Beleid tumoren LIP EN ORALE CAVITEIT

1. Lip

1.1 Staging

TNM- classificatie, 8ste editie

1.2 Diagnose

- Klinisch onderzoek van caviteit en hals
- Endoscopisch nazicht van pharynx en larynx ter exclusie van second primary
- Biopsiename en/of FNAC halsklier
- Evaluatie operabiliteit: labo, eventueel consult algemeen inwendige, EKG
- CT hals-thorax (of direct PET-CT bij vermoeden van klieren en/of stadium III/IV)
- MRI hals
- OPG (met tandsanering)
- PET-CT bij locally advanced tumor (stadium III/IV)

1.3 Behandeling

T1-2 N0

1ste keuze: chirurgie excisie +- postoperatieve radiotherapie.
Alternatief: radiotherapie (brachytherapie in selecte gevallen)

T3-4 N0

1ste keuze: chirurgie excisie + ipsilateraal/bilateraal supraomohyoïdaal halsevidement +- postoperatieve radiotherapie.

N+

1ste keuze: chirurgie excisie + bilateraal halsevidement +- postoperatieve radiotherapie.

Indien positief snedevlak: reëxcisie zo mogelijk, anders postoperatieve radiochemotherapie.

Postoperatieve radiotherapie in geval van perineurale of lymfovasculaire invasive.
Postoperatief radiochemotherapie in geval van kapseldoorbraak en/of positief snedevlak.

2. Orale caviteit

2.1 Algemeen

Wangmucosa, mondvloer, anterieure tong, alveolaire kam, retromolaire trigonum, hardverhemelte

2.2 Staging

TNM- classificatie, 8ste editie

2.3 Diagnose

- Uitgebreid klinisch onderzoek van de hals en tumorregio
- Laryngoscopisch onderzoek van NKO gebied.
- Biopsiename en/of FNAC halsklier
- Evaluatie operabiliteit: labo, eventueel consult algemeen inwendige, EKG
- MRI orale caviteit
- CT hals-thorax (zo vermoeden van locally advanced heeft PET-CT voorkeur)
- OPG (met tandsanering)
- Oesofagogastroscopie en/of bronchoscopie bij klachten van dysfagie
- PET-CT bij locally advanced tumor (stadium III/IV), bij voorkeur in bestralingshouding.

2.4 Behandeling

cT1-2 N0

Voorkeur: chirurgie primaire tumor +/- halsevidement.
Postoperatieve radio(chemo)therapie te bekijken in functie van risicofactoren.
Alternatief: primaire radiotherapie.

cT3-4 N0-3 en cT1-2 N1-3

Voorkeur: chirurgie primaire tumor met halskierevidement. Postoperatieve radio(chemo)therapie te bekijken in functie van risicofactoren.

Alternatief: radio(chemo)therapie

T4b of unresectable disease

Voorkeur: concomitant radio(chemo)therapie.

Alternatief: inductiechemotherapie met nadien herevaluatie operabiliteit (in principe zelden)

Stadium IV M1

Voorkeur: systeemtherapie (zo mogelijk)

Op indicatie: chirurgische/hygienische debulking en/of palliatieve lokale radiotherapie

2.5 Info heelkunde

- ≤ 4 mm invasiediepte: excisie tumor, in principe zonder klierevidement
- > 4 mm invasiediepte:
  - Ruime marge van middellijn: ipsilateraal halsevidement
  - Grenzend aan of uitbreidend over de middellijn: bilateraal halsevidement.
- Indien positieve resectieranden → recoupe zo mogelijk

2.6 Info postoperatieve radiotherapie

Er wordt een bestraling van de tumorregio uitgevoerd +- electieve bestraling van de drainerende klierstreken.

Indicaties voor postoperatieve radiotherapie:

- Perineurale en lymfovasculaire uitbreiding
- Nipte snedevlakken (=< 1mm)
- pT3/pT4 (eventueel geen radiotherapie indien pT3 en geen andere risicofactoren aanwezig)
- pN+ (eventueel geen radiotherapie indien slechts 1 aangetaste klier)

Indicaties voor postoperatieve radiochemotherapie:

- Kapseldoorbraak van aangetaste klieren
- Positief snedevlak (en geen recoupe mogelijk)

In principe wordt er een electieve bestraling van de hals uitgevoerd tenzij een (bilateraal) klierevidement werd uitgevoerd en er geen aangetaste klieren waren.

In selecte gevallen kan de bestraling van de klierstreken weggelaten worden bij 1 aangetaste klier na een uitgebreide klieruitruiming.
De omvang van de electieve bestraling van de hals (unilateraal versus bilateraal) wordt afgewogen in functie van ligging letsel en de klieraantasting. In principe bestraling van de bilaterale hals tenzij sterk gelateraliseerd letsel (marge tussen tumor en middenlijn van minstens 1 cm) zonder klieraantasting.
Dosis postoperatieve radiotherapie is tot 60 Gy in 30 fracties van 2 Gy op tumorbed. Dosis postoperatieve radiochemotherapie is tot 66 Gy in 33 fracties van 2 Gy op regio met kapseldoorbraak van klieren en/of regio van positieve snedevlak.
We trachten te starten met postoperatieve radio(chemo)therapie binnen 6 tot 7 weken na einde van heelkunde.

2.7 Info chemotherapie

Primaire radiochemotherapie: voorkeur 3-wekelijks cisplatinum (100 mg/m²). Indien frailty kan cisplatinum wekelijks (40 mg/m²) een alternatief zijn.
Indien cisplatinum-ineligible kan carboplatinum-5FU of cetuximab concomitant gegeven worden.

Postoperatieve radiochemotherapie: voorkeur cisplatinum weekly (40 mg/m²).
Indien cisplatinum-ineligible kan carboplatinum concomitant gegeven worden.

Metastasen bij diagnose: eerstelijns systeemtherapie in functie van CPS-score:

- CPS 0: palliatieve chemotherapie + cetuximab (PFE schema)
- CPS ≥1: immuuntherapie (pembrolizumab) monotherapie of combinatie chemotherapie (cis/carboplatinum-5FU) met immunotherapie (pembrolizumab).

2.8 Follow up

2.8.1 Beeldvorming

a) 3 maanden na beëindigen van therapie:
   - Primaire heelkunde +- postoperatieve radio(chemo)therapie: MRI hals
   - Primaire radio(chemo)therapie: FDG PET-CT

b) nadien:
   - Eerste 3 jaar: jaarlijkse beeldvorming van het hoofd- en halsgebied met MRI hals en CT thorax
   - Na 3 jaar: op indicatie.

2.8.2 Klinisch onderzoek

1 - 2 jaar: 3 maandelijks

3 - 5 jaar: om de 6 maanden

Na 5 jaar: om de 6 tot 12 maanden

2.8.3 Biochemie

Jaarlijkse meting van schildklierfunctie na radiotherapie in de schildklierregio.