

PRESSEMITTEILUNG

20. Februar 2019

Bei Brustkrebs mit geringem Rückfallrisiko reicht die Teilbrustbestrahlung

Die Ganzbrustbestrahlung über mehrere Wochen stellte lange den aktuellen Standard nach brusterhaltenden Operationen dar – ist jedoch bei Patientinnen mit niedrigem Rückfallrisiko nicht immer notwendig. Diese könnten von der Teilbrustbestrahlung (Brachytherapie oder intraoperative Bestrahlung) als gleichwertige Alternativen profitieren. Die Verfahren bieten mehr Behandlungskomfort und Schonung von gesundem Gewebe. „Wir sollten Patientinnen mit niedrigem Rückfallrisiko über die Studienlage informieren und ihnen die Teilbrustbestrahlung als Option anbieten“, erklärt Prof. Dr. med. Wilfried Budach, Düsseldorf, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO).

Nach einer brusterhaltenden Brustkrebs-Operation schließt sich bei Patientinnen fast immer eine Strahlentherapie an. Da über 90% der lokalen Rückfälle (Rezidive) im Bereich des ehemaligen Tumorbettes auftreten und nur selten in einer anderen Region derselben Brust, wird heute, wann immer möglich, brusterhaltend („im Gesunden“) operiert. Im Gegensatz zur vollständigen Entfernung der Brustdrüse (Mastektomie, Ablatio), an die meistens keine Bestrahlung angeschlossen wird, gehört nach brusterhaltender Operation die Ganzbrustbestrahlung („external beam radiotherapy“) mit Dosiserhöhung (Boost) im ehemaligen Tumorgebiet zur Standardtherapie. Durch dieses Vorgehen haben sich die lokale Rezidivrate und das Gesamtüberleben deutlich verbessert. In der Regel erfolgt wenige Wochen nach der Operation eine externe Bestrahlung (von außen durch die Haut) in mehreren Therapiesitzungen (fraktioniert) über ca. 3 - 6 Wochen.

Bis vor wenigen Jahren galt die Bestrahlung der gesamten verbliebenen Brust und der angrenzenden Thoraxwand als obligat. Mit der Überarbeitung der S3-Leitlinie [1] im Jahr 2018 wurde ein Paradigmenwechsel eingeleitet, denn neuere Studien haben zahlreiche Hinweise darauf gegeben, dass Abweichungen im Sinne einer individualisierten Therapie nicht nur vertretbar, sondern für die Patientinnen von Vorteil sein können. In der aktuellen Leitlinie heißt es nun: „Eine alleinige Teilbrustbestrahlung (als Alternative zur Nachbestrahlung der ganzen Brust) kann bei Patientinnen mit niedrigem Rezidivrisiko durchgeführt werden.“ Gegenüber der externen Bestrahlung der ganzen Brust bietet eine gezielte Teilbestrahlung die Möglichkeit, das umliegende Gewebe zu schonen und die Nebenwirkungen zu reduzieren. Möglichkeiten einer solchen gezielten Strahlentherapie stellen die (1) Brachytherapie (siehe Pressemeldung zur Brachytherapie), die (2) intraoperative Bestrahlung des Tumorbettes (IORT), die (3) intraoperative Bestrahlung des Tumorbettes mit Elektronen (IOERT)

oder auch die (4) perkutane Teilbrustbestrahlung dar. Neue Studien geben nun Hinweise, dass diese „sanfteren Formen“ der Strahlentherapie nicht mit einem höheren Rückfallrisiko verbunden sind:

- Strnad et al. [2] zeigten, dass die Lokalrezidiv-Rate bei Patientinnen mit frühem Brustkrebs (Stage 0, I und II a) nach brusterhaltender Operation mit einer akzelerierten Teilbrust-Bestrahlung mit Brachytherapie der Ganzbrust-Bestrahlung nicht unterlegen ist.
- Die TARGIT-A-Studie [3] ergab, dass bei Patientinnen mit frühem Brustkrebs eine sofortige intraoperative Einzeldosis-Bestrahlung (IORT) eine risikoadaptierte Alternative – gleichwertig zur postoperativen Ganzbrust-Bestrahlung – darstellen kann. Bei der intraoperativen Radiotherapie (IORT) wird der Strahlenboost unmittelbar am Ende der Operation direkt im Tumorgebiet appliziert („intraoperative Tumorbettaufsättigung“ mit einer Dauer von ca. 30 Minuten). „Dies verkürzt die postoperative Bestrahlungszeit und hat die Vorteile der optimalen Treffsicherheit des ursprünglichen Tumorbettes; außerdem entfällt die zeitliche Verzögerung, d. h. eventuell verbliebene Tumorzellen können gar nicht erst wieder wachsen“, erklärt Prof. Dr. med. Frederik Wenz, Direktor der Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie und Ärztlicher Direktor der Universitätsmedizin Mannheim.
- Gute Ergebnisse ergab auch die sogenannte intraoperative Bestrahlung des Tumorbettes mit Elektronen (IOERT). Diese Therapie unterscheidet sich von der IORT hinsichtlich der Strahlenart und -quelle. Es werden nicht wie bei der IORT Photonen, sondern Elektronen eingesetzt, die nicht so tief eindringen. Damit wird das hinter dem Tumorbett liegende Gewebe geschont. Die Studie Veronesi et al. [4] zeigte, dass bei adäquater Selektion der Patientinnen im Vergleich zur herkömmlichen Strahlentherapie zwar eine leicht erhöhte Rückfallrate beobachtet wurde, das Überleben aber gleich war.
- Auch die perkutane Teilbrustbestrahlung, bei der die gleiche Technik wie bei der herkömmlichen Ganzbrustbestrahlung angewendet wird, allerdings nur das Tumorgebiet, nicht die gesamte Brust bestrahlt wird, war in Studien bei Niedrig-Risiko-Patientinnen nicht unterlegen [5, 6].

Doch für welche Patientinnen weisen ein geringes Rückfallrisiko auf und eignen sich für diese Verfahren? Das Rückfallrisiko wird anhand verschiedener Risikofaktoren bestimmt. Mit einem höheren Risiko gehen die Faktoren wie jüngeres Patientinnenalter, fortgeschrittenes Tumorstadium, Tumoraggressivität (Zelltyp und andere Gewebeeigenschaften) oder Lymphknotenbefall einher. „Wenn wenige Risikofaktoren für einen Rückfall vorliegen, kann eine alleinige Teilbrustbestrahlung angeboten werden. Wir sollten Patientinnen mit niedrigem Rückfallrisiko über die Studienlage informieren und ihnen die Teilbrustbestrahlung als Option anbieten, um leitliniengerecht zu behandeln“, erklärt Prof. Dr. med. Wilfried Budach, Düsseldorf, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO).

Literatur

- [1] Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms Langversion 4.1–September 2018; https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-0450LI_S3_Mammakarzinom_2018-09.pdf
- [2] Strnad V, Ott OJ, Hildebrandt G et al. Groupe Européen de Curiethérapie of European Society for Radiotherapy and Oncology (GEC-ESTRO). 5-year results of accelerated partial breast irradiation using sole interstitial multicatheter brachytherapy versus whole-breast irradiation with boost after breast-conserving surgery for low-risk invasive and in-situ carcinoma of the female breast: a randomised, phase 3, non-inferiority trial. *Lancet* 2016; 387 (10015): 229-38
- [3] Vaidya JS, Wenz F, Bulsara M et al. TARGIT trialists' group. Risk-adapted targeted intraoperative radiotherapy versus whole-breast radiotherapy for breast cancer: 5-year results for local control and overall survival from the TARGIT-A randomised trial. *Lancet* 2014; 383 (9917): 603-13
- [4] Veronesi U, Orecchia R, Maisonneuve P et al. Intraoperative radiotherapy versus external radiotherapy for early breast cancer (ELIOT): a randomised controlled equivalence trial. *Lancet Oncol* 2013; 14:1269–1277
- [5] Coles CE, Griffin CL, Kirby AM et al. Partial-breast radiotherapy after breast conservation surgery for patients with early breast cancer (UK IMPORT LOW trial): 5-year results from a multicentre, randomised, controlled, phase 3, non-inferiority trial. *The Lancet* 2017; 390: 1048–1060
- [6] Livi L, Meattini I, Marrazzo L et al. Accelerated partial breast irradiation using intensity-modulated radiotherapy versus whole breast irradiation: 5-year survival analysis of a phase 3 randomised controlled trial. *Eur J Cancer* 2015; 51:451–463

DEGRO-Pressestelle

Dr. Bettina Albers

Tel. 03643/ 776423

Mobil 0174/2165629

albers@albersconcept.de