.

Prostat Kanserinde Androjen Deprivasyon Tedavisi ile Kardiyovasküler Mortalite Riski: Prostat, Akciğer, Kolorektal ve Over (PLCO) Randomize Kontrollü Çalışmasının İkincil Analizi

Dr. Mehmet Kemal Sabırlı

Prostat Kanserinde Androjen Deprivasyon Tedavisi ile Kardiyovasküler Mortalite Riski: Prostat, Akciğer, Kolorektal ve Over (PLCO) Randomize Kontrollü Çalışmasının İkincil Analizi

Risk of Cardiovascular Mortality with Androgen Deprivation Therapy in Prostate Cancer: A Secondary Analysis of The Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian (PLCO) Randomized Controlled Trial (Butler et al. *Cancer.* 2021)

Dr. Mehmet Kemal Sabırlı
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı

Giriş:
Radyoterapi (RT) ile tedavi edilen prostat kanserli (PK) erkeklerde, özellikle önceden mevcut komorbiditeleri olan hastalarda, androjen deprivasyon tedavisinin (ADT) kardiyovasküler mortalite (KVM) ile ilişkisine dair çelişkili kanıtlar bulunmaktadır. Bu çalışmanın amacı, geniş bir klinik çalışmadan prospektif olarak toplanan veriler kullanılarak ADT ile KVM arasındaki ilişkinin hasta komorbidite durumuna göre analiz edilmesidir.

Yöntem:
1993–2001 yılları arasında klinik olarak lokalize, orta-yüksek riskli PK (T2b–T4, Gleason 7–10 veya prostat spesifik antijen >10 ng/mL) tanısı konmuş 1463 erkek incelenmiştir. Hastalar, randomize *Prostate, Lung, Colon, and Ovarian (PLCO) Cancer Screening Trial* çalışması kapsamında yalnızca RT veya RT + ADT ile tedavi edilmiştir. Nedene özgü mortalite (prostat kanserine bağlı mortalite ve diğer nedenlere bağlı mortalite—birincil sonlanım noktası olarak KVM [iskemik kalp hastalığı, serebrovasküler olay veya diğer dolaşım sistemi hastalıklarına bağlı ölüm]) için düzeltilmiş hazard oranları (aHR), Fine ve Gray yarışan risk regresyon analizi ile hesaplanmış ve komorbidite öyküsüne göre tabakalandırılmıştır.

Bulgular:
Çalışmaya toplam 1463 hasta dahil edilmiştir. Popülasyonun medyan yaşı 65 olup, 565 erkek (%38,6) yalnız RT, 898 erkek (%61,4) ise RT + ADT almıştır. 5 yıllık KVM oranı %2,7 (tüm ölümlerin %31'i) olarak belirlenmiştir. ADT + RT ile yalnız RT arasında 5 yıllık KVM riski açısından fark saptanmamıştır (%2,3 vs %3,3; aHR: 0,69; %95 GA: 0,38–1,24; P = .21). Alt grup analizlerinde de benzer sonuçlar elde edilmiştir: ≥1 komorbidite öyküsü olanlarda (%3,2 vs %5,3; aHR: 0,83; %95 GA: 0,43–1,60; P = .58), ≥2 komorbidite öyküsü olanlarda (%6,9 vs %8,3; aHR: 0,95; %95 GA: 0,40–2,25; P = .90) ve kardiyovasküler hastalık/risk faktörü bulunanlarda (%3,6 vs %4,3; aHR: 0,85; %95 GA: 0,44–1,65; P = .63). KVM'nin her bir bileşeni (kalp, inme veya diğer vasküler mortalite) ayrı ayrı analiz edildiğinde de benzer sonuçlar elde edilmiştir (P > .05).
Çalışmanın başlıca kısıtlılıkları şunlardır: takip süresinin görece kısa olması, ölümcül olmayan miyokard enfarktüsü, kardiyovasküler hastalık ve diyabet gibi bazı önemli sonlanımların kaydedilmemesi ve örneklem büyüklüğünün mortalite farkını ortaya koyacak yeterli istatistiksel güce sahip olmamasıdır.

Sonuç:
PLCO Kanser Tarama Denemesi verileri kullanılarak yapılan bu çalışma, ADT'nin RT ile birlikte kullanımının, yalnız RT'ye kıyasla kardiyovasküler mortalite riskini artırmadığını göstermektedir. Bu bulgu, önceden komorbiditesi veya kardiyovasküler hastalığı olan erkekler için de geçerlidir. Sonuçlar, ADT'nin komorbidite durumu ne olursa olsun kötü prognozlu prostat kanseri olan erkekler için güvenli bir yönetim seçeneği olabileceğini önermektedir. Bununla birlikte, ADT'nin olası yan etkileri ve diğer ölüm riskleri, bireysel hasta bazında tedavi kararları alınırken, kanser spesifik mortalite faydası ile karşılaştırılmalıdır.