

Welche Fraktionierung wird bei Re-Bestrahlung empfohlen?

- In der einzigen prospektiven Studie zur perkutanen Teilbrustbestrahlung wurde hyperfraktioniert mit 2x1,5 Gy bis 45 Gy behandelt. Mittlerweile gibt es auch eine retrospektive Kohortenstudie mit 15x2,67 Gy. Die meisten Daten liegen für die interstitielle Multikatheter-Brachytherapie vor – auch hier typischerweise hyperfraktioniert über eine Woche mit vergleichbaren Schemata zur Primärsituation.

Wie ist die Indikation zur Hypofraktionierung für die RT der Axilla Lv I-II oder parasternal zu sehen?

- Die Bestrahlung der Lymphabflusswege (auch von Level I-IV nach SLNB oder parasternal) sollte bevorzugt hypofraktioniert verabreicht werden.

Bei axillärem CUP eher Mastektomie oder Ganzbrustbestrahlung nach Neoadjuvanz?

- Eine Mastektomie ist bei unauffälliger Mammadiagnostik inkl. MRT nicht indiziert. Bevorzugt sollte eine Bestrahlung der Brust erfolgen.

Wie handhaben Sie die nicht operierten Lymphknoten nach neoadjuvanter Chemotherapie? Welche Dosis geben Sie, wenn die Lymphknoten nicht mehr sichtbar sind?

- Die Bestrahlung der Lymphabflusswege kann auch nach neoadjuvanter Systemtherapie hypofraktioniert erfolgen. Ein Boost wäre nur bei makroskopischem Resttumor oder R1-Situation (selten) indiziert. Bei makroskopischem Rest sollte eine erneute OP geprüft werden.

Gibt es Erfahrungswerte für Hypofraktionierung bei Autoimmunerkrankungen? Oder hier normofraktioniert, z.B. Lupus?

- Retrospektive Daten zeigen auch bei rheumatischen Erkrankungen bzw. Kollagenosen vergleichbare Ergebnisse mit der hypofraktionierten Bestrahlung.

Boost bei Hypofraktionierung: Sequentiell als SIB analog HIPOSIB Studie?

- Der Boost kann standardmäßig simultan integriert verabreicht werden, entweder analog IMPORT HIGH/RTOG 1005 mit 15x2,67/3,2 Gy oder mit

16x2,5/3 Gy analog HYPOSIB. Einzige Ausnahme sind sehr große Boostvolumina (>20-25% des Brustvolumens) – diese Pat. waren in den Studien ausgeschlossen.

Welche tägliche Verifikation beim HypoSIB und sollte sich diese von z.B. Start-B mit seq. Boost unterscheiden?

- Die Verifikation ist von der Bestrahlungstechnik und der sonstigen Lagekontrolle (z.B. SGRT) abhängig. Bei 3D-CRT ist eine tägliche Lagekontrolle i.d.R. nicht erforderlich. Bei modulierten Techniken (VMAT, IMRT) ist eine tägliche Kontrolle ratsam. Hierzu ist aktuell ein Positionspapier der Mamma-AG in Arbeit.