

JOURNAL WATCH

Invasiver Brustkrebs

Ist die Brachytherapie der Bestrahlung der ganzen Brust ebenbürtig?

Wenn bei invasivem Brustkrebs die Strahlentherapie nur lokal mit einer Brachytherapie durchgeführt wird, hat dies eine etwas höhere lokale Rezidivrate und mehr Komplikationen zur Folge im Vergleich zur Bestrahlung der ganzen Brust. Die Überlebensraten unterscheiden sich nicht.

Kürzlich wurde die Brachytherapie sie auch bei Brustkrebs als Alternative zur Bestrahlung der ganzen Brust entdeckt: In den USA werden heute etwa 10% aller älteren Patientinnen mit Brustkrebs auf diese Weise behandelt. Die Vorteile bestehen darin, dass weniger Brustkrebsgewebe bestrahlt wird und die Behandlung verkürzt werden kann.

Unbekannt ist jedoch, ob das schonendere Verfahren ebenso wie die Bestrahlung der ganzen Brust die lokale Rezidivrate senkt und dadurch die Chance auf Brusterhaltung erhöht. Hilfreich wäre eine randomisierte Vergleichsstudie, die allerdings lange dauert. Deshalb haben JAMA-Autoren nun eine retrospektive Populations-

basierte Vergleichsstudie durchgeführt, die mehr als 90 000 ältere Frauen mit invasivem Brustkrebs einschloss. Knapp 7000 sind mit Brachytherapie behandelt worden, ca. 86 000 wurden konventionell bestrahlt.

Nach fünf Jahren war die Mastektomie-Rate nach beiden Therapieverfahren niedrig, aber nach Brachytherapie mit 3,95% signifikant höher als nach Bestrahlung der ganzen Brust mit 2,18%. Die Brachytherapie war auch mit mehr infektiösen (16% vs. 10%) und nicht-infektiösen (16% vs. 9%) Komplikationen belastet. Auch Brustschmerzen, Fettnekrosen und Rippenfrakturen traten nach Brachytherapie häufiger auf. Die 5-Jahre-Überlebensraten waren 87,66% nach Brachytherapie und 87,04% nach konventioneller Bestrahlung – kein Unterschied.

▼ WFR

Quelle: Grace L. Smith, Ying Xu, et al.; Association between Treatment with Brachytherapy vs Whole-Breast Irradiation and Subsequent Mastectomy, Complications, and Survival Among Older Women with Invasive Breast Cancer. JAMA 2012; 307(17): 1827-37

Metastasierter Brustkrebs

Doppelte Östrogenblockade verlängert das Leben

Patientinnen mit metastasiertem, Hormonrezeptor-positivem Mammakarzinom leben länger, wenn sie von Anfang an mit der Kombination aus Anastrozol und Fulvestrant behandelt werden.

Anastrozol ist ein Aromatase-Inhibitor, der die Östrogen-Synthese hemmt. Fulvestrant beschleunigt den Abbau des Östrogen-Rezeptors. Ist die kombinierte Gabe bei Hormonrezeptor-positivem und metastasiertem Brustkrebs wirksamer als Anastrozol allein?

Dies wurde überprüft in einer grossen randomisierten Studie bei postmenopausalen Frauen, die an einem bisher unbehandelten Brustkrebs im metastasierten Stadium litten. Gruppe 1 erhielt täglich oral 1mg Anastrozol in Monotherapie. Bei fortschreitender Erkrankung wurde den Patientinnen empfohlen, statt Anastrozol mit Fulvestrant zu behandeln. Letzteres wurde i.m. verabreicht und an Tag 1 mit 500 mg dosiert. Anschliessend erhielten die Patientinnen 250 mg nach 14 und 28 Tagen sowie danach in monatlichen Intervallen. Gruppe 2 erhielt die Kombination von Anfang an.

Die Patientinnen der Gruppe 1 hatten ein medianes Progressions-freies Überleben von 13,5 Monaten und ein medianes Gesamtüberleben von 41 Monaten. Die entsprechenden Werte in Gruppe 2 beliefen sich auf 15 Monate und 48 Monate. Beide Unterschiede waren statistisch signifikant ($p = 0,007$ und $p = 0,05$). Die Kombination erwies sich auch in allen Subgruppen als effektiver im Vergleich zur Monotherapie – und dies obwohl 41% der Patientinnen in der Kontrollgruppe im Laufe der Studie von Anastrozol auf Fulvestrant umgestellt wurden.

Schwere Nebenwirkungen traten in beiden Gruppen mit gleicher Häufigkeit auf. Drei Todesfälle in der Fulvestrant-Gruppe waren möglicherweise auf die Behandlung zurückzuführen. Die Autoren betonen, dass die Kombination überlegen war, obgleich Fulvestrant in der Studie mit einer niedrigeren Dosis als üblich verabreicht wurde.

▼ WFR

Quelle: Rita S. Mehta, William E Barlow, et al.; Combination Anastrozole and Fulvestrant in Metastatic Breast Cancer. N Engl J Med 2012; 367: 435-44