

ZWEI MÖGLICHE WEGE

Prostatakarzinom: Nur Metastasen oder alle Lymphknoten bestrahlen?

Viele Personen mit einem Prostatakarzinom erleiden nach der Primärtherapie ein regionales Rezidiv mit nur wenigen befallenen Beckenlymphknoten. Prinzipiell kommen in dieser Situation eine gezielt auf die Metastasen gerichtete oder eine sämtliche Beckenlymphknoten einbeziehende Therapie infrage. Was ist besser?

Radiolog:innen bestrahlen bei der gezielten Metastasentherapie (MDT) nur die mittels PET als metastasenverdächtig eingestuften Lymphknoten stereotaktisch, schreiben Forschende um Prof. Dr. Dr. Piet Ost von der Universität Gent. Dies ist nebenwirkungsärmer als die elektive nodale Radiatio (ENRT), die zusätzlich auch die nicht befallenen pelvinen Lymphknoten einbezieht. Die ENRT bietet allerdings theoretisch eine höhere Sicherheit vor weiteren Beckenrezidiven, da sie auch okkulte, also PET-negative (kontralaterale) Lymphknoten-Mikrometastasen erfasst.

Welche dieser beiden Strategien die größten Vorteile hinsichtlich des metastasenfreien Überlebens bietet, untersuchte das Team in der randomisierten kontrollierten PEACEV-STORM-Studie. Daran beteiligten sich zwischen 2018 und 2021 insgesamt 21 Kliniken in Australien, Belgien, Italien, Norwegen, Spanien und der Schweiz. Die 196 Teilnehmenden hatten nach der radikalen Lokaltherapie eines Prostatakarzinoms ein mittels PET detektiertes pelvines Oligorezidiv mit bis zu fünf befallenen Lymphknoten unterhalb der Aortenbifurkation entwickelt.

Alle Erkrankten erhielten eine sechsmonatige Androgenentzugstherapie. Gemäß Randomisierung absolvierten 99 zusätzlich eine MDT. Diese erfolgte in der Mehrzahl der Fälle in Form einer stereotaktischen Körperbestrahlung. Die ENRT-Gruppe umfasste 97 Personen: Sie absolvierten mehrheitlich eine Radiatio des ganzen Beckens inklusive einer Boost-Radiatio der PET-positiven Lymphknoten. Alternativ hatten beide Gruppen die Möglichkeit einer bilateralen Salvage-Lymphonodektomie. Allerdings entschieden sich nur acht bzw. vier Personen für die chirurgische Therapie.

Offene Fragen

Dr. Fabian Falkenbach und Prof. Dr. Tobias Maurer vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf heben hervor, dass nach einer MDT weitere gezielte Metastaseninterventionen möglich sind. Sollte sich herausstellen, dass eine solche Strategie zum selben Ergebnis führt wie die ENRT, sei der Nutzen der Upfront-Maximaltherapie infrage zu stellen. Alternative Endpunkte wie das Gesamtüberleben oder die Zeit bis zur Kastrationsresistenz können diesbezüglich möglicherweise Klarheit bringen, meinen sie.

Quelle:

Falkenbach F, Maurer T.; Lancet Oncol 2025; DOI: 10.1016/S1470-2045(25)00215-3

Bessere Prognose bei großem Bestrahlungsfeld

Nach einem medianen Follow-up von 50 Monaten betrug das metastasenfreie Vier-Jahres-Überleben im MDT-Arm 63 % vs. 76 % mit ENRT (HR 0,62; 80%-KI 0,44–0,86; $p = 0,063$). Im Hinblick auf das Überleben ohne biochemisches bzw. ohne lokoregionäres Rezidiv war die ENRT-Strategie der gezielten Metastasentherapie ebenfalls überlegen.

Die häufigsten drittgradigen unerwünschten Ereignisse umfassten die Harninkontinenz und die Diarrhö: 6 % und 10 % bzw. 1 % und 2 % der mittels MDT und ENRT Behandelten waren davon betroffen. Hauptursache für die beobachteten Toxizitäten war eine Prostatabettbestrahlung, berichten die Forschenden: 25 % bzw. 41 % hatten zusätzlich eine solche erhalten.

Angesichts dieser Ergebnisse sehen die Studieninitiator:innen in der ENRT großes Potenzial als Standardtherapieansatz für Personen mit regional oligorezidierten Prostatakarzinom. Mit Spannung erwarten sie die Ergebnisse der noch andauernden Phase-3-Studie POINTER PC, in der ihre Beobachtungen überprüft werden.

Quelle:

Ost P et al. Lancet Oncol 2025; DOI: 10.1016/S1470-2045(25)00197-4