

List do Redakcji • Letter to the Editor

Porównanie danych wykorzystanych w badaniu EURO CARE-3 z opublikowanymi w „Cancer Incidence in Five Continents”

Szanowny Panie Redaktorze,

Dane gromadzone w rejestrach onkologicznych posiadają ogromną wartość z punktu widzenia kontroli i zwalczania nowotworów złośliwych. Informacje z rejestrów nowotworów pomagają zarówno w kontroli bieżącej sytuacji epidemiologicznej i prognozowaniu, jak i umożliwiają ocenę skuteczności wdrażanych programów terapeutycznych i leczniczych.

Dane z rejestrów wykorzystywane są nie tylko na potrzeby pokrywanych przez nie obszarów, ale także analizowane zbiorczo w międzynarodowych publikacjach. Przykładem takiego postępowania są cykliczne badania EURO CARE [1], a także publikacja „Cancer Incidence in Five Continents”, wydawana pod egidą IARC [2, 3].

Podstawową zaletą tego typu zestawień jest możliwość bezpośredniego porównywania danych dla różnych populacji i obszarów. Jednak, pomimo stosowanych metod certyfikacji rejestrów źródłowych, analizy porównawcze danych epidemiologicznych prowadzą często do błędnych wniosków. Najczęstszą przyczyną takiego stanu rzeczy jest traktowanie rejestrów źródłowych, które *de facto* nie pokrywają powierzchni całego kraju, jako reprezentatywnych dla niego. Podobną sytuację opisywaliśmy w przypadku badania EURO CARE-1, którego wyniki, oparte o dane z rejestru warszawskiego i małopolskiego, znacznie zaniżały przeżycia polskich pacjentek z rakiem piersi [4].

Na podobne zjawisko natknęliśmy się, porównując dane epidemiologiczne opublikowane w „Cancer Incidence in Five Continents” [2, 3] z wynikami badania EURO CARE-3 [1]. Poniżej przedstawiamy to zagadnienie szczegółowo i wskazujemy jego potencjalne przyczyny i konsekwencje.

Dane opublikowane w VII i VIII tomie „Cancer Incidence in Five Continents” dotyczyły okresów pięcioletnich: 1988-1992 oraz 1993-1997 [2, 3]. Tymczasem wyniki badania EURO CARE-3 odnoszą się do lat 1990-1994 [1].

W przypadku polskich danych zasadnicze problemy to ich reprezentatywność, jakość oraz sposób interpretacji.

Po pierwsze, należy pamiętać, że dane przedstawione w badaniu EURO CARE-3 jako dane dla całej „Polski” w rzeczywistości pokrywały jedynie około 6% naszego kraju. Kolejna nieścisłość pojawia się już na etapie interpretacji geograficznej danych w publikacji [1]. Z mapki przedstawionej w raporcie z badania EURO-

CARE-3 wynika, że dane dla Polski obejmują województwo mazowieckie i małopolskie. Tymczasem, zestawienie – podanej w tej samej publikacji – liczebności populacji z danymi Głównego Urzędu Statystycznego za ten sam okres [5] dowodzi niezbicie, że dane wykorzystane w badaniu EURO CARE-3 dotyczą jedynie miast: Warszawy i Krakowa.

Dane warszawskie i krakowskie – tym razem z prawidłowym wskazaniem ich pochodzenia – znalazły się także w tomach VII i VIII „Cancer Incidence in Five Continents” [2, 3]. Jak już wspomniano, dotyczyły one nieco innych okresów niż informacje wykorzystane w badaniu EURO CARE-3 [1]. Przyjmijmy jednak, że dane na temat liczby nowotworów złośliwych odnotowanych w danym pięcioletniu, z uwagi na częściowe zachodzenie na siebie analizowanych okresów, powinny być bardzo zbliżone. Porównajmy zatem liczby nowotworów zgłoszonych z Warszawy i Krakowa do badania EURO CARE-3 [1] z opublikowanymi w VII i VIII tomie „Cancer Incidence in Five Continents” [2, 3].

Liczebność populacji objętej badaniem EURO CARE-3 [1] oraz analizowanej w tomie VII „Cancer Incidence in Five Continents” [2] jest podobna. Tymczasem porównanie liczby podanych w obu raportach przypadków zachorowań na nowotwory złośliwe sugeruje, że do badania EURO CARE-3 zweryfikowano 88% danych uwzględnionych w publikacji IARC, a więc pominięto łącznie 12% nowotworów zarejestrowanych w warszawskim i krakowskim rejestrze nowotworów (Tab. I). Ponieważ raport z badania EURO CARE-3 nie przedstawia osobnych danych dla Warszawy i Krakowa, lecz prezentuje je łącznie jako dane dla Polski, nie jesteśmy w stanie stwierdzić, w jakim stopniu każdy z rejestrów wpłynął na niedostatek danych.

Dlaczego w badaniu EURO CARE-3 uwzględniono mniej danych? Związane było to zapewne z celem

Tab. I. Porównanie populacji objętych badaniem EURO CARE-3 oraz przedstawionych w VII tomie publikacji „Cancer Incidence in Five Continents” (CIS-VII)

	Populacja badana	Liczba pacjentów objętych analizą
EURO CARE-3	2 366 000	37 027*
CIS-VII	2 370 000	42 232**

*[1] str. 131

**[2] str. 598-613

tego badania, którym jest porównanie odsetków 5-letnich przeżyć pacjentów chorych na nowotwory. Stąd w badaniu uwzględniani są tylko ci chorzy, dla których jest dostępny minimum 5-letni okres obserwacji. Zatem mniejsza liczba przypadków nowotworów odnotowanych w badaniu EUROCARE-3 wynika najprawdopodobniej z faktu, że część pacjentów onkologicznych z rejestrów źródłowych została stracona z obserwacji. Należy przyjąć, że były to głównie osoby żyjące (migrujące, zmieniające nazwisko, itp.), ponieważ w przypadku pacjentów zmarłych istnieje obowiązek zgłoszenia zgonu do rejestru.

Niestety, niekompletne *follow-up* to nie jedyny czynnik zakłócający w badaniu EUROCARE-3. Podobnie jak inne rejestry narodowe, również Krajowy Rejestr Nowotworów borykał się z problemem niedorejestrowania. Jego skalę Zatoński i Tyczyński [6] szacowali dla danych z roku 1990 na około 20%. Wielkość tą oceniano na podstawie wskaźnika zachorowania/zgonu, który dla 1990 roku wyniósł dla Polski 1,07 dla mężczyzn i 1,25 dla kobiet. Dla samej Warszawy współczynnik ten był podobny, jak dla całego kraju – odpowiednio 1,14 i 1,29 dla kobiet i mężczyzn, a dla Krakowa nawet niższy – odpowiednio 1,01 i 1,22. Zatem już dane wyjściowe dla liczby zachorowań (czyli te, uwzględnione w Cancer Incidence in Five Continents) były o około 20% zaniżone!

Czy ten niedobór również mógł rzutować na wielkość wskaźnika 5-letnich przeżyć? Jak najbardziej, tak! Z doświadczeń rejestrów nowotworów wynika, że przypadki niedorejestrowane to najczęściej przypadki o najniższym zaawansowaniu, a więc i najkorzystniejszym rokowaniu. Chorzy z niskim zaawansowaniem zmianami z reguły leczeni są krótko i najczęściej w obrębie jednego oddziału lub wręcz ambulatoryjnie. Natomiast leczenie zaawansowanych stadiów nowotworów jest długotrwałe, a pacjent pojawia się na wielu oddziałach, w związku z czym prawdopodobieństwo, że z żadnego z nich nie zostanie zgłoszony do rejestru nowotworów jest znikome.

Wszystkie powyższe uwarunkowania sprawiają, że w światowym piśmiennictwie onkologicznym jako dane na temat przeżyć polskich pacjentów onkologicznych prezentowane są informacje oparte na wycinku naszego kraju, które na dodatek obciążone są istotnym niedorejestrowaniem oraz wtórnym brakiem *follow-up*. Tymczasem już dane z Dolnośląskiego Rejestru Nowotworów, który pokrywa blisko 8% Polski, wskazują, że odsetki 5-letnich przeżyć leczonych tu pacjentów były znamienne wyższe [4].

Niestety, dane EUROCARE-3, opublikowane w roku 2003, wykorzystano ponownie w roku 2008, włączając je do badania CONCORD [7]. I ponownie odbiły się one szerokim echem w polskich mediach.

Rozwiązaniem opisanego przez nas problemu jest z jednej strony dążenie do poprawy jakości gromadzonych danych, tak aby jak najwięcej lokalnych rejestrów mogło być włączanych do zestawień zbiorczych. Natomiast, jeśli nie jest to możliwe, należy publikować zbiorcze wyniki z jednoznaczną informacją, że nie są one reprezentatywne dla całego kraju, oraz ze wskazaniem

odsetkowej powierzchni państwa, którą pokrywa rejestr źródłowy.

Dr med. Marek Bębenek
Mgr Jerzy Błaszczyk
 Oddział Chirurgii Onkologicznej I
 Dolnośląski Rejestr Nowotworów
 Dolnośląskie Centrum Onkologii
 pl. Hirszfelda 12, 53-413 Wrocław
 e-mail: bebmar@dco.com.pl

Piśmiennictwo

1. Coleman MP, Gatta G, Verdecchia A i wsp. EUROCARE Working Group. EUROCARE-3 summary: cancer survival in Europe at the end of the 20th century. *Ann Oncol* 2003; 14 (Suppl. 5): v128-49.
2. Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J i wsp. (red.). *Cancer Incidence in Five Continents*. Vol. VII. IARC Scientific Publication No. 143. Lyon: IARC; 1997.
3. Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J i wsp. (red.). *Cancer Incidence in Five Continents*. Vol. VIII. IARC Scientific Publication No. 155. Lyon: IARC; 2002.
4. Bębenek M. EUROCARE study underestimated the curability of breast cancer in Poland. *Ann Oncol* 2007; 18: 200-1.
5. Główny Urząd Statystyczny: <http://www.stat.gov.pl>.
6. Zatoński W, Tyczyński J. *Nowotwory złośliwe w Polsce w 1990 roku*. Warszawa: Centrum Onkologii – Instytut; 1993.
7. Coleman MP, Quaresma M, Bernino F i wsp. Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD). *Lancet Oncol* 2008; 9: 730-56.