

## MAAG

### 1. Tumor:

#### 1.1. TNM classificatie:

Algemene opmerking: classificatie van toepassing op carcinomen met inbegrip van adenocarcinomen van de gastro-oesofagale junctie.

Tumor met epicentrum binnen 5 cm van de gastro-oesofagale junctie met uitbreiding in de slokdarm: classificatie en staging volgens het schema van de slokdarm.

Tumor met epicentrum in de maag op meer dan 5 cm van de gastro-oesofagale junctie of binnen 5 cm van de gastro-oesofagale junctie zonder uitbreiding in de slokdarm: classificatie en schema van de maag.

T: primaire tumor

Tx	niet evalueerbaar
T0	geen tumor
Tis	carcinoma in situ (= intra-epitheliale tumor zonder invasie van de lamina propria) / hooggradige dysplasie
T1	lamina propria, muscularis mucosae of submucosa
T1a	lamina propria, muscularis mucosae
T1b	submucosa
T2	muscularis propria
T3	subserosa
T4	doorheen serosa of invasie omliggende structuren
T4a	doorheen serosa
T4b	invasie omliggende structuren

Opmerking 1: omliggende structuren = milt, colon transversum, diafragma, lever, pancreas, abdominale wand, bijnieren, nieren, dunne darm en retroperitoneum.

Opmerking 2: intramurale uitbreiding in duodenum of slokdarm wordt geclassificeerd volgens diepste invasiepunt in deze structuren, met inbegrip van de maag, niet automatisch T4.

Opmerking 3: tumorale doorgroei in gastrocolisch ligament, gastrohepatisch ligament of in omentum minus of majus zonder doorbraak van visceraal peritoneum is T3.

N-classificatie: regionale lymfeklieren

Dit zijn perigastrische lymfeklieren langs de grote en kleine curvatuur, lymfeklieren langs a. gastrica sinistra, a. hepatica communis, a. splenica, a. coeliaca en hepatoduodenale lymfeklieren.

Andere intra-abdominale lymfeklieren als retropancreatisch, mesenterische en para-aortische lymfeklieren, zijn metastasen.

Nx	niet evalueerbaar
N0	geen*
N1	1-2 regionale lymfeklieren ingenomen

N2	3-6 regionale lymfeklieren ingenomen
N3	7 of meer regionale lymfeklieren ingenomen
N3a	7-15
N3b	16 of meer

\*adequate pN: histologisch onderzoek van het resectiespecimen zou minstens 16 lymfeklieren moeten omvatten. Indien er minder werden onderzocht doch ze zijn allen negatief, wordt toch pN0 gebruikt.

M: metastasen

Mx	niet evalueerbaar
M0	geen
M1	aanwezig

Opmerking: peritoneale seeding, positieve peritoneale cytologie en localisatie in omentum niet door rechtstreekse doorgroei worden ook als metastasen op afstand beschouwd.

### 1.2. Stadiumindeling:

Stadium 0	Tis	N0	M0
Stadium IA	T1	N0	M0
Stadium IB	T2	N0	M0
	T1	N1	M0
Stadium IIA	T3	N0	M0
	T2	N1	M0
	T1	N2	M0
Stadium IIB	T4a	N0	M0
	T3	N1	M0
	T2	N2	M0
	T1	N3	M0
Stadium IIIA	T4a	N1	M0
	T3	N2	M0
	T2	N3	M0
Stadium IIIB	T4b	N0, N1	M0
	T4a	N2	M0
	T3	N3	M0
Stadium IIIC	T4a	N3	M0
	T4b	N2, N3	M0
Stadium IV	elke T	elke N	M1

### 2. Staging:

- anamnese (+ Helicobacter status en familiaal)
- klinisch onderzoek inclusief lengte en gewicht
- oesofagogastroduodenoscopie + biopsies
- echo-endoscopie (criteria voor N+: hypo-echogeen, >1 cm, rond met scherpe randen)
- CT thorax
- CT abdomen
- labo inclusief CEA en CA 19.9
- preoperatieve oppuntstelling zo potentieel operabel (EKG, longfunctie, oppuntstelling comorbiditeit (tandsanering, voedingstoestand, pulmonaire toestand, ...))
- optionele en facultatieve onderzoeken
  - RX slokdarm/maag/duodenum
  - laparoscopie

### 3. Therapeutisch beleid:

Het beleid wordt op basis van de volledige oppuntstelling op het MOC beslist. Het MOC verslag wordt opgesteld en het registratieformulier wordt ingevuld.

Alle tumoren met epicentrum minder dan 5 cm van de Z-lijn worden beschouwd als distale slokdarmtumor en als dusdanig behandeld.

#### 3.1. Operabele tumoren:

Alle stadia behalve bij gemetastaseerde ziekte of bij comorbiditeit die operatie onmogelijk maakt.

##### 3.1.1. chemotherapie (volgens "sandwich methode" (Magic Trial 2004))

Te overwegen bij patiënten in goede algemene toestand; curatief opzet; minimum stadium II.  
3 cycli ECF (cfr. infra); heerkunde na 4-tal weken; 3 cycli ECF na 4-tal weken.

##### 3.1.2. heerkunde:

Cardia + corpus: totale gastrectomie en (D2) lymfadenectomie + Roux-en-Y reconstructie.  
Antrum: distale subtotale gastrectomie met regionale lymfadenectomie.  
Clips zo adjuverende radiotherapie.

##### 3.1.3. postoperatieve adjuverende therapie:

Zo preoperatief ECF gekregen en R0-resectie: postoperatief ook 3x ECF.

Zo postoperatief uitgebreide klierstatus: ECF overwegen.

Zo R1-resectie: radiochemotherapie overwegen. Individueel te bespreken.

- in principe ECF chemotherapie zo preoperatief eveneens chemo gekregen (cfr. supra)
- potentieel geïndiceerd bij R1 resectie
- starten binnen de zes weken na heerkunde

Schema chemotherapie:

- ECF: zie infra

- Mac Donald:

L-Vorin 10 mg/m<sup>2</sup> + 5FU 425 mg/m<sup>2</sup> dag 1 tot en met 5

L-Vorin 10 mg/m<sup>2</sup> + 5FU 400 mg/m<sup>2</sup> dag 29, 30, 31 en 32 en laatste drie dagen radiotherapie

2 cycli L-Vorin 10 mg/m<sup>2</sup> + 5FU 425 mg/m<sup>2</sup> dag 1 tot en met 5, dag te starten dag 29 en dag 57 na radiotherapie

of

continu infuus 5FU (225 mg/m<sup>2</sup>/dag gedurende radiotherapie) + 1 maand na de radiotherapie nog 4 cycli 5FU-leukovorin (De Gramont-schema):

- L-Vorin 250 mg/m<sup>2</sup> over 2 uur
- Fluorouracil 600 mg/m<sup>2</sup>
- 6 weken consecutief, 1 week rust, 4 cycli

Schema radiotherapie:

45 Gy over 5 weken in 25 fracties

Opmerking: bij een R2-resectie kan eventueel ook een postoperatieve behandeling zijn aangewezen.

### 3.2 Inoperabele tumoren:

Op basis van comorbiditeit of locoregionale uitbreiding.

Opties:

- symptomatische behandeling (laser, radiotherapie, chirurgie, ...)
- chemotherapie (zie bij gemetastaseerde ziekte)
- radiochemotherapie (zie adjuverende radiochemotherapie)

### 3.3 Gemetastaseerde ziekte:

Voorwaarde o.a. WHO status hoogstens 2.

Opties: chemotherapie.

Schema's:

ECF (ejectiefractie vooraf noodzakelijk)

- Epirubicine 50 mg/m<sup>2</sup> dag 1
- Cisplatin 60 mg/m<sup>2</sup> dag 1
- 5 Fluorouracil 200 mg/m<sup>2</sup>/dag, dag 1-7, dag 8-14, dag 15-21
- cyclus wordt herhaald om de 21 dagen, om de twee cycli herevaluatie
- bij progressie wordt de therapie gestopt; zo stabiele ziekte of respons wordt de therapie verdergezet tenzij bij intolerantie. In principe maximaal zes cycli.
- 5FU kan vervangen worden door Xeloda 2x 1250 mg/m<sup>2</sup>/dag

TCF

- Taxotère 75 mg/m<sup>2</sup>
- Cisplatinum 75 mg/m<sup>2</sup> d1
- 5 Fluorouracil 750 mg/m<sup>2</sup>/dag in continu infuus van d1-5
- te herhalen om de 3 weken; herevaluatie na 2 cycli
- 5FU kan vervangen worden door Xeloda 2x 1250 mg/m<sup>2</sup>/dag

Bij HER2 positief gemetastaseerd adenocarcinoom van de maag of de gastro-oesofagale overgang (IHC 2+ en een bevestigde FISH+ resultaat of IHC 3+) tumoren kan Herceptin overwogen worden, in combinatie met capecitabine of 5 Fluorouracil en Cisplatinum.

- eerste lijntherapie (dus nog geen antitumorale therapie gekregen voor gemetastaseerde ziekte)
- Herceptin dag 1, 8 mg/kg oplaaddosis; bij volgende toedieningen telkens aan 6 mg/kg + Cisplatinum 80 mg/m<sup>2</sup> op dag 1 + 5FU 800 mg/m<sup>2</sup> van dag 1 tot dag 5

of

- Capecitabine 2x 1000 mg/m<sup>2</sup>/dag van dag 1 's avonds tot dag 15 's morgens
- schema om de 3 weken te herhalen