

Przeżycie w przypadku ośmiu najczęściej występujących raków i zbadanych raków, zestawione dla populacji osób dorosłych mieszkających w Europie, u których rozpoznano chorobę w latach 1995-1999: wyniki badania EUROCORE-4

Survival for eight major cancers and all cancers combined for European adults diagnosed in 1995-1999: results of the EUROCORE-4 study

Franco Berrino, Roberta De Angelis, Milena Sant, Stefano Rosso, Magdalena B Lasota, Jan W Coebergh, Mariano Santaquilani, and the EUROCORE Working group*

Lancet Oncol 2007; 8, 8:773-783

Streszczenie

Założenia EUROCORE jest największym badaniem kooperacyjnym, populacyjnym, na temat przeżycia pacjentów chorych na raka. Celami, jakie postawiono projektowi EUROCORE są: regularnie nadzorować, analizować i wyjaśniać trendy i różnice w przeżyciu pomiędzy krajami. W EUROCORE-4 przedstawiono dane na temat przeżycia w przypadku ośmiu raków o wybranej lokalizacji i przeżycie zestawione dla wszystkich raków zdiagnozowanych u dorosłych Europejczyków (w wieku >15 lat) w latach 1995-1999 i poddanych kontroli aż do końca 2003 r.

Metody Autorzy przeanalizowali dane z rejestrów 83 ośrodków w 23 krajach europejskich na temat 2 699 086 przypadków raków u dorosłych, które zdiagnozowano w latach 1995-1999 i obserwowano do grudnia 2003 r. Ocenili względne przeżycie pięcioletnie z uwzględnieniem kraju pochodzenia dla ośmiu rodzajów nowotworów. Dodatkowo, dla wszystkich rodzajów nowotworów oceniono pięcioletnie przeżycie we wszystkich przypadkach z uwzględnieniem kraju pochodzenia (biorąc pod uwagę zestawienie wydatków na ochronę zdrowia). Zmiany czasu przeżycia były dodatkowo analizowane w odniesieniu do chorych na nowotwór złośliwy rozpoznany w latach 1990-1994.

Wyniki Średnie pięcioletnie przeżycie w zależności od wieku dla raka jelita grubego i odbytu (53,8% [95% CI 53,3-54,1]), płuca 12,3% [12,1-12,5]), piersi (78,9% [78,6-79,2]), prostaty (75,7% [75,2-76,2]) i jajnika (36,3% [35,7-37,0]) było wyższe w krajach nordyckich (z wyjątkiem Danii) i w centralnej Europie, średnie w południowej Europie, niższe w Wielkiej Brytanii i Irlandii i najgorsze we wschodniej Europie. Przeżycie w przypadku czerniaka (81,6% [81,0-82,3]), raka jąder (94,2% [93,4 -95,0]) i ziarnicy złośliwej (80,0% [79,0-81,0]) wahało się w zależności od położenia geograficznego. Przeżycie dla wszystkich raków zgadzało się z wydatkami na ochronę zdrowia w przypadku większości krajów. W Danii i Wielkiej Brytanii stwierdzono niższe przeżycia dla wszystkich przypadków raka w porównaniu z krajami o takich samych wydatkach na ochronę zdrowia. W Finlandii przeżycia były wyższe we wszystkich przypadkach raka, lecz wydatki na ochronę zdrowia były umiarkowane. Pomiedzy danymi z lat 1990-1994 i 1995-1999 stwierdzono zawężenie różnic w przeżyciu między krajami oraz zwiększenie przeżycia szczególnie dla: choroby Hodgkina (zakres 66,1-82,9 [IQR 72,2-78,6] vs. 74,0-83,9 [78,6-81,9]), raka jelita grubego i odbytnicy (29,4-56,7 [45,8-54,1] vs. 38,8-59,7 [50,7-57,5]) i raka piersi (61,7-82,7 [72,3-78,3] vs. 69,3-87,6 [76,6-82,7]).

Dyskusja Zwiększenie przeżycia i zmniejszenie różnic w przeżyciu w zależności od kraju, które głównie są spowodowane poprawą ochrony zdrowia w krajach o złym przeżyciu, może oznaczać poprawę opieki onkologicznej. Zamożne kraje, z wysokimi nakładami na opiekę zdrowotną mają generalnie dobre wyniki leczenia raka, lecz kraje z wyraźnie gorszymi wynikami leczenia raka w porównaniu z krajami ponoszącymi takie same wydatki na ochronę zdrowia mogą nie oceniać w sposób poprawny finansowania ochrony zdrowia.

