

Hypofraktionierte Bestrahlungs-Regimes als Alternative zu konventioneller Bestrahlung in Zeiten reduzierter Strahlentherapie-Kapazitäten

Cave: präferentiell sind Regimes zu benutzen, mit denen im eigenen Haus Erfahrungen bestehen, da die Neueinführung anderer Schemata eigentlich gute Toxizitäts-Kontrolle erfordert.

Bei Verschärfung der Pandemie-Lage kann es sinnvoller sein, erstmalig eine evidenzbasierte Hypofraktionierung einzusetzen als Patienten nicht zu bestrahlen.

Indikation	hypofraktionierte Regimes	Literatur
Mamma-Ca, adjuvante Bestrahlung	42,5Gy/16x2,66 Gy oder 40 Gy/15x2,66Gy	W. Budach et al.; Hypofractionated Radiotherapy as Adjuvant Treatment in Early Breast Cancer. A Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials; Breast Care (Basel) , 10 (4), 240-5; Aug 2015
Mamma-Ca, adjuvante Bestrahlung mit Boost:	40 Gy/16x2,5 Gy Restbrust mit simultan integriertem Boost 48 Gy/ 16x3 Gy	Studienprotokoll Hyposib-Studie
Low risk Mamma-Ca.	Teilbrustbestrahlung 5x6 Gy über 2 Wochen (umtägig)	L. Livi; Accelerated partial breast irradiation using intensitymodulated radiotherapy versus whole breast irradiation: 5-year survival analysis of a phase 3 randomised controlled trial; European Journal of Cancer (2015) 51, 451– 463
Prostata-Ca. primär definitive RT	60 Gy/20x3 Gy	MG Sanda et al. Clinically Localized Prostate Cancer: AUA/ASTRO/SUO Guideline. Part II: Recommended Approaches and Details of Specific Care Options. J Urol. 2018 Apr;199(4):990-997.
Bronchialkarzinom, lokalisierte Stadien	SBRT 3x18 Gy (peripher); 8x7,5 Gy (zentral)	M. Guckenberger, et al. Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO). Definition of stereotactic body radiotherapy: principles and practice for the treatment of stage I non-small cell lung cancer. Strahlenther Onkol. 2014 Jan;190(1):26-33
Bronchialkarzinom, lokal fortgeschritten, Radiochemotherapie	60,5 Gy /22,5x2,75 Gy	J. Walraven I, et al., Long-term follow-up of patients with locally advanced non-small cell lung cancer receiving concurrent hypofractionated chemoradiotherapy with or without cetuximab. Radiother Oncol. 2016 Mar;118(3):442-6.
Glioblastom, Radiochemotherapie	40,05 / 15x2,67 Gy	JR Perry et al. , Short-Course Radiation plus Temozolomide in Elderly Patients with Glioblastoma. N Engl J Med. 2017 Mar 16;376(11):1027-1037.
Glioblastom alleinige Radiotherapie	34 Gy/10x3,4 Gy	A Malmström et al. Temozolomide versus standard 6-week radiotherapy versus hypofractionated radiotherapy in patients older than 60 years with glioblastoma: the Nordic randomised, phase 3 trial. Lancet Oncol. 2012 Sep;13(9):916-26.
Knochenmetastasen, palliative Bestrahlung	20 Gy/4x5 Gy 1x8 Gy	D. Rades, Dose-Fractionation Schedules for Radiotherapy of Bone Metastases , Breast Care (Basel) , 5 (5), 339-344 ; 2010

Weiteres Material zu Hypofraktionierung sowie eine Stellungnahme der ESTRO zur Gesamtproblemlage findet sich auch unter

https://docs.google.com/spreadsheets/d/1KicEMU_ZZ5rcpCEmNDeIQcDODyQz4iMzh64bx36ac58

bzw. unter <https://www.estro.org/About/Newsroom/News/Radiotherapy-in-a-time-of-crisis>