

# arznei-telegramm®

40. Jahrgang, 3. April 2009

nd Vergleiche für die rationale Therapie

## IM BLICKPUNKT ..... 33

PSA-Screening auf Prostatakarzinom – Nutzen belegt?

## NEU AUF DEM MARKT ..... 34

▼ Prasugrel (EFIENT) statt Clopidogrel (PLAVIX, Generika)?

## ÜBERSICHT ..... 36

Kortikoide bei Infekt-assoziiertem Giemen im Vorschulalter?

## LESER FRAGEN UND KOMMENTIEREN .. 38

Zoledronat (ZOMETA): Prophylaxe von Knochenmetastasen bei Brustkrebs?

## NETZWERK AKTUELL ..... 39

Kiefernekrose unter Ibandronat (BONVIVA u.a.)

## NEBENWIRKUNGEN ..... 40

Negiert: Gewalttätigkeit unter Antidepressiva

### STICHWORTVERZEICHNIS

Alendronat	39	ERSPC-Studie	33	Pamidronat	39
Amoklauf	40	Fluticason	37	PCI	34
Anastrozol	38	Gewalttätigkeit	40	PLCO-Studie	33
Antidepressiva	40	Giemen	36	Prasugrel	34
Beclometason	37	Glukokortikoide	36	Prednisolon	37
Bisphosphonate	38,39	Ibandronat	38,39	Prostatakrebs	33
Brustkrebs	38	Kiefernekrose	39	PSA-Screening	33
Budesonid	37	Knochenmetastasen	38	Risedronat	39
Clodronat	38,39	Koronarangioplastie	34	Tamoxifen	38
Clopidogrel	34	Obstruktion,		TRITON TIMI 38	35
EFIENT	34	bronchiale	36	Zoledronat	38,39

arznei-telegramm sucht Arzt/Ärztin für die Redaktion (Berlin, Vollzeitstelle). Erwünscht sind klinische Erfahrungen sowie Kenntnisse in Evidence Based Medicine und der englischen Sprache.

**GLOSSAR – Odds und Odds Ratio: Odds** („Chance“) ist die Häufigkeit eines Ereignisses dividiert durch die Häufigkeit der dazu komplementären Ereignisse. Beispiel: Die Odds, eine 6 zu würfeln, beträgt 1/5, also 0,2. Sie unterscheidet sich von der Wahrscheinlichkeit (Häufigkeit eines Ereignisses dividiert durch die Gesamtzahl der möglichen Ereignisse). Diese beträgt in diesem Fall 1/6, also 0,167. Je unwahrscheinlicher ein Ereignis ist, umso mehr nähert sich aber die Odds der Wahrscheinlichkeit an (Bsp. „Lotterie“: 1 Los von 1.000.000 gewinnt. Wahrscheinlichkeit = 1/1.000.000; Odds = 1/999.999).

Die **Odds Ratio (OR)** für das Auftreten eines Ereignisses erhält man durch Division der beiden Odds zweier Vergleichsgruppen. Odds Ratios sind die üblicherweise angewandten Effektmaße in Fallkontrollstudien. Analog zu Odds und Wahrscheinlichkeit nähert sich bei seltenen Ereignissen die Odds Ratio dem relativen Risiko an.

▼ = Vorsicht: weniger als 5 Jahre im Handel, geringe Erfahrungen.

## Im Blickpunkt

### PSA-SCREENING AUF PROSTATAKARZINOM – NUTZEN BELEGT?

Seit Einführung des Tests auf prostataspezifisches Antigen (PSA) Ende der 1980er Jahre ist die Inzidenz von Prostatakarzinomen weltweit angestiegen.<sup>1</sup> In den USA, wo nach einer Umfrage 2001 75% der über 50-jährigen Männer mindestens einen PSA-Test haben machen lassen,<sup>2</sup> hat das Lebenszeitrisiko dieser Krebsdiagnose von 8% Mitte der 80er Jahre auf 17% zugenommen.<sup>3</sup> Die Popularität des Tests steht in krassem Missverhältnis zu den Nutznachweisen, die es für die Früherkennungsmaßnahme gibt. Bislang fehlte robuste Evidenz aus randomisierten kontrollierten Studien, dass sich das Screening günstig auf die Sterblichkeit auswirkt (a-t 2004; 35: 33-4).

Jetzt werden Zwischenergebnisse aus zwei großen randomisierten, in den USA (PLCO\*) bzw. Europa (ERSPC\*) durchgeführten Studien zum PSA-Screening publiziert.<sup>4,5\*\*</sup> Beide sind primär auf den Endpunkt der Prostatakrebssterblichkeit angelegt.<sup>\*\*\*</sup> In der **PLCO-Studie**, an der knapp 77.000 Männer zwischen 55 und 74 Jahren teilnehmen und die trotz ihrer Größe für die Fragestellung wahrscheinlich unzureichend gepowert ist,<sup>6,7</sup> findet sich kein günstiger Effekt des Screenings. Im Verlauf von sieben Jahren sterben in der Screeninggruppe 50 Männer (0,13%) an Prostatakrebs, in der Kontrollgruppe sind es 44 (0,11%). In diesem Zeitraum wird aber im Screeningarm bei 2.820 Männern (7,4%) Prostatakrebs entdeckt und damit signifikant häufiger als in der Kontrollgruppe (2.322 [6,1%]; Rate Ratio [RR] 1,22; 95% Konfidenzintervall [CI] 1,16-1,29). Ähnlich sind die Zahlen nach zehn Jahren, wo allerdings erst für 67% der Teilnehmer vollständige Daten vorliegen.<sup>4</sup> In der mehr als doppelt so großen **ERSPC-Studie** findet sich eine signifikante Minderung der Prostatakrebssterblichkeit. Bei den 162.000 Männern zwischen 55 und 69 Jahren zu Studienbeginn sinkt sie innerhalb einer mittleren Nachbeobachtung von neun Jahren von 0,36% in der Kontrollgruppe auf 0,29% in der Screeninggruppe (RR 0,80; 95% CI 0,65-0,98; Number needed to screen = 1.429). Ein Einfluss auf die Gesamtsterblichkeit, zu der keine absoluten Zahlen vorgelegt werden, zeigt sich nicht (RR 0,99; 95% CI 0,97-1,02). Im Studienverlauf wird im Screeningarm bei 5.990 Männern (8,2%) Prostatakrebs entdeckt, in der Kontrollgruppe bei 4.307 Männern (4,8%).<sup>5</sup>

Die Studienergebnisse verdeutlichen das **Dilemma der Früherkennung** von Prostatakrebs. Wenn ein günstiger Effekt überhaupt vorhanden ist, ist er sehr klein. Denn auch ohne Screening ist die Wahrscheinlichkeit, an Prostatakrebs zu ster-

\* ERSPC = European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer

PLCO = Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer Screening Trial

\*\* Screeningprogramme – PLCO: Sechs Jahre lang jährlich PSA-Test, Cut-off-Wert (Wert oberhalb dessen weitere diagnostische Abklärung empfohlen wird) 4 ng/ml, außerdem vier Jahre lang jährlich rektale Untersuchung

ERSPC: Kein einheitliches Programm in den teilnehmenden Ländern, Screeningintervall mit PSA-Test meist vier Jahre, Cut-off-Wert für Biopsie meist 3 ng/ml.

\*\*\* Die PLCO-Studie, an der auch Frauen teilnehmen, ist primär außerdem auf Sterblichkeit an kolorektalem Karzinom, Lungenkrebs und Ovarialkrebs angelegt.