

(177Lu)Lutetiumvipivotidtetraxetan (Prostatakarzinom)

Addendum zum Projekt A23-01 (Dossierbewertung)

ADDENDUM

Projekt: A23-46 Version: 1.0 Stand: 16.06.2023 IQWiG-Berichte – Nr. 1578

Impressum

Herausgeber

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Thema

(177Lu)Lutetiumvipivotidtetraxetan (Prostatakarzinom) – Addendum zum Projekt A23-01

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags

23.05.2023

Interne Projektnummer

A23-46

Anschrift des Herausgebers

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen Im Mediapark 8 50670 Köln

Tel.: +49 221 35685-0 Fax: +49 221 35685-1 E-Mail: berichte@igwig.de Internet: www.iqwig.de

ISSN: 1864-2500

(177Lu)Lutetiumvipivotidtetraxetan – Addendum zum Projekt A23-01

16.06.2023

An dem Addendum beteiligte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des IQWiG

- Raphaela Gorris
- Christina Keksel
- Ana Liberman
- Mattea Patt
- Veronika Schneck
- Volker Vervölgyi

Schlagwörter

177Lu-PSMA-617, Prostata-Tumoren - Kastrationsresistente, Nutzenbewertung, NCT03511664

Keywords

177Lu-PSMA-617, Prostatic Neoplasms - Castration-Resistant, Benefit Assessment, NCT03511664

Inhaltsverzeichnis

				Seite
Ta	belle	nve	rzeichnis	iv
Αl	bbildı	ungs	verzeichnis	v
Αl	bkürz	ung	sverzeichnis	vii
1	Hin	iterg	rund	1
2	Bev	wert	ung	2
	2.1	Pat	ientencharakteristika	3
	2.2	Ang	gaben zum Studienverlauf	6
	2.3	End	dpunktübergreifendes Verzerrungspotenzial (Studienebene)	8
	2.4	Erg	ebnisse zum Zusatznutzen	8
	2.4	1.1	Eingeschlossene Endpunkte	8
	2.4	1.2	Verzerrungspotenzial	11
	2.4	1.3	Ergebnisse	14
	2.4	1.4	Subgruppen und andere Effektmodifikatoren	19
	2.5	Wa	hrscheinlichkeit und Ausmaß des Zusatznutzens	20
	2.5	5.1	Beurteilung des Zusatznutzens auf Endpunktebene	20
	2.5	5.2	Gesamtaussage zum Zusatznutzen	24
	2.5	5.3	Zusammenfassung	25
3	Lite	eratı	ur	27
Αı	nhang	gΑ	Ergebnisse zu Nebenwirkungen	28
Αı	nhang	g B	Kaplan-Meier-Kurven	35
	B.1	Ges	samtüberleben	35
	B.2	Syn	nptomatische skelettbezogene Ereignisse	37
	B.3	Nel	benwirkungen	42
	В.3	3.1	SUEs	42
	B.3	3.2	Schwere UEs (CTCAE-Grad ≥ 3)	43
	В.3	3.3	Abbruch wegen UEs	44
	В.3	3.4	Spezifische UEs	45

(177Lu)Lutetiumvipivotidtetraxetan – Addendum zum Projekt A23-01

Tabellenverzeichnis

Seit	e
Tabelle 1: Charakterisierung der Teilpopulation sowie Studien- / Therapieabbruch – RCT, direkter Vergleich: Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie vs. ADT + patientenindividuelle Therapie	4
Tabelle 2: Angaben zum Studienverlauf – RCT, direkter Vergleich: Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie vs. ADT + patientenindividuelle Therapie	7
Tabelle 3: Matrix der Endpunkte – RCT, direkter Vergleich: Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie vs. ADT + patientenindividuelle Therapie	9
Tabelle 4: Endpunktübergreifendes und endpunktspezifisches Verzerrungspotenzial – RCT, direkter Vergleich: Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie vs. ADT + patientenindividuelle Therapie	2
Tabelle 5: Ergebnisse (Mortalität, Morbidität, Gesundheitsbezogene Lebensqualität, Nebenwirkungen) – RCT, direkter Vergleich: Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie vs. ADT + patientenindividuelle Therapie1	.5
Tabelle 6: Ausmaß des Zusatznutzens auf Endpunktebene: Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie vs. ADT + patientenindividuelle Therapie2	1
Tabelle 7: Positive und negative Effekte aus der Bewertung von Lutetium-177 + ADT im Vergleich zu einer patientenindividuellen Therapie2	4
Tabelle 8: Lutetium-177 + ADT – Wahrscheinlichkeit und Ausmaß des Zusatznutzens 2	6
Tabelle 9: Häufige UEs – RCT, direkter Vergleich: Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie vs. ADT + patientenindividuelle Therapie2	9
Tabelle 10: Häufige SUEs – RCT, direkter Vergleich: Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie vs. ADT + patientenindividuelle Therapie3	2
Tabelle 11: Häufige schwere UEs(CTCAE Grad ≥ 3) – RCT, direkter Vergleich: Lutetium- 177 + ADT + patientenindividuelle Therapie vs. ADT + patientenindividuelle Therapie 3	3
Tabelle 12: Abbrüche wegen UEs – RCT, direkter Vergleich: Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie vs. ADT + patientenindividuelle Therapie	4

Abbildungsverzeichnis

Seite
Abbildung 1: Kaplan-Meier-Kurven zum Endpunkt Gesamtüberleben – RCT, direkter Vergleich: Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie vs. ADT + patientenindividuelle Therapie: Gesamtpopulation
Abbildung 2: Kaplan-Meier-Kurven zum Endpunkt Gesamtüberleben – RCT, direkter Vergleich: Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie vs. ADT + patientenindividuelle Therapie: Patienten, die ab dem 05.03.2019 randomisiert wurden
Abbildung 3: Kaplan-Meier-Kurve zum kombinierten Endpunkt symptomatische skelettbezogene Ereignisse ([SSE] exklusive Todesfälle) – RCT, direkter Vergleich: Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie vs. ADT + patientenindividuelle Therapie: Patienten, die ab dem 05.03.2019 randomisiert wurden
Abbildung 4: Kaplan-Meier-Kurven zum Endpunkt Neuer symptomatischer Knochenbruch – RCT, direkter Vergleich: Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie vs. ADT + patientenindividuelle Therapie: Patienten, die ab dem 05.03.2019 randomisiert wurden
Abbildung 5: Kaplan-Meier-Kurven zum Endpunkt Rückenmarkskompression – RCT, direkter Vergleich: Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie vs. ADT + patientenindividuelle Therapie: Patienten, die ab dem 05.03.2019 randomisiert wurden
Abbildung 6: Kaplan-Meier-Kurven zum Endpunkt tumorbezogener orthopädischer Eingriff – RCT, direkter Vergleich: Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie vs. ADT + patientenindividuelle Therapie: Patienten, die ab dem 05.03.2019 randomisiert wurden
Abbildung 7: Kaplan-Meier-Kurven zum Endpunkt Notwendigkeit einer Strahlentherapie zur Linderung von Knochenschmerzen – RCT, direkter Vergleich: Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie vs. ADT + patientenindividuelle Therapie: Patienten, die ab dem 05.03.2019 randomisiert wurden
Abbildung 8: Kaplan-Meier-Kurven zum Endpunkt SUEs (exklusive SSE) – RCT, direkter Vergleich: Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie vs. ADT + patientenindividuelle Therapie: Patienten, die ab dem 05.03.2019 randomisiert wurden
Abbildung 9: Kaplan-Meier-Kurven zum Endpunkt schwere UEs ([CTCAE-Grad ≥ 3] exklusive SSE) – RCT, direkter Vergleich: Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie vs. ADT + patientenindividuelle Therapie: Patienten, die ab dem 05.03.2019 randomisiert wurden
Abbildung 10: Kaplan-Meier-Kurven zum Endpunkte Abbruch wegen UEs (inklusive SSE) – RCT, direkter Vergleich: Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie vs. ADT + patientenindividuelle Therapie: Patienten, die ab dem 05.03.2019 randomisiert wurden

Abbildung 11: Kaplan-Meier-Kurven zum Endpunkt Myelosuppression (SMQ, schwere UEs [CTCAE-Grad ≥ 3]) – RCT, direkter Vergleich: Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie vs. ADT + patientenindividuelle Therapie: Patienten, die ab dem 05.03.2019 randomisiert wurden	45
Abbildung 12: Kaplan-Meier-Kurven zum Endpunkt Mundtrockenheit (PT, UEs) – RCT, direkter Vergleich: Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie vs. ADT + patientenindividuelle Therapie: Patienten, die ab dem 05.03.2019 randomisiert wurden	46
Abbildung 13: Kaplan-Meier-Kurven zum Endpunkt Akutes Nierenversagen (SMQ, SUEs) – RCT, direkter Vergleich: Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie vs. ADT + patientenindividuelle Therapie: Patienten, die ab dem 05.03.2019 randomisiert wurden	47
Abbildung 14: Kaplan-Meier-Kurven zum Endpunkt Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts (SOC, UEs) – RCT, direkter Vergleich: Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie vs. ADT + patientenindividuelle Therapie: Patienten, die ab dem 05.03.2019 randomisiert wurden	48
Abbildung 15: Kaplan-Meier-Kurven zum Endpunkt Harnwegsinfektion (PT, UEs): – RCT, direkter Vergleich: Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie vs. ADT + patientenindividuelle Therapie: Patienten, die ab dem 05.03.2019 randomisiert wurden	49

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
ADT	Androgendeprivationstherapie
BPI-SF	Brief Pain Inventory – Short Form
BSC	Best supportive Care
FACT-P	Functional Assessment of Cancer Therapy - Prostate
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
Lutetium-177	(177Lu)Lutetiumvipivotidtetraxetan
mCRPC	Metastatic castration-resistant prostate Cancer (metastasiertes kastrationsresistentes Prostatakarzinom)
MedDRA	Medizinisches Wörterbuch für Aktivitäten im Rahmen der Arzneimittelzulassung
PSMA	prostataspezifisches Membranantigen
PT	Preferred Term (bevorzugtes Ereignis)
pU	pharmazeutischer Unternehmer
RCT	Randomized controlled Trial (randomisierte kontrollierte Studie)
SGB	Sozialgesetzbuch
SOC	System Organ Class (Systemorganklasse)
SUE	schwerwiegendes UE
UE	unerwünschtes Ereignis
VAS	visuelle Analogskala

(177Lu)Lutetiumvipivotidtetraxetan – Addendum zum Projekt A23-01

16.06.2023

1 Hintergrund

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) am 23.05.2023 mit ergänzenden Bewertungen zum Projekt A23-01 ((177Lu)Lutetiumvipivotidtetraxetan – Nutzenbewertung gemäß § 35a SGB V) [1] beauftragt.

Der Auftrag umfasst die Bewertung der im Stellungnahmeverfahren vorgelegten Auswertungen zur Studie VISION [2,3] unter Berücksichtigung der Angaben im Dossier [4].

Die Verantwortung für die vorliegende Bewertung und das Bewertungsergebnis liegt ausschließlich beim IQWiG. Die Bewertung wird dem G-BA übermittelt. Über den Zusatznutzen beschließt der G-BA.

(177Lu)Lutetiumvipivotidtetraxetan – Addendum zum Projekt A23-01

16.06.2023

2 Bewertung

Für die Nutzenbewertung von (177Lu)Lutetiumvipivotidtetraxetan (Lutetium-177) in Kombination mit Androgendeprivationstherapie ([ADT] nachfolgend als Lutetium-177 + ADT bezeichnet) mit oder ohne Inhibition des Androgenrezeptor-Signalwegs im Vergleich mit einer patientenindividuellen Therapie als zweckmäßiger Vergleichstherapie bei erwachsenen Patienten mit einem progredienten prostataspezifischen-Membranantigen(PSMA)-positiven, metastasierten, kastrationsresistenten Prostatakarzinom (mCRPC), die zuvor mittels Inhibition des Androgenrezeptor-Signalwegs und taxanbasierter Chemotherapie behandelt wurden, wurde die Studie VISION eingeschlossen. Bei der Studie VISION handelt es sich um eine offene randomisierte kontrollierte Studie (RCT), in der Lutetium-177 unter Fortführung der bestehenden ADT und patientenindividueller Therapie gegenüber der alleinigen Fortführung der bestehenden ADT und patientenindividueller Therapie verglichen wird. Eine ausführliche Beschreibung der Studie findet sich in der Nutzenbewertung zum Auftrag A23-01 [1].

Im Vergleichsarm der Studie VISION wurde nach Beginn der Studie eine erhöhte Häufigkeit an zurückgezogenen Einwilligungserklärungen festgestellt. Wie in der Dossierbewertung A23-01 beschrieben, haben von den ersten 84 in den Vergleichsarm eingeschlossenen Patienten 47 (56,0 %) Patienten keine Studienmedikation erhalten, vorwiegend wegen zurückgezogener Einwilligungen (24 [28,6 %] Patienten) und einer erforderlichen unzulässigen Therapie (12 [14,3 %] Patienten). Um diesem Umstand zu begegnen wurde das Studienprotokoll angepasst (Version 3.0, 01.04.2019; für alle Patienten, die ab dem 05.03.2019 randomisiert wurden). Gemäß der Protokolländerung konnten Patienten, die in der Vorbehandlung 1 taxanbasierte Chemotherapie erhalten hatten, nur noch in die Studie eingeschlossen werden, wenn die Prüfärztin oder der Prüfarzt fehlende Behandlungsfähigkeit für eine weitere taxanbasierte Chemotherapie feststellte. Behandlungsfähige Patienten, die eine weitere taxanbasierte Chemotherapie ablehnten, sollten ab diesem Zeitpunkt nicht mehr, wie zuvor noch möglich, in die Studie eingeschlossen werden. Zusätzlich wurden Prüfarztinnen und Prüfärzte geschult in Bezug auf die Durchführung der Studie, erlaubte Therapiemöglichkeiten im Vergleichsarm sowie Patientenaufklärung.

Aus der Änderung des Studienprotokolls ergeben sich 2 Auswertungspopulationen für die Studie VISION. Zum einen die Auswertung aller randomisierten Patienten (Gesamtpopulation der Studie), zum anderen Auswertungen zu Patienten, die ab dem 05.03.2019 unter Version 3.0 des Studienprotokolls randomisiert wurden. Für diese letztgenannten Patienten beträgt der differenzielle Anteil an Patienten, die keine Studienmedikation erhalten haben, zwischen den Behandlungsarmen 12,1 Prozentpunkte (16 [4,2 %] vs. 32 [16,3 %] Patienten) und ist damit geringer als in der Gesamtpopulation. Wie in der Dossierbewertung A23-01 beschrieben sind Auswertungen für diese Population grundsätzlich für die Nutzenbewertung geeignet.

(177Lu)Lutetiumvipivotidtetraxetan – Addendum zum Projekt A23-01

16.06.2023

Im Stellungnameverfahren reicht der pharmazeutische Unternehmer (pU) Daten und Auswertungen für alle in der Nutzenbewertung A23-01 beschriebenen Endpunkte nach, die auf denjenigen Patienten basieren, die ab dem 05.03.2019 randomisiert wurden. Dabei handelt es sich um 385 Patienten im Interventionsarm und 196 Patienten im Vergleichsarm. Diese Daten werden auftragsgemäß bewertet.

Darüber hinaus reicht der pU mit seiner Stellungnahme weitere korrigierte und ergänzende Daten zur Studie VISION ein. Diese fließen, sofern als relevant erachtet, in die vorliegende Bewertung ein.

Einschränkungen der Studie VISION

Wie in der Dossierbewertung A23-01 [1] ausführlich begründet, decken die in der Studie VISION eingesetzten Vergleichstherapien nicht alle für eine patientenindividuelle Therapie zur Verfügung stehenden Behandlungsoptionen im Anwendungsgebiet ab. Folglich erlaubt die Studie VISION ausschließlich Aussagen zum Zusatznutzen von Lutetium-177 + ADT bei denjenigen Patienten, für die Abirateron in Kombination mit Prednison oder Prednisolon, Enzalutamid oder BSC die jeweils patientenindividuell am besten geeignete Therapie darstellt. Dagegen sind auf Grundlage der Studie VISION keine Aussagen zum Zusatznutzen von Lutetium-177 + ADT für Patienten, für die Cabazitaxel oder Olaparib die jeweils patientenindividuell am besten geeignete Therapie darstellt, möglich.

Datenschnitt

Wie in A23-01 [1] beschrieben wird der 1. Datenschnitt der Studie VISION vom 27.01.2021 als a priori geplante primäre Analyse zum Endpunkt radiologisches progressionsfreies Überleben und finale Analyse zum Gesamtüberleben als relevanter Datenschnitt für die vorliegende Nutzenbewertung herangezogen.

2.1 Patientencharakteristika

Tabelle 1 zeigt die Charakteristika der Teilpopulation der Patienten der Studie VISION, die ab dem 05.03.2019 randomisiert wurden.

(177Lu)Lutetiumvipivotidtetraxetan – Addendum zum Projekt A23-01

16.06.2023

Tabelle 1: Charakterisierung der Teilpopulation sowie Studien- / Therapieabbruch – RCT, direkter Vergleich: Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapiea vs. ADT + patientenindividuelle Therapiea (mehrseitige Tabelle)

Studie Charakteristikum Kategorie	Lutetium-177 + ADT + patienten- individuelle Therapie ^a N = 385	ADT + patienten- individuelle Therapie ^a N = 196
VISION (Patienten, die ab dem 05.03.2019 randomisiert wurden)		
Alter [Jahre], MW (SD)	70 (7)	71 (7)
Abstammung, n (%)		
Weiß	336 (87)	166 (85)
Schwarz/Afroamerikanisch	29 (8)	14 (7)
Asiatisch	6 (2)	9 (5)
Andere ^b	2 (< 1)	0 (0)
Keine Angabe	12 (3)	7 (4)
ECOG-PS, n (%)		
0–1	352 (91)	179 (91)
2	33 (9)	17 (9)
Krankheitsdauer: Zeit seit Erstdiagnose [Jahre], Median (Min; Max)	7,3 (0,9; 28,9)	7,0 (0,7; 26,2)
Ursprünglicher Gleason-Score, n (%)		
2–3	1 (< 1)	0 (0)
4–7	130 (34)	59 (30)
8–10	226 (59)	118 (60)
Unbekannt	28 (7)	19 (10)
Lokalisation von Ziel- und Nicht-Zielläsionen, n (%)		
Lunge	35 (9)	20 (10)
Leber	47 (12)	26 (13)
Lymphknoten	193 (50)	99 (51)
Knochen	351 (91)	179 (91)
PSA-Konzentration [ng/ml] zu Studienbeginn, Median (Min; Max)	93,2 (0-6988)	90,7 (0-6600)
vorherige Strahlentherapie, n (%)	286 (74)	152 (78)
vorherige Therapie mit Radium-223-dichlorid, n (%)	63 (16)	36 (18)
vorherige Androgenrezeptor-Signalweg-Inhibitoren		
Anzahl, n (%)		
1	213 (55)	98 (50)
2	150 (39)	86 (44)
> 2	22 (6)	12 (6)
Wirkstoffe		
Enzalutamid	280 (73)	145 (74)
Abirateron	157 (41)	85 (44)
Abirateronacetat	110 (29)	62 (32)
Apalutamid	8 (2)	5 (3)

Tabelle 1: Charakterisierung der Teilpopulation sowie Studien- / Therapieabbruch – RCT, direkter Vergleich: Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapiea vs. ADT + patientenindividuelle Therapiea (mehrseitige Tabelle)

Studie Charakteristikum Kategorie	Lutetium-177 + ADT + patienten- individuelle Therapie ^a N = 385	ADT + patienten- individuelle Therapie ^a N = 196
vorherige taxanhaltige Chemotherapie		
Anzahl, n (%)		
1	207 (54)	102 (52)
2	173 (45)	92 (47)
> 2	5 (1)	2 (1)
Wirkstoffe, n (%)		
Cabazitaxel	161 (42)	84 (43)
Docetaxel	377 (98)	191 (97)
Paclitaxel	2 (< 1)	1 (< 1)
Paclitaxel-Albumin	1 (< 1)	0 (0)
Therapieabbruch, n (%) ^c	332 (86)	160 (82)
Häufige Gründe für den Abbruch von Lutetium-177		
Progression	91 (24)	-
unerwünschtes Ereignis	35 (9)	-
kein klinischer Nutzen mehr	27 (7)	-
Häufige Gründe für den Abbruch von ADT / patientenindividueller Therapie ^a		
Progression	162 (42)	67 (34)
kein klinischer Nutzen mehr	49 (13)	40 (20)
ärztliche Entscheidung	32 (8)	5 (3)
Studienabbruch, n (%)	247 (64)	153 (78)
Häufige Gründe für den Studienabbruch		
Tod	232 (60)	117 (60)
Widerruf der Einwilligung	14 (4)	33 (17)

a. umfasst unter anderem Androgenrezeptor-Signalweg-Inhibitoren, supportive Maßnahmen (Schmerzmittel, Transfusionen etc.), Kortikosteroide, 5alpha-Reduktasehemmer, Bisphosphonate, externe Bestrahlung und Bluttransfusionen

ADT: Androgendeprivationstherapie; ECOG-PS: Eastern Cooperative Oncology Group – Performance Status; Lutetium-177: (177Lu)Lutetiumvipivotidtetraxetan; Max: Maximum; Min: Minimum; MW: Mittelwert; n: Anzahl Patienten in der Kategorie; N: Anzahl randomisierter (bzw. eingeschlossener) Patienten; PSA: prostataspezifisches Antigen; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; SD: Standardabweichung

b. Ureinwohner Hawaiis oder andere pazifische Insulaner, Ureinwohner Amerikas oder Alaskas und mehr als eine angegebene Abstammung

c. Angaben beruhen auf Therapieabbruch aller Komponenten.

(177Lu)Lutetiumvipivotidtetraxetan – Addendum zum Projekt A23-01

16.06.2023

Die demografischen und klinischen Charakteristika der Patienten, die ab dem 05.03.2019 randomisiert wurden, sind in beiden Behandlungsarmen weitgehend ausgeglichen und entsprechen im Wesentlichen denen der in A23-01 [1] beschriebenen Gesamtpopulation der Studie VISION.

Der Anteil der Patienten mit Therapieabbruch ist im Interventionsarm mit 86 % vergleichbar mit dem im Vergleichsarm mit 82 %. Der Anteil an Patienten, die keine Studienmedikation erhalten haben, ist jedoch im Vergleichsarm mit 16,3 % deutlich höher als im Interventionsarm (4,2 %).

Vergleichbar mit der Gesamtpopulation, wurde die Studie von 64 % der Patienten, die ab dem 05.03.2019 randomisiert wurden, im Interventionsarm und 78 % der Patienten im Vergleichsarm abgebrochen. Die Differenz zwischen den Behandlungsarmen basiert dabei ebenfalls hauptsächlich auf dem hohen Anteil an zurückgezogenen Einwilligungserklärungen, 17 % im Vergleichsarm im Vergleich zu 4 % im Interventionsarm.

2.2 Angaben zum Studienverlauf

Tabelle 2 zeigt die mediane Bobachtungsdauer für einzelne Endpunkte für Patienten, die ab dem 05.03.2019 randomisiert wurden. Angaben zur medianen und mittleren Behandlungsdauer für diese Patienten liegen nicht vor. Für den Endpunkt Gesamtüberleben werden die Auswertungen auf Basis aller randomisierter Patienten herangezogen (siehe Abschnitt 2.4.1).

Tabelle 2: Angaben zum Studienverlauf – RCT, direkter Vergleich: Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie^a vs. ADT + patientenindividuelle Therapie^a

Studie Dauer Studienphase Endpunktkategorie	Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie ^a	ADT + patientenindividuelle Therapie ^a		
W(S) (D) (D) (D) (D) (D) (D) (D) (D) (D) (D	N = 385	N = 196		
VISION (Patienten, die ab dem 05.03.2019 randomisiert				
Behandlungsdauer [Monate]	K.	Α.		
Beobachtungsdauer [Monate]				
Symptomatisches skelettbezogenes Ereignis ^b				
n	385	196		
Median [Min; Max]	8,4 [0; 22,6]	2,3 [0; 19,8]		
Stärkster Schmerz (BPI-SF Item 3)	keine verwertbarer	n Daten vorhanden ^c		
Beeinträchtigung durch Schmerz (BPI-SF Item 9a-g)	keine verwertbarer	n Daten vorhanden ^c		
Gesundheitszustand (EQ-5D VAS)	keine verwertbarer	n Daten vorhanden ^c		
gesundheitsbezogene Lebensqualität (FACT-P)	keine verwertbarer	n Daten vorhanden ^c		
Nebenwirkungen				
UEs				
n	366	167		
Median [Min; Max]	11,1 [4,2; 13,0]	3,0 [0,2; 5,3]		
Schwere UEs ^d				
n	366	167		
Median [Min; Max]	11,5 [1,6; 22,6]	3,7 [0,2; 19,8]		
Schwerwiegende UEs				
n	366	167		
Median [Min; Max]	10,2 [1,6; 22,6]	3,0 [0,2; 19,8]		
Abbruch wegen UEs				
n	366	167		
Median [Min; Max]	9,3 [1,1; 22,6]	2,7 [0,2; 19,8]		
Myelosuppression (SMQ ^e , schwere UEs ^d)	k.	A.		
Mundtrockenheit (PT, UEs)	k.	A.		
Akutes Nierenversagen (SMQ, SUEs)	k.	A.		
Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts (SOC, UEs)	k. A.			
Harnwegsinfektion (PT, UEs)	k.	A.		

- a. umfasst unter anderem Androgenrezeptor-Signalweg-Inhibitoren, supportive Maßnahmen (Schmerzmittel, Transfusionen etc.), Kortikosteroide, 5alpha-Reduktasehemmer, Bisphosphonate, externe Bestrahlung und Bluttransfusionen
- b. beinhaltet: neuer symptomatischer pathologischer Knochenbruch, Rückenmarkskompression, Tumorbezogener orthopädischer Eingriff, Notwendigkeit einer Strahlentherapie zur Linderung von Knochenschmerzen
- c. hoher differenzieller Anteil (> 15 Prozentpunkte) nicht in die Auswertung eingegangener Patienten zwischen den Studienarmen, zur genauen Begründung siehe Abschnitt 2.4.1
- d. schwere UEs operationalisiert als CTCAE-Grad ≥ 3
- e. SMQ "Haematopoetische Zytopenien"

(177Lu)Lutetiumvipivotidtetraxetan – Addendum zum Projekt A23-01

16.06.2023

Tabelle 2: Angaben zum Studienverlauf – RCT, direkter Vergleich: Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie^a vs. ADT + patientenindividuelle Therapie^a

Studie	Lutetium-177 + ADT +	ADT +
Dauer Studienphase	patientenindividuelle	patientenindividuelle
Endpunktkategorie	Therapie ^a	Therapie ^a
	N = 385	N = 196

ADT: Androgendeprivationstherapie; BPI-SF: Brief Pain Inventory – Short Form; CTCAE: Common Terminology Criteria for Adverse Events; FACT-P: Functional Assessment of Cancer Therapy – Prostate; k. A.: keine Angabe; Lutetium-177: (177Lu)Lutetiumvipivotidtetraxetan; Max: Maximum; MedDRA: Medizinisches Wörterbuch für Aktivitäten im Rahmen der Arzneimittelzulassung; Min: Minimum; N: Anzahl randomisierter Patienten; n: Anzahl ausgewerteter Patienten; PT: bevorzugter Begriff; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; SMQ: standardisierte MedDRA-Abfrage; SOC: Systemorganklasse; UE: unerwünschtes Ereignis; VAS: visuelle Analogskala

Es liegen keine Angaben zur medianen und mittleren Behandlungsdauer für Patienten vor, die ab dem 05.03.2019 randomisiert wurden. Die mediane Behandlungsdauer aller Patienten der Studie VISION, die mindestens 1 Dosis der Studienmedikation erhalten haben, ist im Interventionsarm mit 7,8 Monaten mehr als 3,5-mal so lang wie im Vergleichsarm (2,1 Monate). Die Beobachtungszeit für das Gesamtüberleben liegt für die Gesamtpopulation im Median bei etwa 20 Monaten in beiden Behandlungsarmen (siehe A23-01 [1]).

Die medianen Beobachtungsdauern für die Nebenwirkungsendpunkte UEs, schwere UEs (CTCAE-Grad ≥ 3) und SUEs sind gemäß Angaben des pU unterschiedlich. Woraus dies resultiert ist unklar, da gemäß Studienprotokoll alle Endpunkte der Kategorie Nebenwirkungen bis 30 Tage nach Abbruch der Studienmedikation, jedoch vor Beginn einer in der Studie nicht erlaubten nachfolgenden Tumortherapie, nachbeobachtet wurden. Unter Berücksichtigung der medianen Behandlungsdauer für die Gesamtpopulation (siehe oben) erscheinen die vom pU vorgelegten Beobachtungsdauern für die Endpunkte UEs, schwere UEs (CTCAE-Grad ≥ 3) und SUEs jedoch grundsätzlich plausibel.

2.3 Endpunktübergreifendes Verzerrungspotenzial (Studienebene)

Das endpunktübergreifende Verzerrungspotenzial wird für die Studie VISION unverändert als niedrig eingestuft (siehe Dossierbewertung A23-01 [1]).

2.4 Ergebnisse zum Zusatznutzen

2.4.1 Eingeschlossene Endpunkte

In die Bewertung sollten die bereits in der Dossierbewertung A23-01 beschriebenen Endpunkte eingehen. Tabelle 3 zeigt, für welche Endpunkte Daten für Patienten der Studie VISION vorliegen, die ab dem 05.03.2019 randomisiert wurden.

(177Lu)Lutetiumvipivotidtetraxetan – Addendum zum Projekt A23-01

16.06.2023

Tabelle 3: Matrix der Endpunkte – RCT, direkter Vergleich: Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie^a vs. ADT + patientenindividuelle Therapie^a

Studie						Endp	unkte					
	Gesamtüberleben	Symptomatisches skelettbezogenes Ereignis ^b	Stärkster Schmerz (BPI-SF Item 3)	Beeinträchtigung durch Schmerz (BPI-SF Item 9a-g)	Gesundheitszustand (EQ-5D VAS)	Gesundheitsbezogene Lebensqualität (FACT-P)	SUEs	Schwere UEs ^c	Abbruch wegen UEs	Myelosuppression (SMQ ^d , schwere UEs ^c)	Mundtrockenheit (PT, UEs)	Weitere spezifische UEs ^e
VISION ^f	j	j	n^g	n^g	n ^g	n ^g	j	j	j	j	j	j

- a. umfasst unter anderem Androgenrezeptor-Signalweg-Inhibitoren, supportive Maßnahmen (Schmerzmittel, Transfusionen etc.), Kortikosteroide, 5alpha-Reduktasehemmer, Bisphosphonate, externe Bestrahlung und Bluttransfusionen
- b. kombinierter Endpunkt, beinhaltet: neuer symptomatischer pathologischer Knochenbruch,
 Rückenmarkskompression, Tumorbezogener orthopädischer Eingriff, Notwendigkeit einer
 Strahlentherapie zur Linderung von Knochenschmerzen. Die Auswertungen zum kombinierten Endpunkt
 sind in der vorliegenden Datensituation für die Nutzenbewertung nicht geeignet, die Einzelkomponenten
 werden als separate Endpunkte herangezogen (siehe Abschnitt 2.4.3)
- c. Schwere UEs sind operationalisiert als CTCAE-Grad \geq 3.
- d. SMQ "Haematopoetische Zytopenien"
- e. Als weitere spezifische UEs wurden ausgewählt: Akutes Nierenversagen (SMQ, SUEs), Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts (SOC, UEs), Harnwegsinfektion (PT, UEs)
- f. Patienten, die ab dem 05.03.2019 randomisiert wurden
- g. keine geeigneten Daten vorhanden; zur Begründung siehe Abschnitt 2.4.1

ADT: Androgendeprivationstherapie; BPI-SF: Brief Pain Inventory – Short Form; CTCAE: Common Terminology Criteria for Adverse Events; FACT-P: Functional Assessment of Cancer Therapy – Prostate; j: ja; Lutetium-177: (177Lu)Lutetiumvipivotidtetraxetan; n: nein; PT: bevorzugter Begriff; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; SMQ: standardisierte MedDRA-Abfrage; SUE: schwerwiegendes unerwünschtes Ereignis; UE: unerwünschtes Ereignis; VAS: visuelle Analogskala

Anmerkungen zu Auswertungen

Gesamtüberleben

Für den Endpunkt Gesamtüberleben werden unverändert zur Dossierbewertung A23-01 [1] Auswertungen auf Basis aller randomisierter Patienten herangezogen. Der Grund dafür ist, dass das Gesamtüberleben in der Studie VISION im Gegensatz zu allen anderen Endpunkten bis zum Studienende erhoben wurde (Angaben zur geplanten Nachbeobachtung für alle

(177Lu)Lutetiumvipivotidtetraxetan – Addendum zum Projekt A23-01

16.06.2023

Endpunkte siehe A23-01). Dabei gehen auch diejenigen Patienten in die Auswertung ein, die ihre Einwilligung zur Behandlung zwar zurückgezogen haben, aber einverstanden waren, an der Langzeitbeobachtung der Studie teilzunehmen. Daher führt die erhöhte Häufigkeit an zurückgezogenen Einwilligungserklärungen zur Behandlung nicht dazu, dass die Ergebnisse zum Gesamtüberleben für die vorliegende Nutzenbewertung nicht geeignet sind. Zusätzlich werden Ergebnisse zum Endpunkt Gesamtüberleben auf Basis der Patienten, die ab dem 05.03.2019 randomisiert wurden, dargestellt.

In der vorliegenden Bewertung werden für den Endpunkt Gesamtüberleben die bereits in der Dossierbewertung A23-01 dargestellten Ergebnisse abgebildet. Aufgrund der vom pU im Stellungnahmeverfahren nachgereichten Daten erfolgte jedoch eine erneute Einschätzung des Verzerrungspotenzials für diesen Endpunkt (siehe Abschnitt 2.4.2).

Symptomatische skelettbezogene Ereignisse

Der kombinierte Endpunkt symptomatische skelettbezogene Ereignisse setzt sich aus folgenden Einzelkomponenten zusammen:

- Neuer symptomatischer pathologischer Knochenbruch
- Rückenmarkskompression
- Tumorbezogener orthopädischer Eingriff
- Notwendigkeit einer Strahlentherapie zur Linderung von Knochenschmerzen

Der pU gibt an, dass symptomatische skelettbezogene Ereignisse bis zu 30 Tage nach Abbruch der Studienmedikation, jedoch vor Beginn einer in der Studie nicht erlaubten nachfolgenden Tumortherapie, erhoben wurden. Jedoch macht der pU auch in den mit seiner Stellungnahme nachgereichten Unterlagen keine Angaben dazu, ob für den Endpunkt symptomatische skelettbezogene Ereignisse Patienten, die keine Studienmedikation erhalten haben, ebenfalls 30 Tage nachbeobachtet wurden. Zwar legt der pU Angaben vor zu Patienten, die an Tag 1 zensiert wurden (2 [0,4 %] vs. 12 [4,3 %] Patienten für die Gesamtpopulation, 2 [1 %] vs. 6 [3 %] Patienten, die ab dem 05.03.2019 randomisiert wurden). Es bleibt jedoch nach wie vor unklar, ob bzw. wie lange Patienten, die keine Studienmedikation erhalten haben, tatsächlich nachbeobachtet wurden. Dennoch können die Ergebnisse der Einzelkomponenten des Endpunkts symptomatische skelettbezogene Ereignisse, die auf denjenigen Patienten basieren, die ab dem 05.03.2019 randomisiert wurden, herangezogen werden. Für diese Patienten liegen im Gegensatz zur Gesamtpopulation selbst für den Fall, dass alle Patienten mit zurückgezogener Einwilligung nicht nachbeobachtet wurden, die differenziellen Anteile an nicht in die Bewertung eingegangenen Patienten bei < 15 Prozentpunkten. Darüber hinaus werden jeweils nur die Auswertungen des pU herangezogen, die keine Todesfälle berücksichtigen.

Patientenberichtete Endpunkte (BPI-SF, EQ-5D VAS, FACT-P)

Der pU liefert mit seiner Stellungnahme Auswertung zu den patientenberichteten Endpunkten Stärkster Schmerz (BPI-SF Item 3), Beeinträchtigung durch Schmerz (BPI-SF Item 9a-g), Gesundheitszustand (EQ-5D VAS) und gesundheitsbezogene Lebensqualität (FACT-P), die auf Ergebnissen der Patienten beruhen, die ab dem 05.03.2019 randomisiert wurden. Für diese Patientenpopulation gilt jedoch ebenso wie für Auswertungen auf Basis der Gesamtpopulation der Studie VISION (siehe Dossierbewertung A23-01 [1]), dass der differenzielle Anteil an in die Auswertung nicht eingegangenen Patienten zwischen den Behandlungsarmen > 15 Prozentpunkte beträgt. Somit sind diese Auswertungen für die vorliegende Nutzenbewertung nicht geeignet.

Nebenwirkungen

Zu den Nebenwirkungsendpunkten schwere UEs, schwerwiegende UEs (SUE), Abbruch wegen UEs, Myelosuppression, Mundtrockenheit, Akutes Nierenversagen, Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts sowie Harnwegsinfektion sind für die vorliegende Nutzenbewertung die Auswertungen relevant, die auf Ergebnissen der Patienten beruhen, die ab dem 05.03.2019 randomisiert wurden. Der Grund ist, dass der differenzielle Anteil an nicht in die Auswertungen eingegangenen Patienten für diese Population < 15 Prozentpunkte beträgt.

In der vorliegenden Bewertung werden Auswertungen zu Nebenwirkungen berücksichtigt, die keine symptomatischen skelettbezogenen Ereignisse enthalten. Anders als für die restlichen Endpunkte zu Nebenwirkungen legt der pU in seiner Stellungnahme für den Endpunkt Abbruch wegen UEs lediglich Auswertungen einschließlich symptomatischer skelettbezogener VS. Patienten brachen Ereignisse vor: 0 (1,8%)die Therapie Rückenmarkskompression ab (siehe Tabelle 12). Für den Vergleichsarm stellt dies 21 % der Abbrüche wegen UEs dar. Dies wird bei der Einschätzung des Verzerrungspotenzials für diesen Endpunkt berücksichtigt (siehe Abschnitt 2.4.2).

2.4.2 Verzerrungspotenzial

Tabelle 4 beschreibt das Verzerrungspotenzial für die Ergebnisse der relevanten Endpunkte.

Tabelle 4: Endpunktübergreifendes und endpunktspezifisches Verzerrungspotenzial – RCT, direkter Vergleich: Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie^a vs. ADT + patientenindividuelle Therapie^a

Studie							Endp	unkte					
	Studienebene	Gesamtüberleben	Symptomatisches skelettbezogenes Ereignis ^b	Stärkster Schmerz (BPI-SF Item 3)	Beeinträchtigung durch Schmerz (BPI-SF Item 9a-g)	Gesundheitszustand (EQ-5D VAS)	Gesundheitsbezogene Lebensqualität (FACT-P)	SUEs	Schwere UEs ^c	Abbruch wegen UEs	Myelosuppression (SMQ ^d , schwere UEs ^c)	Mundtrockenheit (PT, UEs)	Weitere spezifische UEs ^e
VISION ^f	N	N	H^g	_h	_h	_h	_h	$H^{i,j}$	$H^{i,j}$	$H^{j,k,l}$	$H^{i,j}$	$H^{i,j,k}$	$H^{i,j,m}$

- a. umfasst unter anderem Androgenrezeptor-Signalweg-Inhibitoren, supportive Maßnahmen (Schmerzmittel, Transfusionen etc.), Kortikosteroide, 5alpha-Reduktasehemmer, Bisphosphonate, externe Bestrahlung und Bluttransfusionen
- b. beinhaltet: neuer symptomatischer pathologischer Knochenbruch, Rückenmarkskompression, Tumorbezogener orthopädischer Eingriff, Notwendigkeit einer Strahlentherapie zur Linderung von Knochenschmerzen
- c. Schwere UEs sind operationalisiert als CTCAE-Grad \geq 3.
- d. SMQ "Haematopoetische Zytopenien"
- e. Als weitere spezifische UEs wurden ausgewählt: Akutes Nierenversagen (SMQ, SUEs), Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts (SOC, UEs), Harnwegsinfektion (PT, UEs)
- f. Patienten, die ab dem 05.03.2019 randomisiert wurden
- g. Effekte der Einzelkomponenten nicht konsistent (Details siehe Abschnitt 2.4.1); Einschätzung des Verzerrungspotenzials gilt für die Einzelkomponenten des kombinierten Endpunkts
- h. keine geeigneten Daten vorhanden; zur Begründung siehe Abschnitt 2.4.1
- i. unvollständige Beobachtungen aus potenziell informativen Gründen bei unterschiedlichen Nachbeobachtungsdauern
- j. großer Unterschied nicht in die Auswertung eingegangener Patienten zwischen den Behandlungsgruppen (> 5 Prozentpunkte)
- k. fehlende Verblindung bei subjektiver Endpunkterhebung
- I. enthält skelettbezogene Ereignisse (Details siehe Abschnitt 2.4.1)
- m. für Erkrankung des Gastrointestinaltrakts, Harnwegsinfektion: fehlende Verblindung bei subjektiver Endpunkterhebung

ADT: Androgendeprivationstherapie; BPI-SF: Brief Pain Inventory – Short Form; CTCAE: Common Terminology Criteria for Adverse Events; FACT-P: Functional Assessment of Cancer Therapy – Prostate; H: hoch; Lutetium-177: (177Lu)Lutetiumvipivotidtetraxetan; N: niedrig; PT: bevorzugter Begriff; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; SMQ: standardisierte MedDRA-Abfrage; SUE: schwerwiegendes unerwünschtes Ereignis; UE: unerwünschtes Ereignis; VAS: visuelle Analogskala

(177Lu)Lutetiumvipivotidtetraxetan – Addendum zum Projekt A23-01

16.06.2023

Die Ergebnisse zum Endpunkt Gesamtüberleben haben ein niedriges Verzerrungspotenzial. Anders als für die übrigen Endpunkte basiert diese Einschätzung auf den Ergebnissen der Gesamtpopulation der Studie VISION. Zwar haben in der Gesamtpopulation 15 (2,7 %) vs. 33 (11,8 %) der Patienten ihre Einwilligung zur Studienteilnahme im Verlauf der Studie zurückgezogen und wurden aus diesem Grund für den Endpunkt Gesamtüberleben zensiert. Mit seiner Stellungnahme legt der pU Angaben zur Anzahl der an Tag 1 zensierten Patienten vor. Dieser lag bei 0 vs. 2 (0,7 %) Patienten. Somit ist der Anteil an in die Auswertung eingegangenen Patienten trotz hoher differenzieller Anteile an zurückgezogenen Einwilligungen zur Studienteilnahme ausreichend ähnlich. Durch die vom pU im Stellungnahmeverfahren nachgereichten Angaben ändert sich die Einschätzung des Verzerrungspotenzials im Vergleich zur Dossierbewertung A23-01, in der das Verzerrungspotenzial für den Endpunkt Gesamtüberleben als hoch eingeschätzt wurde.

Die Auswertungen des kombinierten Endpunkts Symptomatische skelettbezogene Ereignisse sind für die vorliegende Nutzenbewertung nicht geeignet; in der vorliegenden Datensituation werden die Einzelkomponenten des kombinierten Endpunkts als separate Endpunkte herangezogen (siehe Abschnitt 2.4.1). Daher gilt die in Tabelle 4 dargestellte Einschätzung zum Verzerrungspotenzial für die in dieser Nutzenbewertung herangezogenen Einzelkomponenten des kombinierten Endpunkts. Die Endpunkte neuer symptomatischer pathologischer Knochenbruch, Rückenmarkskompression, Tumorbezogener orthopädischer Eingriff sowie Notwendigkeit einer Strahlentherapie zur Linderung von Knochenschmerzen (Einzelkomponenten des kombinierten Endpunkts symptomatische skelettbezogene Ereignisse) haben demnach aufgrund von unvollständigen Beobachtungen aus potenziell informativen Gründen bei unterschiedlichen Nachbeobachtungsdauern ein hohes Verzerrungspotenzial.

Für patientenberichtete Endpunkte (BPI-SF, FACT-P, EQ-5D) liegen keine geeigneten Daten vor (siehe Abschnitt 2.4.1), daher entfällt die Einschätzung zum Verzerrungspotenzial für diese Endpunkte.

Die Endpunkte der Kategorie Nebenwirkungen haben aufgrund von unvollständigen Beobachtungen aus potenziell informativen Gründen bei unterschiedlichen Nachbeobachtungsdauern und großen Unterschieden (> 5 Prozentpunkte) nicht in die Auswertung eingegangener Patienten zwischen den Behandlungsgruppen ein hohes Verzerrungspotenzial. Für die Endpunkte Abbruch wegen UEs, Mundtrockenheit sowie Erkrankung des Gastrointestinaltrakts und Harnwegsinfektion geht zusätzlich die fehlende Verblindung bei subjektiver Endpunkterhebung in die Einschätzung des Verzerrungspotenzials ein. Für den Endpunkt Abbruch wegen UEs kommt hinzu, dass symptomatischen skelettbezogenen Ereignisse miterfasst wurden (siehe Abschnitt 2.4.1).

(177Lu)Lutetiumvipivotidtetraxetan – Addendum zum Projekt A23-01

16.06.2023

Durch die Anpassung der Einschlusskriterien der Studie VISION bezüglich der Behandlungsfähigkeit für Cabazitaxel für Patienten, die ab dem 05.03.2019 randomisiert wurden (siehe Kapitel 2), gilt die in der Dossierbewertung A23-01 begründete Herabstufung der Aussagesicherheit für die vorliegende Nutzenbewertung nicht für diejenigen Endpunkte, die auf Ergebnissen dieser Teilpopulation der Studie basieren (alle Endpunkte mit Ausnahme des Gesamtüberlebens). Aufgrund des jeweils hohen Verzerrungspotenzials können dennoch jeweils maximal Anhaltspunkte, beispielsweise für einen Zusatznutzen, abgeleitet werden. Da die Ergebnisse des Endpunkts Gesamtüberleben für die Gesamt- und die Teilpopulation konsistent sind und das Verzerrungspotenzial für den Endpunkt als niedrig eingeschätzt wird, können in der vorliegenden Nutzenbewertung für den Endpunkt maximal Hinweise, beispielsweise auf einen Zusatznutzen abgeleitet, werden.

2.4.3 Ergebnisse

Tabelle 5 fasst die Ergebnisse zum Vergleich von Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie mit ADT + patientenindividuelle Therapie bei erwachsenen Patienten mit einem progredienten PSMA-positiven mCRPC zusammen, die zuvor mittel Inhibition des Androgenrezeptor-Signalwegs und taxanbasierte Chemotherapie behandelt wurden. Die Daten des pU wurden, wo notwendig, durch eigene Berechnungen ergänzt.

Die zugehörigen Kaplan-Meier-Kurven sind in Anhang B dargestellt.

Tabelle 5: Ergebnisse (Mortalität, Morbidität, Gesundheitsbezogene Lebensqualität, Nebenwirkungen) – RCT, direkter Vergleich: Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie^a vs. ADT + patientenindividuelle Therapie^a (mehrseitige Tabelle)

Studie Endpunktkategorie Endpunkt		utetium-177 + ADT + entenindividuelle Therapie ^a	pati	ADT + entenindividuelle Therapie ^a	Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie ^a vs. ADT + patientenindividuelle Therapie ^a			
	N Mediane Zeit bis zum Ereignis in Monaten [95 %-KI]		N	Mediane Zeit bis zum Ereignis in Monaten [95 %-KI]	HR [95 %-KI]; p-Wert ^b			
		Patientinnen und Patienten mit Ereignis n (%)		Patientinnen und Patienten mit Ereignis n (%)				
Studie VISION (Patienten,	die ab (dem 05.03.2019 rand	domisie	rt wurden)				
Mortalität								
Gesamtüberleben (Gesamtpopulation ^c)	551	15,3 [14,2; 16,9] 343 (62,3)	280	11,3 [9,8; 13,5] 187 (66,8)	0,62 [0,52; 0,74]; < 0,001			
Gesamtüberleben (Teilpopulation)	385	14,6 [13,2; 16,0] 240 (62,3)	196	10,5 [8,5; 13,6] 129 (65,8)	0,63 [0,5; 0,78]; < 0,001			
Morbidität								
Symptomatisches skelettbezogenes Ereignis ^d (ergänzend dargestellt ^e)	385	n. e. 60 (15,6)	196	n. e. 34 (17,3)	0,36 [0,23; 0,56]; <0,001			
Neuer symptomatischer pathologischer Knochenbruch	385	n. e. 16 (4,2)	196	n. e. 1 (0,5)	4,27 [0,56; 32,72]; 0,129			
Rückenmarks- kompression	385	n. e. 7 (1,8)	196	n. e. 12 (6,1)	0,14 [0,05; 0,38]; <0,001			
Tumorbezogener orthopädischer Eingriff	385	n. e. 10 (2,6)	196	n. e. 3 (1,5)	0,64 [0,16; 2,47]; 0,509			
Notwendigkeit einer Strahlentherapie zur Linderung von Knochenschmerzen	385	n. e. 54 (14,0)	196	n. e. 31 (15,8)	0,39 [0,25; 0,63]; <0,001			
Stärkster Schmerz (BPI- SF Item 3) ^f		keine geeigneten Daten vorhanden ^g						
Beeinträchtigung durch Schmerz (BPI-SF Item 9a-g) ^f		keiı	den ^g					
Gesundheitszustand (EQ-5D VAS) ^h		keii	ne geeig	gneten Daten vorhan	den ^g			

Tabelle 5: Ergebnisse (Mortalität, Morbidität, Gesundheitsbezogene Lebensqualität, Nebenwirkungen) – RCT, direkter Vergleich: Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie^a vs. ADT + patientenindividuelle Therapie^a (mehrseitige Tabelle)

Studie Endpunktkategorie Endpunkt	Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie ^a		ADT + patientenindividuelle Therapie ^a		Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie ^a vs. ADT + patientenindividuelle Therapie ^a
	N	Mediane Zeit bis zum Ereignis in Monaten [95 %-KI]	N	Mediane Zeit bis zum Ereignis in Monaten [95 %-KI]	HR [95 %-KI]; p-Wert ^b
		Patientinnen und Patienten mit Ereignis n (%)		Patientinnen und Patienten mit Ereignis n (%)	
Gesundheitsbezogene Lebensqualität					
Gesundheitsbezogene Lebensqualität (FACT-P) ⁱ	keine geeigneten Daten vorhanden ^g			den ^g	
Nebenwirkungen ^j					
UEs (ergänzend dargestellt)	366	0,69 [0,66; 0,76] 361 (98,6)	167	0,72 [0,53; 0,92] 143 (85,6)	-
SUEs	366	18,20 [n. b.; n. b.] 129 (35,2)	167	13,34 [n. b.; n. b.] 44 (26,3)	0,64 [0,45; 0,91]; 0,013
Schwere UEs ^k	366	8,08 [6,77; 11,5] 187 (51,1)	167	6,05 [n. b.; n. b.] 59 (35,3)	0,79 [0,58; 1,07]; 0,121
Abbruch wegen UEs ^l	366	n. e. 63 (17,2)	167	n. e. 14 (8,4)	0,98 [0,54; 1,77]; 0,940
Myelosuppression (SMQ ^m , schwere UEs ^k)	366	n. e. 88 (24,0)	167	n. e. 10 (6,0)	2,16 [1,11; 4,19]; 0,020
Mundtrockenheit (PT, UEs)	366	n. e. 142 (38,8)	167	n. e. 2 (1,2)	26,06 [6,45; 105,33]; <0,001
Akutes Nierenversagen (SMQ, SUEs)	366	n. e. 4 (1,1)	167	n. e. 5 (3,0)	0,18 [0,05; 0,74]; 0,009
Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts (SOC, UEs)	366	1,97 [1,71; 2,56] 277 (75,7)	167	6,47 [n. b.; n. b.] 59 (35,3)	2,04 [1,54; 2,70]; < 0,001
Harnwegsinfektion (PT, UEs)	366	n. e. 45 (12,3)	167	n. e. 1 (0,6)	11,53 [1,58; 84,10]; 0,002

a. umfasst unter anderem Androgenrezeptor-Signalweg-Inhibitoren, supportive Maßnahmen (Schmerzmittel, Transfusionen etc.), Kortikosteroide, 5alpha-Reduktasehemmer, Bisphosphonate, externe Bestrahlung und Bluttransfusionen

b. Effekt und KI: Cox- Proportional-Hazards-Modell, p-Wert: Log-Rank-Test. Jeweils stratifiziert nach LDH-Wert zu Studienbeginn (≤ 260 IU/L vs. > 260 IU/L), Vorhandensein von Lebermetastasen zu Studienbeginn (ja vs. nein), ECOG-PS zu Studienbeginn (0 oder 1 vs. 2) und Androgenrezeptor-Signalweg-Inhibitor als Teil der Studienmedikation zu Beginn der Studie (ja vs. nein). Für Endpunkte der Nebenwirkungen unstratifiziert

Tabelle 5: Ergebnisse (Mortalität, Morbidität, Gesundheitsbezogene Lebensqualität, Nebenwirkungen) – RCT, direkter Vergleich: Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie³ vs. ADT + patientenindividuelle Therapie³ (mehrseitige Tabelle)

Studie Endpunktkategorie Endpunkt	Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie ^a	ADT + patientenindividuelle Therapie ^a	Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie ^a vs. ADT + patientenindividuelle Therapie ^a
	N Mediane Zeit bis zum Ereignis in Monaten [95 %-KI]	N Mediane Zeit bis zum Ereignis in Monaten [95 %-KI]	HR [95 %-KI]; p-Wert ^b
	Patientinnen und Patienten mit Ereignis n (%)	Patientinnen und Patienten mit Ereignis n (%)	

- c. aus der Dossierbewertung A23-01
- d. beinhaltet: neuer symptomatischer pathologischer Knochenbruch, Rückenmarkskompression, Tumorbezogener orthopädischer Eingriff, Notwendigkeit einer Strahlentherapie zur Linderung von Knochenschmerzen
- e. Der kombinierte Endpunkt wird ergänzend dargestellt, da die Effekte in den einzelnen Komponenten nicht gleichgerichtet sind. Für weitere Details siehe Abschnitt 2.4.1.
- f. Zeit bis zur erstmaligen Verschlechterung. Eine Zunahme um ≥ 1,5 Punkte im Vergleich zum Studienbeginn wird als klinisch relevante Verschlechterung angesehen (Skalenspannweite 0 bis 10).
- g. zur Begründung siehe Abschnitt 2.4.1
- h. Zeit bis zur erstmaligen Verschlechterung. Eine Abnahme um ≥ 15 Punkte im Vergleich zum Studienbeginn wird als klinisch relevante Verschlechterung angesehen (Skalenspannweite 0 bis 100).
- i. Zeit bis zur erstmaligen Verschlechterung. Eine Zunahme um ≥ 23,4 Punkte im Vergleich zum Studienbeginn wird als klinisch relevante Verschlechterung angesehen (Skalenspannweite 0 bis 156).
- j. Gemäß Studienprotokoll Version 3.0 sollten Ereignisse, die auf eine Progression der Grunderkrankung zurückzuführen sind, nicht als UE gemeldet werden. Allerdings wurden unter UEs 10 (2,7 %) vs. 2 (1,2 %) Patienten mit Ereignis für die SOC "Gutartige, bösartige und nicht spezifische Neubildungen (einschließlich Zysten und Polypen)" dokumentiert.
- k. Schwere UEs sind operationalisiert als CTCAE-Grad \geq 3.
- I. Die Zahlen beruhen auf den Angaben des pU zu Abbrüchen wegen UEs einschließlich Ereignissen, die im Rahmen eines symptomatischen skelettbezogenen Ereignisses auftraten. Darin enthalten sind 3 Patienten im Vergleichsarm, die die Therapie wegen Rückenmarkskompression abbrachen (verglichen mit 0 Patienten im Interventionsarm).
- m. SMQ "Haematopoetische Zytopenien"

ADT: Androgendeprivationstherapie; BPI-SF: Brief Pain Inventory – Short Form; CTCAE: Common Terminology Criteria for Adverse Events; ECOG-PS: Eastern Cooperative Oncology Group-Performance Status; FACT-P: Functional Assessment of Cancer Therapy – Prostate; HR: Hazard Ratio; KI: Konfidenzintervall; LDH: Laktatdehydrogenase; Lutetium-177: (177Lu)Lutetiumvipivotidtetraxetan; n: Anzahl Patienten mit (mindestens 1) Ereignis; N: Anzahl ausgewerteter Patienten; n. b.: nicht berechenbar; n. e.: nicht erreicht; PT: bevorzugter Begriff; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; SMQ: standardisierte MedDRA-Abfrage; SOC: Systemorganklasse; SUE: schwerwiegendes unerwünschtes Ereignis; UE: unerwünschtes Ereignis; VAS: visuelle Analogskala

Auf Basis der verfügbaren Informationen können für den Endpunkt Gesamtüberleben maximal ein Hinweis, für die übrigen Endpunkte maximal Anhaltspunkte, beispielsweise für einen Zusatznutzen, abgeleitet werden (zur Begründung siehe Abschnitt 2.4.2).

Mortalität

Gesamtüberleben

Für den Endpunkt Gesamtüberleben zeigt sich ein statistisch signifikanter Unterschied zum Vorteil von Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie. Es ergibt sich ein Hinweis für einen Zusatznutzen von Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie im Vergleich zu ADT + patientenindividuelle Therapie.

Morbidität

Symptomatische skelettbezogene Ereignisse

Die Effekte der Einzelkomponenten des kombinierten Endpunkts symptomatische skelettbezogene Ereignisse sind nicht konsistent. Für den Endpunkt neuer symptomatischer pathologischer Knochenbruch zeigt sich quantitativ ein Nachteil von Lutetium-177, während sich bei den restlichen Einzelkomponenten Vorteile zeigen. Es ist unklar, in welchem Umfang die Ereignisse des Endpunkts neuer symptomatischer pathologischer Knochenbruch in das Ergebnis des kombinierten Endpunkts eingegangen sind und wie sich das auf den Effekt des kombinierten Endpunkts auswirkt. In der vorliegenden Datensituation wird der kombinierte Endpunkt somit ergänzend dargestellt, die Ergebnisse fließen jedoch nicht in die Ableitung zum Zusatznutzen ein (siehe Abschnitt 2.4.1). Die Einzelkomponenten des kombinierten Endpunkts gehen als relevante Endpunkte separat in die vorliegende Bewertung ein.

Für die Endpunkte Rückenmarkskompression und Notwendigkeit einer Strahlentherapie zur Linderung von Knochenschmerzen zeigt sich jeweils ein statistisch signifikanter Unterschied zum Vorteil von Lutetium-177 + ADT + patientenindividueller Therapie. Es ergibt sich jeweils ein Anhaltspunkt für einen Zusatznutzen von Lutetium-177 + ADT + patientenindividueller Therapie im Vergleich zu ADT + patientenindividueller Therapie.

Für die Endpunkte neuer symptomatischer Knochenbruch und Tumorbezogener orthopädischer Eingriff zeigt sich jeweils kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Es ergibt sich jeweils kein Anhaltspunkt für einen Zusatznutzen von Lutetium-177 + ADT + patientenindividueller Therapie im Vergleich zu ADT + patientenindividueller Therapie, ein Zusatznutzen ist damit jeweils nicht belegt.

Stärkster Schmerz (BPI-SF Item 3), Beeinträchtigung durch Schmerz (BPI-SF Item 9a-g) und Gesundheitszustand (EQ-5D VAS)

Für die Endpunkte Stärkster Schmerz (BPI-SF Item 3), Beeinträchtigung durch Schmerz (BPI-SF Item 9a-g) und Gesundheitszustand (EQ-5D VAS) liegen jeweils keine geeigneten Daten vor. Es ergibt sich jeweils kein Anhaltspunkt für einen Zusatznutzen von Lutetium-177 + ADT + patientenindividueller Therapie im Vergleich zu ADT + patientenindividueller Therapie, ein Zusatznutzen ist damit jeweils nicht belegt.

Gesundheitsbezogene Lebensqualität

FACT-P

Für den Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität, erhoben anhand des FACT-P, liegen keine geeigneten Daten vor. Es ergibt sich kein Anhaltspunkt für einen Zusatznutzen von Lutetium-177 + ADT + patientenindividueller Therapie im Vergleich zu ADT + patientenindividueller Therapie, ein Zusatznutzen ist damit nicht belegt.

Nebenwirkungen

SUEs

Für den Endpunkt SUEs zeigt sich ein statistisch signifikanter Unterschied zum Vorteil von Lutetium-177 + ADT + patientenindividueller Therapie. Es ergibt sich ein Anhaltspunkt für einen Zusatznutzen von Lutetium-177 + ADT + patientenindividueller Therapie im Vergleich zu ADT + patientenindividueller Therapie.

Schwere UEs (CTCAE-Grad ≥ 3), Abbruch wegen UEs

Für die Endpunkte schwere UEs (CTCAE-Grad ≥ 3) und Abbruch wegen UEs zeigt sich jeweils kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen. Es ergibt sich jeweils kein Anhaltspunkt für einen Zusatznutzen von Lutetium-177 + ADT + patientenindividueller Therapie im Vergleich zu ADT + patientenindividueller Therapie, ein Zusatznutzen ist damit jeweils nicht belegt.

Spezifische UEs

Akutes Nierenversagen (SUEs)

Für den Endpunkt Akutes Nierenversagen (SUEs) zeigt sich ein statistisch signifikanter Unterschied zum Vorteil von Lutetium-177 + ADT + patientenindividueller Therapie. Es ergibt sich ein Anhaltspunkt für einen Zusatznutzen von Lutetium-177 + ADT + patientenindividueller Therapie im Vergleich zu ADT + patientenindividueller Therapie.

Myelosuppression (schwere UEs), Mundtrockenheit (UEs), Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts (UEs), Harnwegsinfektion (UEs)

Für die Endpunkte Myelosuppression (schwere UEs), Mundtrockenheit (UEs), Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts (UEs) sowie Harnwegsinfektion (UEs) zeigt sich jeweils ein statistisch signifikanter Unterschied zum Nachteil von Lutetium-177 + ADT + patientenindividueller Therapie. Es ergibt sich jeweils ein Anhaltspunkt für einen höheren Schaden von Lutetium-177 + ADT + patientenindividueller Therapie im Vergleich zu ADT + patientenindividueller Therapie.

2.4.4 Subgruppen und andere Effektmodifikatoren

Für Patienten, die ab dem 05.03.2019 randomisiert wurden, werden die folgenden Subgruppenmerkmale betrachtet:

- Alter (< 65 Jahre vs. ≥ 65 Jahre)
- Lebermetastasen zu Studienbeginn (ja vs. nein)

Interaktionstests werden durchgeführt, wenn mindestens 10 Patienten pro Subgruppe in die Analyse eingehen. Bei binären Daten müssen darüber hinaus in mindestens 1 Subgruppe mindestens 10 Ereignisse vorliegen.

Es werden nur die Ergebnisse dargestellt, bei denen eine Effektmodifikation mit einer statistisch signifikanten Interaktion zwischen Behandlung und Subgruppenmerkmal (p-Wert < 0,05) vorliegt. Zudem werden ausschließlich Subgruppenergebnisse dargestellt, wenn mindestens in einer Subgruppe ein statistisch signifikanter und relevanter Effekt vorliegt.

Aus den vorliegenden Subgruppenergebnissen ergeben sich unter Anwendung der oben beschriebenen Merkmale keine Effektmodifikationen.

2.5 Wahrscheinlichkeit und Ausmaß des Zusatznutzens

Nachfolgend wird die Wahrscheinlichkeit und das Ausmaß des Zusatznutzens auf Endpunktebene hergeleitet. Dabei werden die verschiedenen Endpunktkategorien und die Effektgrößen berücksichtigt. Die hierzu verwendete Methodik ist in den Allgemeinen Methoden des IQWiG erläutert [5].

Das Vorgehen zur Ableitung einer Gesamtaussage zum Zusatznutzen anhand von Aggregation der auf Endpunktebene hergeleiteten Aussagen stellt einen Vorschlag des IQWiG dar. Über den Zusatznutzen beschließt der G-BA.

2.5.1 Beurteilung des Zusatznutzens auf Endpunktebene

Ausgehend von den in Abschnitt 2.4.3 dargestellten Ergebnissen wird das Ausmaß des jeweiligen Zusatznutzens auf Endpunktebene eingeschätzt (siehe Tabelle 6).

Bestimmung der Endpunktkategorie für die Endpunkte neuer symptomatischer pathologischer Knochenbruch, Rückenmarkskompression, Tumorbezogener orthopädischer Eingriff sowie Notwendigkeit einer Strahlentherapie zur Linderung von Knochenschmerzen

Die Endpunkte neuer symptomatischer pathologischer Knochenbruch, Rückenmarkskompression, Tumorbezogener orthopädischer Eingriff sowie Notwendigkeit einer Strahlentherapie zur Linderung von Knochenschmerzen werden (als Einzelkomponenten des kombinierten Endpunkts Symptomatische skelettbezogene Ereignisse) als schwerwiegend / schwer angesehen. Es handelt sich um Ereignisse, die belastende Auswirkungen auf die Patienten und deren Alltagsaktivitäten haben.

Tabelle 6: Ausmaß des Zusatznutzens auf Endpunktebene: Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie^a vs. ADT + patientenindividuelle Therapie^a (mehrseitige Tabelle)

Endpunktkategorie Endpunkt	Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie ^a vs. ADT + patientenindividuelle Therapie ^a Mediane Zeit bis zum Ereignis (Monate) Effektschätzung [95 %-KI]; p-Wert Wahrscheinlichkeit ^b	Ableitung des Ausmaßes ^c
Endpunkte mit Beobachtung üb	er die gesamte Studiendauer	
Mortalität		
Gesamtüberleben (Gesamtpopulation)	15,3 vs. 11,3 Monate HR: 0,62 [0,52; 0,74] p < 0,001 Wahrscheinlichkeit: Hinweis	Endpunktkategorie: Mortalität KI _o < 0,85 Zusatznutzen, Ausmaß erheblich
Gesamtüberleben (Teilpopulation)	14,6 vs. 10,5 Monate HR: 0,63 [0,5; 0,78] p < 0,001 Wahrscheinlichkeit: Hinweis	Endpunktkategorie: Mortalität KI _o < 0,85 Zusatznutzen, Ausmaß erheblich
Endpunkte mit verkürzter Beob	achtungsdauer	
Morbidität		
Neuer symptomatischer pathologischer Knochenbruch	n. e. vs. n. e. HR: 4,27 [0,56; 32,72] p = 0,129	geringerer Nutzen / Zusatznutzen nicht belegt
Rückenmarkskompression	n. e. vs. n. e. HR: 0,14 [0,05; 0,38] p < 0,001 Wahrscheinlichkeit: Anhaltspunkt	Endpunktkategorie: schwerwiegende / schwere Symptome / Folgekomplikationen KI₀ < 0,75, Risiko ≥ 5 % Zusatznutzen, Ausmaß: erheblich
Tumorbezogener orthopädischer Eingriff	n. e. vs. n. e. HR: 0,64 [0,16; 2,47] p = 0,509	geringerer Nutzen / Zusatznutzen nicht belegt
Notwendigkeit einer Strahlentherapie zur Linderung von Knochenschmerzen	n. e. vs. n. e. HR: 0,39 [0,25; 0,63] p < 0,001 Wahrscheinlichkeit: Anhaltspunkt	Endpunktkategorie: schwerwiegende / schwere Symptome / Folgekomplikationen KI₀ < 0,75, Risiko ≥ 5 % Zusatznutzen, Ausmaß: erheblich
Stärkster Schmerz (BPI-SF Item 3)	keine geeigneten Daten vorhanden	geringerer Nutzen / Zusatznutzen nicht belegt
Beeinträchtigung durch Schmerz (BPI-SF Item 9a-g)	keine geeigneten Daten vorhanden	geringerer Nutzen / Zusatznutzen nicht belegt
Gesundheitszustand (EQ-5D VAS)	keine geeigneten Daten vorhanden	geringerer Nutzen / Zusatznutzen nicht belegt
·	-	

Tabelle 6: Ausmaß des Zusatznutzens auf Endpunktebene: Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie^a vs. ADT + patientenindividuelle Therapie^a (mehrseitige Tabelle)

		-
Endpunktkategorie Endpunkt	Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie ^a vs. ADT + patientenindividuelle Therapie ^a Mediane Zeit bis zum Ereignis (Monate) Effektschätzung [95 %-KI]; p-Wert Wahrscheinlichkeit ^b	Ableitung des Ausmaßes ^c
Gesundheitsbezogene Lebensq	ualität	
FACT-P	keine geeigneten Daten vorhanden	geringerer Nutzen / Zusatznutzen nicht belegt
Nebenwirkungen		
SUEs	18,20 vs. 13,34 HR: 0,64 [0,45; 0,91] p = 0,013 Wahrscheinlichkeit: Anhaltspunkt	Endpunktkategorie: schwerwiegende / schwere Nebenwirkungen 0,90 ≤ KI₀ < 1,00 geringerer Schaden, Ausmaß: gering
Schwere UEs	8,08 vs. 6,05 HR: 0,79 [0,58; 1,07] p = 0,121	höherer / geringerer Schaden nicht belegt
Abbruch wegen UEs	n. e. vs. n. e. HR: 0,98 [0,54; 1,77] p = 0,940	höherer / geringerer Schaden nicht belegt
Myelosuppression (schwere UEs)	n. e. vs. n. e. HR: 2,16 [1,11; 4,19] HR: 0,46 [0,24; 0,90] ^d p = 0,020 Wahrscheinlichkeit: Anhaltspunkt	Endpunktkategorie: schwerwiegende / schwere Nebenwirkungen 0,90 ≤ Kl₀ < 1,00 höherer Schaden, Ausmaß: gering
Mundtrockenheit (UEs)	n. e. vs. n. e. HR: 26,06 [6,45; 105,33] HR: 0,04 [0,01; 0,16] ^d p < 0,001 Wahrscheinlichkeit: Anhaltspunkt	Endpunktkategorie: nicht schwerwiegende / nicht schwere Nebenwirkungen KI _o < 0,80 höherer Schaden, Ausmaß: beträchtlich
Akutes Nierenversagen (SUEs)	n. e. vs. n. e. HR: 0,18 [0,05; 0,74] p = 0,009 Wahrscheinlichkeit: Anhaltspunkt	Endpunktkategorie: schwerwiegende / schwere Nebenwirkungen KI _o < 0,75, Risiko < 5 % geringerer Schaden, Ausmaß: beträchtlich
Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts (UEs)	1,97 vs. 6,47 HR: 2,04 [1,54; 2,70] HR: 0,49 [0,37; 0,65] ^d p < 0,001 Wahrscheinlichkeit: Anhaltspunkt	Endpunktkategorie: nicht schwerwiegende / nicht schwere Nebenwirkungen KI _o < 0,80 höherer Schaden, Ausmaß: beträchtlich

(177Lu)Lutetiumvipivotidtetraxetan – Addendum zum Projekt A23-01

16.06.2023

Tabelle 6: Ausmaß des Zusatznutzens auf Endpunktebene: Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie^a vs. ADT + patientenindividuelle Therapie^a (mehrseitige Tabelle)

Endpunktkategorie Endpunkt	Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie ^a vs. ADT + patientenindividuelle Therapie ^a Mediane Zeit bis zum Ereignis (Monate) Effektschätzung [95 %-KI]; p-Wert Wahrscheinlichkeit ^b	Ableitung des Ausmaßes ^c
Harnwegsinfektion (UEs)	n. e. vs. n. e. HR: 11,53 [1,58; 84,10] HR: 0,09 [0,01; 0,63] ^d p = 0,002 Wahrscheinlichkeit: Anhaltspunkt	Endpunktkategorie: nicht schwerwiegende / nicht schwere Nebenwirkungen KI _o < 0,80 höherer Schaden, Ausmaß: beträchtlich

- a. mit oder ohne Inhibition des Androgenrezeptor-Signalwegs mit z. B. Enzalutamid oder Abirateron
- b. Angabe der Wahrscheinlichkeit, sofern ein statistisch signifikanter und relevanter Effekt vorliegt
- c. Einschätzungen zur Effektgröße erfolgen je nach Endpunktkategorie mit unterschiedlichen Grenzen anhand der oberen Grenze des Konfidenzintervalls (KI_o)
- d. eigene Berechnung, umgedrehte Effektrichtung zur Anwendung der Grenzen bei der Ableitung des Ausmaßes des Zusatznutzens

ADT: Androgendeprivationstherapie; BPI-SF: Brief Pain Inventory – Short Form; FACT-P: Functional Assessment of Cancer Therapy – Prostate; HR: Hazard Ratio; KI: Konfidenzintervall; KI₀: obere Grenze des Konfidenzintervalls; Lutetium-177: (177Lu)Lutetiumvipivotidtetraxetan; n. e.: nicht erreicht; SUE: schwerwiegendes unerwünschtes Ereignis; UE: unerwünschtes Ereignis; VAS: visuelle Analogskala

2.5.2 Gesamtaussage zum Zusatznutzen

Tabelle 7 fasst die Resultate zusammen, die in die Gesamtaussage zum Ausmaß des Zusatznutzens einfließen.

Tabelle 7: Positive und negative Effekte aus der Bewertung von Lutetium-177 + ADT^a im Vergleich zu einer patientenindividuellen Therapie

Positive Effekte	Negative Effekte		
Endpunkte mit Beobachtung über die gesamte Studiendauer			
Mortalität Gesamtüberleben: Hinweis auf einen Zusatznutzen – Ausmaß: erheblich	-		
Endpunkte mit verkürzter Beobachtungsdauer			
schwerwiegende / schwere Symptome / Folgekomplikationen Rückenmarkskompression: Anhaltspunkt für einen Zusatznutzen - Ausmaß erheblich Notwendigkeit einer Strahlentherapie zur Linderung	-		
von Knochenschmerzen): Anhaltspunkt für einen Zusatznutzen – Ausmaß: erheblich			
 schwerwiegende / schwere Nebenwirkungen SUE: Anhaltspunkt für einen geringeren Schaden – Ausmaß: gering Akutes Nierenversagen: Anhaltspunkt für einen geringeren Schaden – Ausmaß beträchtlich 	schwerwiegende / schwere Nebenwirkungen Myelosuppression: Anhaltspunkt für einen größeren Schaden – Ausmaß: gering		
-	nicht schwerwiegende / nicht schwere Nebenwirkungen Mundtrockenheit: Anhaltspunkt für einen größeren Schaden – Ausmaß beträchtlich Erkrankung des Gastrointestinaltrakts: Anhaltspunkt für einen größeren Schaden – Ausmaß beträchtlich Harnwegsinfektion: Anhaltspunkt für einen größeren Schaden – Ausmaß beträchtlich		
Geeignete Daten zu den Endpunkten Stärkster Schmerz, Beeinträchtigung durch Schmerz und Gesundheitszustand sowie zu Endpunkten der Kategorie gesundheitsbezogene Lebensqualität fehlen			
a. mit oder ohne Inhibition des Androgenrezeptor-Signalwegs mit z. B. Enzalutamid oder Abirateron ADT: Androgendeprivationstherapie; Lutetium-177: (177Lu)Lutetiumvipivotidtetraxetan; SUE: schwerwiegendes unerwünschtes Ereignis			

In der Gesamtschau zeigen sich sowohl positive als auch negative Effekte für Lutetium-177 + ADT im Vergleich zur zweckmäßigen Vergleichstherapie.

Auf der Seite der positiven Effekte zeigt sich für den Endpunkt Gesamtüberleben ein Hinweis auf einen erheblichen Zusatznutzen.

(177Lu)Lutetiumvipivotidtetraxetan – Addendum zum Projekt A23-01

16.06.2023

Zusätzlich zeigen sich sowohl für Endpunkte der Kategorie schwerwiegende / schwere Folgekomplikationen als auch der Kategorie schwerwiegende / schwere Nebenwirkungen Anhaltspunkte für einen Zusatznutzen bzw. geringeren Schaden unterschiedlichen Ausmaßes.

Auf der Seite der negativen Effekte zeigen sich für einen Endpunkt der Kategorie schwerwiegende / schwere Nebenwirkungen sowie mehrere Endpunkte der Kategorie nicht schwerwiegende / nicht schwere Nebenwirkungen jeweils Anhaltspunkte für einen höheren Schaden unterschiedlichen Ausmaßes.

Zusammenfassend gibt es für erwachsene Patienten mit einem progredienten PSMA-positiven mCRPC, die zuvor mittels Inhibition des Androgenrezeptor-Signalwegs und taxanbasierter Chemotherapie behandelt wurden und für die Abirateron in Kombination mit Prednison oder Prednisolon, Enzalutamid oder BSC die jeweils patientenindividuell am besten geeignete Therapie darstellt einen Hinweis auf einen erheblichen Zusatznutzen von Lutetium-177 gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie. Für Patienten, für die Cabazitaxel oder Olaparib die jeweils patientenindividuell am besten geeignete Therapie darstellt, ist der Zusatznutzen nicht belegt.

2.5.3 Zusammenfassung

Die vom pU im Stellungnahmeverfahren nachgereichten Daten ändern die Aussage zum Zusatznutzen von Lutetium-177 + ADT aus der Dossierbewertung A23-01 für erwachsene Patienten mit einem progredienten PSMA-positiven mCRPC, die zuvor mittels Inhibition des Androgenrezeptor-Signalwegs und taxanbasierter Chemotherapie behandelt wurden.

Die nachfolgende Tabelle 8 zeigt das Ergebnis der Nutzenbewertung von Lutetium-177 + ADT unter Berücksichtigung der Dossierbewertung A23-01 und des vorliegenden Addendums.

(177Lu)Lutetiumvipivotidtetraxetan – Addendum zum Projekt A23-01

16.06.2023

Tabelle 8: Lutetium-177 + ADT^a – Wahrscheinlichkeit und Ausmaß des Zusatznutzens

Indikation	Zweckmäßige Vergleichstherapie ^b	Wahrscheinlichkeit und Ausmaß des Zusatznutzens
in Kombination mit ADT ^c mit oder ohne Inhibition des Androgenrezeptor-Signalwegs zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit einem progredienten PSMA-positiven mCRPC, die zuvor mittels Inhibition des Androgenrezeptor- Signalwegs und taxanbasierter Chemotherapie ^d behandelt wurden	patientenindividuelle Therapie ^{c, e} unter Berücksichtigung der Vortherapie; unter Auswahl von Abirateron in Kombination mit Prednison oder Prednisolon, Enzalutamid, Cabazitaxel, Olaparib (nur für Patienten mit einer BRCA1/2-Mutation), Best supportive Care (BSC) ^f	 Patienten, für die Abirateron in Kombination mit Prednison oder Prednisolon, Enzalutamid oder BSC die jeweils patientenindividuell am besten geeignete Therapie darstellt: Hinweis auf einen erheblichen Zusatznutzen^g Patienten, für die Cabazitaxel oder Olaparib die jeweils patientenindividuell am besten geeignete Therapie darstellt: Zusatznutzen nicht belegt

- a. mit oder ohne Inhibition des Androgenrezeptor-Signalwegs
- b. Dargestellt ist die vom G-BA festgelegte zweckmäßige Vergleichstherapie.
- c. Es wird davon ausgegangen, dass eine bestehende konventionelle ADT fortgeführt wird. Unter konventioneller ADT wird im Rahmen des vorliegenden Anwendungsgebietes die operative Kastration oder die medikamentöse Kastration durch Therapie mit GnRH-Agonisten oder GnRH-Antagonisten verstanden.
- d. Für das vorliegende Anwendungsgebiet wird unter einer taxanbasierten Chemotherapie eine Therapie mit Docetaxel verstanden.
- e. Für die Umsetzung der patientenindividuellen Therapie in einer direkt vergleichenden Studie wird erwartet, dass der Studienärztin oder dem Studienarzt eine Auswahl aus mehreren Behandlungsoptionen zur Verfügung steht, die eine patientenindividuelle Therapieentscheidung unter Berücksichtigung des genannten Kriteriums ermöglicht (Multikomparatorstudie). Die patientenindividuelle Therapieentscheidung in Bezug auf die Vergleichstherapie zu Studienbeginn sollte vor der Gruppenzuordnung (z. B. Randomisierung) erfolgen. Unbenommen davon sind notwendige Therapieanpassungen während des Studienverlaufs (z. B. aufgrund von eintretender Symptomatik o. Ä.). Bei der Erkrankung des mCRPC handelt es sich um eine palliative Therapiesituation. Dem Erhalt der Lebensqualität und der Symptomkontrolle kommen daher besondere Bedeutungen zu. Eine adäquate Begleitbehandlung von Knochenmetastasen während der Studie wird vorausgesetzt (z. B. Einsatz von Bisphosphonaten, Denosumab, Bestrahlung).
- f. Als BSC wird diejenige Therapie verstanden, die eine bestmögliche, patientenindividuell optimierte, unterstützende Behandlung zur Linderung von Symptomen und Verbesserung der Lebensqualität gewährleistet.
- g. In die Studie VISION wurden nur Patienten mit einem ECOG-PS von 0 bis 2 eingeschlossen. Es bleibt unklar, ob die beobachteten Effekte auf Patienten mit einem ECOG-PS > 2 übertragen werden können.

ADT: Androgendeprivationstherapie; BRCA: Brustkrebs-Suszeptibilitäts-Gen; BSC: Best supportive Care; ECOG-PS: Eastern Cooperative Oncology Group-Performance Status; G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GnRH: Gonadotropin freisetzendes Hormon; Lutetium-177: (177Lu)Lutetiumvipivotidtetraxetan; mCRPC: metastasiertes, kastrationsresistentes Prostatakarzinom; PSMA: prostataspezifisches Membranantigen

Über den Zusatznutzen beschließt der G-BA.

(177Lu)Lutetiumvipivotidtetraxetan – Addendum zum Projekt A23-01

16.06.2023

3 Literatur

1. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. (177Lu)Lutetiumvipivotidtetraxetan (Prostatakarzinom); Nutzenbewertung gemäß § 35a SGB V; Dossierbewertung [online]. 2023 [Zugriff: 19.04.2023]. URL: https://www.iqwig.de/download/a23-01 177lu-lutetiumvipivotidtetraxetan nutzenbewertung-35a-sgb-v v1-0.pdf.

- 2. Novartis. Stellungnahme zum IQWiG-Bericht Nr. 1538; (177Lu)Lutetiumvipivotidtetraxetan (Prostatakarzinom); Nutzenbewertung gemäß § 35a SGB V. 2023: [Demnächst verfügbar unter: https://www.g-ba.de/bewertungsverfahren/nutzenbewertung/915/#beschluesse im Dokument "Zusammenfassende Dokumentation"].
- 3. Novartis. Ergebnisse der Studie VISION für Patienten, die ab dem 05.03.2019 randomisiert wurden; Anhang zur Stellungnahme zur Dossierbewertung von (177Lu)Lutetiumvipivotidtetraxetan (Prostatakarzinom). Nutzenbewertung gemäß § 35a SGB V. Projekt: A23-01. Version: 1.0. Stand: 12.04.2023. IQWiG-Berichte Nr. 1538 [unveröffentlicht]. 2023.
- 4. Novartis Radiopharmaceuticals. (177Lu)Lutetiumvipivotidtetraxetan (Pluvicto); Dossier zur Nutzenbewertung gemäß § 35a SGB V [online]. 2023 [Zugriff: 26.04.2023]. URL: https://www.g-ba.de/bewertungsverfahren/nutzenbewertung/915/#dossier.
- 5. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Allgemeine Methoden; Version 6.1 [online]. 2022 [Zugriff: 27.01.2022]. URL: https://www.iqwig.de/methoden/allgemeine-methoden-v6-1.pdf.

(177Lu)Lutetiumvipivotidtetraxetan – Addendum zum Projekt A23-01

16.06.2023

Anhang A Ergebnisse zu Nebenwirkungen

In den nachfolgenden Tabellen werden für die Gesamtraten UEs, SUEs und schwere UEs (CTCAE-Grad ≥ 3) Ereignisse für SOCs und PTs gemäß Medizinischem Wörterbuch für Aktivitäten im Rahmen der Arzneimittelzulassung (MedDRA) jeweils auf Basis folgender Kriterien dargestellt:

- Gesamtrate UEs (unabhängig vom Schweregrad): Ereignisse, die bei mindestens 10 % der Patientinnen und Patienten in 1 Studienarm aufgetreten sind
- Gesamtraten schwere UEs (z. B. CTCAE-Grad ≥ 3) und SUEs: Ereignisse, die bei mindestens 5 % der Patientinnen und Patienten in 1 Studienarm aufgetreten sind
- zusätzlich für alle Ereignisse unabhängig vom Schweregrad: Ereignisse, die bei mindestens 10 Patientinnen und Patienten und bei mindestens 1 % der Patientinnen und Patienten in 1 Studienarm aufgetreten sind

Für den Endpunkt Abbruch wegen UEs werden alle Ereignisse dargestellt, die bei mindestens 1 % der Patientinnen und Patienten auftraten.

Tabelle 9: Häufige UEs^a – RCT, direkter Vergleich: Lutetium-177 + ADT + patienten-individuelle Therapie^b vs. ADT + patientenindividuelle Therapie^b (mehrseitige Tabelle)

Studie	Patienten mit Ereignis n (%)	
SOC ^c PT ^c	Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie ^b N = 366	ADT + patientenindividuelle Therapie ^b N = 167
VISION (Patienten, die ab dem 05.03.20	19 randomisiert wurden)	
Gesamtrate UEs	361 (98,6)	143 (85,6)
Blood and lymphatic system disorders	179 (48,9)	31 (18,6)
Anaemia	121 (33,1)	23 (13,8)
Leukopenia	44 (12,0)	4 (2,4)
Lymphopenia	51 (13,9)	6 (3,6)
Neutropenia	30 (8,2)	3 (1,8)
Thrombocytopenia	68 (18,6)	7 (4,2)
Cardiac disorders	15 (4,1)	5 (3,0)
Eye disorders	37 (10,1)	7 (4,2)
Dry eye	11 (3,0)	2 (1,2)
Gastrointestinal disorders	277 (75,7)	59 (35,3)
Abdominal pain	23 (6,3)	7 (4,2)
Constipation	71 (19,4)	21 (12,6)
Diarrhoea	70 (19,1)	4 (2,4)
Dry mouth	140 (38,3)	1 (0,6)
Dyspepsia	11 (3,0)	1 (0,6)
Nausea	127 (34,7)	30 (18,0)
Vomiting	71 (19,4)	11 (6,6)
General disorders and administration site conditions	227 (62,0)	69 (41,3)
Asthenia	28 (7,7)	15 (9,0)
Fatigue	162 (44,3)	39 (23,4)
Influenza like illness	17 (4,6)	1 (0,6)
Oedema peripheral	33 (9,0)	12 (7,2)
Pain	22 (6,0)	9 (5,4)
Peripheral swelling	10 (2,7)	1 (0,6)
Pyrexia	26 (7,1)	5 (3,0)
Hepatobiliary disorders	10 (2,7)	7 (4,2)
Infections and infestations	115 (31,4)	27 (16,2)
Nasopharyngitis	13 (3,6)	3 (1,8)
Pneumonia	13 (3,6)	4 (2,4)
Urinary tract infection	45 (12,3)	1 (0,6)

Tabelle 9: Häufige UEs^a – RCT, direkter Vergleich: Lutetium-177 + ADT + patienten-individuelle Therapie^b vs. ADT + patientenindividuelle Therapie^b (mehrseitige Tabelle)

Studie	Patienten mit Ereignis n (%)	
SOC ^c PT ^c	Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie ^b	ADT + patientenindividuelle Therapie ^b
	N = 366	N = 167
Injury, poisoning and procedural complications	66 (18,0)	14 (8,4)
Contusion	13 (3,6)	2 (1,2)
Fall	22 (6,0)	7 (4,2)
Investigations	94 (25,7)	23 (13,8)
Alanine aminotransferase increased	15 (4,1)	4 (2,4)
Aspartate aminotransferase increased	19 (5,2)	3 (1,8)
Blood alkaline phosphatase increased	18 (4,9)	2 (1,2)
Blood creatinine increased	19 (5,2)	4 (2,4)
Blood lactate dehydrogenase increased	11 (3,0)	0 (0,0)
Weight decreased	42 (11,5)	13 (7,8)
Metabolism and nutrition disorders	168 (45,9)	49 (29,3)
Decreased appetite	77 (21,0)	25 (15,0)
Dehydration	13 (3,6)	4 (2,4)
Hyperglycaemia	16 (4,4)	1 (0,6)
Hypoalbuminaemia	20 (5,5)	2 (1,2)
Hypocalcaemia	30 (8,2)	6 (3,6)
Hypokalaemia	27 (7,4)	5 (3,0)
Hyponatraemia	19 (5,2)	7 (4,2)
Hypophosphataemia	24 (6,6)	6 (3,6)
Musculoskeletal and connective tissue disorders	221 (60,4)	66 (39,5)
Arthralgia	79 (21,6)	18 (10,8)
Back pain	80 (21,9)	22 (13,2)
Bone pain	39 (10,7)	15 (9,0)
Flank pain	15 (4,1)	3 (1,8)
Muscle spasms	17 (4,6)	4 (2,4)
Muscular weakness	20 (5,5)	2 (1,2)
Musculoskeletal chest pain	10 (2,7)	7 (4,2)
Myalgia	14 (3,8)	1 (0,6)
Neck pain	12 (3,3)	5 (3,0)
Pain in extremity	32 (8,7)	10 (6,0)
Neoplasms benign, malignant and unspecified (incl cysts and polyps)	10 (2,7)	2 (1,2)

16.06.2023

Tabelle 9: Häufige UEs^a – RCT, direkter Vergleich: Lutetium-177 + ADT + patienten-individuelle Therapie^b vs. ADT + patientenindividuelle Therapie^b (mehrseitige Tabelle)

Studie	Patienten mit Ereignis n (%)	
SOC ^c PT ^c	Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie ^b	ADT + patientenindividuelle Therapie ^b
	N = 366	N = 167
Nervous system disorders	136 (37,2)	47 (28,1)
Dizziness	37 (10,1)	8 (4,8)
Dysgeusia	22 (6,0)	3 (1,8)
Headache	22 (6,0)	4 (2,4)
Peripheral sensory neuropathy	14 (3,8)	4 (2,4)
Psychiatric disorders	51 (13,9)	18 (10,8)
Anxiety	10 (2,7)	5 (3,0)
Confusional state	10 (2,7)	5 (3,0)
Depression	10 (2,7)	1 (0,6)
Insomnia	19 (5,2)	8 (4,8)
Renal and urinary disorders	70 (19,1)	24 (14,4)
Dysuria	10 (2,7)	2 (1,2)
Haematuria	29 (7,9)	9 (5,4)
Urinary retention	10 (2,7)	2 (1,2)
Reproductive system and breast disorders	13 (3,6)	0 (0,0)
Respiratory, thoracic and mediastinal disorders	99 (27,0)	33 (19,8)
Cough	28 (7,7)	9 (5,4)
Dyspnoea	37 (10,1)	18 (10,8)
Skin and subcutaneous tissue disorders	48 (13,1)	9 (5,4)
Vascular disorders	60 (16,4)	20 (12,0)
Hot flush	16 (4,4)	8 (4,8)
Hypertension	21 (5,7)	7 (4,2)
Hypotension	13 (3,6)	3 (1,8)

a. Datenschnitt vom 27.01.2021; Ereignisse, die bei ≥ 10 Patienten in mindestens 1 Studienarm aufgetreten sind

ADT: Androgendeprivationstherapie; MedDRA: Medizinisches Wörterbuch für Aktivitäten im Rahmen der Arzneimittelzulassung; Lutetium-177: (177Lu)Lutetiumvipivotidtetraxetan; n.: Anzahl Patienten mit mindestens 1 Ereignis; N.: Anzahl ausgewerteter Patienten; PT: bevorzugter Begriff; pU: pharmazeutischer Unternehmer; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; SOC: Systemorganklasse; UE: unerwünschtes Ereignis

b. umfasst unter anderem Androgenrezeptor-Signalweg-Inhibitoren, supportive Maßnahmen (Schmerzmittel, Transfusionen etc.), Kortikosteroide, 5-alpha-Reduktasehemmer, Denosumab, Bisphosphonate und externe Bestrahlung

c. MedDRA-Version 23.1; SOC- und PT-Schreibweise ohne Anpassung aus den Angaben des pU übernommen

Tabelle 10: Häufige SUEs^a – RCT, direkter Vergleich: Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie^b vs. ADT + patientenindividuelle Therapie^b

Studie	Patienten mit Ereignis n (%)	
SOC ^c	Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie ^b	ADT + patientenindividuelle Therapie ^b
	N = 366	N = 167
VISION (Patienten, die ab dem 05.03.20	019 randomisiert wurden)	
Gesamtrate SUEs	136 (37,2)	48 (28,7)
Blood and lymphatic system disorders	18 (4,9)	1 (0,6)
Anaemia	10 (2,7)	1 (0,6)
Gastrointestinal disorders	18 (4,9)	8 (4,8)
General disorders and administration site conditions	17 (4,6)	5 (3,0)
Infections and infestations	40 (10,9)	9 (5,4)
Urinary tract infection	12 (3,3)	1 (0,6)
Metabolism and nutrition disorders	11 (3,0)	4 (2,4)
Musculoskeletal and connective tissue disorders	15 (4,1)	4 (2,4)
Nervous system disorders	27 (7,4)	13 (7,8)
Spinal cord compression	3 (0,8)	9 (5,4)
Renal and urinary disorders	13 (3,6)	6 (3,6)
Respiratory, thoracic and mediastinal disorders	14 (3,8)	5 (3,0)

- a. Datenschnitt vom 27.01.2021; Ereignisse, die bei ≥ 10 Patienten im Interventionsarm oder bei ≥ 5 % der Patienten im Vergleichsarm auftraten
- b. umfasst unter anderem Androgenrezeptor-Signalweg-Inhibitoren, supportive Maßnahmen (Schmerzmittel, Transfusionen etc.), Kortikosteroide, 5-alpha-Reduktasehemmer, Denosumab, Bisphosphonate und externe Bestrahlung
- c. MedDRA-Version 23.1; SOC- und PT-Schreibweise ohne Anpassung aus den Angaben des pU übernommen

ADT: Androgendeprivationstherapie; MedDRA: Medizinisches Wörterbuch für Aktivitäten im Rahmen der Arzneimittelzulassung; Lutetium-177: (177Lu)Lutetiumvipivotidtetraxetan; n.: Anzahl Patienten mit mindestens 1 Ereignis; N.: Anzahl ausgewerteter Patienten; PT: bevorzugter Begriff; pU: pharmazeutischer Unternehmer; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; SOC: Systemorganklasse; SUE: schwerwiegendes unerwünschtes Ereignis

16.06.2023

Tabelle 11: Häufige schwere UEs (CTCAE Grad \geq 3)^a – RCT, direkter Vergleich: Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie^b vs. ADT + patientenindividuelle Therapie^b

Studie	Patienten mit Ereignis n (%)	
SOC ^c PT ^c	Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie ^b N = 366	ADT + patientenindividuelle Therapie ^b N = 167
VISION (Patienten, die ab dem 05.03.2	019 randomisiert wurden)	-
Gesamtrate schwere UEs (CTCAE ≥ 3)	191 (52,2)	64 (38,3)
Blood and lymphatic system disorders	91 (24,9)	10 (6,0)
Anaemia	48 (13,1)	6 (3,6)
Lymphopenia	26 (7,1)	1 (0,6)
Neutropenia	11 (3,0)	1 (0,6)
Thrombocytopenia	30 (8,2)	2 (1,2)
Gastrointestinal disorders	17 (4,6)	6 (3,6)
General disorders and administration site conditions	32 (8,7)	7 (4,2)
Fatigue	20 (5,5)	1 (0,6)
Infections and infestations	43 (11,7)	8 (4,8)
Urinary tract infection	16 (4,4)	1 (0,6)
Investigations	11 (3,0)	3 (1,8)
Metabolism and nutrition disorders	22 (6,0)	8 (4,8)
Musculoskeletal and connective tissue disorders	31 (8,5)	10 (6,0)
Back pain	10 (2,7)	4 (2,4)
Nervous system disorders	22 (6,0)	13 (7,8)
Spinal cord compression	3 (0,8)	9 (5,4)
Renal and urinary disorders	19 (5,2)	5 (3,0)
Respiratory, thoracic and mediastinal disorders	13 (3,6)	7 (4,2)
Vascular disorders	23 (6,3)	5 (3,0)
Hypertension	13 (3,6)	2 (1,2)

a. Datenschnitt vom 27.01.2021; Ereignisse, die bei ≥ 10 Patienten im Interventionsarm oder bei ≥ 5 % der Patienten im Vergleichsarm auftraten.

ADT: Androgendeprivationstherapie; CTCAE: Common Terminology Criteria for Adverse Events; Lutetium-177: (177Lu)Lutetiumvipivotidtetraxetan; MedDRA: Medizinisches Wörterbuch für Aktivitäten im Rahmen der Arzneimittelzulassung; n: Anzahl Patienten mit mindestens 1 Ereignis; N: Anzahl ausgewerteter Patienten; PT: bevorzugter Begriff; pU: pharmazeutischer Unternehmer; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; SOC: Systemorganklasse; UE: unerwünschtes Ereignis

b. umfasst unter anderem Androgenrezeptor-Signalweg-Inhibitoren, supportive Maßnahmen (Schmerzmittel, Transfusionen etc.), Kortikosteroide, 5-alpha-Reduktasehemmer, Denosumab, Bisphosphonate und externe Bestrahlung

c. MedDRA-Version 23.1; SOC- und PT-Schreibweise ohne Anpassung aus den Angaben des pU übernommen

Tabelle 12: Abbrüche wegen UEs^a – RCT, direkter Vergleich: Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie^b vs. ADT + patientenindividuelle Therapie^b

Studie	Patienten mit Ereignis n (%)	
SOC ^c PT ^c	Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie ^b N = 366	ADT + patientenindividuelle Therapie ^b N = 167
VISION (Patienten, die ab dem 05.03.2019		14 - 107
Gesamtrate Abbruch wegen UEsd	63 (17,2)	14 (8,4)
Blood and lymphatic system disorders	26 (7,1)	0 (0,0)
Anaemia	11 (3,0)	0 (0,0)
Thrombocytopenia	10 (2,7)	0 (0,0)
Gastrointestinal disorders	5 (1,4)	1 (0,6)
General disorders and administration site conditions	9 (2,5)	2 (1,2)
Fatigue	6 (1,6)	0 (0,0)
Infections and infestations	5 (1,4)	1 (0,6)
Investigations	5 (1,4)	1 (0,6)
Metabolism and nutrition disorders	5 (1,4)	1 (0,6)
Musculoskeletal and connective tissue disorders	4 (1,1)	2 (1,2)
Nervous system disorders	5 (1,4)	5 (3,0)
Spinal cord compression	0 (0,0)	3 (1,8)
Respiratory, thoracic and mediastinal disorders	3 (0,8)	2 (1,2)
Dyspnoea	1 (0,3)	2 (1,2)

- a. Datenschnitt vom 27.01.2021; Ereignisse, die bei ≥ 1 % der Patienten in mindestens 1 Studienarm zum Abbruch führten.
- b. umfasst unter anderem Androgenrezeptor-Signalweg-Inhibitoren, supportive Maßnahmen (Schmerzmittel, Transfusionen etc.), Kortikosteroide, 5-alpha-Reduktasehemmer, Denosumab, Bisphosphonate und externe Bestrahlung
- c. MedDRA-Version 23.1; SOC- und PT-Schreibweise ohne Anpassung aus den Angaben des pU übernommen
- d. UEs, die zum Abbruch von entweder von (177Lu)Lutetiumvipivotidtetraxetan oder BSC/BSoC aufgrund führten.

ADT: Androgendeprivationstherapie; BSC: Best supportive Care; BSoC: Best Standard of Care; Lutetium-177: (177Lu)Lutetiumvipivotidtetraxetan; MedDRA: Medizinisches Wörterbuch für Aktivitäten im Rahmen der Arzneimittelzulassung; n: Anzahl Patienten mit mindestens 1 Ereignis; N: Anzahl ausgewerteter Patienten; PT: bevorzugter Begriff; pU: pharmazeutischer Unternehmer; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; SOC: Systemorganklasse; UE: unerwünschtes Ereignis

Anhang B Kaplan-Meier-Kurven

B.1 Gesamtüberleben

Gesamtpopulation

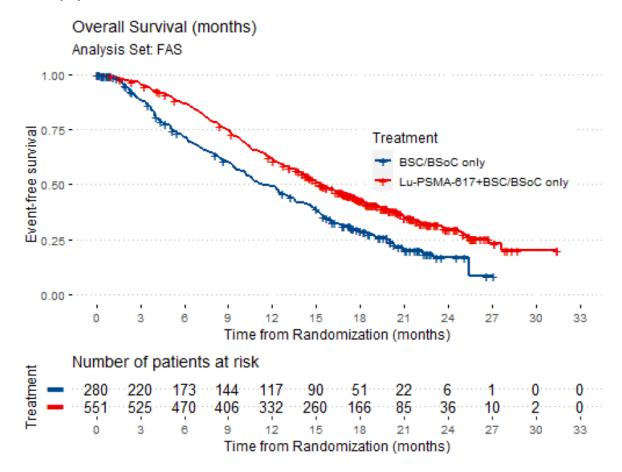


Abbildung 1: Kaplan-Meier-Kurven zum Endpunkt Gesamtüberleben – RCT, direkter Vergleich: Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie vs. ADT + patientenindividuelle Therapie: Gesamtpopulation

Version 1.0 16.06.2023

Patienten, die ab dem 05.03.2019 randomisiert wurden

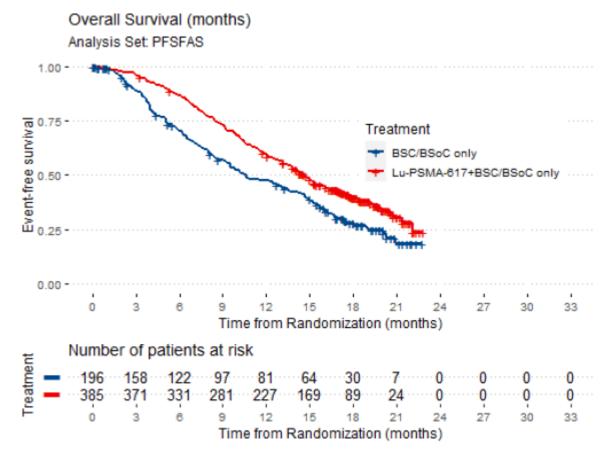


Abbildung 2: Kaplan-Meier-Kurven zum Endpunkt Gesamtüberleben – RCT, direkter Vergleich: Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie vs. ADT + patientenindividuelle Therapie: Patienten, die ab dem 05.03.2019 randomisiert wurden

16.06.2023

B.2 Symptomatische skelettbezogene Ereignisse

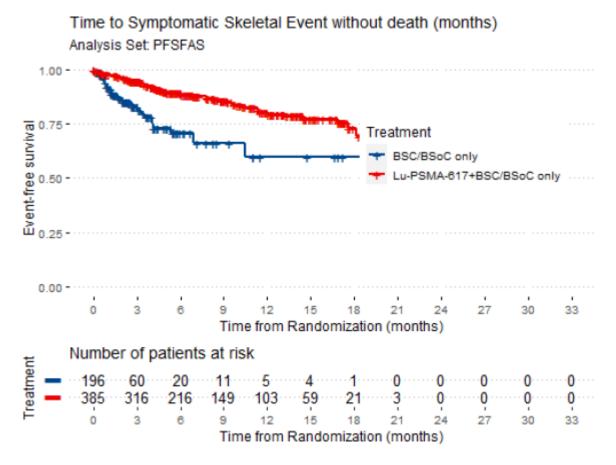


Abbildung 3: Kaplan-Meier-Kurve zum kombinierten Endpunkt symptomatische skelettbezogene Ereignisse ([SSE] exklusive Todesfälle) – RCT, direkter Vergleich: Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie vs. ADT + patientenindividuelle Therapie: Patienten, die ab dem 05.03.2019 randomisiert wurden

Neuer symptomatischer Knochenbruch

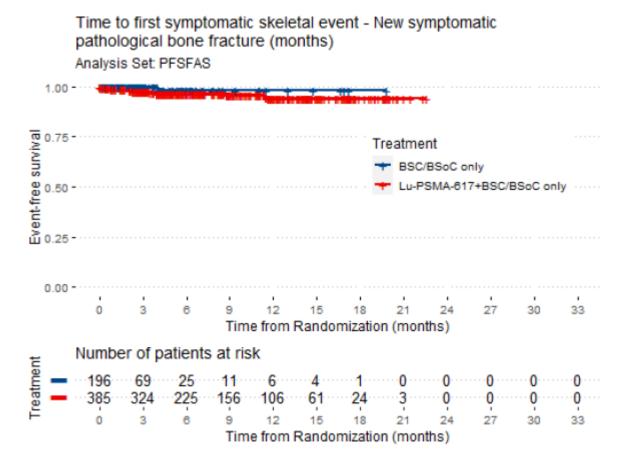


Abbildung 4: Kaplan-Meier-Kurven zum Endpunkt Neuer symptomatischer Knochenbruch – RCT, direkter Vergleich: Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie vs. ADT + patientenindividuelle Therapie: Patienten, die ab dem 05.03.2019 randomisiert wurden

Rückenmarkskompression

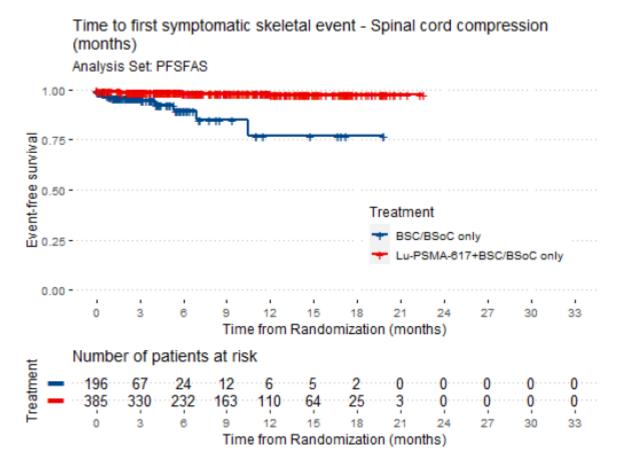
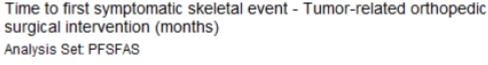


Abbildung 5: Kaplan-Meier-Kurven zum Endpunkt Rückenmarkskompression – RCT, direkter Vergleich: Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie vs. ADT + patientenindividuelle Therapie: Patienten, die ab dem 05.03.2019 randomisiert wurden

Tumorbezogener orthopädischer Eingriff



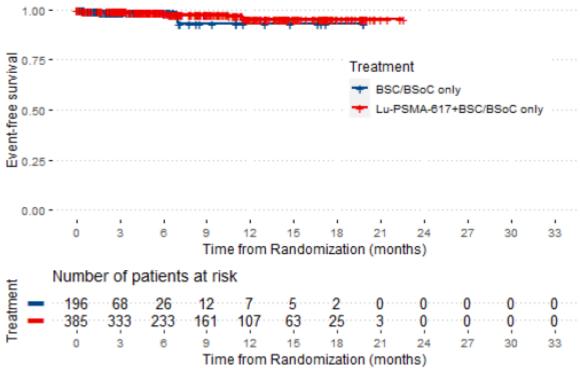


Abbildung 6: Kaplan-Meier-Kurven zum Endpunkt tumorbezogener orthopädischer Eingriff – RCT, direkter Vergleich: Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie vs. ADT + patientenindividuelle Therapie: Patienten, die ab dem 05.03.2019 randomisiert wurden

Version 1.0 16.06.2023

Notwendigkeit einer Strahlentherapie zur Linderung von Knochenschmerzen

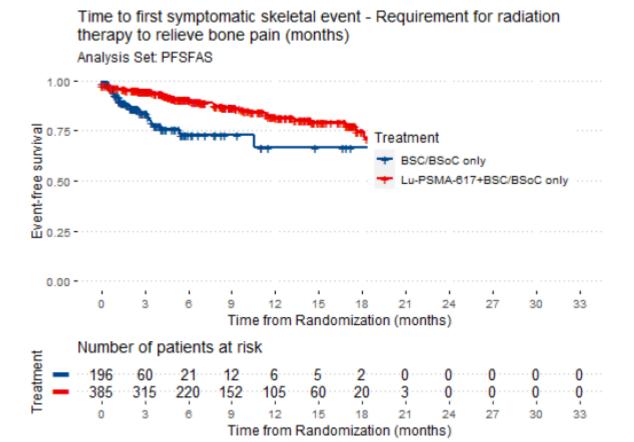


Abbildung 7: Kaplan-Meier-Kurven zum Endpunkt Notwendigkeit einer Strahlentherapie zur Linderung von Knochenschmerzen – RCT, direkter Vergleich: Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie vs. ADT + patientenindividuelle Therapie: Patienten, die ab dem 05.03.2019 randomisiert wurden

B.3 Nebenwirkungen

B.3.1 SUEs

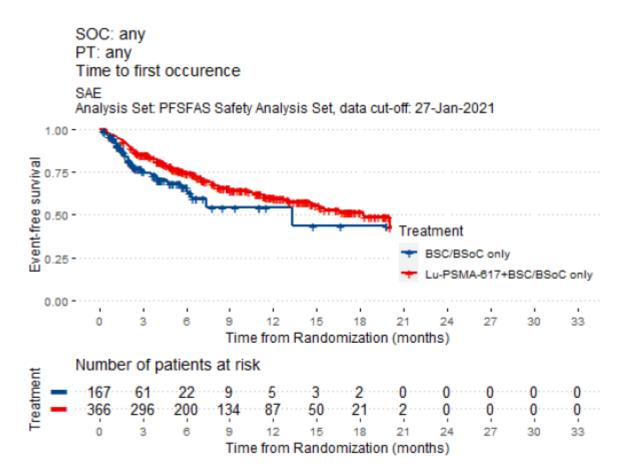


Abbildung 8: Kaplan-Meier-Kurven zum Endpunkt SUEs (exklusive SSE) – RCT, direkter Vergleich: Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie vs. ADT + patientenindividuelle Therapie: Patienten, die ab dem 05.03.2019 randomisiert wurden

B.3.2 Schwere UEs (CTCAE-Grad ≥ 3)

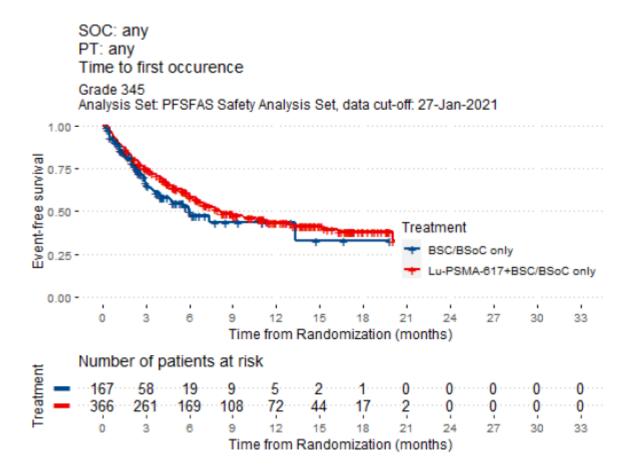


Abbildung 9: Kaplan-Meier-Kurven zum Endpunkt schwere UEs ([CTCAE-Grad ≥ 3] exklusive SSE) – RCT, direkter Vergleich: Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie vs. ADT + patientenindividuelle Therapie: Patienten, die ab dem 05.03.2019 randomisiert wurden

B.3.3 Abbruch wegen UEs

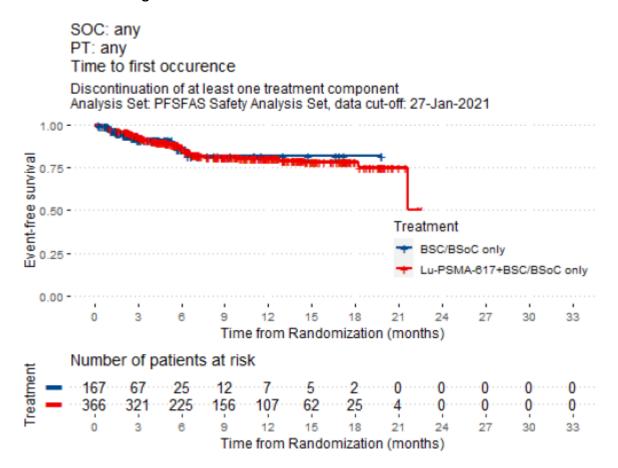


Abbildung 10: Kaplan-Meier-Kurven zum Endpunkte Abbruch wegen UEs (inklusive SSE) – RCT, direkter Vergleich: Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie vs. ADT + patientenindividuelle Therapie: Patienten, die ab dem 05.03.2019 randomisiert wurden

B.3.4 Spezifische UEs

Myelosuppression

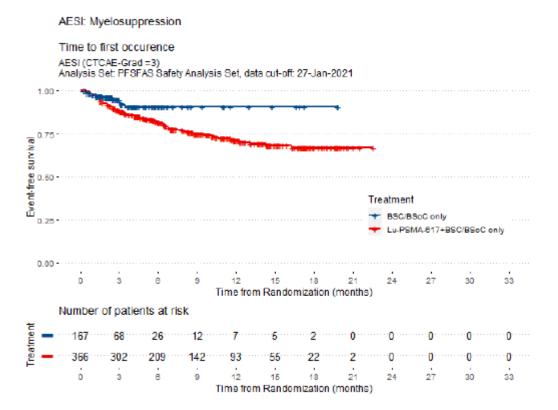


Abbildung 11: Kaplan-Meier-Kurven zum Endpunkt Myelosuppression (SMQ, schwere UEs [CTCAE-Grad ≥ 3]) − RCT, direkter Vergleich: Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie vs. ADT + patientenindividuelle Therapie: Patienten, die ab dem 05.03.2019 randomisiert wurden

Mundtrockenheit

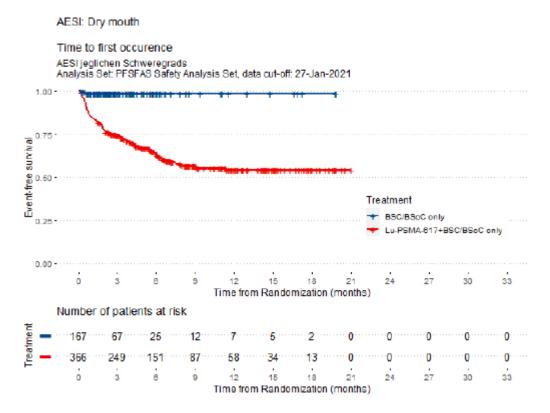


Abbildung 12: Kaplan-Meier-Kurven zum Endpunkt Mundtrockenheit (PT, UEs) – RCT, direkter Vergleich: Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie vs. ADT + patientenindividuelle Therapie: Patienten, die ab dem 05.03.2019 randomisiert wurden

Akutes Nierenversagen

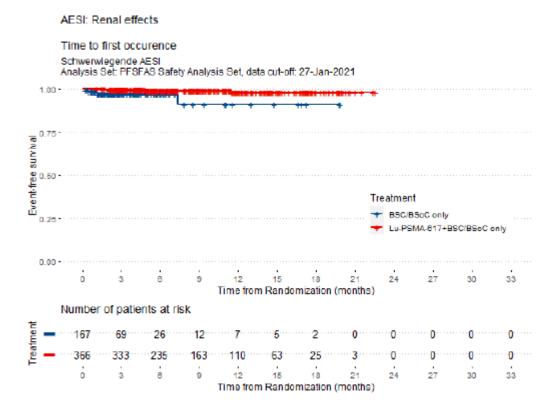


Abbildung 13: Kaplan-Meier-Kurven zum Endpunkt Akutes Nierenversagen (SMQ, SUEs) – RCT, direkter Vergleich: Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie vs. ADT + patientenindividuelle Therapie: Patienten, die ab dem 05.03.2019 randomisiert wurden

16.06.2023

Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts

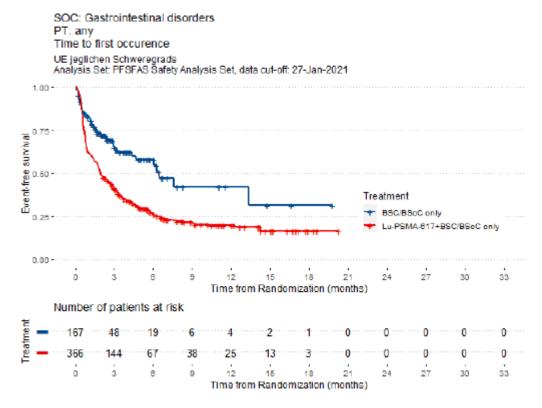


Abbildung 14: Kaplan-Meier-Kurven zum Endpunkt Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts (SOC, UEs) – RCT, direkter Vergleich: Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie vs. ADT + patientenindividuelle Therapie: Patienten, die ab dem 05.03.2019 randomisiert wurden

16.06.2023

Harnwegsinfektion

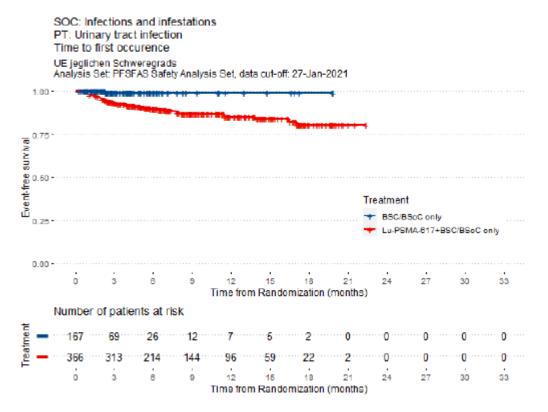


Abbildung 15: Kaplan-Meier-Kurven zum Endpunkt Harnwegsinfektion (PT, UEs): – RCT, direkter Vergleich: Lutetium-177 + ADT + patientenindividuelle Therapie vs. ADT + patientenindividuelle Therapie: Patienten, die ab dem 05.03.2019 randomisiert wurden