

Tumore al polmone

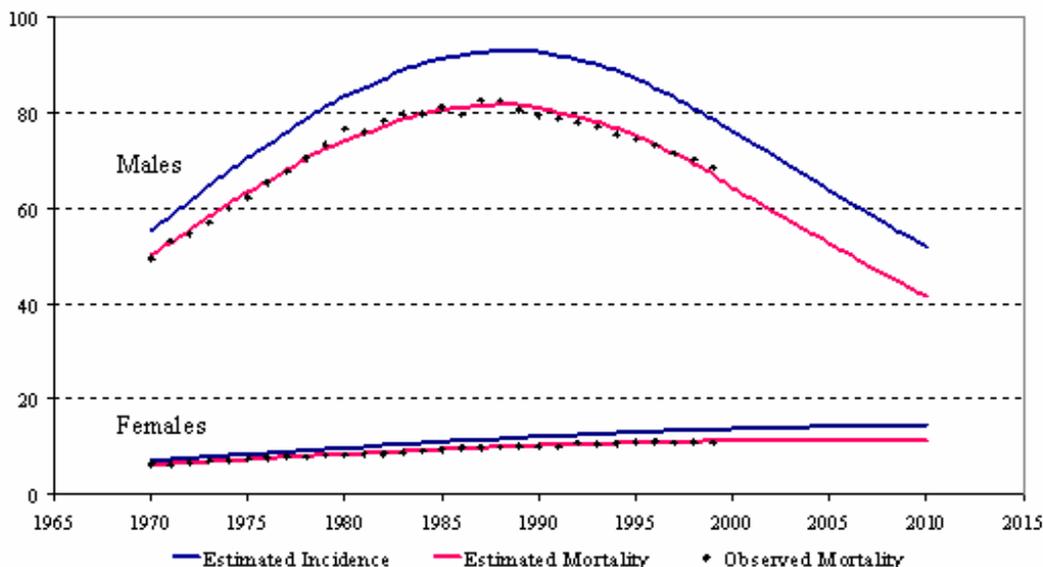
OSSFAD – Istituto Superiore di Sanità

Ci sono numerose patologie associate al fumo di tabacco e la principale sicuramente è il tumore al polmone che provoca circa 30 mila morti l'anno. Negli uomini il fumo è responsabile del 91% di tutte le morti per cancro al polmone e nelle donne nel 55% dei casi. Nel corso degli ultimi 20 anni, in Italia i dati su incidenza e mortalità per carcinoma polmonare mostrano una diminuzione negli uomini ed un aumento nelle donne (con un'accelerazione dal 1990 per le più giovani). Nel dettaglio la mortalità maschile per tumore polmonare è diminuita di circa il 2,6% mentre quella femminile è aumentata dell'1%. I livelli di mortalità e incidenza per tumore delle donne sono ancora molto inferiori rispetto a quelli riscontrati negli uomini, ma la forbice si va riducendo. (Grafico 1).

In particolare nel 2005 per il tumore del polmone si stima un tasso di incidenza grezzo pari a 97 per 100,000 negli uomini contro circa 23 per 100,000 nelle donne. (Tabella 1)

Nel 2005 si stima che la mortalità per tumore del polmone nelle donne sia ancora inferiore a quella per il tumore della mammella (8505 decessi contro 5523 rispettivamente), ma che abbia abbondantemente superato quella per tumore dello stomaco (3070 decessi attesi), divenendo la terza causa di morte nell'ambito delle patologie tumorali, dopo mammella e colon-retto. I dati epidemiologici supportano pertanto l'opportunità di elaborare delle azioni di informazione e sensibilizzazione sui danni da fumo di sigaretta, centrate e mirate in modo specifico sulle donne.

Grafico 1 - Stime di incidenza e mortalità in Italia per il tumore del polmone.
Tassi standardizzati per età (standard Popolazione Europea) per 100,000, età 0-84 anni.



Fonte: E. Grande et. al. , Estimating regional cancer burden in countries with partial registration coverage: an application to all malignant neoplasms in Italy over the period 1970-2010, European Journal of Cancer, 42; 3236-3245, 2006

Tabella 1 - Stime di mortalità, incidenza e prevalenza in Italia per le principali neoplasie nel 2005 (età 0-84 anni). Casi e tassi/proporzioni grezzi per 100,000.

Sede	Sesso	Popolazione	Mortalità (decessi)	Mortalità (tasso grezzo)	Incidenza (n. casi)	Incidenza (tasso)	Prevalenza (n. pazienti)	Prevalenza (proporzione)
Tutti i tumori maligni	Uomini	27552117	76416	277.35	132928	482.46	750038	2722.25
Tutti i tumori maligni	Donne	28629686	52454	183.22	119259	416.56	958732	3348.73
Stomaco	Uomini	27526003	5215	18.95	8132	29.54	33643	122.22
Stomaco	Donne	28626117	3070	10.72	5144	17.97	23769	83.03
Colon-retto	Uomini	27524363	9360	34.01	26487	96.23	144209	523.93
Colon-retto	Donne	28626868	6792	23.73	19092	66.69	123230	430.47
Polmoni	Uomini	27535842	22228	80.72	26715	97.02	58231	211.47
Polmoni	Donne	28624094	5523	19.29	6748	23.57	13609	47.54
Mammella	Donne	28628535	8505	29.71	37302	130.30	415910	1452.78

Fonte ISS, Progetto "I Tumori in Italia". (www.tumori.net/it/banca_dati/)

Progetto MILD (Multicenter Italian Lung cancer Detection)

L'abitudine al fumo costituisce uno dei maggiori fattori di rischio nello sviluppo di patologie neoplastiche. Il tumore al polmone è tra le principali patologie fumo correlate.

Purtroppo a tutt'oggi non ci sono ancora evidenze scientifiche sull'efficacia degli screening di massa. Su Journal of the American Medical Association del 2007 (JAMA, 297 (9), 953-961) sono stati pubblicati i risultati di tre studi, eseguiti dall'Istituto Tumori di Milano, da Mayo Clinic in Rochester e da Moffitt Cancer Center in Tampa, sulla diagnosi precoce del tumore al polmone con TAC spirale. I tre studi sono concordi nell'affermare che gli screening non riducono la mortalità per tumore al polmone. Sicuramente lo screening con Tac spirale incrementa il numero di diagnosi di tumore polmonare (144 contro 44.5 attesi), la proporzione di tumori in stadio localizzato e quindi il numero di resezioni polmonari (109 osservati contro 11 attesi), ma nelle coorti di soggetti esaminati (n=3247) non si osserva né una riduzione della proporzione di casi in stadio avanzato, né una riduzione della mortalità per tumore polmonare (38 osservati contro 38.8 attesi).

La formulazione di politiche di screening deve attendere l'esito degli studi randomizzati controllati attualmente in corso, gli unici in grado di fornire una valutazione scientificamente rigorosa sull'efficacia e sul bilancio tra rischi e benefici implicati dall'introduzione di uno screening di popolazione.

A tale scopo l'INT di Milano ha varato il progetto MILD che si propone in tre anni di arruolare 10.000 soggetti a rischio di sviluppare neoplasia polmonare.

Il Progetto, che ha valenza nazionale, al momento coinvolge il solo INT e centri oncologici del nord Italia, al momento non ha risorse e potenzialità per l'arruolamento di 10.000 soggetti fumatori a rischio e il coinvolgimento di istituti di Ricovero e cura oncologici in diverse aree geografiche del paese.