



ARTÍCULO ORIGINAL

Variabilidad dentro del Registro Nacional multicéntrico en Vigilancia Activa; cuestionario a urólogos

J. Rubio-Briones^{a,*,1}, A. Borque-Fernando^{b,1}, L.M. Esteban-Escañó^c, S. Martínez-Breijo^d, R. Medina-López^e y V. Hernández^f, en representación del Grupo Colaborativo PIEM-AEU/Vigilancia Activa (2014/001; NCT02865330)[◇]

^a Servicio de Urología, Instituto Valenciano de Oncología, Valencia, España

^b Servicio de Urología, Hospital Universitario Miguel Servet, IIS Aragón, Zaragoza, España

^c Escuela Politécnica de la Almunia, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España

^d Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña, España

^e Servicio de Urología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

^f Servicio de Urología, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España

Recibido el 10 de noviembre de 2017; aceptado el 29 de enero de 2018

PALABRAS CLAVE

Cáncer de próstata;
Vigilancia activa;
Cuestionario

Resumen

Introducción: Nuestro objetivo principal es describir la utilización actual en España de la vigilancia activa (VA) identificando áreas de potencial mejora.

Métodos: Un cuestionario generado en AEU/PIEM/2014/0001 (NCT02865330) fue remitido a todos los investigadores asociados (IA) durante los meses de enero-marzo del 2016. Incluía 7 dominios diferentes cubriendo diferentes aspectos en VA.

Resultados: Treinta y tres de cuarenta y un IA respondieron el cuestionario. La VA es principalmente controlada por los Servicios de Urología (87,9%). Hubo una gran heterogeneidad en las clásicas variables clínico-patológicas como criterios de selección. La densidad de antígeno prostático específico (PSAd) solo se usaba en el 36,4% IA. La RMmp era claramente infrautilizada como estadificación inicial (6%). Solo el 27,3% reconocía un alto nivel de experiencia en RMmp de sus colegas radiólogos. Con relación a la biopsia de confirmación, la mayoría de los centros utilizaban la vía transrectal y solo 2/33 la vía transperineal/software de fusión. La mitad de los IA entrevistados pasaron a tratamiento activo ante progresión patológica a Gleason 7 (3 + 4). No existió consenso en cuanto a cuándo pasar a estrategia de observación.

Conclusiones: El estudio demostró la infrautilización del consentimiento informado y de los cuestionarios de calidad de vida. El PSAd no se incluía como elemento decisor en la estrategia

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jrubio@fivo.org (J. Rubio-Briones).

[◇] Los nombres de los componentes del Grupo Colaborativo PIEM-AEU/Vigilancia Activa (2014/001; NCT02865330) están relacionados en el anexo 1. Ambos autores han participado igualmente en la autoría del manuscrito.

<https://doi.org/10.1016/j.acuro.2018.01.007>

0210-4806/© 2018 AEU. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

inicial en la mayoría. Se plasmó una desconfianza en la experiencia de los urólogos con la RMmp y una infrautilización de la vía transperineal, así como la no existencia de consenso en los protocolos de seguimiento y en los criterios de tratamiento activo., confirmando la necesidad de estudios prospectivos analizando el papel de la RMmp y los biomarcadores.

© 2018 AEU. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Prostate cancer;
Active surveillance;
Questionnaire

Variability in the multicentre National Registry in Active Surveillance; a questionnaire for urologists

Abstract

Background: Our main objective was to report the current use of active surveillance in Spain and to identify areas for potential improvement.

Methods: A questionnaire generated by the Platform for Multicentre Studies of the Spanish Urology Association (AEU/PIEM/2014/0001, NCT02865330) was sent to all associate researchers from January to March 2016. The questionnaire included 7 domains covering various aspects of active surveillance.

Results: Thirty-three of the 41 associate researchers responded to the questionnaire. Active surveillance is mainly controlled by the urology departments (87.9%). There was considerable heterogeneity in the classical clinical-pathological variables as selection criteria. Only 36.4% of the associate researchers used prostate-specific antigen density (PSAd). Multiparametric magnetic resonance imaging (mpMRI) was clearly underused as initial staging (6%). Only 27.3% of the researchers stated that their radiology colleagues had a high level of experience in mpMRI. In terms of the confirmation biopsy, most of the centres used the transrectal pathway, and only 2 out of 33 used the transperineal pathway or fusion software. Half of the researchers interviewed applied active treatment when faced with disease progression to Gleason 7 (3+4). There was no consensus on when to transition to an observation strategy.

Conclusions: The study showed the underutilisation of informed consent and quality-of-life questionnaires. PSAd was not included as a decisive element in the initial strategy for most researchers. There was a lack of confidence in the urologists' mpMRI experience and an underutilisation of the transperineal pathway. There was also no consensus on the follow-up protocols and active treatment criteria, confirming the need for prospective studies to analyse the role of mpMRI and biomarkers.

© 2018 AEU. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Se ha estimado que hasta la mitad de los cánceres de próstata (CaP) detectados por antígeno prostático específico (PSA) son sobrediagnosticados¹ pues no hubieran dado ningún síntoma. La vigilancia activa (VA) es considerada la estrategia principal para el manejo de estos CaP de bajo riesgo y está claramente incrementado su uso entre los Servicios de Urología². La VA conlleva la necesaria reducción del sobretratamiento de pacientes con CaP clínicamente insignificante, ofreciendo tratamiento radical a aquellos en los que se reclasifica la enfermedad tan solo. Alguna de sus contras son el déficit de uniformidad en los criterios de selección, la implementación de protocolos de seguimiento muy diferentes y concretar el papel y su costo-efectividad de las nuevas herramientas para su optimización como son los nuevos biomarcadores y la resonancia magnética multiparamétrica (RMmp).

Además se echan de menos estudios aleatorizados que comparen diferentes protocolos, aunque existen algunos en marcha³ y existan múltiples comparaciones retrospectivas no estandarizadas^{4,5}. En julio del 2014, un

Registro Nacional en VA (Asociación Española de Urología [AEU]/ Plataforma de Investigación de Estudios Multicéntricos [PIEM]/2014/0001, www.piem.aeu.es, ClinicalTrials.gov Identifier: NCT02865330), auspiciado por la AEU, fue creado *on line* con el objetivo de ofrecer un acceso fácil a todos los urólogos españoles para la implementación de la VA en todo tipo de hospitales, además de dar la oportunidad a la investigación clínica multicéntrica. Da cabida a diferentes criterios de inclusión y estrategias de seguimiento, permitiendo pues calibrar diferentes estrategias de implementación de la VA en España⁶. Las Guías Clínicas del National Institute for Health and Clinical Excellence (CG175) ha publicado en VA sus recomendaciones para esta estrategia en Reino Unido, pero estas no han sido validadas y podrían no ser aplicables en el resto de Europa.

Nuestro principal objetivo es analizar la variabilidad de los criterios de inclusión, recursos utilizados y estrategias de seguimiento dentro del Registro Nacional Español en VA, dando una fotografía actual de la utilización de la VA en un país europeo. Se abre la posibilidad a comparaciones entre diferentes protocolos, proporcionándose pues apoyo metodológico a aquellos centros con recursos limitados que

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8958278>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8958278>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)