randomisiert. Die H-RT ergab gegenüber der C-RT nach einer medianen Beobachtungszeit von 4 Jahren keine vermehrten Nebenwirkungen. In der C-RT-Gruppe fanden sich etwas mehr Akutreaktionen [Dearnaley D et al. Lancet Oncol. 2012;13(1): 43-54]. In einer italienischen Studie wurden ebenso H-RT und C-RT bei Patienten mit Prostatakarzinom verglichen. Hinsichtlich der Spätne-

„Eine regelmäßige Kontrolle der Darm- und Blasenfüllung ist bei Dosiseskalationen/Hypofraktionierung klar zu empfehlen.“

benwirkungen unterschieden sich die Bestrahlungsregimes nicht [Arcangeli S et al. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2012;84(5):1172-8]. Eric E. Yeoh und Kollegen berichteten, dass eine H-RT bessere Lokalkontrollraten ergibt, die C-RT aber zu mehr gastrointestinalen und urogenitalen Nebenwirkungen nach 4 Jahren führt [Yeoh EE et al. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2011;81(5):1271-8]. Auch in der aktuellen Untersuchung war eine erhöhte Rate an gastrointestinalen und uro-

genitalen Spätnebenwirkungen (Grad 2–3) in der H-RT-Gruppe zu verzeichnen. In beiden Armen wurde in ca. 80% eine „modertere“ IMRT-Technik verwendet. Bei Dosiseskalationen über 70 Gy, aber v.a. bei H-RT sollte jedoch immer eine IMRT erfolgen. Zudem waren Sicherheitssäume um die Prostata von 4–10 mm zulässig. Allerdings betragen die empfohlenen Säume um die Prostata bei H-RT/IMRT 3–5 mm. Eine Begrenzung zum Rektum oder eine Feldverkleinerung (Boost) wurde nicht beschrieben. Darüber hinaus erfolgte keine Kontrolle der täglichen Darm- oder Blasenfüllung – dies ist bei Dosiseskalationen klar zu empfehlen.

Effiziente Vorbereitungen in Form eines Trinkprotokolls und einer Kostrestriktion, optional auch die Verwendung eines Klistiers vor Behandlung sind empfehlenswerte Maßnahmen [Heng SP et al. Indian J Cancer. 2015;52(4):639-44; Stasi M et al. Radiother Oncol. 2006;80(3):363-70].

Aus meiner Sicht können fehlende Maßnahmen zu Kost und Flüssigkeitszufuhr sowie die Tatsache, dass das Bestrahlungsfeld nicht verkleinert wurde, die erhöhte Rate an Grad-2/3-Spätnebenwirkungen erklären.

Fazit

Inzwischen liegen über 10 Phase-III-Studien vor, die alle in eine Richtung weisen: Die H-RT ist sicher in der Durchführung bei vergleichbaren Nebenwirkungsraten wie unter der C-RT. Die H-RT hat das Potenzial, eine gleichwertige oder höhere Tumorkontrolle als die C-RT zu erzeugen. In den NCCN-Guidelines werden die moderat hypofraktionierte (2,4–4,0 Gy Einzeldosis), IMRT-basierten Behandlungen schon als gleichwertige Alternative zu der C-RT angesehen. Jedoch gilt die H-RT in Deutschland noch nicht als Standardverfahren und sollte deshalb weiterhin innerhalb von Studien angeboten werden. Aus meiner Sicht sollte man diese Option im Hinterkopf haben und geeigneten Patienten eine Studienteilnahme anbieten.

Dr. Thomas Schneider
Strahlenzentrum
Hamburg
szhh.tom@gmail.com

© privat

Prostatakrebs: Prognose an die Überlebenszeit anpassen

Je länger ein Patient eine radikale Prostatektomie überlebt hat, desto besser werden seine Überlebenschancen insgesamt – neben tumorspezifischen prognostischen Faktoren spielt auch die postoperative Überlebenszeit für die Prognose eine Rolle.

Je länger ein Patient eine radikale Prostatektomie (RP) krankheitsfrei überlebt hat, desto eher stellt sich ihm die Frage, ob er geheilt und wie seine Lebenserwartung ist. Dieser Frage haben sich Forscher um Guillaume Ploussard angenommen. Sie folgten insgesamt 2.813 Patienten, die sich zwischen 1989 und 2013 einer RP unterziehen mussten und errechneten das bedingte krankheitsfreie Überleben (CDFS, „conditional disease-free survival“), abhängig von Risikofaktoren und der Zeit nach der RP. Bei 29,2% der Männer lag ein Tumorstadium pT3a

vor, bei 9,2% ein pT3b–4. Einen Gleason-Score Grad 3 + 4 zeigten 33,8% der Tumoren, Grad 4 + 3 23,7% und Grad 8–10 10,9%.

562 Patienten entwickelten innerhalb der ersten 2 Jahre nach RP ein Rezidiv. Die Rate für das krankheitsfreie 5-Jahres-Überleben (DFS) lag bei 71,2%, für das 10-Jahres-DFS bei 48,7%. Von den Männern, die nach einem Jahr noch keinen Rückfall erlitten hatten, waren 77,4% auch nach weiteren 5 Jahren noch krankheitsfrei. Mit jedem weiteren Jahr Krebsfreiheit verbesserte sich auch das 5-Jahres-CDFS: nach 2 Jahren lag es bei 82,1%, nach 3 Jahren bei 88,0% und nach 4 Jahren bei 94,0%. Besonders bei Männern mit prognostisch ungünstigem Tumor machte sich dieser Zeiteffekt bemerkbar. Bei den Tumorstadien pT3b–4 war die Wahrscheinlichkeit, weitere 5 Jahre krebsfrei zu überleben, von 20,7% (5-Jahres-DFS) direkt nach der Operation um 281% auf 78,9% (5-Jahres-CDFS) 4 Jahre

danach gestiegen. Bei den Patienten mit Tumorstadium pT2 hatte sich das CDFS gerade mal um 12,5% verbessert. Neben dem Tumorstadium erwies sich auch der Gleason-Score als über die Zeit konstanter prognostischer Faktor für das CDFS. Nicht so der PSA-Wert oder der Faktor krebsfreie Exzisionsränder, deren prognostische Aussagekraft hat sich mit den Jahren verloren.

Fazit: Den Forschern zufolge könnte mit der Prognose, die zum Zeitpunkt der RP gestellt wird, die tatsächliche Überlebenschance des Patienten unterschätzt werden. Daher empfehlen sie, die langfristige Prognose eines Patienten besser anhand der CS-Analyse einzuschätzen. Denn je länger die RP her ist, desto besser die Überlebenschancen. Dagmar Kraus/db

Ploussard G et al. Conditional Disease-free Survival After Radical Prostatectomy: Recurrence Risk Evolution Over Time. Urology. 2016;94:173-9.