

Vähahaigete elulemus Eestis ja teistes Euroopa riikides (EUROCARE-3 projekt)

Tiiu Aareleid^{1,2}, Pille Härmaorg¹, Margit Mägi¹ – ¹Eesti Vähiregister, Põhja-Eesti Regionaalhaigla, ²Tervise Arengu Instituut, Eesti Käitumis- ja Terviseteaduste Keskus

vähk, elulemus, vähiregister, vähitõrje, Eesti, Euroopa Liit

Hiljuti lõppenud EUROCARE-3 projekt andis rahvastikupõhise võrdleva ülevaate vähahaigete elulemusest Euroopas 20. sajandi viimasel kümnendil. Ühisuuringus osales 67 vähiregistrilt 22 Euroopa riigist ning analüüs hõlmas ligi kaks miljonit aastatel 1990–1994 diagnoositud vähijuhtu. Viie aasta suhteline elulemusmäär varieerus olenevalt vähipaikmest 4%st (kõhunääre) kuni 94%ni (huul). Enamiku paikmete puhul oli elulemus naistel suurem kui meestel ja noorematel patsientidel suurem kui vanematel. Võrreldes 1980. aastatega oli vähahaigete elulemus Euroopas paranenud, ent rahvusvahelised erinevused jäid püsima. Eestis ja teistes Ida-Euroopa riikides olid elulemusnäidud tunduvalt väiksemad kui Euroopas keskmiselt.

Euroopas (sh Venemaal) registreeriti saajandivahetusel umbes 1,7 miljonit vähisurmajuhtu aastas (1). Eestis suri 2000. aastal vähi tõttu 3366 inimest (2). Vähi suremust saab vähendada kahel viisil: 1) vähi ennetamise teel (väheneb haigestumus), 2) vähi varase diagnoosimise ja tõhusama ravi abil (suureneb tervenemise tõenäosus ja elulemus). Kui vähisuremus on vähitõrje edukuse peamine mõõdupuu, siis vähahaigete elulemus peegeldab esmajoonelise diagnoosimise ja ravi olukorda. Vähi suremust käsitletakse tavaliselt rahvastikustatistika raames, elulemuse hindamine aga põhineb vähiregistritel.

EUROCARE (*European Concerted Action on Survival and Care of Cancer Patients*) käivitus 1990. aastal Euroopa Komisjoni toetusel eesmärgiga hinnata vähahaigete elulemust Euroopas. Tööd koordineeris Itaalia Riiklik Vähiinstituut (*Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori*, Milano). EUROCARE-3 jätkas ühisuuringute EUROCARE-1 ja EUROCARE-2 raames kogutud andmestiku täiendamist ning analüüsimist (3, 4). Tulemused avaldati 2003. aasta lõpus ajakirja *Annals of Oncology* erinumbri (5).

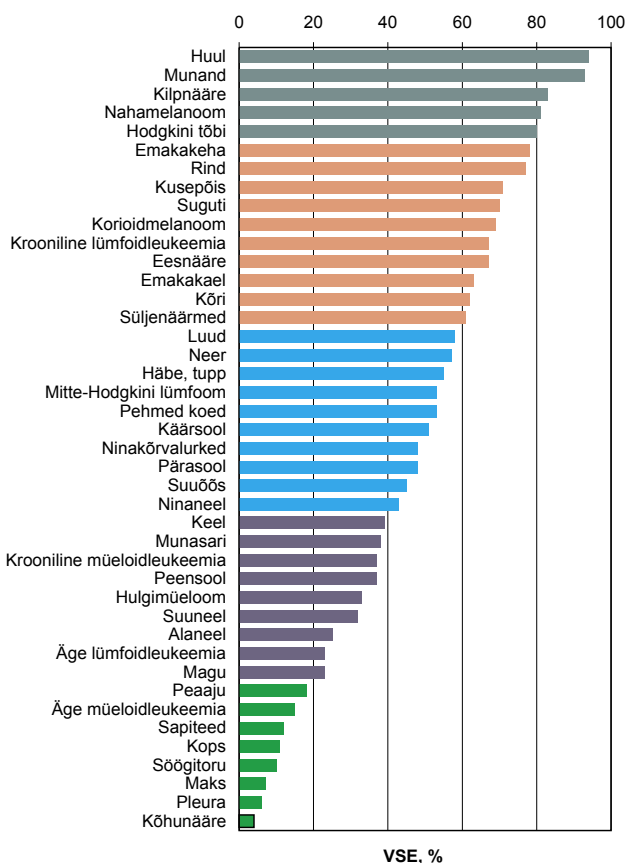
Materjal ja meetodika

Andmed pärinesid 22 Euroopa riigi 67 territoriaalsest vähiregistrilt, mis katsid veerandi uuringus osa-

lenud riikide rahvastikust (6). Uuring käsitles kõiki pahaloomulisi kasvajaid (v.a nahavähk ehk mittemelanoom), ent analüüsist jäeti välja surmatunnistuse alusel registreeritud ja lahingul avastatud vähijuhud. Mitmikvähi korral võeti analüüsi ainult esimene vähk. Patsiente jälgiti registrites vähemalt viis aastat vähi diagnoosimisest. Lõppanalüüs hõlmas 1,8 miljonit aastatel 1990–1994 diagnoositud vähijuhtu täiskasvanutel ja 24 000 juhtu lastel. Eesti oli uuringus esindatud vastavalt 21 749 ja 199 vähijuhuga.

Patsientide tegelikku ja suhtelist elulemust analüüsiti vähipaikme, soo, vanuserühma ja riigi (rahvastiku) järgi (6). Tegelik elulemusmäär väljendab jälgimisaja lõpuks elus olevate patsientide proportsiooni kõigi patsientide hulgas, võttes arvesse kõik surmapõhjused. Suhteline elulemusmäär (SE) väljendab patsientide elulemust tinglikus olukorras, kui ainsaks surmapõhjuseks on vaadeldav haigus. SE arvutatakse tegeliku ja eeldatava elulemusmäära suhtarvuna; eeldatav elulemus põhineb rahvastiku elutabelitel ning väljendab patsientidega soo ja vanuse poolest sarnase rahvastikurühma elulemust sama jälgimisaja lõpuks.

Uuringu keskne näit – patsientide viie aasta suhteline elulemusmäär (VSE) – arvutati korregeeritud elutabeli-meetodil (7). Riikidevaheliseks



Joonis. Viie aasta suhteline elulemusmäär (VSE) vähipaikmeti Euroopas 1990–1994 (9).

võrdluseks standarditi VSE vanuse järgi, kasutades standardina kõigi patsientide vanusjaotust vastava vähipaikme korral. Euroopa summaarsed elulemusnäidud arvutati kaalutud keskmisena ("kaalud" põhinesid riikide esmasjuhtude arvul ja vähiregistritega hõlmatusel). Tuginedes EURO CARE-3 avaldatud uurimistulemustele, võtame käesolevas artiklis vaatluse alla VSE täiskasvanud patsientidel (vanus alates 15. eluaastast) (8, 9).

Tulemused ja arutelu Vähipaige

Uuringusse võetud 42 vähipaikme puhul varieerus VSE vahemikus 4%st (kõhunääre) kuni 94%ni (huul) (vt jn). Suurt elulemust (80% ja enam)

täheldati veel munandi- ja kilpnäärmevähi, nahamelanoomi ja Hodgkini tõve korral. VSE oli vahemikus 60–79% emakakeha-, rinna-, kusepõie-, suguti-, eesnäärme-, emakakaela-, kõri- ja süljenäärmevähi, koroidmelanoomi ja kroonilise lümfoidleukeemia korral. Keskmine elulemus (40–59%) iseloomustas teiste seas käärsoole-, pärasoole- ja neeruvähi ning mitte-Hodgkini lümfoomi. Mao- ja munasarjavähi ning hulgimüeloomi haigetel täheldati tagasihoidlikku elulemust (20–39%). VSE oli alla 20% peaaju pahaloomuliste kasvaja, ägeda müeloidleukeemia, sapiteede-, kopsu-, söögitoru-, maksa-, pleura- ja kõhunäärmevähi korral. VSE varieeruvus peegeldab erinevusi varase avastamise ja tõhusa ravi võimalikkuses vähipaikmeti.

Sugu

Enamiku vähipaikmete puhul oli VSE naistel suurem kui meestel, kusjuures suurim vahe ilmnis peaja kaelapiirkonna paikmete ning nahamelanoomi puhul. Põhjuseks peetakse soolisi erinevusi kasvaja bioloogias ja organismi kaitsemehhanismides, ent ka terviseteadlikkuses ja arsti poole pöördumise õigeaegsuses. EUROCARE taustauuringu tulemused näitasid, et naistel avastatakse käära- ja pärasoolevähk ning nahamelanoom tunduvalt varem staadiumis kui meestel (10, 11).

Vanus

Patsientide vanus vähi diagnoosimisel osutus tähtsaks prognostiliseks teguriks. Kuigi suhtelise elulemuse hindamisel elimineeritakse muude surmapõhjuste mõju, oli VSE eakatel patsientidel tunduvalt väiksem kui noorematel. Vanusest tulenevad erinevused elulemuses on Euroopas suuremad kui USAs (12). Kõige väiksemat elulemust üle 65aastastel täheldati Ida-Euroopas, kus vanematel patsientidel on suur kaugelearenenud vähi osakaal. Kuratiivne vähiravi võib jääda saamata ka kehva üldseisundi, kaasuvate haiguste või erineva suhtumise tõttu eakasse patsienti. Et Euroopa rahvastikus suureneb vanurite osakaal, vajavad nende vähiravi põhimõtted kriitilist ülevaatomist (9).

Rahvusvahelised erinevused

EUROCARE-3 näitas järjekordselt riikidevahelisi erinevusi elulemuses (vt tabelid 1 ja 2). Ida-Euroopas (Eesti, Poola, Slovakkia, Sloveenia ja Tšehhi) oli VSE enamiku vähipaikmete puhul allpool Euroopa keskmist ja sageli kõige väiksem. Euroopa keskmisest madalamat elulemust täheldati ka Maltas, Portugalis, Suurbritannias (Inglismaa, Šotimaa, Wales) ja Taanis. Seevastu Põhjamaade (v.a Taani) näidud ületasid Euroopa keskmisi. Mitme paikme puhul oli VSE suurim Austrias, Prantsusmaal või Šveitsis. Elulemust mõjutab tõhusate diagnoosimis- ja ravimeetodite kättesaadavus. Kuigi uuringutulemuste põhjal ei saanud teha otseseid järeldusi tervishoiusüsteemide tõhususe kohta, ilmnis elulemusnäitude tugev

seos rahvusliku kogutoodangu ja tervishoiu rahastamisega (9).

Elulemus Eestis

Vähihaigete elulemus Eestis ja teistes Ida-Euroopa riikides oli sarnane. Sagedamate paikmete korral (magu, käära- ja pärasool, kõri, rind, emakael, emakakeha) oli VSE Eestis tunduvalt väiksem Euroopa keskmisest (vt tabelid 1 ja 2). Eesti patsientide elulemus osutus Euroopas kõige väiksemaks peaja- ja kaelapiirkonna, pehmete kudede, munasarja, tupe ja munandi pahaloomuliste kasvaja, Hodgkini tõve ning hulgimüeloomi korral. Väikest elulemust täheldati Eestis ka nahamelanoomi, kusepõievähi, mitte-Hodgkini lümfoomi ja ägedate leukeemiate puhul. Samas lähenes VSE mõne paikme korral Euroopa keskmisele või isegi ületas selle (sapiteed, kõhunääre, pleura, peaja).

Kõigi pahaloomuliste kasvaja puhul kokku oli VSE Eestis meestel 26% ja naistel 38% – need näidud sarnanesid teiste Ida-Euroopa riikide (eriti Slovakkia) näitudega. Kõige väiksemaks osutus elulemus Poolas. Euroopas tervikuna oli VSE meestel 39% ja naistel 51%. Suurimat elulemust täheldati meestel Austrias (55%) ja naistel Prantsusmaal (58%).

Elulemustrendid

Võrreldes eelmise kümnendiga täheldati 1990. aastatel elulemusnäitude tunduvat suurenemist (9). Vähenesid erinevused Põhjamaade ja Lääne-Euroopa riikide vahel, kusjuures märgatavalt paranes elulemus Suurbritannias. Ida-Euroopa riikides olid muutused tagasihoidlikud ja vahe teiste riikidega isegi suurenes.

Eestis paranes VSE tunduvalt eesnäärmevähi korral: ilmselt peitub peamine põhjus täiustunud diagnostikas, mis peegeldub ka haigestumusnäitude järsus suurenemises (13, 14). Oodatust vähem muutus VSE teiste sagedamate paikmete puhul (rind, käära- ja pärasool). EUROCARE-3 tulemused osutasid munandivähihaigete elulemuse paranemisele, ent VSE oli endiselt kõige väiksem Euroopas (vt tabel 1).

Tabel 1. Meeste viie aasta suhteline elulemusmäär (VSE) valitud vähipaikmete korral Eestis ja Euroopas 1990–1994; väikseim ja suurim näit (riik sulgudes) (8)

Vähipaige	VSE, %			
	Eesti	Euroopa	Väikseim	Suurim
Süljenäärmed	38,0	51,0	38,0 (Eesti)	79,6 (Austria)
Suuõõs	27,7	40,6	17,7 (Slovakkia)	62,3 (Šveits)
Suuneel	14,1	28,7	13,0 (Tšehhi)	46,6 (Rootsi)
Magu	15,1	20,0	9,0 (Poola)	28,9 (Island)
Käärsool	38,0	49,2	26,3 (Poola)	55,9 (Prantsusmaa)
Pärasool	32,5	45,1	26,1 (Slovakkia)	55,8 (Šveits)
Maks	5,5	6,2	1,1 (Tšehhi)	10,4 (Hispaania)
Sapiteed	18,2	12,3	4,4 (Šveits)	20,8 (Austria)
Kõhunääre	7,0	3,8	0,0 (Malta)	7,0 (Eesti)
Kõri	50,6	60,7	38,5 (Slovakkia)	71,1 (Holland)
Kops	6,8	9,7	6,1 (Taani, Poola)	13,4 (Austria)
Pleura	5,4	4,8	0,0 (Austria)	13,0 (Hispaania)
Pehmed koed	29,7	54,2	29,7 (Eesti)	61,1 (Prantsusmaa)
Nahamelanoom	54,0	74,8	52,1 (Slovakkia)	87,0 (Austria)
Eesnääre	52,1	65,4	38,6 (Poola)	83,6 (Austria)
Munand	71,4	91,4	71,4 (Eesti)	96,3 (Norra)
Kusepõis	42,2	69,5	41,8 (Poola)	86,2 (Island)
Neer	33,7	54,2	33,7 (Eesti)	67,0 (Austria)
Peaaju	18,4	16,4	12,3 (Sloveenia)	51,5 (Malta)
Kilpnääre	58,2	71,8	54,2 (Tšehhi)	87,4 (Island)
Mitte-Hodgkini lümfoom	30,7	47,7	29,8 (Poola)	65,1 (Austria)
Hodgkini tüvi	47,0	75,2	47,0 (Eesti)	89,9 (Austria)
Hulgimüeloom	15,6	28,5	14,4 (Poola)	45,1 (Prantsusmaa)
Leukeemia	32,2	36,5	9,5 (Poola)	56,9 (Austria)
Äge lümfoidleukeemia	12,7	24,2	10,1 (Prantsusmaa)	37,3 (Wales)
Krooniline lümfoidleukeemia	49,4	62,2	16,2 (Poola)	81,7 (Hispaania)
Äge müeloidleukeemia	1,9	12,7	1,9 (Eesti)	19,6 (Šveits)
Krooniline müeloidleukeemia	24,0	30,5	11,9 (Poola)	40,6 (Prantsusmaa)
Kõik paikmed	25,7	39,8	21,9 (Poola)	55,0 (Austria)

Kokkuvõtteks

EUROCARE-uringu tähtsust vähitõrje kontekstis on raske ülehinnata: esimest korda saadi rahvastikupõhine ülevaade vähiaigete elulemusest ja selle erinevustest Euroopas. Eesti Vähiregistri osalemist projektis (ainsana Balti riikidest) võib samuti pidada tähelepanuväärseks, sest 1) eeldas uuringusse vastuvõtmine head andmekvaliteeti ja 2) andis rahvusvaheline võrdlus Eesti vähitõrjest senisest selgema pildi.

EUROCARE-3 tulemuste põhjal on Eesti Onkoloogide Selts juba selgitanud vähi diagnoosimises ja ravis lahendamist nõudvad probleemid. Loodetavasti kujuneb 2005. aasta läbimurdeks, et tulevikus saaks käivituda läbimõeldud riiklik vähistrateegia. Samas on ülimalt kahetsusväärne, et puudulik õigusruum takistab Eesti Vähiregistril praegu surmainfo saamist, mis tähendab Euroopa ja maailma vähiseire süsteemist (vähemalt ajutist) kõrvalejäämist.

Tabel 2. Naiste viie aasta suhteline elulemusmäär (VSE) valitud vähipaikmete korral Eestis ja Euroopas 1990–1994; väikseim ja suurim näit (riik sulgudes) (8)

Vähipaige	VSE, %			
	Eesti	Euroopa	Väikseim	Suurim
Süljenäärmed	49,4	68,7	49,4 (Eesti)	87,7 (Hispaania)
Suuõõs	42,1	56,9	39,7 (Slovakkia)	67,7 (Wales)
Suuneel	6,6	43,5	6,6 (Eesti)	58,8 (Soome)
Magu	18,2	25,4	6,8 (Malta)	37,4 (Austria)
Käärsool	37,0	51,0	28,7 (Poola)	58,7 (Prantsusmaa)
Pärasool	28,2	49,6	28,2 (Eesti)	62,3 (Prantsusmaa)
Sapiteed	10,6	11,6	3,7 (Poola)	19,6 (Hispaania)
Kõhunääre	6,2	4,6	1,3 (Sloveenia)	7,5 (Tšehhi)
Kops	11,9	9,6	5,9 (Taani)	16,0 (Austria)
Pehmed koed	44,1	54,2	42,0 (Wales)	66,0 (Šveits)
Nahamelanoom	60,0	84,3	57,9 (Poola)	91,0 (Šveits)
Rind	61,9	76,1	59,5 (Slovakkia)	82,6 (Rootsi)
Emakakael	53,2	62,1	48,2 (Poola)	69,6 (Rootsi)
Emakakeha	63,7	76,0	59,7 (Malta)	83,6 (Austria)
Munasari	25,6	36,7	25,6 (Eesti)	51,4 (Island)
Häbe, tupp	33,5	52,2	33,5 (Eesti)	68,8 (Holland)
Neer	52,8	57,2	34,5 (Wales)	67,5 (Austria)
Koroidmelanoom	67,8	72,3	44,6 (Slovakkia)	83,3 (Wales)
Peaju	18,1	18,5	12,8 (Sloveenia)	26,9 (Norra)
Kilpnääre	77,6	81,4	66,6 (Poola)	100,0 (Malta)
Mitte-Hodgkini lümfoom	37,4	53,7	32,5 (Malta)	74,6 (Austria)
Hodgkini tõbi	73,3	81,5	54,1 (Island)	92,1 (Šveits)
Hulgimüeloom	10,9	33,0	10,9 (Eesti)	47,9 (Prantsusmaa)
Leukeemia	34,9	37,2	10,3 (Poola)	55,7 (Prantsusmaa)
Äge lümfoidleukeemia	10,1	21,6	9,8 (Poola)	48,0 (Hispaania)
Krooniline lümfoidleukeemia	56,3	66,4	23,6 (Poola)	84,1 (Prantsusmaa)
Äge müeloidleukeemia	1,8	13,4	0,7 (Poola)	24,0 (Soome)
Krooniline müeloidleukeemia	37,4	36,9	20,6 (Poola, Wales)	49,4 (Prantsusmaa)
Kõik paikmed	38,3	51,2	35,3 (Poola)	58,9 (Prantsusmaa)

Tänuavaldused

Osavõttu EUROOCARE-projektist on toetanud Eesti Teadusfond (grandid nr 1901, 3183 ja 6027). Uurimisrühm tänab Eesti arstkonda, kes on aidanud kaasa vähijuhtude kvaliteetsesele registreerimisele.

Kirjandus

1. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. GLOBOCAN 2002: cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. Version 2.0. IARC Cancer Database No. 5. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2004.
2. Eesti statistika aastaraamat 2001. Tallinn: Statistikaamet, 2001.
3. Berrino F, Sant M, Verdecchia A, Capocaccia R, Hakulinen T, Estève J, eds. Survival of cancer patients in Europe: the EUROCORE Study. IARC scientific publications no. 132. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 1995.
4. Berrino F, Capocaccia R, Estève J, Gatta G, Hakulinen T, Micheli A, eds. Survival of cancer patients in Europe: the EUROCORE-2 Study. IARC scientific publications no. 151. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 1999.
5. Berrino F. The EUROCORE Study: strengths, limitations and perspectives of population-based, comparative survival studies. *Ann Oncol* 2003;14(Suppl 5):9–13.
6. Capocaccia R, Gatta G, Roazzi P, Carrani E, Santaquilani M, De Angelis R, et al. The EUROCORE-3 database: methodology of data collection, standardisation, quality control and statistical analysis. *Ann Oncol* 2003;14(Suppl 5):14–27.
7. Hakulinen T, Abeywickrama KH. A computer program package for relative survival analysis. *Comput Programs Biomed* 1985;19:197–207.
8. Sant M, Aareleid T, Berrino F, Bielska-Lasota M, Carli PM, Faivre J, et al. EUROCORE-3: survival of cancer patients diagnosed 1990–94 – results and commentary. *Ann Oncol* 2003;14(Suppl 5):61–118.
9. Coleman M, Gatta G, Verdecchia A, Estève J, Sant M, Storm H, et al. EUROCORE-3 summary: cancer survival in Europe at the end of the 20th century. *Ann Oncol* 2003;14(Suppl 5):128–49.
10. Gatta G, Capocaccia R, Sant M, Bell CM, Coebergh JW, Damhuis RA, et al. Understanding variations in survival for colorectal cancer in Europe: a EUROCORE high resolution study. *Gut* 2001;48:533–8.
11. Smith JAE, Whatley PM, Redburn JC and the EUROCORE Working Group. Improving survival of melanoma patients in Europe since 1978. *Eur J Cancer* 1998;34:2197–203.
12. Sant M, Allemani C, Berrino F, Coleman MP, Aareleid T, Chaplain G, et al. Breast carcinoma survival in Europe and the United States. *Cancer* 2004;100:715–22.
13. Aareleid T, Brenner H. Trends in cancer patient survival in Estonia before and after the transition from a Soviet republic to an open market economy. *Int J Cancer* 2002;102:45–50.
14. Aareleid T, Härmaorg P, Mägi M. Vähihaigestumustrendid Eestis 1990–1999. *Eesti Arst* 2003;82:680–5.

Summary

Survival of cancer patients in Estonia and in other European countries (the EUROCORE-3 Project)

The EUROCORE-3 project provided population-based, comparative survival statistics for cancer in Europe at the end of the 20th century. Sixty-seven cancer registries from 22 European countries participated in the study, and about two million cancer cases diagnosed in 1990–1994 were included in analysis. Patients' survival varied widely regarding cancer site: five-year relative survival rate ranged from 4% (pancreas) to 94% (lip). For the majority of cancers, female patients had higher survival rates than male patients.

Younger patients generally experienced higher relative survival than older patients. Survival rates improved considerably in the 1990s in comparison with the 1980s, however, differences remained significant on the European scale. The rates for Estonia and for the other countries of Eastern Europe were markedly below European average rates.

Tiiu.Aareleid@regionaalhaigla.ee