



Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
Medizinische Fakultät Mannheim
Dissertations-Kurzfassung

**Postoperative Radiotherapie beim resezierten nicht-kleinzelligen
Lungenkarzinom im Stadium IIIA und IIIB der Jahre 1995-2000**

Autor: Martine Gabriele Ottstadt
Institut / Klinik: Chirurgische Universitätsklinik
Doktorvater: Prof. Dr. C. Manegold

Ziel der postoperativen Strahlentherapie bei Patienten mit nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) im Stadium III ist die Senkung der hohen Lokalrezidiv- und Metastasierungsrate. Der 1998 in der PORT-Metaanalyse nachgewiesene marginale Vorteil beim lokalrezidivfreien Überleben im Stadium III / N2-Status wird noch heute auf Grund unterschiedlicher und zum Teil veralteter Bestrahlungsmethoden (z.B. Cobalt 60, hohe Einzeldosen usw.) kontrovers diskutiert. In unserer retrospektiven Untersuchung der Jahre 1995-2000 wurden 121 überwiegend lob- bzw. pneumonektomierte Patienten einbezogen. Zwei Drittel der Patienten befanden sich im Stadium IIIA, ein Drittel im Stadium IIIB. Die Radiotherapie erfolgte konventionell fraktioniert (5x2 Gy/Woche) mit einer Gesamtdosis im Mediastinum von 50-60 Gy, anteilig wurde auch eine Bestrahlung der Supraklavikulargrube(n) und der ehemaligen Primärtumorregion mit einer Gesamtdosis von 50-55(60) Gy durchgeführt. Zum Einsatz kam entweder eine primäre 3 D-CT-Planung oder eine Direktplanung am Simulator (ventrodorsal) mit späterer Umstellung auf eine 3 D-CT-Planung. Verglichen und diskutiert wurden die Gesamtüberlebens- und Rezidivraten der Patienten im Stadium IIIA und IIIB im Kontext zu Resultaten älterer internationaler Studien. Die Überlebenswahrscheinlichkeit lag im Stadium IIIA erwartungsgemäß statistisch signifikant höher als im Stadium IIIB mit einer mittleren Überlebenszeit von 27,1 vs. 12,6 Monaten und einer 5-Jahresüberlebensrate von 19,2 vs. 14,0 %. Keinen statistisch signifikanten Unterschied zeigten die Rezidivrate mit 20 %, das lokalrezidivfreie Überleben (Stadium IIIA vs. IIIB Median 17,2 vs. 8,7 Monate) sowie die Zeit bis zur Fernmetastasierung (Median 11,0 vs. 8,7 Monate). Es entwickelten 60,3 % aller Patienten Fernmetastasen mit einem Anteil isolierter Fernmetastasen von 44,6 %. An einem zeitgleich bestehenden Fern- und Lokalrezidiv litten 15,7 % aller Patienten. Die Rate der Hirnmetastasen lag im Stadium IIIA bei 16,6 % und im Stadium IIIB bei 13,9 %. Bei Patienten mit einem Adenokarzinom zeigten sich Hirnmetastasen in 73,6 % und bei Patienten mit Plattenepithelkarzinom oder anderen nicht-kleinzelligen Karzinomen in 21,1 bzw. 5,3 % der Fälle. Die Radiotherapie wurde gut toleriert (leicht erhöhte Pneumonitisrate 18 %, Schleimhauttoxizität 40 %, Lungenfibrose und Fistel um 6 %, weder Myelopathie noch Kardiotoxizität). Es konnte keine statistisch signifikante Verbesserung des Überlebens, des lokalrezidivfreien Überlebens und der Lokalrezidivrate durch die modernere Bestrahlungsplanung (primär 3 D-CT-Planung) oder Histologie verifiziert werden. Unsere Daten zum Gesamtüberleben, der Lokalrezidivrate und der Metastasierungsrate einschließlich der Rate der Hirnmetastasen decken sich mit den in der Literatur angegebenen Zahlen. Eine klinische Weiterentwicklung der modernen Radiotherapie, die notwendig ist, muss heute die adjuvante Chemotherapie mitberücksichtigen, die neuerdings in den Stadien II und IIIA empfohlen wird.