

FAST-Forward-Studie: Was man als Radioonkologe antworten könnte, wenn man in einer interdisziplinären Diskussion zu den Daten Stellung nehmen will/muss

Vorab: Man muss die Studiendaten ja nicht unbedingt propagieren, aber wir sollten, wenn die Studie angesprochen wird, gut informiert sein. Das wird kommen, da die AGO Mamma vermutlich kurzfristig eine Empfehlung herausgeben wird. ABER eines muss klar sein: Die wissenschaftliche Deutungshoheit darf man nicht anderen überlassen! Wir müssen überzeugend darstellen, dass wir die Details kennen, die Limitationen durch strahlenbiologisches Hintergrundwissen besser einschätzen können, und dass wir daher entscheiden (müssen), wie die Umsetzung in der klinischen Praxis erfolgt.

Empfehlung: Die Studie auf keinen Fall ignorieren oder abwerten. Aus unserer Sicht sinnvolle Antworten auf zu erwartende FAQs könnten also sein:

1. *Was halten Sie von der Studie?*

Außerordentlich interessante Daten. Ich bin positiv überrascht. Dass Hypofraktionierung wirkt, war ja klar, aber dass eine so starke Akzelerierung mit Verkürzung der Behandlungszeit auf eine Woche funktioniert, ist, auch für die meisten Experten, überraschend.

2. *Die Daten sind doch eindeutig. 5 Bestrahlungen werden der neue Standard, oder?*

5x 5,2Gy ist sicher eine interessante Option, aber aus meiner Sicht sind noch einige wichtige praktische Aspekte unklar. Beispielsweise wurde der Boost immer sequentiell gegeben, d.h. diese Patientinnen hatten dann eine Behandlungszeit von 2-3 Wochen.

3. *Die Autoren stufen die Behandlung als sicher ein. Spricht denn irgendetwas dagegen?*

Extreme Hypofraktionierung funktioniert nach strahlenbiologischen Berechnungen immer dann gut, wenn der α/β -Wert für Tumorkontrolle niedriger ist als der α/β -Wert für Spätkomplikationen. Das ist zum Beispiel beim Prostatakarzinom der Fall. In der FAST-Forward-Studie wurden aber α/β -Werte für Tumorkontrolle von 3,7Gy und für Spätkomplikationen von ca. 2,5Gy berechnet. Bei dieser Konstellation kommt man in einen Bereich, in dem die Dosis-Wirkungsbeziehung für Spätkomplikationen extrem steil ist. Das sieht man ja auch an der deutlichen Differenz zwischen 26 und 27Gy bei den Spätfolgen. Und auch bei 26Gy sind ja signifikant mehr Spätfolgen bei einzelnen Outcome-Parametern beobachtet worden, z.B. bei Brustfibrosen. Das relative Risiko für schwere Brustfibrosen war exorbitant höher nicht nur bei 27Gy, sondern auch bei 26Gy. Die absoluten Zahlen für Grad 3-4-Nebenwirkungen sind in der Studie natürlich gering im niedrigen einstelligen Prozentbereich, aber bei der üblichen Strahlentherapie und im Kontrollarm der Studie ist diese Zahl Null. Daher habe ich Bedenken, ob man Patientinnen, bei denen wir uns gemeinsam um ein optimales kosmetisches Ergebnis bemühen, diese Therapie uneingeschränkt empfehlen sollte.

4. *Können wir das nicht schon in unserem Brustzentrum umsetzen?*

Im Prinzip ja. Ich würde aber gern noch eine Stellungnahme der DEGRO abwarten.

oder

Im Prinzip ja. Auch ich würde diese Therapie gern einführen und Erfahrung damit sammeln. Wir haben ja in der Fachgesellschaft einige Protagonisten der Hypofraktionierung, und ich habe gerade mit Kollegen aus Kiel gesprochen und weiß, dass die Klinik dort dieses Konzept konsequent umsetzen will. Aber selbst diese radikalsten Vertreter der Hypofraktionierung gehen im Moment davon aus, dass sie dieses Regime bei etwa 5 bis 10% ihrer Patienten guten Gewissens einsetzen können. Das könnte ich mir auch für unser Brustzentrum vorstellen. Ich schlage vor, dass wir das, wenn überhaupt, zunächst bei älteren Damen einsetzen, die von der verkürzten Behandlungszeit einen wesentlichen Vorteil haben und bei denen Kosmetik nicht im Vordergrund steht, also z.B. 80-jährige Patientin, low-risk-Mamma-Ca, Komorbidität oder reduzierter AZ. Und wir müßten das natürlich im Tumorboard begründen und absegnen, und die Patientin müßte auch bereit sein, sich mit einem nicht -leitlinien-gerechten Therapieschema behandeln zu lassen. Dann aber gern.