Adjuvante Strahlentherapie nach Mastektomie

Auch bei nodal negativen Patientinnen?

Rowell NP. Radiotherapy to the chest wall following mastectomy for node negative breast cancer: a systematic review. *Radiother Oncol* 2009;91:23–32.

Hintergrund und Fragestellung

Nationale und internationale Leitlinien zur Therapie des Mammakarzinoms empfehlen meist keine adjuvante Bestrahlung nach Mastektomie für nodal negative Patientinnen, es sei denn, es handelt sich um sehr ausgedehnte Tumoren. Die vorgestellte Arbeit hinterfragt diese Vorgehensweise bei Patientinnen, die zwar keine befallenen axillären Lymphknoten, jedoch verschiedene sonstige Risikofaktoren aufweisen, im Hinblick auf die Entwicklung von Rezidiven.

Methodik

In einer systematischen Literaturrecherche wurde nach Metaanalysen und Studien gesucht, in denen nodal negative Patientinnen (pT1–4 pN0 M0) nach Mastektomie und axillärer Dissektion bzw. Sentinel-Node-Biopsie adjuvant bestrahlt worden waren oder nicht. Für die Strahlentherapie waren Megavoltbedingungen sowie eine Dosis zwischen 40 und 60 Gy in Einzeldosen von 2 Gy gefordert. Das Bestrahlungsvolumen hatte mindestens die Brustwand zu umfassen. Eine adjuvante Chemo- oder Hormontherapie war zulässig. Der Nachbeobachtungszeitraum sollte mindestens zehn Jahre umfassen. Die aufgefundenen 18 nicht randomisierten Studien (n = 8176) wurden primär auf die Endpunkte lokoregionäres Rezidiv (LRR) und Risikofaktoren untersucht, wobei nur in vier dieser Studien (n = 481) eine adjuvante Bestrahlung durchgeführt worden war. Drei randomisierte Studien, in denen Auswertungen von LRR-

Raten und Gesamtüberleben vorlagen (n = 667), wurden einer Metaanalyse unterzogen.

Ergebnisse

Die Metaanalyse der randomisierten Studien ergab nach zehn Jahren eine Reduktion des LRR-Risikos durch eine adjuvante Bestrahlung um 83% ($p > 0,00001$). Das Überleben wurde um 14% verbessert, das Signifikanzniveau jedoch nicht erreicht ($p = 0,16$). In den nicht randomisierten Studien lag das LRR-Risiko in 15 Studien ohne Radiotherapie (n = 7 695) bei 2–14%, in den vier Studien (n = 481) mit postoperativer Bestrahlung zwischen 3% und 12%.

Insgesamt erwiesen sich folgende Konstellationen als Risikofaktoren für LRRs: Lymphangiosis, Differenzierungsgrad 3, Tumorgöße > 2 cm, knappe Resektionsränder und ein Alter < 50 Jahre bzw. prämenopausale Situation. Bei Patientinnen ohne derartige Risikofaktoren betrug das LRR-Risiko ≤ 5%, stieg jedoch bei Vorliegen von zwei oder mehr dieser Faktoren auf ≥ 15%.

Schlussfolgerung

Die bisher geltende Indikation zur Postmastektomiebestrahlung bei nodal negativen Patientinnen sollte überprüft und bei Frauen mit zwei oder mehr Risikofaktoren erwogen werden. ■

Schlüsselwörter: Postmastektomiebestrahlung – nodal negative Patientinnen – Risikofaktoren

Radiatio bei hohem lokoregionärem Risiko in Erwägung ziehen

Kommentar von Marie-Luise Sautter-Bihl

Die vorgestellte „systematische Übersicht“ präsentiert eine recht komplexe Mischung aus Daten unterschiedlicher Evidenzlevels von der Metaanalyse bis zur retrospektiven Kohortenstudie. Es werden zwei unterschiedliche Fragestellungen bearbeitet, einerseits die Effektivität einer adjuvanten Bestrahlung von nodal negativen Patientinnen, andererseits auch Risikofaktoren, die eine LRR-Entstehung begünstigen. Hier zeigten sich Lymphangiosis, Tumorgöße > 2 cm, hohes Grading, knappe Resektionsränder und junges Alter als solcherart riskant. Unstrittig geht man bislang

davon aus, dass eine Strahlentherapie bei einem LRR-Risiko ≥ 25% angezeigt ist und nur dann nicht sinnvoll erscheint, wenn dieses ≤ 10% beträgt [3]. Die in dieser Arbeit analysierten Patientinnen liegen überwiegend im Intermediärbereich, bei der Kombination mehrerer Faktoren jedoch auch darüber.

In der letzten Metaanalyse der Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG) [2] profitierten sämtliche Patientinnen mit Mammakarzinom von einer Nachbestrahlung, außer jenen nach Mastektomie mit negativen axillären