

## 1. TNM classificatie

### T - primaire tumor

Tx: niet evalueerbaar

T0: geen

Tis: carcinoma in situ

T1: lamina propria of submucosa

T2: muscularis propria

T3: adventitia

T4: omliggende structuren\*

\*omliggende structuren: milt, colon transversum, diafragma, lever, pancreas, abdominale wand, nieren, dunne darm en retroperitoneum

### N - regionale adenopathieën\*

Nx: niet evalueerbaar

N0: geen\*\*

N1: aanwezig

\* regionale klieren:

- cervicale oesofagus: scalenus, jugularis interna, hoog- en laagcervicaal, peri-oesofagaal, supraclaviculair
- intrathoracaal: peri-oesofagaal (boven of onder vena azygos), subcarinaal, perigastrisch behalve coeliacus

\*\* adequate pN: histologisch onderzoek van het resectiespecimen zou minstens 6 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

Hoge slokdarm:

- M1a: cervicale NN
- M1b: meta's op afstand

Mid:

- M1b: niet regionale NN of meta's of afstand

Laag:

- M1a: NN coeliacus
- M1b: meta's op afstand

Opmerking: deze TNM-classificatie geldt zowel voor spino's als adenocarcinoma's.

## 2. Staging

- anamnese (+ risicofactoren: alcohol, tabak, Barrett)
- klinisch onderzoek inclusief lengte en gewicht
- oesofagogastroduodenoscopie + biopsies
- echo-endoscopie

(criteria voor N+ : hypo-echoegen, > 1 cm, rond met scherpe randen)

Bij stenoserende tumoren wordt geen dilatatie verricht om de endoscopie mogelijk te maken.

- CT thorax (spiraal), eventueel CT hals
- CT abdomen
- PET-onderzoek zo geen manifeste metastasen
- labo inclusief CEA en CA 19.9 zeker bij adenocarcinoom
- preoperatieve oppuntstelling zo potentieel operabel (EKG, longfunctie, oppuntstelling comorbiditeit (tandsanering, voedingstoestand, pulmonaire toestand...))
- optionele en facultatieve onderzoeken:
  - RX slokdarm/maag
  - botscan
  - bronchoscopie bij tumoren tot 24 cm van tandenrij
  - laparoscopie bij twijfel omtrent abdominale laesies bij distale slokdarm
  - consult NKO bij proximale tumoren
  - CT schedel

## 3. Therapeutisch beleid

Het beleid wordt op basis van de volledige oppuntstelling op het MOC beslist. Op het MOC wordt eventueel beslist tot verwijzing naar een universitair centrum. Het MOC verslag wordt opgesteld en het registratieformulier wordt ingevuld.

### 3.1 Tumoren die met een curatieve intentie (R0) kunnen worden geopereerd

a) primaire chirurgie: (partiële) oesofagectomie

Indicaties:

- cTis
- cT1-3 N0M0
- cT1-2 N1M0

b) inductietherapie (gevolgd door chirurgie)

Indicaties:

- cT4N0M0
- cT3-4 N1M0

Reëvaluatie na drie tot vier weken post-inductie; zo indicatie chirurgie vier - vijf weken post-inductie.

Schema:

Chemotherapie

- 5 Fluorouracil 800 mg/m<sup>2</sup> d1-5 en d29-33
- Cisplatin 80 mg/m<sup>2</sup> d2 en d30

Radiotherapie

- 25 x 1,8 Gy over vijf weken = totaal dosis 45 Gy

### 3.2 Inoperabele tumoren (omwille van comorbiditeit of locoregionaal te uitgebreid)

a) radiochemotherapie

Chemotherapie:

- 5 Fluorouracil 800 mg/m<sup>2</sup> d1-5 en d29-33
- Cisplatin 80 mg/m<sup>2</sup> d2 en d30

Radiotherapie:

- 25 x 1,8 Gy over vijf weken = totaal dosis 45 Gy + eventuele boost

b) soms is een louter palliatieve aanpak het meest aangewezen

Opties:

- externe radiotherapie alleen
- brachytherapie
- laser
- stent
- chirurgie

### 3.3 Palliatieve chemotherapie (aanwezigheid van metastasen)

Chemotherapie:

- 5 Fluorouracil 1000 mg/m<sup>2</sup> d1-5
- Cisplatin 100 mg/m<sup>2</sup> d2

Te herhalen om de vier weken. Herevaluatie na twee cycli. In principe maximaal 6 cycli (gezien nefrotoxiciteit).

Alternatief schema: Taxotère 25 mg/m<sup>2</sup>/week of 75 mg/m<sup>2</sup> om de 3 weken.

Opmerking: voor distale en gemetastaseerde tumoren kan eventueel dezelfde chemotherapie gebruikt worden als bij maag (zie infra).

[terug naar overzicht](#)