

WARSZTATY BADAWCZE - PROJEKT 5

Adam Biesiada, Marcin Kosiński,
Piotr Prostko, Marta Sommer

28 Listopada 2014

PYT 1

jakis tekst

PYTANIE 2

- Ze względu na konieczność regularnego stawiania się pacjenta w szpitalu w celu podania zastrzyku, rozważaliśmy wykorzystanie powtarzanych pomiarów efektu leczenia w naszej analizie. Takie podejście pozwala także wydobyć najwięcej informacji z przeprowadzonej próby.
- Problemem jest jednak różna częstotliwość podawania obu leków. Aby zebrać odpowiednie dane należało by nakazać pacjentom przyjmującym SIREN stawianie się co miesiąc na kontrole. Patrząc realistycznie na taki warunek, mieliśmy wątpliwości co do regularności pojawiania się pacjentów w szpitalu w miesiącach, w których i tak nie otrzymują leku. Efektem takiej nieregularności są bardzo uciążliwe w analizie braki danych, a wyniki analizy są trudne w interpretacji dla klinicystów.
- Ponadto pamiętamy, że podstawowym celem fazy trzeciej jest ocena końcowego efektu leczenia, której w skuteczny sposób można dokonać badając pacjentów na zakończenie próby.

- W obliczu powyższego decydujemy się na ocenę stanu wzroku pacjentów na koniec próby.
- Nie możemy wykorzystać średniej ostrości widzenia w grupach, ponieważ ostrość widzenia na początku próby może się różnić między grupami.

OSTATECZNIE:

- Ostatecznie jako podstawowe kryterium oceny wyznaczamy czas do uzyskania poprawy trzech linii widzenia w ciągu dwóch lat trwania próby.
- Do oceny planujemy wykorzystanie parametrycznego modelu AFT. W przypadku niespełnionych założeń dotyczących specyfikacji rozkładu, analizujemy nieparametryczny model PH. Jeżeli założenie proporcjonalności hazardów również nie będzie spełnione, przeprowadzamy test LOGRANK.
- Miarą dla przyjętego kryterium, w zależności od użytego modelu, byłby iloraz hazardów lub średni czas przeżycia.

PYTANIE 3

Kryteria drugoplanowe oceny skuteczności leczenia:

- Proporcja pacjentów ze wzrostem o 3 lub więcej linie widzenia.
- Proporcja pacjentów ze spadkiem o 2 lub więcej linie widzenia w porównaniu - informacja czy nowa terapia nie zwiększa odsetka pacjentów „opornych” na leczenie.

Wybór powyższych kryteriów to ukłon w stronę klinicystów (kryteria binarne). Analiza oparta o test proporcji dla dwóch odsetków (tzw. test Walda) bądź modyfikację - test Wilsona z poprawką na ciągłość (lepszą aproksymacja).

- Zmiana obszaru (w mm^2) „uszkodzeń” widocznych podczas angiografii fluoresceinowej (krwotok podsiatkówkowy, odwarstwienie siatkówki, zwłóknienie etc.). To kryterium ocenia efekt biologiczny leczenia. Analiza - jeśli spełnione założenia, to ANOVA, jeśli nie to użyjemy testu Wilcoxona.

PYTANIE 4

LISTA WAŻNYCH EFEKTÓW UBOCZNYCH:

- zapalenia górnych dróg jamy nosowej
- bóle głowy
- krowotki wewnątrz oka
- suchość oka (subiektywne odczucie)
- zwiększone ciśnienie śródgałkowe
- zapalenie bądź odłączanie ciała szklistego

PYTANIE 5

OPINIA:

W przypadku takiego schematu podawania leków, odradzamy wybór liczby zastrzyków jako głównego kryterium oceny skuteczności leczenia.

A TO DLACZEGO?

- W grupie kontrolnej LUCENTIS jest podawany co miesiąc, zatem liczba wykonanych zastrzyków będzie zawsze niemniejsza od liczby zastrzyków podanych w grupie eksperymentalnej. W związku z tym konieczne było by ustalenie progu, powyżej którego różnica średniej liczby zastrzyków w obu grupach mogłaby zostać uznana za istotną. Wybór takiego progu jest zawsze kłopotliwy i mocno wpływa na późniejszą ocenę efektów leczenia.

- Przy takim podejściu uzyskujemy niewiele informacji na temat jakości leczenia. Ignorujemy dane o pacjentach, u których podczas leczenia nastąpiła poprawa, a nie jedynie brak pogorszenia. Aby tego uniknąć należałoby i tak wyznaczyć inne, dodatkowe kryteria oceny skuteczności leczenia.
- Korzyścią jest natomiast możliwość wyznaczenia orientacyjnej redukcji liczby zastrzyków LUCENTISu po uprzednim jednorazowym podaniu SIRENu. Korzyść ta jest jednak niewspółmierna do problemów wskazanych powyżej.