

Proktitis nach IMRT beim Prostatakarzinom: Abwarten, Steroide oder APC?

Auch nach einer intensitätsmodulierten Radiotherapie leiden viele Patienten unter einer Proktitis. Welches ist die optimale Behandlung für diese Patienten?

Eine hämorrhagische Proktitis nach einer intensitätsmodulierten Radiotherapie (IMRT) unterscheidet sich von einer Proktitis nach einer konventionellen Beckenbestrahlung, denn bei der IMRT wird nur eine sehr kleine Fläche bestrahlt, allerdings mit einer sehr hohen Dosis.

Die Wirksamkeit verschiedener Therapiestrategien wurde nun in einer Studie mit 64 Patienten (medianes Alter: 72 Jahre) untersucht, die nach einer IMRT zur Behandlung eines Prostatakarzinom späte rektale Blutungen entwickelt hatten. Die Patienten wurden im Median 35 Monate lang beobachtet. 45 Patienten hatten keine schweren Blutungen. Sie erhielten keine Behandlung, sondern wurden für mindestens drei Monate beobachtet. Bei 42 % von ihnen besserte sich die Blutung, bei 38 % kam sie zum Stillstand und bei 4 % verschlimmerte sie sich. Der durchschnittliche Rectal-Bleeding-Score (RBS) änderte sich nicht signifikant. Bei neun dieser Patienten wurde später doch noch eine Steroidbehandlung oder eine Argon-Plasmakoagulation durchgeführt.

29 Patienten erhielten ein- oder zweimal täglich Steroidsuppositorien und/oder -klistiere. Diese Behandlung führte bei 62 % der Patienten zu einer signifikanten Verbesserung im mittleren RBS von 4,1 auf 3,0 ($p = 0,003$). Bei 31 % der Patienten kam die Blutung zum Stillstand. Die Ansprechraten betragen 41 % nach sechs Monaten, 60 % nach einem Jahr und 71 % nach zwei Jahren. Ein Patient, der zwölf Monate lang mit Steroidklistieren behandelt wurde, entwickelte einen septischen Schock und starb an Multiorganversagen.

Bei zwölf Patienten wurde bis zu dreimal eine Argon-Plasmakoagulation (APC) vorgenommen, entweder als initiale Therapie oder nach schlechtem Ansprechen auf die Pharmakotherapie. Bei allen Patienten dieser Gruppe besserte sich der RBS signifikant von im Mittel 4,7 auf 2,3 ($p < 0,001$), die Blutung kam bei 42 % der Patienten zum Stillstand. Allerdings waren dafür zwei oder drei Behandlungen nötig. Komplikationen traten bei keinem Patienten auf.

Fazit: Die Autoren empfehlen, die Patienten für drei bis sechs Monate zu beobachten, sofern sie keine schweren Blutungen aufweisen oder sich die bestehenden Blutungen nicht verschlechtern. Kommt die Blutung während dieser Zeit nicht zum Stillstand, ist die Anwendung von Steroidsuppositorien oder -klistieren sinnvoll, allerdings sollte die Behandlungsdauer möglichst kurz und die Dosis möglichst niedrig sein, um schwerwiegende Nebenwirkungen zu vermeiden. Auch die Argon-Plasmakoagulation erwies sich als effektiv, auch bei Patienten, die nicht auf die Pharmakotherapie angesprochen hatten.

Judith Neumaier

Takemoto S et al. Treatment and prognosis of patients with late rectal bleeding after intensity-modulated radiation therapy for prostate cancer. **Radiat Oncol.** 2012;7:87.



Infos auf
springermedizin.de

Nicht nur Blutungen, auch Harn- und Stuhlinkontinenz können die Folge einer Krebstherapie sein. Zum Management von Inkontinenz nach onkologischer Behandlung lesen Sie mehr unter:
www.springermedizin.de/2323054.html



Anzeige 1/3 hoch (54x240 mm)