

SUPREMO-Studie entlastet Patientinnen: Weniger Strahlentherapie nach Brustentfernung

Patientinnen, denen aufgrund von Brustkrebs die gesamte Brust operativ entfernt wurde (Mastektomie), müssen nicht zusätzlich bestrahlt werden, wenn die feingewebliche Untersuchung nur ein mittleres Rückfallrisiko ergibt. Zu diesem Ergebnis kommt die aktuelle britische SUPREMO-Studie. (1)

Die meisten Patientinnen mit Brustkrebs werden heute brusterhaltend behandelt, also mit einer „kleinen“ Operation und zusätzlicher Bestrahlung der Brust. Wenn die Brust entfernt wurde (Mastektomie), wird bei hohem Rückfallrisiko ebenfalls eine postoperative Bestrahlung der Brustwand (Postmastektomie-Radiotherapie, PMRT) empfohlen. Ob eine PMRT auch bei nur mäßig hohem Rückfallrisiko sinnvoll ist, war bisher unklar.

Die britische SUPREMO-Studie (Selective Use of Postoperative Radiotherapy aftEr MastectOmy) untersuchte diese Frage bei Patientinnen in den Krankheitsstadien pT1-2 N1 oder pT2 N0 mit G3 und/oder Lymphgefäßinvasion, die zuvor mit Brustentfernung (Mastektomie) und Ausräumung der Achsellymphknoten (Axilladisektion) behandelt worden waren. 1679 Patientinnen wurden in den Jahren 2006 bis 2013 an 173 Kliniken, überwiegend in Großbritannien, in die Studie aufgenommen und erhielten entweder nur eine typische adjuvante medikamentöse Therapie (Kontrollarm) oder eine identische medikamentöse Therapie plus eine Strahlentherapie der Brustwand. Die meisten Patientinnen waren in der Kategorie pN1 und hatten 1-2 befallene axilläre Lymphknoten (durchschnittlich 1,2 befallene LK).

Die Heilungsraten waren in beiden Gruppen viel besser als erwartet mit einer 10-Jahres-Überlebensrate von 81,4% bzw. 81,9%; bei der Planung der Studie war eine Überlebensrate nach 10 Jahren von 56% im Kontrollarm kalkuliert worden. Zwar kam es durch die Bestrahlung signifikant seltener zu einem erneuten Tumor an der Brustwand (nach zehn Jahren 1,1 Prozent statt 2,5 Prozent). Dieser Unterschied war jedoch sehr klein und hatte keinen Einfluss darauf, wie lange die Patientinnen insgesamt lebten. Die Strahlentherapie wurde gut vertragen; im Vergleich zum Kontrollarm kam es kaum zu vermehrten Nebenwirkungen.

Die gute Nachricht für Patientinnen, das betont Frau Prof. Juliane Hörner-Rieber (Düsseldorf) von der DEGRO-Arbeitsgruppe Mammakarzinom, ist die in der SUPREMO-Studie in beiden Armen beobachtete hohe Heilungsrate, die deutlich oberhalb der bei der Studienplanung angenommenen Werte liegt. Das beruht vor allem auf der besseren Diagnostik und medikamentösen Therapie bei Risikogruppen. Dass die zusätzliche Strahlentherapie bei so niedrigem Rückfallrisiko keinen zusätzlichen Vorteil zeigte, überrascht daher nicht. Allerdings muss man berücksichtigen, dass die in

der SUPREMO-Studie durchgeführte Operation (Brustentfernung, bei Lymphknotenbefall mit zusätzlicher radikaler Achselausräumung) für die meisten Patientinnen bereits eine Übertherapie darstellte, denn diese Frauen werden heute sehr viel schonender behandelt mit brusterhaltender Operation und Strahlentherapie und Verzicht auf Achselausräumung. Wenn eine Brustentfernung durchgeführt wurde und nur 1-2 Lymphknoten befallen waren (was in der SUPREMO-Studie der Fall war), wird schon seit Jahren bei vielen Patientinnen auf eine Postmastektomie-Bestrahlung

verzichtet. Und ob bei Patientinnen mit 3 (oder mehr) befallenen Lymphknoten oder einer Tumorgroße > 5 cm auf eine Bestrahlung verzichtet werden kann, wird durch die SUPREMO-Studie nicht beantwortet, weil diese Patientengruppe nicht ausreichend repräsentiert war.

Prof. David Krug (Kiel) weist darauf hin, dass die Daten der SUPREMO-Studie bereits in der neuen S3-Leitlinie erwähnt sind. Bei Patientinnen, die den SUPREMO-Kriterien entsprechen (1-2 LK befallen und eher günstige Risikokonstellation sowie mit radikaler Achselausräumung) sollte man auf eine Bestrahlung verzichten, wenn moderne systemische Therapieschemata eingesetzt werden. Andere Patientinnen sollte man detailliert im Tumorboard besprechen und individuell beraten.

Originalpublikation:

Kunkler IH, Russell NS, Anderson N et al. Ten-Year Survival after Postmastectomy Chest-Wall Irradiation in Breast Cancer. N Engl J Med 2025; 393: 1771-1783.