

Literatur des Monats März 2010

Zeitliche Trends und lokale Variationen der primären Therapie des lokalisierten Prostatakarzinoms

Cooperberg et al, Journal of Clinical Oncology, März 2010

Ziel: Aufgrund des Mangels eindeutiger Evidenz oder klinischer Leitlinien zur Unterstützung einer bestimmten aktiven Therapie gegenüber einer anderen Therapieform für das lokalisierte Prostatakarzinom können die Präferenzen des Arztes und des Patienten zu einer substantiellen Variabilität in der gewählten Therapie führen.

Methodik: Analysiert wurden Daten von 36 klinischen Einrichtungen, welche ihre Daten in die Datenbank des Cancer of the Prostate Statistic Urologic Research Endeavor (CaPSURE) einfließen lassen. Die Verteilung der primären Therapie wurde im zeitlichen Verlauf gemessen. Das Prostatakarzinomrisiko wurde mittels der D'Amico-Risikogruppen-Klassifikation sowie des Cancer of the Prostate Risk Assessment (CAPRA) Score gemessen. Eine deskriptive Analyse wurde durchgeführt, zusätzlich wurde ein statistisches Modell konstruiert, welches das Jahr der Diagnose, tumorspezifische Variable sowie andere Patientenfaktoren berücksichtigte, um die Auswirkung auf die Variation in der primären Therapiewahl zu erklären.

Ergebnisse: Unter den 11.892 Männern wählten

- 6,8 % eine Überwachungsstrategie,
- 49,9 % eine Prostatektomie,
- 11,6 % eine alleinige perkutane Bestrahlung,
- 13,3 % eine Brachytherapie,
- 4 % eine Kryoablation und
- 14,4 % eine Androgendeprivation

als primäre Therapie. Die Risikofaktoren des Prostatakarzinoms beeinflussen die Therapieentscheidung, aber die Daten lassen sowohl eine Übertherapie von Niedrigrisikotumoren als auch eine Untertherapie von Hochrisiko-Tumoren vermuten. Der Trend bezüglich der Übertherapie scheint sich mit der Zeit zu verbessern, hingegen scheint sich die Untertherapie von Hochrisiko-Patienten zu verschlechtern. Die Therapie variiert mit dem Alter, der Komorbidität als auch dem sozioökonomischen Status. Die Therapiemuster unterscheiden sich deutlich zwischen den einzelnen klinischen Institutionen; diese Variation kann nicht durch die Variabilität im Case-Mix und auch nicht durch bekannte Patientenfaktoren erklärt werden. Die institutionsspezifischen Unterschiede zeigen eine Variation der primären Therapie von 13 % für die Androgendeprivation bis zu 74 % für die Kryoablation.

Schlussfolgerung: Substantielle Variationen existieren bei dem Management des lokalisierten Prostatakarzinoms, welche nicht durch messbare Faktoren erklärt werden können. Es besteht deshalb eine große Notwendigkeit, hoch qualitative, vergleichende Effektivitätsstudien durchzuführen, welche die Therapieentscheidung beim lokalisierten Prostatakarzinom unterstützen können.

Kommentar: Wir haben diese Publikation des Monats ausgesucht, weil sie mit einer sehr großen Datenbank zeigt, was im Alltag in den Vereinigten Staaten an Therapieoptionen beim lokalisierten Prostatakarzinom letztendlich durchgeführt wird. 36 klinische Institutionen berichten ihre Daten an diese CaPSURE-Datenbank, welche als solideste Grundlage für die Beurteilung des Therapiealltags in den USA gilt.

Wir haben diese Publikation auch deshalb ausgewählt, da doch immer wieder deutlich diskrepante Zahlen kursieren, welche Therapieform wie häufig in den USA angewandt wird. Interessant ist hier zu sehen, dass im zeitlichen Verlauf kaum Änderungen der Therapiemuster zu finden sind. Die Erfassung der Daten beginnt im Jahr 1990 und endet im Jahr 2007. So wurde beispielsweise in der Niedrigrisiko-Konstellation gesehen, dass in den Jahren 1990 bis 1994 12,8 % der Patienten eine aktive Überwachung gewählt haben, in den aktuellen Jahren 2004 bis 2007 waren es noch 8,5 %. D.h. trotz verbesserter Diagnostik und damit verbunden früherem Stadium steigt die Anzahl der aktiv überwachten Patienten zumindest prozentual in dieser Niedrigrisiko-Gruppe nicht an. Die mit Abstand am häufigsten gewählte Therapieform ist die operative Therapie, der Anteil lag bei Niedrigrisiko-Konstellationen bei 61,6 % in den Jahren 1990 bis 1994 und bei 59,5 % in den Jahren 2004 bis 2007. Strahlentherapeutische Therapieformen spielen eher eine untergeordnete Rolle, die Brachytherapie wurde zuletzt von 14,3 % der Patienten gewählt, eine externe Bestrahlung von 6,1 % der Patienten.

Im mittleren Risikoprofil wählten zuletzt 48,7 % der Patienten eine operative Therapie und auch hier stellt die Operation den wichtigsten Therapieansatz dar. Eine Brachytherapie wurde bei 11,3 % und eine alleinige perkutane Bestrahlung bei 12,2 % der Patienten durchgeführt.

Wie in dem Abstract bereits angedeutet, deutet die Verteilung der Therapieoptionen bei der Hochrisiko-Konstellation auf eine Untertherapie hin. 45,5 % der Patienten hatten hier eine primäre Hormontherapie gewählt, operiert oder bestrahlt wurden hier 22,9 bzw. 14 % der Patienten. Angesichts der vielen vorliegenden Daten, die gezeigt haben, dass gerade bei aggressiven Tumoren eine lokale Therapie sehr sinnvoll ist und zur Überlebensverlängerung der Patienten führt, erscheint diese Entwicklung bedenklich – insbesondere, wenn man sich den zeitlichen Verlauf anschaut. So wählten in den Jahren 1990 bis 1994 36,7 % der Patienten eine primäre Hormontherapie bei aggressiven Tumoren, in den Jahren 2004 bis 2007 45,5 %.

Zusammenfassend zeigt diese Studie sehr wohl, dass es bei frühen Stadien möglicherweise zu einer Übertherapie durch lokale Therapiemaßnahmen kommt, dass aber gerade bei aggressiven Tumoren häufig eine Untertherapie durch alleinige Hormontherapie erfolgt.

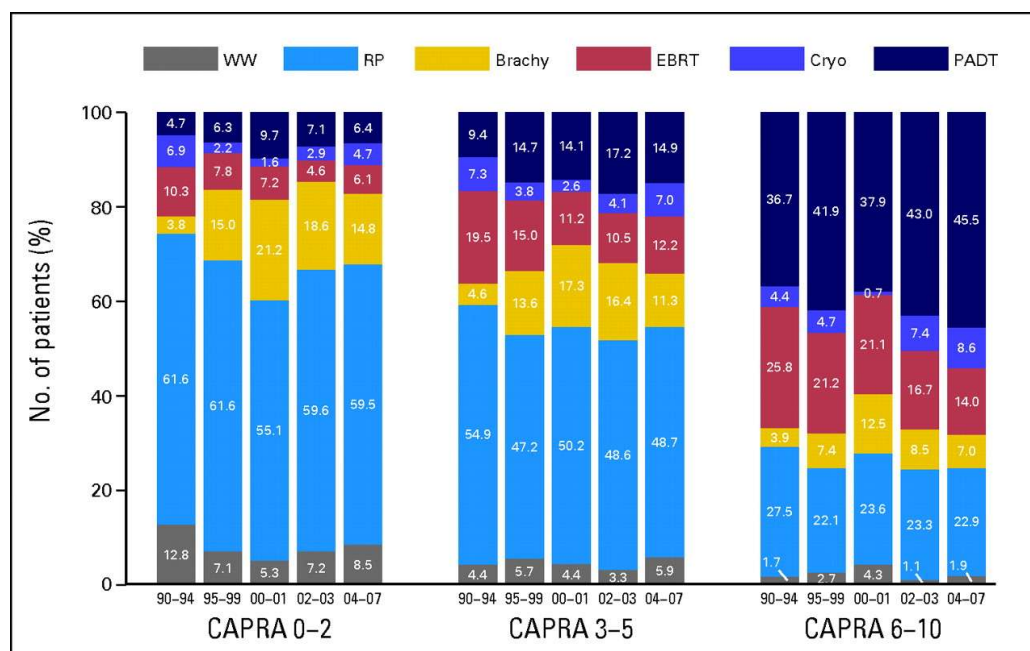


Abb.: Gewählte Therapieoption, stratifiziert nach Jahr und Risikoprofil der Patienten. Der CAPRA-Score 0 bis 2 entspricht einer Niedrigrisiko-Konstellation, CAPRA-Score 3 bis 5 einem intermediären Risiko und der CAPRA-Score 6 bis 10 einer Hochrisiko-Konstellation (vgl. Journal of Clinical Oncology, März 2010)