

Gemeinsame Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO) und der NOA – Neuroonkologische Arbeitsgemeinschaft in der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.

Hirntumor Glioblastom: Kombination aus Strahlentherapie und Chemotherapie auch bei älteren Patienten sicher und effektiv

Berlin, April 2017 – Das Glioblastom, ein seltener, aber äußerst bösartiger Hirntumor, kann nach der Operation durch die Kombination aus Chemotherapie und Radiotherapie zurückgedrängt werden. Eine aktuelle Studie zeigt, dass auch hochbetagte Patienten davon profitieren. Bislang erhielten sie – gestützt auf einen Gentest – entweder eine Chemo- oder eine Strahlentherapie. Eine gleichzeitige Radiotherapie kombiniert mit Temozolomid hat die Überlebenszeit dieser Patientengruppe verlängert. Die Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO) und die NOA – Neuroonkologische Arbeitsgemeinschaft in der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. empfehlen die Radiochemotherapie unabhängig vom Alter der Patienten und unterstützen weitere Studien zur Bedeutung des Biomarkers MGMT.

Die meisten Menschen mit einem Glioblastom sind über 65 Jahre alt, wenn ihr Hirntumor entdeckt wird. Eine Operation kann den Tumor in der Regel nicht heilen. Strahlen- und Chemotherapie können jedoch die Lebenszeit verlängern und bei den meisten Patienten auch die Lebensqualität verbessern. Die Behandlung ist jedoch anspruchsvoll und die Nebenwirkungen von Strahlen- und Chemotherapie können sich verstärken. „Wir waren deshalb bisher sehr zurückhaltend, die Strahlentherapie in Kombination mit Chemotherapie älteren Patienten anzubieten, zumal diese häufig Begleiterkrankungen haben, die die Verträglichkeit der Behandlung verschlechtern können“, berichtet Professor Dr. med. Stephanie Combs, Direktorin der Klinik und Poliklinik für RadioOnkologie und Strahlentherapie an der Technischen Universität München.

Diese Vorbehalte werden jetzt durch die Ergebnisse einer Studie aus Kanada ausgeräumt. Dort erhielten 562 Patienten im Alter zwischen 65 und 90 Jahren nach der Operation eines Glioblastoms eine verkürzte Strahlentherapie. Die Hälfte der Studienteilnehmer erhielt zudem eine Chemotherapie

mit dem Wirkstoff Temozolomid. „Die Kombination von Strahlen - und Chemotherapie hat zwar einige Nebenwirkungen wie Übelkeit und Erbrechen verstärkt, die Lebensqualität hat jedoch insgesamt nicht gelitten“, berichtet Professor Combs. Für die meisten Patienten sei zudem entscheidend, dass der Tumor möglichst lange zurückgedrängt wird und sie länger leben. Beides ist in der Studie gelungen. Das progressionsfreie Überleben stieg von 3,9 auf 5,3 Monate und das Gesamtüberleben von 7,6 auf 9,3 Monate. Für die DEGRO-Pressesprecherin zeigt die Studie, dass es beim Glioblastom von Anfang an auf eine möglichst entschlossene Therapie ankommt, bestehend aus maximaler Operation, ausreichend dosierter Strahlentherapie und gleichzeitiger Chemotherapie.

„Wir sind überzeugt, dass die kanadische Studie die Empfehlungen in den Leitlinien zur Behandlung von älteren Patienten mit Glioblastom verändern wird“, pflichtet Professor Dr. med. Wolfgang Wick, Sprecher der NOA – Neuroonkologische Arbeitsgemeinschaft in der Deutschen Krebsgesellschaft e. V., bei. Für Professor Wick, der als ärztlicher Direktor die Neurologische Klinik am UniversitätsKlinikum Heidelberg leitet, relativieren die Ergebnisse auch eine andere gängige Praxis. Bei allen älteren Patienten wird vor der Therapie im Tumorgewebe nach dem Biomarker MGMT-Promotor-Methylierung gesucht. Dieser zeigt an, ob ein Patient eher von der Strahlentherapie oder von der Chemotherapie mit Temozolomid profitiert.

In der kanadischen Studie hat die Bestrahlung die Ergebnisse der Chemotherapie jedoch auch bei Patienten mit ungünstiger MGMT-Situation verbessert, wenngleich auch in einem geringeren Ausmaß. Professor Wick hält fest, dass in der Studie alle Patienten profitiert hätten, wenngleich in unterschiedlichem Umfang. „Wir sind in den Leitlinien jetzt vorsichtiger geworden; wir empfehlen aber weiterhin die Testung, da die aktuellen Studiendaten in Widerspruch zu zwei anderen Studien der NOA und einer schwedischen Forschergruppe stehen.“ Auf den Biomarker MGMT sollte nur getestet werden, wenn die Behandler eine Konsequenz daraus ziehen wollen.

Offen sind noch Dauer und Dosis der Strahlentherapie. In der Studie hatten die Patienten eine Gesamtdosis von 40 Gray erhalten, verteilt auf 15 Einzelbestrahlungen. In Deutschland ist eine Dosis von 60 Gray verteilt auf 30 Termine die Regel. Eine Verkürzung auf 15 Tage ist aus Sicht von Professor Dr. med. Dr. rer. nat. Jürgen Debus, Präsident der DEGRO und ärztlicher Direktor der Klinik für RadioOnkologie am Universitätsklinikum Heidelberg, nur für ältere Patienten mit einem schlechteren Allgemeinzustand eine gute Option. „Wir wissen, dass die standardfraktionierte mit der hypofraktionierte Strahlentherapie in dieser Situation gleichwertig ist, aber nicht, ob dies auch für die Kombitherapie zutrifft“, gibt der DEGRO-Präsident zu bedenken. „Bei der verkürzten Strahlentherapie wird auch die Zeit der Chemotherapie halbiert. Daher sollte, wenn es der Allgemeinzustand der Patienten zulässt, kein verkürztes Schema angeboten werden“, ergänzt Professor Debus. Diese Evidenz-Lücke müssen weitere Studien schließen.

Literatur:

Perry, JR et al. Short-Course Radiation plus Temozolomide in Elderly Patients with Glioblastoma.
N Engl J Med 2017;376:1027-37. DOI: 10.1056/NEJMoa1611977.
<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1611977>

Zur Strahlentherapie:

Die Strahlentherapie ist eine lokale, nicht-invasive, hochpräzise Behandlungsmethode mit hohen Sicherheitsstandards und regelmäßigen Qualitätskontrollen. Bildgebende Verfahren wie die Computer- oder Magnetresonanztomografie ermöglichen eine exakte Ortung des Krankheitsherdes, sodass die Radioonkologen die Strahlen dann zielgenau auf das zu bestrahlende Gewebe lenken können. Umliegendes Gewebe bleibt weitestgehend verschont.

Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.