Stereotaxie bei Hirnmetastasen ausreichend?

Reicht bei oligometastatischer intrakranieller Erkrankung, definiert als bis zu 3 Hirnmetastasen, die stereotaktische Radiochirurgie (SRS) aus oder sollte zusätzlich eine Ganzhirnbestrahlung (WBRT) erfolgen? In einer Studie dazu wurden u. a. kognitive Beeinträchtigungen als Strahlenfolge berücksichtigt.

Die SRS ist eine effiziente und übliche Therapie bei Hirnmetastasen, jedoch mit erhöhtem Risiko für weitere intrakranielle Ausbreitung, das mit einer WBRT reduziert werden kann. In einer aktuellen Studie wurden 213 Patienten mit 1–3 Hirnmetastasen entweder zu ei-

funktionaler Unabhängigkeit gab es nach 3 Monaten zwischen den Gruppen keinen Unterschied ($p = 0,26$). Die Lebensqualität war in der Gruppe mit alleiniger SRS nach 3 Monaten besser ($p = 0,001$).

Die Zeit bis zum intrakraniellen Rezidiv war bei alleiniger SRS signifikant

Abb. 1: Das Gesamtüberleben war bei zusätzlicher Ganzhirnbestrahlung nicht länger

ner SRS alleine ($n = 111$) oder gefolgt von WBRT ($n = 102$) randomisiert. Die WBRT umfasste 30 Gy in 12 Fraktionen, die Dosis der SRS betrug 18–22 Gy bei Kombination mit WBRT und 20–24 Gy bei alleiniger Gabe. Primärer Endpunkt waren kognitive Beeinträchtigungen (Verschlechterung kognitiver Leistungen um mehr als 1 Standardabweichung (SD) von der Baseline in mindestens 1 Test nach 3 Monaten), sekundäre Endpunkte die Zeit bis zum intrakraniellen Rezidiv, Lebensqualität, funktionale Unabhängigkeit, kognitiver Langzeitstatus und Gesamtüberleben (OS).

Nach alleiniger SRS gab es in den Tests nach 3 Monaten weniger kognitive Beeinträchtigungen (63,5% der Patienten) als bei Kombination von SRS plus WBRT (91,7%; $p < 0,001$). Auch bei den Langzeitüberlebenden waren die kognitiven Beeinträchtigungen in der Gruppe mit alleiniger SRS nach 3 (45,5 vs. 94,1%; $p = 0,007$) und nach 12 Monaten (60 vs. 94,4%; $p = 0,04$) geringer. Bezüglich

kürzer als bei zusätzlicher WBRT (Hazard Ratio [HR] 3,6; $p < 0,001$). Zudem war die intrakranielle Kontrollrate nach 3 Monaten in der Kombinationsgruppe signifikant besser als in der mit alleiniger SRS (93,7 vs. 75,3%; $p < 0,001$), ebenso nach 6 und 12 Monaten. Trotz besserer Krankheitskontrolle bei WBRT plus SRS gab es keine Unterschiede im medianen OS (10,4 vs. 7,4 Monate bei SRS plus WBRT; HR 1,02; $p = 0,92$) (**Abb. 1**).

Fazit: Da in der Studie keine signifikanten Unterschiede im OS festzustellen gewesen seien, jedoch bei Verzicht auf die WBRT deutlich weniger kognitive Beeinträchtigungen vorkamen, könne die alleinige SRS bei Patienten mit bis zu drei Hirnmetastasen als bevorzugte Behandlungsmethode empfohlen werden, so die Forscher. *Kathrin von Kieseritzky*

Brown PD et al. Effect of Radiosurgery Alone vs Radiosurgery With Whole Brain Radiation Therapy on Cognitive Function in Patients With 1 to 3 Brain Metastases. JAMA. 2016;316(4):401-9.

Hier steht eine Anzeige.

Springer