

Carmen Hubalek

Indikation, Technik und Ergebnisse (bezgl. eines Lokalrezidivs) der interstitiellen Boost-Bestrahlung nach brusterhaltender Therapie des Mamma-Karzinoms an der Radiologischen Universitätsklinik Heidelberg

Geboren am 07.02.1959

Reifeprüfung am 10.05.1977

Studiengang der Fachrichtung Medizin vom WS 1977 bis WS 1983

Physikum am 18.03.1980

Klinisches Studium in Heidelberg

Praktisches Jahr in Schwetzingen

Staatsexamen am 25.04.1984

Promotionsfach: Gynäkologische Radiologie

Doktorvater: Prof. Dr. Dietrich von Fournier

217 Patientinnen wurden zwischen März 1988 und April 1998 an der Universitäts-Frauenklinik brusterhaltend operiert und an der Radiologischen Universitätsklinik, Abteilung Gynäkologische und Geburtshilfliche Radiologie, mit einer interstitiellen Boost-Bestrahlung nachbehandelt und bezüglich des Auftretens eines intramammären Rezidivs bis Februar 2000 nachbeobachtet.

Es handelte sich bei unserem Studienansatz überwiegend um Patientinnen mit einem erhöhtem Risiko bezüglich eines intramammären Rezidivs (non in sano Resektionen, Vorliegen einer ausgedehnten intraduktalen Komponente (EIC), Multifokalität usw.). Bei den non in sano Resektionen wurde auf Wunsch der Patientinnen nicht nochmals nachreseziert bzw. keine Ablatio durchgeführt.

Ziel war es durch eine erhöhte Bestrahlungsdosis im Tumorbett die allgemein in der Literatur bekannte erhöhte lokale Rezidivrate bei Patientinnen mit o.g. Risikofaktoren zu verbessern.

Als Standard-Strahlenqualitäten wurden 25 Gy einer interstitiellen Strahlendosis mittels Iridium-192 oder Caesium-137 appliziert, zusätzlich eine externe Strahlentherapie der Gesamtblust mit 4 MV Photonenstrahler, so dass eine Tumorbettdosis von 75 Gy erreicht werden konnte.

Die rezidivfreie Überlebenszeit wurde mittels der Kaplan-Meier Methode ermittelt. Bei einer durchschnittlichen Nachbeobachtungszeit von 44 Monaten wurde eine Rezidivrate von 11,8% beobachtet, die kalkulierten 5-Jahres Rezidivrate betrug 13,8%. Mittels eines Regressionsmodells nach Cox wurden relative Risikoschätzwerte ermittelt. Dabei ergab sich für das Vorliegen einer EIC im Vergleich zum Fehlen dieses Merkmals ein annähernd 4-fach erhöhtes Rezidivrisiko. Für die non in sano (R1) Resektion zeigte sich gegenüber der in sano (R0) Resektion ein 4,2-fach erhöhtes Rezidivrisiko.

Für alle anderen Risikofaktoren wurden zum Teil nur Trends (Menopausenstatus, Progesteronrezeptorstatus), aber keine statistisch signifikanten Zusammenhänge mit einem erhöhten Lokalrezidiv gefunden. Dies liegt möglicherweise an der zu geringen Anzahl der beobachteten Fälle in den jeweiligen Kollektiven, die die Erfassung schwächerer Risikofaktoren nicht erlaubte. Speziell bei den histologischen Risikofaktoren, die hier keine statistische Signifikanz aufwiesen, könnten auch die therapeutischen Effekte der interstitiellen Strahlentherapie zu einem günstigeren Ergebnis und damit zu einer verbesserten Tumorkontrolle geführt haben.

Dennoch sollte bei den jetzt vorliegenden Ergebnissen bei R1-Situationen, insbesondere wenn zusätzlich eine ausgedehnte in situ Komponente nachweisbar ist, in jedem Fall noch eine Nachresektion oder eine Ablatio durchgeführt werden, um das Rezidivrisiko zu senken.

Neuere Ansätze der intraoperativen Strahlentherapie mittels Minibeschleuniger, Ballonkatheter oder dem Einbringen von Clips ins Tumorbett scheinen aussichtsreiche Neuerungen mit dem Ziel einer geringeren Gewebetraumatisierung bei gleicher Therapiesicherheit. Des Weiteren ist bei kleineren Tumoren nach intraoperativer Strahlentherapie ein Verzicht auf die spätere externe Bestrahlung denkbar.