

Ostatnie dane na temat przeżycia w przebiegu raka w Europie: analiza danych za okres 2000-2002 w badaniu EUROCORE-4

Recent cancer survival in Europe: a 2000-2002 period analysis of EUROCORE-4 data

*Arduino Verdecchia, Silvia Francisci, Hermann Brenner, Gemma Gatta, Andrea Micheli, Lucia Mangone, Ian Kunkler, and the EUROCORE-4 Working Group**

Lancet Oncol 2007; 8, 8:784-96

Streszczenie

Założenia Tradycyjne analizy przeżycia w przebiegu raka dostarczają danych na temat leczenia raka na początku okresu badania i często nie są istotne dla obecnej praktyki, ponieważ odnoszą się do przeżycia pacjentów leczonych starymi schematami, które mogą być już niestosowane. Dlatego pożądane jest skrócenie opóźnienia w uzyskiwaniu oceny przeżycia. Analiza okresowa może ocenić przeżycie w przebiegu raka na podstawie ostatnich danych. Autorzy postawili sobie za cel zastosowanie analizy okresowej do oceny danych, które zostały zgromadzone przez europejskie rejestry zachorowania na raka, aby ocenić ostatnie przeżycie w zależności od kraju i lokalizacji raka, i aby ocenić zmiany w przeżyciu w Europie. Autorzy także porównali swoje ustalenia z danymi na temat przeżycia w przebiegu raka w USA, na podstawie programu US SEER (Obserwacja, Epidemiologia i Rezultaty Końcowe).

Metody Przeanalizowano dane na temat przeżycia dla pacjentów, u których rozpoznano raka w latach 2000-2002, zebrane z 47 europejskich rejestrów biorących udział w badaniu EUROCORE-4. Względne przeżycie dla okresu pięcioletniego w przypadku pacjentów zdiagnozowanych w latach 2000-2002 oceniono jako produkt wartości względnego przeżycia dla badanej kohorty, specyficznego dla danego okresu z różnymi długościami okresu obserwacji. Profile pięcioletniego przeżycia dla pacjentów zdiagnozowanych w latach 2000-2002, zostały ocenione średnio dla Europy i dla 5 europejskich regionów, i wyniki zostały porównane z danymi zgromadzonymi dla pacjentów zdiagnozowanych w latach 2000-2002 w rejestrze US SEER. Profil przeżycia pięcioletniego dla pacjentów zdiagnozowanych w latach 1991-2002 i profil przeżycia dziesięcioletniego dla pacjentów zdiagnozowanych w latach 1997-2002 także zostały ocenione z zastosowaniem metody okresowej dla rozpoznań wszystkich raków, w zależności od położenia geograficznego i lokalizacji raka.

Wyniki Dla wszystkich raków okresowe przeżycie pięcioletnie dostosowane do wieku dla pacjentów zdiagnozowanych w latach 2000-2002, szczególnie dla pacjentów z rakiem jelita grubego i odbytnicy, piersi, prostaty i tarczycy, choroby Hodgkina i chłoniaków nieziarniczych. Średnie europejskie przeżycie pięcioletnie dostosowane do wieku, ocenione metodą okresową dla lat 2000-2002 było wysokie dla raka jądra (97,3% [95% CI 96,4-98,2]), czerniaka (86,1% [84,3-88,0]), raka tarczycy (83,2% [80,9-85,6]), choroby Hodgkina (81,4% [78,9-84,1]), raka piersi u kobiet (79,0% [78,1-80,0]), raka trzonu macicy (78,0% [76,2-79,9]) i raka prostaty (77,5% [76,5-78,6]); i było niskie dla raka żołądka (24,9% [23,7-26,2]), przewlekłej białaczki szpikowej (32,2% [29,0-35,7]), ostrej białaczki szpikowej (14,8% [13,4-16,4]) i raka płuc 910,9% [10,5-11,4]). Przeżycie dla pacjentów, u których rozpoznano raka w latach 2000-02 było generalnie najwyższe dla pacjentów z krajów Europy Północnej i najniższe dla tych, mieszkających w krajach Europy Wschodniej, chociaż pacjenci w Europie Wschodniej mieli najwyższą poprawę w przeżyciu dla większości lokalizacji raka podczas obserwacji 1991-2002 (rak jelita grubego i odbytnicy z 30,3% [28,3-32,5] do 44,7% [42,8-46,7]; raka piersi z 60% [57,2-63,0] do 73,9% [71,7-76,2]; dla raka prostaty z 39,5% [35,0-44,6] do 68,0% [64,2-72,1]). Dla wszystkich guzów litych, z wyjątkiem raka żołądka, jądra i raków tkanek miękkich, przeżycie dla pacjentów, u których rozpoznano raka w latach 2000-2002 było wyższe dla rejestru US SEER niż dla średniej europejskiej. Dla nowotworów złośliwych hematologicznych, dane dla rejestrów US SEER i średnio dla Europy były porównywalne w latach 2000-2002, z wyjątkiem chłoniaków

nieziarnicznych.

Interpretacja Infrastruktura opieki nad pacjentem onkologicznym, programy prewencyjne i przesiewowe, dostęp do procedur diagnostycznych i leczniczych, protokoły specyficznego leczenia w zależności od umiejscowienia raka, postępowanie wielodyscyplinarne, stosowanie standardów wypracowanych na podstawie badań klinicznych i rekrutacja do nich - te wszystkie czynniki prawdopodobnie mają wpływ na większość różnic, zanotowanych przez autorów w wynikach.

