Im März trafen sich die Teilnehmer der 58. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP). Ein Aspekt der Tagung: die Therapie von Lungentumoren.

DGP 2017: Radiologisch-stereotaktische Verfahren nutzen

Metastasen beim Lungenkarzinom nicht zwangsläufig operieren

Entwickeln sich im Verlauf einer malignen Erkrankung Metastasen, muss nicht zwingend zum Messer gegriffen werden. Das gilt auch bei Patienten mit einem Lungenkarzinom, bei denen adenale, vertebrale oder zerebrale Metastasen auftreten. Radiologisch-stereotaktische Therapieverfahren gelten zunehmend als Option – unter bestimmten Voraussetzungen.

Für solitäre Metastasen in den Nebennieren eignet sich eine SBRT („stereotactic body radiotherapy“). Bei 43 Patienten mit insgesamt 40 adrenalen Metastasen, überwiegend infolge eines Lungenkarzinoms, konnte eine gute 1-Jahres-Kontrollrate erreicht werden. Behandelt wurde mit 60 Gy in zehn Fraktionen. Etwa drei Viertel der Patienten blieben über ein Jahr rezidivfrei. Das mediane progressionsfreie Überleben lag bei sechs Monaten, mit einem Vorteil bei solitären Metastasen. Bei bilateralen Metastasen war das Gesamtüberleben schlechter.

Hohe Kontrollraten bei vertebrealen Metastasen

Auch bei vertebrealen Metastasen lassen sich mit einer SBRT hohe lokale Kontrollraten erreichen, wie die Auswertung einer retrospektiven, multizentrischen Analyse der Daten von etwa 30 Patienten zeigte. Sie scheinen laut Christoph Pöttgen, Klinik für Strahlentherapie am Universitätsklinikum Essen, höher zu liegen als unter einer konventionellen Radiotherapie [Guckenberger M et al. Radiat Oncol. 2014;9:226].

Hirnmetastasen: SRS mit oder ohne Ganzhirnbestrahlung?

Entwickeln die Patienten solitäre zerebrale Metastasen ist nicht nur die Operation eine Option, sondern auch die stereotaktische Radiochirurgie (SRS; „stereotactic radiosurgery“). Eine postoperative Ganzhirnbestrahlung ist bei einer begrenzten Anzahl von Hirnmetastasen nicht notwendig – und sollte aus gutem Grund auch nicht mehr durchgeführt werden. Denn, so Pöttgen: „Die Ganzhirnbestrahlung bringt nicht mehr, außer dass die Kognition des Patienten schlechter wird.“ In einer randomisierten Phase-III-Studie bei Patienten mit einer bis drei Hirnmetastasen brachte eine Ganzhirnbestrahlung nach Ope-

ration oder SRS keinen Vorteil im Gesamtüberleben im Vergleich zu einer alleinigen Beobachtung (Kocher M et al. J Clin Oncol. 2011;29(2):134-41]. Im Vergleich der SRS mit und ohne Ganzhirnbestrahlung verschlechtert sich die Kognition, wenn der Patient zusätzlich einer Ganzhirnbestrahlung unterzogen wird. Das zeigt eine aktuelle Studie, die Pöttgen präsentierte [Brown P et al. JAMA 2016;316(4):401-9]. Betrachtet wurde die Kognition drei Monate nach SRS allein oder mit zusätzlicher Ganzhirnbestrahlung. Patienten mit einer bis drei Hirnmetastasen waren zwischen Februar 2002 und Dezember 2013 randomisiert entweder einer SRS (n = 111) oder einer SRS plus Ganzhirnbestrahlung (n = 102) zugeführt worden. Etwa die Hälfte der Patienten war weiblich, das mittlere Alter lag bei 60,6 Jahren. Die Kognition wurde mittels eines kognitiven Tests vor sowie drei Monate nach dem Eingriff bei den Patienten erfasst, die die Studie beendeten. Das Ergebnis: Eine kognitive Verschlechterung war nach Ganzhirnbestrahlung häufiger zu beobachten, nämlich bei 44 von 48 Patienten (91 %) gegenüber 40 von 63 Patienten (63,5 %). Wer keine Ganzhirnbestrahlung erhielt, profitierte auch von einer besseren Lebensqualität. Das mediane Gesamtüberleben lag nach SRS bei 10,4 Monaten, nach SRS plus Ganzhirnbestrahlung bei 7,4 Monaten und unterschied sich nicht signifikant. Fazit der Studiengruppe: Bei Patienten mit einer bis drei Hirnmetastasen führt die alleinige SRS im Vergleich zur SRS plus Ganzhirnbestrahlung zu weniger kognitiven Einbußen nach drei Monaten. Da es im Gesamtüberleben keinen Unterschied gibt, könnte die alleinige SRS die bevorzugte Therapiestrategie für diese Patienten sein.

Beate Fessler

Bericht vom 58. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) vom 23. bis 25. März 2017 in Stuttgart