* 	<ul style="list-style-type: none"> • 6 Wochen • 3 Monate • 6 Monate nach Therapieende	alle 12 Monate		

*Bildgebung: Klassifikation des Remissionsgrades an Hand der Bildgebung (CT, MRT) nach den RECIST-Kriterien Version 1.1 (2009) *RECIST guideline (version 1.1) Eur J Ca 45:228-247, 2009*

Abkürzung	Erklärung
CTC	Common Toxicity Criteria
ENE	Extranodal extension (extranodale Ausdehnung des Lymphknotenbefalls)
ESMO	European Society for Medical Oncology
LK	Lymphknoten
MTX	Methotrexat
R0, R1, R2	Resektionsstatus
RCT	Radiochemotherapie
RT	Radiotherapie
RND	Radikale Neck dissection
SND	Selektive Neck dissection
StrlSchV	Strahlenschutzverordnung

Klinik / Fachabteilung	Bearbeiter MRI	Bearbeiter LMU
HNO Strahlentherapie	Prof. Dr. H. Bier /	PD Dr. Zengel Prof. Dr. C. Belka
Vom Ersteller freigegeben:	Prof. Dr. H. Bier Juni 2017	PD Dr. Zengel Juni 2017
Vom RHCCC freigegeben:	Prof. Dr. P. Herschbach Juni 2017	
Vom CCC ^{LMU} freigegeben:		Prof. Dr. V. Heinemann Juni 2017
Version	1.0 – Juni 2017	

Klinik / Fachabteilung	Bearbeiter MRI	Bearbeiter LMU
HNO Strahlentherapie Pathologie Hämatooknologie	Prof. Dr. B. Wollenberg	Prof. Dr. Reichel / Prof. Dr. Canis Dr. Walter / Prof. Dr. Belka Prof. Dr. Walz PD Dr. Haas
Vom Ersteller freigegeben:	Prof. Dr. B. Wollenberg	Prof. Dr. Reichel April 2021
Vom CCC ^{TUM} freigegeben: Vom CCC ^{LMU} freigegeben:	Prof. Dr. H. Algül Mai 2022	Prof. Dr. V. Heinemann Mai 2022
Version	3.0 – Mai 2022	