

Το επιδημικό κύμα του καρκίνου πνεύμονα στην Κέρκυρα

Ελευθερία Χαϊνή¹, Δήμητρα Χαϊνή²,
Μαρία Γονίδη³, Μάνος Αντωνάκης¹,
Μίλτος Π. Βασιλείου⁴,
Κυριάκος Δ. Χαϊνης¹

- ¹ Πνευμονολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας
- ² ΠΕΔΥ-ΜΥ Κέρκυρας
- ³ Κυτταρολογικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας
- ⁴ Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Λέξεις κλειδιά :

Καρκίνος πνεύμονα, επιδημιολογία, Νομός Κέρκυρας, κάπνισμα, επίπτωση κατά φύλο, επίπτωση κατά ηλικία, ιστολογικός τύπος.

Υπεύθυνος Επικοινωνίας:

Κυριάκος Δ. Χαϊνης MD PhD FCCP
e-mail: hainisd@otenet.gr

Περίληψη

ΣΚΟΠΟΣ: Στη χώρα μας, το πραγματικό μέγεθος του προβλήματος του καρκίνου του πνεύμονα, και ιδιαίτερα η διαχρονική πορεία του, δεν είναι επακριβώς γνωστά. Με σκοπό τη σχετική διερεύνηση, μελετήσαμε την επίπτωση και τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του καρκίνου του πνεύμονα στο Νομό της Κέρκυρας, το έτος 2011 και τα συγκρίναμε με τα αντίστοιχα αναδρομικής μελέτης για τα έτη 1993-2000, που είχε διεξαγάγει η κλινική μας.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ & ΕΥΡΗΜΑΤΑ: Η ηλικία των ασθενών κυμαινόταν από 43 έως 85 έτη, με μέση ηλικία τα 70.14 έτη. Παρατηρήθηκε υψηλή επίπτωση νέων περιπτώσεων καρκίνου του πνεύμονα (72 νέες περιπτώσεις, ήτοι 64.8 νέες περιπτώσεις/100.000 κατοίκους). Ο αριθμός των νέων περιπτώσεων και η προτυποποιημένη επίπτωση αυξάνεται δραματικά με την ηλικία. Το 90% και πλέον των ασθενών ήταν καπνιστές και μάλιστα με βεβαρυσμένο ιστορικό καπνίσματος (μέση τιμή 67.8 έτη καπνίσματος). Οι άνδρες αναπτύσσουν τέσσερις φορές συχνότερα καρκίνο πνεύμονα συγκριτικά με τις γυναίκες και εμφανίζουν γενικά υψηλότερη επίπτωση σε όλες τις ομάδες ηλικιών. Ο μη μικροκυτταρικός καρκίνος του πνεύμονα (ΜΜΚΠ) αποτελεί το 84.7 % των νέων περιπτώσεων, ενώ ο μικροκυτταρικός καρκίνος του πνεύμονα (ΜΚΠ) το 15.3%. Από τους επιμέρους ιστολογικούς τύπους, πρώτο σε συχνότητα είναι το αδενοκαρκίνωμα (41.7%), και δεύτερο το πλακώδες καρκίνωμα (33.3%).

Συγκριτικά με τα επιδημιολογικά στοιχεία για τα έτη 1993-2000, διαφορά διαπιστώθηκε στον αριθμό και την επίπτωση των νέων περιπτώσεων καρκίνου πνεύμονα (αύξηση κατά 44%), στη σχετική συχνότητα αδενοκαρκινώματος (αύξηση 18.7%) και πλακώδους καρκινώματος (μείωση 15.3%), με αποτέλεσμα το αδενοκαρκίνωμα να καταστεί ο συχνότερος ιστολογικός τύπος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας εμπλουτίζουν την καταγεγραμμένη πληροφόρηση σχετικά με την επιδημιολογία του καρκίνου του πνεύμονα στον Νομό Κέρκυρας. Περαιτέρω διερεύνηση σε άλλες περιοχές της χώρας θα προσφέρει πρόσθετα δεδομένα. Από την παρούσα μελέτη ενισχύεται κατηγορηματικά η αναγκαιότητα μείωσης της καπνιστικής συνήθειας ως απαραίτητης προϋπόθεσης για μείωση της επίπτωσης του καρκίνου του πνεύμονα.

Εισαγωγή

Ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί τη συχνότερη και την πλέον θανατηφόρα κακοήθεια, διεθνώς. Το 2008, συνολικά σε άνδρες και γυναίκες, οι νέες περιπτώσεις καρκίνου πνεύμονα ανήλθαν σε 1.610.000, και οι θάνατοι σε 1.470.000. Στους άνδρες ήταν ο συχνότερος καρκίνος και η κύρια αιτία θανάτου από καρκίνο. Για τις γυναίκες, ήταν ο τέταρτος σε σειρά συχνότητας και δεύτερος σε θνησιμότητα καρκίνος¹. Η συνολική 5-ετής επιβίωση για τον καρκίνο του πνεύμονα είναι 15.7%². Ο ιστολογικός τύπος και το στάδιο της νόσου κατά τη διάγνωση αποτελούν τους κύριους προσδιοριστικούς παράγοντες της επιβίωσης. Για τον περιορισμένο μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονα (ΜΚΠ) μετά από χημειοθεραπεία (ΧΜΘ) η ανταπόκριση ανέρχεται στο 74-94%, η πλήρης ανταπόκριση στο 39-57% και η μέση επιβίωση σε 10-21 μήνες³. Για τον εκτεταμένο ΜΚΠ μετά από χημειοθεραπεία (ΕΡ (ετοποσιδή με πλατίνα), CAV (κυκλοφωσφαμίδη με δοξορουβική και βινκριστίνη), ή CAV/ΕΡ) η ανταπόκριση ανέρχεται σε 61%, 51%, 59%, αντίστοιχα, η πλήρης ανταπόκριση σε 10%, 7%, 7%, αντίστοιχα, και η μέση επιβίωση σε 8.6, 8.3, και 8.1 μήνες αντίστοιχα⁴. Η 5ετής επιβίωση για τον μη μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονα (ΜΜΚΠ) ανάλογα με την κλινική ή παθολογοανατομική σταδιοποίηση, είναι: ΙΑ 50/73%; ΙΒ, 43/58%; ΙΙΑ, 36/46%; ΙΙΒ, 25/36%; ΙΙΙΑ, 19/24%; ΙΙΙΒ, 7/9%; και ΙV, 2/13%⁵.

Τα στοιχεία αυτά δείχνουν ότι ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί μία παγκόσμια θανατηφόρα επιδημία. Εντούτοις, για την χώρα μας, το πραγματικό μέγεθος του προβλήματος, και ιδιαίτερα η διαχρονική πορεία του καρκίνου του πνεύμονα, δεν είναι επακριβώς γνωστά, λόγω απουσίας επιδημιολογικών μελετών. Τα διαθέσιμα επιδημιολογικά στοιχεία βασίζονται κυρίως στα στοιχεία θνησιμότητας της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας⁶. Γι αυτό, επιδημιολογικές μελέτες για τον καρκίνο του πνεύμονα μπορούν να συμβάλουν στην εξαγωγή αξιόπιστων στοιχείων για την επίπτωση του καρκίνου πνεύμονα και τη διαχρονική εξέλιξη του στη χώρα μας. Τέτοιες μελέτες μπορούν να εκπονηθούν σε εθνικό ή και σε περιφερειακό επίπεδο.

Η παρούσα μελέτη αφορά εις την επίπτωση και τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του καρκίνου του πνεύμονα στο Νομό της Κέρκυρας, το έτος 2011. Αποκτά ιδιαίτερη αξία η δυνατότητα σύγκρισης με προηγούμενα δεδομένα παρόμοιας αναδρομικής επιδημιολογικής μελέτης, που είχε επίσης διεξαγάγει η Πνευμονολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Κέρκυρας για τα έτη 1993-2000.⁷

Υλικό - Μέθοδος

Από την 1^η Ιανουαρίου μέχρι την 31^η Δεκεμβρίου 2011 καταγράψαμε όλες τις νέες περιπτώσεις καρκίνου

πνεύμονα, που διαγνώστηκαν στη Κλινική μας ή σε άλλα Νοσοκομεία και στη συνέχεια νοσηλεύθηκαν στην Κλινική μας. Επειδή η Κέρκυρα είναι νησί με ένα Νοσοκομείο και η Πνευμονολογική Κλινική είναι μοναδική στο Νομό, θεωρούμε ότι η καταγραφή περιλαμβάνει το σύνολο σχεδόν των νέων περιπτώσεων. Για τη διάγνωση του καρκίνου χρησιμοποιήθηκαν όλες οι πρόσφορες διαγνωστικές τεχνικές (κυτταρολογικές πτυέλων/πλευριτικού υγρού/βρογχικών εκκρίσεων, βιοψίες βρόγχου, βιοψία/παρακέντηση περιφερικών λεμφαδένων, διατοιχωματική αναρρόφηση δια βελόνης, ανοικτή βιοψία), ανάλογα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της νοσολογικής κατάστασης του κάθε ασθενούς.

Για την στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν: δοκιμασία z για τον έλεγχο σημαντικότητας διαφορών επίπτωσης μεταξύ ανδρών και γυναικών συνολικά, για την σημαντικότητα της διαφοράς μεταξύ καπνιστών και μη καπνιστών πασχόντων, όπως και για την σημαντικότητα της διαφοράς μεταξύ ενεργών και πρώην καπνιστών πασχόντων. Η δοκιμασία χ^2 δοκιμασία εφαρμόστηκε για τον έλεγχο της διαφοράς επίπτωσης μεταξύ ανδρών γυναικών συνολικά και ανά ηλικία. Με την ίδια δοκιμασία έγιναν οι συγκρίσεις των ευρημάτων της παρούσας με τα αντίστοιχα της προηγούμενης μελέτης μας. Με την βοήθεια γραμμικής παλινδρόμησης ελέγχθηκε η τάση εμφάνισης νέων περιστατικών καρκίνου με την πρόοδο της ηλικίας. Ορίστηκε ως επίπεδο σημαντικότητας το όριο 95% ($p < 0.05$).

Αποτελέσματα

Στον Πίνακα 1 απεικονίζονται τα δημογραφικά στοιχεία για τον Νομό Κέρκυρας, βάσει της απογραφής πληθυσμού το έτος 2001, και στον Πίνακα 2 ο αριθμός νέων περιπτώσεων καρκίνου πνεύμονα που καταγράψαμε το έτος 2011, ανά ομάδα ηλικιών και φύλο.

Επίπτωση. Συνολικά καταγράψαμε 72 νέες περιπτώσεις καρκίνου πνεύμονα (Πίνακας 2). Δεδομένου ότι ο πληθυσμός του Νομού ανέρχεται σύμφωνα με την απογραφή πληθυσμού το 2001 σε 111081 κατοίκους (Πίνακας 1), η επίπτωση που διαπιστώσαμε ανέρχεται σε 64.8 νέες περιπτώσεις / 100.000 κατοίκους (Πίνακας 3).

Επίπτωση κατά φύλο. Από τις 72 νέες περιπτώσεις οι 58 (81%) ήταν άνδρες και οι 14 (19%) γυναίκες, με σχέση ανδρών/γυναικών 4.14. Βάσει του πληθυσμού ανδρών και γυναικών της απογραφής του 2001 (Πίνακας 1), η προτυποποιημένη επίπτωση για τους άνδρες ήταν 106.8 νέες περιπτώσεις/100.000 κατοίκους και 24.6 νέες περιπτώσεις /100.00 κατοίκους για τις γυναίκες (Πίνακας 3). Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική υπέρ των ανδρών $p < 0.001$.

Ομάδες ηλικιών	Άρρενες	Θήλειες	Σύνολο
0-4	2520	2426	4946
5-9	2779	2596	5375
10-14	3139	2800	5939
15-19	3228	3384	6612
20-24	3491	3574	7065
25-29	4012	3911	7923
30-34	4186	4333	8519
35-39	4023	3898	7921
40-44	4088	3995	8083
45-49	3878	3641	7519
50-54	3827	3767	7594
55-59	2710	2791	5501
60-64	2971	3477	6448
65-69	2934	3680	6614
70-74	2921	3467	6388
75-79	1996	2631	4627
80-84	956	1413	2369
85+	605	1033	1638
Σύνολο	54264	56817	111081

Πίνακας 1.

Πληθυσμός Νομού Κέρκυρας. Απογραφή 2001.
Πηγή: Εθνική Στατιστική Υπηρεσία.

Ομάδες Ηλικιών	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο	
			N	%
0-39	0	0	0	0%
40-49	2	0	2	2.8%
50-59	5	2	7	9.7%
60-69	15	5	20	27.8%
70-79	28	2	30	41.7%
80-89	8	5	13	18.0%
Σύνολο	58	14	72	100%

N= αριθμός περιπτώσεων

Πίνακας 2.

Αριθμός νέων περιπτώσεων καρκίνου πνεύμονα στον Νομό Κέρκυρας το έτος 2011 ανά ομάδα ηλικιών και φύλο.

	N	Πληθυσμός*	Επίπτωση
Άνδρες	58	54264	106.8
Γυναίκες	14	56817	24.6
Σύνολο	72	111081	64.8

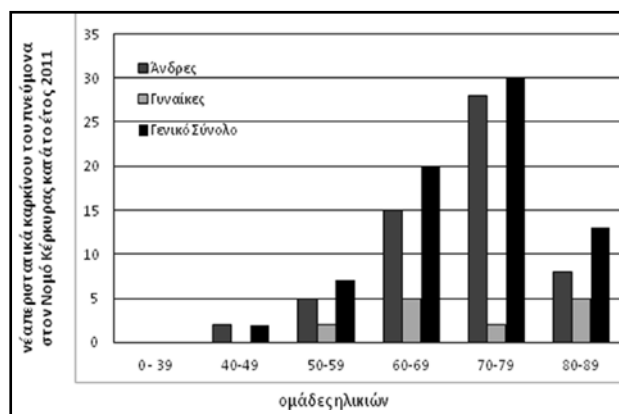
N: Αριθμός νέων περιπτώσεων καρκίνου πνεύμονα
Επίπτωση: αριθμός νέων περιπτώσεων / 100 000 κατοίκους.

* Τα στοιχεία για τον πληθυσμό προέρχονται από την απογραφή του 2001 (Εθνική Στατιστική Υπηρεσία).

Πίνακας 3.

Επίπτωση νέων περιπτώσεων καρκίνου πνεύμονα κατά φύλο και σύνολο στον Νομό Κέρκυρας το έτος 2011.

Ηλικιακή κατανομή. Οι ηλικίες των ασθενών κυμαίνονταν από 43 έως 85 έτη, με μέση ηλικία τα 70.14 έτη. Ο αριθμός και η εκατοστιαία αναλογία των νέων περιπτώσεων παρουσίαζε σημαντική αύξηση με την ηλικία, εκτός από τις ηλικίες +80 έτη. Αύξηση των νέων περιπτώσεων με την ηλικία παρουσίαζαν τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες. (Πίνακας 2, Διάγραμμα 1)



Διάγραμμα 1.

Κατανομή ανά ηλικία των νέων περιστατικών καρκίνου του πνεύμονα στον Νομό Κέρκυρας σε άνδρες, γυναίκες και συνολικά.

Προτυποποιημένη επίπτωση ανά ομάδα ηλικιών και φύλο. Η προτυποποιημένη επίπτωση ανά ομάδα ηλικιών (αριθμός νέων περιπτώσεων / 100000 κατοίκους, βάσει του αριθμού περιπτώσεων και πληθυσμού για τη συγκεκριμένη ομάδα) κατά φύλο και συνολικά (Πίνακες 3 & 4, διάγραμμα 2) έδειξε δραματική αύξηση με την ηλικία, τόσο για τα δύο φύλα όσο και συνολικά.

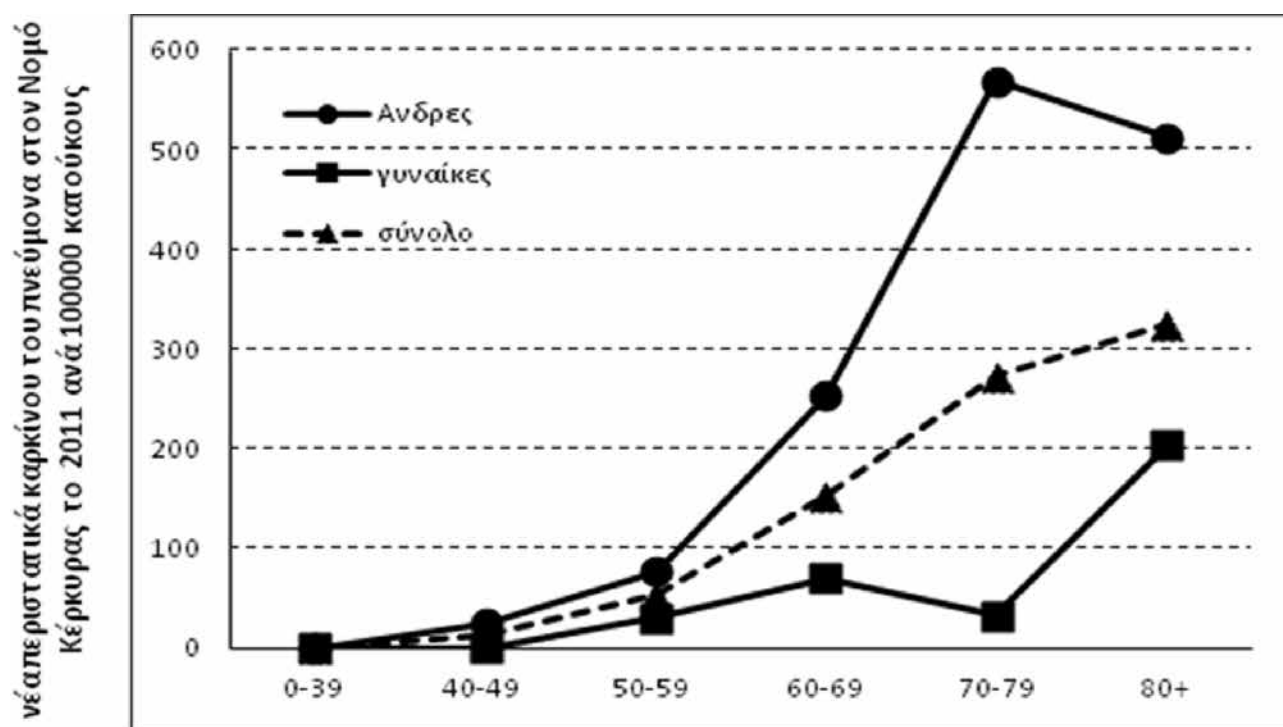
Η εξέλιξη αυτή εμφανίζει ισχυρή και στατιστικά σημαντική γραμμικότητα για το σύνολο ανδρών και γυναικών ($r=0.97$, $p=0.001$). Εντούτοις στους άνδρες, η αύξηση της

Ηλικίες	Άνδρες			Γυναίκες			Σύνολο		
	N	Πληθυσμός	Επίπτωση	N	Πληθυσμός	Επίπτωση	N	Πληθυσμός	Επίπτωση
0-39	0		0	0		0	54300	0	
40-49	2	7966	25	0	7636	0	2	15602	12.81
50-59	5	6537	76.5	2	6558	30.5	7	13095	53.45
60-69	15	5905	254	5	7157	69.9	20	13062	153.11
70-79	28	4917	569.5	2	6098	32.8	30	11015	272.35
80+	8	1561	512.5	5	2446	204	13	4007	324.43
Σύνολο	58		106.8	14		24.6	72	111081	64.8

Προτυποποιημένη επίπτωση: Αριθμός νέων περιπτώσεων / 100000 κατοίκους για τη συγκεκριμένη ομάδα ηλικιών, φύλου και σύνολο.

Πίνακας 4.

Προτυποποιημένη επίπτωση νέων περιπτώσεων καρκίνου πνεύμονα ανά ομάδα ηλικιών και φύλο το έτος 2011 στον Νομό Κέρκυρας.



Διάγραμμα 2.

Προτυποποιημένη επίπτωση νέων περιπτώσεων καρκίνου πνεύμονα ανά ομάδα ηλικιών και φύλο το έτος 2011 στον Νομό Κέρκυρας.

Προτυποποιημένη επίπτωση: Αριθμός νέων περιπτώσεων / 100000 κατοίκους για τη συγκεκριμένη ομάδα ηλικιών, φύλου και σύνολο.

προτυποποιημένης επίπτωσης συναρτήσει της ηλικίας παρουσιάζει ισχυρότερη γραμμικότητα ($r=0.93$, $p<0.001$) απ'ό,τι στις γυναίκες ($r=0.89$, $p=0.053$)

Για όλες τις ομάδες ηλικιών, οι άνδρες παρουσίαζαν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη επίπτωση συγκριτικά με τις γυναίκες ($p<0.01$) (Πίνακας 4, Διάγραμμα 2).

Καπνιστική συνήθεια. Στον Πίνακα 5 περιγράφεται το ιστορικό καπνίσματος των ασθενών. Καπνιστές ήταν συνολικά 66 ασθενείς (91.67%), με μέσο βαθμό καπνί-

σματος 67.8 έτη καπνίσματος (εύρος από 40 έως +120 έτη καπνίσματος). Εξι ασθενείς (8.33%) δεν υπήρξαν ποτέ καπνιστές (συνολικός βαθμός καπνίσματος μικρότερος από 100 τσιγάρα). Ενεργοί καπνιστές ήταν οι 58 ασθενείς (80.55%), ενώ 8 ασθενείς (11.12%) είχαν διακόψει το κάπνισμα. Η διαφορά μεταξύ καπνιστών και μη καπνιστών είναι στατιστικά σημαντική και το ίδιο ισχύει για την διαφορά μεταξύ ενεργών και πρώην καπνιστών ($p<0.01$)

ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΗ ΣΥΝΗΘΕΙΑ	N	%
Ουδέποτε Καπνιστές	6	8.33%
Καπνιστές	66	91.67 %
Ενεργοί Καπνιστές	58	80.55 %
Πρώην καπνιστές	8	11.12 %

Πίνακας 5.

Ιστορικό καπνίσματος ασθενών με καρκίνο πνεύμονα.

Ιστολογικός Τύπος. Ο ΜΜΚΠ ήταν ο συχνότερος ιστολογικός τύπος (61 περιπτώσεις, 84.7 %), ενώ ο ΜΚΠ ήταν δεύτερος σε συχνότητα με 11 περιπτώσεις (15.3%). Η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική ($p < 0.001$) (Πίνακας 6). Από τους επιμέρους ιστολογικούς τύπους (Πίνακας 6), πρώτο σε συχνότητα ήταν το αδenoκαρκίνωμα με 30 περιπτώσεις (41.7%) και δεύτερο το πλακώδες καρκίνωμα με 24 περιπτώσεις (33.3%). Σε έξι περιπτώσεις (8.3%) ΜΜΚΠ δεν έγινε δυνατή η ιστολογική ταυτοποίηση (πλακώδες ή αδenoκαρκίνωμα). Μεγαλοκυτταρικό καρκίνωμα διαπιστώθηκε σε μία περίπτωση (1.4%).

Ιστολογικός Τύπος	Αριθμός Περιπτώσεων	%
ΜΜΚΠ	61	84.7 %
Αδeno-Ca	30	41.7 %
Πλακώδες	24	33.3 %
ΜΜΚΠ (Αταξινόμητος)	6	8.3 %
Μεγαλοκυτταρικό	1	1.4 %
Μικροκυτταρικός	11	15,3 %

Πίνακας 6.

Σχετική Συχνότητα Ιστολογικών τύπων νέων περιπτώσεων καρκίνου πνεύμονα στον Νομό Κέρκυρας το έτος 2011.

Σταδιοποίηση

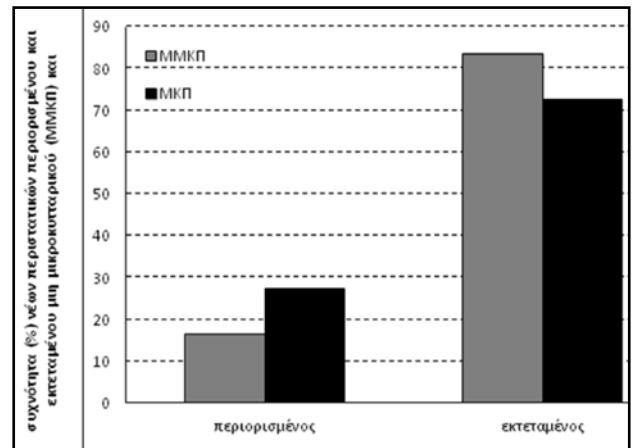
Σταδιοποίηση ΜΜΚΠ: Ο αριθμός και η σχετική συχνότητα των περιπτώσεων ΜΜΚΠ παρουσίαζε σταθερή αύξηση από τα αρχικά προς τα προχωρημένα στάδια της

νόσου (Πίνακας 7, Διάγραμμα 3). Το στάδιο IV ήταν το συχνότερο και ακολουθούσε το στάδιο III. Συνολικά τα στάδια III και IV αποτελούσαν το 83.6% του συνόλου των περιπτώσεων του ΜΜΚΠ.

Στάδιο	Περιπτώσεις	%
I	4	6,5 %
Ia	1	1.6 %
Ib	3	4.9 %
II	6	9.8 %
IIa	2	3.3 %
IIb	4	6.5 %
III	25	41 %
IIIa	10	16.4 %
IIIb	15	24.6 %
IV	26	42.6 %

Πίνακας 7.

Σταδιοποίηση νέων περιπτώσεων ΜΜΚΠ.



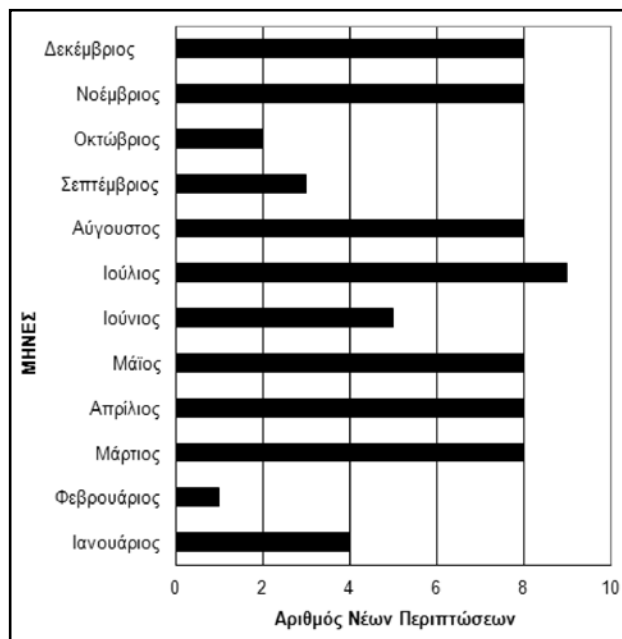
Διάγραμμα 3.

Συχνότητα εμφάνισης νέων περιστατικών περιορισμένου και εκτεταμένου καρκίνου του πνεύμονα στον Νομό Κέρκυρας κατά το έτος 2011, μη μικροκυτταρικού (ΜΜΚΠ) και μικροκυτταρικού τύπου (ΜΚΠ).

Γενικά τα υποστάδια β ήταν πολυπληθέστερα από τα υποστάδια α στα στάδια I, II και III. Τα στάδια I και II δεν διαφέρουν στατιστικά σημαντικά μεταξύ τους ($p < 0.05$). Το ίδιο ισχύει για την διαφορά μεταξύ των σταδίων III και IV. Σημαντική στατιστικά είναι η διαφορά των σταδίων I ή/και II προς τα στάδια III ή και IV.

Σταδιοποίηση ΜΚΠ: Ο εκτεταμένος ΜΚΠ ήταν επίσης συχνότερος με 8 περιπτώσεις (72.72%), σε σχέση με τον περιορισμένο ΜΚΠ (3 περιπτώσεις, 27,27%) ($p < 0.001$, Διάγραμμα 3).

Κατανομή των νέων περιπτώσεων στη διάρκεια του έτους. Στο Διάγραμμα 4 απεικονίζεται ο αριθμός νέων περιπτώσεων καρκίνου πνεύμονα ανά μήνα. Ο μεγαλύτερος αριθμός περιπτώσεων καταγράφηκε τον μήνα Ιούλιο. Η κατανομή, όμως, των νέων περιπτώσεων στη διάρκεια του έτους ήταν τυχαία.



Διάγραμμα 4.

Κατανομή των νέων περιπτώσεων καρκίνου πνεύμονα ανά μήνα στη διάρκεια του έτους 2011 για τον Νομό Κέρκυρας.

Σύγκριση με επιδημιολογικά στοιχεία 1993-2000

Επίπτωση

Ο αριθμός και η επίπτωση των νέων περιπτώσεων καρκίνου πνεύμονα που διαπιστώσαμε για το έτος 2011 (72 νέες περιπτώσεις, 64.8/100000 κατ.) παρουσιάζει αύξηση κατά 44% συγκριτικά με τον μέσο αριθμό (49.8

Έτη	2011	1993-2000	Μεταβολή
Αριθμός Περιπτώσεων	72	50	+ 44%
Επίπτωση	64.8	45	+ 44%
Άνδρες/Γυναίκες	4.14	4.46	- 0.32
Μέση Ηλικία	70.14 έτη	68,96 έτη	+ 1.18 έτη

Πίνακας 8.

Σύγκριση επιδημιολογικών στοιχείων νέων περιπτώσεων καρκίνου πνεύμονα τα έτη 1993-2000 και 2011 στον Νομό της Κέρκυρας.

νέες περιπτώσεις) και την μέση ετήσια επίπτωση (45 νέες περιπτώσεις/100000 κατοίκους) νέων περιπτώσεων για την οκταετία 1993-2000 (Πίνακας 8, $p < 0.01$).

Φυλετική και ηλικιακή κατανομή. Η σχέση ανδρών/γυναικών και η μέση ηλικία των ασθενών δεν παρουσίαζαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο μελετών. Το 2011 η σχέση ανδρών/γυναικών ήταν 4.14 (58/14) και τα έτη 2003-2008 4.46 (326/73) (Πίνακας 8). Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 70.14 έτη το 2011 και 68,96 έτη για την οκταετία 1993 -2000 (Πίνακας 8).

Ιστολογικός τύπος. Η σύγκριση των δύο μελετών έδειξε ότι, ενώ η εκατοστιαία αναλογία του ΜΜΚΠ (84.7% το 2011, 86.9% το 1993-2000) και του ΜΚΠ (15.3% το 2011, 13.1% το 1993-2000) δεν παρουσίασε ουσιώδεις διαφορές, υπήρξε σημαντική διαφοροποίηση στη σχετική συχνότητα του πλακώδους και του αδενοκαρκινώματος (Πίνακας 9). Συγκεκριμένα, το πλακώδες καρκίνωμα ήταν για τα έτη 1993-2000 ο συχνότερος ιστολογικός τύπος με 48.6% και ακολουθούσε το αδενοκαρκίνωμα του πνεύμονα με 33%.

Ιστολογικός τύπος	2011		1993-2000		% Μεταβολή
	N	%	N	%	
ΜΜΚΠ	61	84.7%	346	86,9%	- 2.2%
Πλακώδες	24	33,3 %	194	48,6%	- 15,3%
Αδeno -Ca	30	41,7 %	132	33%	+18,7%
Άλλοι ΜΜΚΠ	7	9,7 %	21	5,3 %	
ΜΚΠ	11	15,3 %	52	13,1%	+2,2%

Πίνακας 9.

Σχετική συχνότητα ιστολογικών τύπων καρκίνου πνεύμονα τα έτη 2011 και 1993-2000 στον Νομό της Κέρκυρας.

Αντίθετα, στη μελέτη του 2011 υπήρξε ανατροπή σε αυτή τη σχετική συχνότητα, με σημαντική αύξηση της συχνότητας του αδενοκαρκινώματος (41.7%, μεταβολή +18.7%), το οποίο αποτελεί πλέον τον συχνότερο ιστολογικό τύπο, και αντίστοιχη μείωση της συχνότητας του πλακώδους καρκινώματος (33.3%, μεταβολή - 15.3%), το οποίο αποτελεί τον δεύτερο σε συχνότητα ιστολογικό τύπο. Οι μεταβολές αυτές είναι στατιστικά σημαντικές ($p < 0.01$).

Συζήτηση

Η παρούσα μελέτη της επίπτωσης νέων περιστατικών καρκίνων του πνεύμονα στον Νομό Κέρκυρας επιχειρεί

να συμβάλλει στην καλύτερη πληροφόρηση των ιατρών, των υγειονομικών επιστημόνων αλλά και των αρμοδίων παραγόντων της πολιτείας σχετικά με την επίπτωση μιας νοσογόνου κατάστασης (καρκίνος του πνεύμονα) με σοβαρότατες συνέπειες στην Υγεία, αλλά και την ίδια την επιβίωση των κατοίκων του νομού. Έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον η σύγκριση με επιδημιολογικά δεδομένα προηγούμενης 10ετίας, για τον ίδιο πληθυσμό που προέρχονται και πάλι από την Κλινική μας. Θεωρούμε, ότι παράλληλα αποτελεί και ερέθισμα για τη διενέργεια και άλλων παρόμοιων ερευνών που καλούνται να εμπλουτίσουν την βάση πληροφόρησης για τον Ελληνικό χώρο, αν και πολλά από τα δικά μας συμπεράσματα είναι λογικά γενικεύσιμα.

Η συζήτηση θα προχωρήσει σύμφωνα με τις επιδημιολογικές ενότητες, που συγκρότησαν και τη δομή της έρευνας.

Επίπτωση. Η υψηλή επίπτωση των νέων περιπτώσεων που διαπιστώσαμε είναι ανάλογη με το «φορτίο» του καρκίνου του πνεύμονα στον κόσμο, στην Ευρώπη και στη χώρα μας. Ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί διεθνώς τον συχνότερο και φονικότερο καρκίνο. Σύμφωνα με τα στοιχεία της GLOBOCAN για το 2008 οι νέες περιπτώσεις καρκίνου πνεύμονα συνολικά για άνδρες και γυναίκες ανήλθαν σε 1608055 (12.7% του συνόλου των καρκίνων) και οι θάνατοι σε 1376579 (18.2% του συνόλου των θανάτων από νεοπλασία). Ακολουθούν σε σειρά συχνότητας ο καρκίνος του μαστού (για τις γυναίκες), ο κολο-ορθικός καρκίνος, ο καρκίνος του στομάχου, ο καρκίνος του προστάτη και σε μικρότερη συχνότητα οι υπόλοιποι καρκίνοι. Η πλειοψηφία των περιπτώσεων (55%) προέρχεται από τις αναπτυσσόμενες χώρες. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση (European Union, EU-27), το 2008 καταγράφηκαν συνολικά 288000 νέες περιπτώσεις, και 253000 θάνατοι.

Στην Ελλάδα, για το ίδιο έτος, ο αριθμός των νέων περιπτώσεων ανήλθε και για τα δύο φύλα σε 6667, ενώ καταγράφηκαν 6402 θάνατοι. Ο καρκίνος του πνεύμονα και για τα δύο φύλα ήταν πρώτος σε συχνότητα, και ακολουθούσαν σε σειρά συχνότητας ο καρκίνος του μαστού, ο κολο-ορθικός καρκίνος, του προστάτη και του ήπατος⁹. Η αύξηση των νέων περιπτώσεων καρκίνου πνεύμονα στην Κέρκυρα, από 50 για τα έτη 1993-2000 σε 72 για το 2011, είναι σημαντική. Διαφορές στην καταγραφή των νέων περιπτώσεων (αναδρομική μελέτη για τα έτη 1993-2000 και προοπτική μελέτη για το έτος 2011) μεταξύ των δύο μελετών θα μπορούσαν να ερμηνεύσουν εν μέρει τη διαφορά αυτή. Εντούτοις, η αύξηση κατά 44% τόσο στον αριθμό, όσο και στην επίπτωση των νέων περιπτώσεων, υποστηρίζει ότι πρόκειται για πραγματική αύξηση. Δεδομένου ότι το κάπνισμα αποτελεί την κύρια αιτία του καρκίνου του πνεύμονα, η αύξηση της επίπτωσης που διαπιστώσαμε, προφανώς σχετίζεται με αύξηση της καπι-

στικής συνήθειας τις προηγούμενες δεκαετίες. Το κατά πόσο και άλλοι παράγοντες, όπως, η έκρηξη του πυρηνικού αντιδραστήρα στο Τσερνομπίλ (26 Απριλίου 1986), ο πόλεμος στη Γιουγκοσλαβία (Μάρτιος 1999), ή άλλοι παράγοντες σχετίζονται με την αύξηση της συχνότητας του καρκίνου του πνεύμονα στην περιοχή μας δεν είναι διευκρινισμένο. Η αυξητική πορεία της επίπτωσης του καρκίνου πνεύμονα στο Νομό μας προσομοιάζει με την πορεία του επιδημικού κύματος του καρκίνου πνεύμονα σε αναπτυσσόμενες χώρες, και είναι αντίθετη με την πορεία του σε αναπτυγμένες χώρες. Σε πολλές οικονομικά αναπτυγμένες χώρες της Δύσης, όπως ΗΠΑ, Ηνωμένο Βασίλειο, Καναδάς, Αυστραλία, Δυτική Ευρώπη, Αυστρία, Δανία, Φινλανδία, Νορβηγία, Ολλανδία, η επίπτωση του καρκίνου πνεύμονα μειώνεται, ενώ αντίθετα παρουσιάζει αυξητική πορεία σε αναπτυσσόμενες χώρες (Κορέα, Κίνα, χώρες της Αφρικής)^{8,10}.

Ο καταλληλότερος τρόπος παρακολούθησης της διαχρονικής εξέλιξης της νόσου είναι η καταγραφή των περιπτώσεων καρκίνου μέσα από τα αρχεία νεοπλασιών σε εθνικό ή τοπικό επίπεδο. Δυστυχώς, όμως, στη χώρα μας δεν υπάρχουν αξιόπιστα στοιχεία για την επίπτωση του καρκίνου και ως εκ τούτου η επιδημιολογική παρακολούθηση γίνεται έμμεσα μέσω των στοιχείων θνησιμότητας¹¹, με κύρια πηγή πληροφόρησης τα στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας⁶. Από τη διαθέσιμη βιβλιογραφία, προκύπτει ότι πιθανόν η μελέτη αυτή είναι η πρώτη προοπτική συστηματική καταγραφή των νέων περιπτώσεων καρκίνου πνεύμονα σε ένα γεωγραφικό διαμέρισμα της χώρας.

Η απουσία ανάλογων μελετών δεν επιτρέπει τη σύγκριση της διαχρονικής πορείας της επίπτωσης του καρκίνου του πνεύμονα στην Κέρκυρα συγκριτικά με άλλους Νομούς ή και συνολικά για τη χώρα.

Σύμφωνα με Ενημερωτικό Δελτίο του ΚΕΕΛΠΝΟ¹², η Ελλάδα είναι η δεύτερη χώρα σε κατανάλωση καπνού στην Ευρωπαϊκή Ένωση μετά την Πολωνία και η χώρα με τη μεγαλύτερη επίπτωση καρκίνου του πνεύμονα σε ηλικίες κάτω των 45 ετών

Στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον καρκίνο 2011-2015¹³ αναφέρεται ότι στους άνδρες (αλλά τώρα πια και στις γυναίκες) πρώτη αιτία θανάτου από καρκίνο είναι ο καρκίνος

του πνεύμονα και ακολουθούν του προστάτη και του παχέος εντέρου.

Κατανομή κατά φύλο. Η υψηλότερη επίπτωση καρκίνου πνεύμονα στους άνδρες συγκριτικά με τις γυναίκες αποτελεί γενικότερο εύρημα, τόσο για την χώρα μας όσο και διεθνώς. Η αναλογία ανδρών/γυναίκων στην παρούσα μελέτη είναι περίπου ίδια με την καταγραφείσα για ολόκληρη τη χώρα το 2008, όταν οι νέες περιπτώσεις καρκίνου πνεύμονα ήταν 5540 για τους άνδρες και 1127 για τις γυναίκες. Ανάλογη ήταν και η θνησιμότητα: 5321

θάνατοι για τους άνδρες, 1081 θάνατοι για τις γυναίκες. Στη χώρα μας, ο καρκίνος του πνεύμονα στους άνδρες έχει την μεγαλύτερη συχνότητα και θνησιμότητα από όλους τους καρκίνους, με δεύτερο και σε μεγάλη απόσταση τον καρκίνο του προστάτη. Στις γυναίκες έρχεται τρίτος σε συχνότητα μετά τον καρκίνο του μαστού και τον κολο-ορθικό καρκίνο, και δεύτερος σε θνησιμότητα μετά τον καρκίνο του μαστού⁸. Διεθνώς, το 2008, ο καρκίνος του πνεύμονα στους άνδρες ήταν ο συχνότερος καρκίνος, αποτελώντας το 16% του συνόλου των καρκίνων, με 1092056 νέες περιπτώσεις και 948993 θανάτους. Δεύτερος σε συχνότητα ήταν ο καρκίνος του προστάτη. Στις γυναίκες ο καρκίνος του πνεύμονα ήταν τέταρτος σε σειρά συχνότητας μετά τους καρκίνους του μαστού, του κολο-ορθικού καρκίνου και του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, με 515999 νέες περιπτώσεις, και δεύτερος σε θνησιμότητα (427586 θάνατοι, 12.8% στο σύνολο των θανάτων από καρκίνο)⁸. Η συχνότητα του καρκίνου του πνεύμονα για τα δύο φύλα παρουσιάζει και γεωγραφικές διαφορές. Στους άνδρες η υψηλότερη επίπτωση καταγράφεται στην Κεντρική, Ανατολική και Νότια Ευρώπη, Βόρεια Αμερική και Απω Ανατολή, ενώ η χαμηλότερη επίπτωση παρατηρείται στην Κεντρική και Δυτική Αφρική. Στις γυναίκες, η υψηλότερη επίπτωση παρατηρείται στη Βόρεια Αμερική (όπου ο καρκίνος του πνεύμονα είναι ο δεύτερος συχνότερος καρκίνος στις γυναίκες), και η χαμηλότερη στην Κεντρική Αφρική (15^{ος} συχνότερος καρκίνος)⁸.

Κάπνισμα. Η πολύ μεγάλη αναλογία καπνιστών με καρκίνο πνεύμονα που διαπιστώσαμε (66 ασθενείς, 91.67%), και η βαρύτητα της καπνιστικής συνήθειας (67.8 έτη καπνίσματος, με εύρος από 40 έως +120 έτη), υποστηρίζουν τη στενή συσχέτιση μεταξύ καπνίσματος και καρκίνου πνεύμονα. Ο καρκίνος του πνεύμονα σε παγκόσμιο επίπεδο ευθύνεται για το 60% των θανάτων από καρκίνο που αποδίδεται στο κάπνισμα, ακολουθούμενος από τους καρκίνους του ανώτερου αναπνευστικού και πεπτικού συστήματος (upper aerodigestive tract) (20%)¹⁴. Ο καρκίνος πνεύμονα που σχετίζεται με το κάπνισμα ευθύνεται για το 80% περίπου των θανάτων από καρκίνο πνεύμονα στους άνδρες και για το 50% των θανάτων στις γυναίκες^{14,15}. Ο πρωταρχικός ρόλος της έκθεσης στον καπνό του τσιγάρου για την ανάπτυξη του καρκίνου του πνεύμονα απεικονίζεται και στις διαφορές στην πορεία επίπτωσης καρκίνου πνεύμονα, τόσο μεταξύ των διαφόρων χωρών όσο και μεταξύ των δύο φύλων. Η μείωση της συχνότητας και της θνησιμότητας από καρκίνο πνεύμονα σε οικονομικά αναπτυσσόμενες χώρες ακολούθησε την πτωτική πορεία του επιδημικού κύματος του καπνίσματος. Αντίθετα, η αύξηση της επίπτωσης σε αναπτυσσόμενες χώρες οφείλεται στην ανοδική πορεία της καπνιστικής συνήθειας^{10,16-19}.

Η μεγαλύτερη επίπτωση καρκίνου του πνεύμονα

στους άνδρες, στο Νομό της Κέρκυρας, όπως και στην Ελλάδα και διεθνώς, αντανakλά επίσης το διαφορετικό ιστορικό καπνίσματος μεταξύ των δύο φύλων^{16,17}. Υπολογίζεται ότι η συχνότητα του καπνίσματος μεταξύ ενηλίκων ανδρών στην Ελλάδα υπερβαίνει το 60%, ενώ σε Δυτικές χώρες το αντίστοιχο ποσοστό είναι περίπου 20%. Ανάλογα ποσοστά με τη χώρα μας έχουν η Κίνα, η Ινδονησία και η Ιορδανία¹⁰. Η καπνιστική συνήθεια για τις γυναίκες στη χώρα μας, όπως και διεθνώς, άργησε σημαντικά σε σχέση με τον ανδρικό πληθυσμό. Αποτέλεσμα της διαφοράς στο επιδημικό κύμα του καπνίσματος μεταξύ των δύο φύλων είναι ότι ο καρκίνος του πνεύμονα έγινε διεθνώς η συχνότερη αιτία θανάτου από καρκίνο στους άνδρες το 1953, ενώ στις γυναίκες τριάντα και πλέον χρόνια αργότερα (1985)²⁰. Σε αναπτυσσόμενες οικονομικά χώρες (ΗΠΑ, Αυστραλία, Φινλανδία, Ηνωμένο Βασίλειο, Δανία, Φινλανδία, Σουηδία, Ολλανδία, Ιρλανδία, Καναδάς) ο καρκίνος του πνεύμονα στους άνδρες μειώνεται, αν και με διαφορετικούς ρυθμούς, μεταξύ των ετών 1975-2010⁸. Η μείωση αυτή σχετίζεται με τη μείωση της καπνιστικής συνήθειας στον ανδρικό πληθυσμό στις χώρες αυτές. Αντίθετα, στις ίδιες χώρες και για την ίδια χρονική περίοδο, η επίπτωση του καρκίνου του πνεύμονα στις γυναίκες αυξάνεται, εκτός από τις ΗΠΑ και το Ηνωμένο Βασίλειο, όπου η επίπτωση έχει φθάσει σε πλατώ⁸. Σε αναπτυσσόμενες χώρες, όπως η Ινδία, Κίνα, Ιαπωνία, η επίπτωση του καρκίνου του πνεύμονα παρουσιάζει αύξηση, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες¹⁰, αντανakλώντας την καθυστέρηση της επιδημίας του καπνίσματος στις χώρες αυτές¹⁰. Η αύξηση της επίπτωσης του καρκίνου πνεύμονα στην Κέρκυρα μεταξύ των ετών 1993-2000 και 2011 που διαπιστώσαμε μπορεί να αποδοθεί στην ανοδική πορεία της καπνιστικής συνήθειας τις προηγούμενες δεκαετίες.

Ηλικιακή κατανομή. Η σταθερή αύξηση της σχετικής συχνότητας των νέων περιπτώσεων με την αύξηση της ηλικίας διαπιστώνεται τόσο στον κόσμο, όσο και στην Ευρώπη και τη χώρα μας⁸. Η αύξηση της συχνότητας του καρκίνου πνεύμονα με την ηλικία προφανώς σχετίζεται με την αθροιστική δράση του καπνίσματος για την ανάπτυξη του καρκίνου πνεύμονα. Το κάπνισμα ενός πακέτου τσιγάρων για 40 χρόνια αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του πνεύμονα κατά 20 φορές συγκριτικά με μη καπνιστή²¹. Η σημειούμενη στην παρούσα μελέτη μικρότερη υπεροχή των ανδρών σε νεαρότερες ηλικίες είναι δυνατόν να αντανakλά την μαζικότερη είσοδο των νέων γυναικών στο κάπνισμα κατά τις τελευταίες δεκαετίες στην Ελλάδα και την Κέρκυρα ειδικότερα. Νεώτερες μελέτες τα προσεχή έτη θα διασαφηνίσουν αυτή την εύλογη υπόθεση.

Ο καρκίνος πνεύμονα σε μη καπνιστές. Η ανεύρεση 6 ασθενών (8.33%), οι οποίοι δεν κάπνισαν ποτέ, με

πρωτοπαθή καρκίνο πνεύμονα αποτελεί ένα σημαντικό εύρημα της μελέτης. Παγκοσμίως, περίπου το 25% των περιπτώσεων καρκίνου πνεύμονα δεν αποδίδεται στο κάπνισμα και ευθύνεται για περισσότερους από 300000 θανάτους τον χρόνο²². Το αντίστοιχο ποσοστό στους άνδρες ανέρχεται στο 15-20% των περιπτώσεων και στο 50% των περιπτώσεων στις γυναίκες²³. Στην Ασία, υπολογίζεται ότι το 60-80% των γυναικών με καρκίνο πνεύμονα δεν κάπνισε ποτέ²². Το μικρότερο ποσοστό ασθενών ουδέποτε καπνιστών που διαπιστώσαμε στη δική μας μελέτη, συγκριτικά με τα διεθνή ποσοστά, πιθανόν αντανακλά το υψηλό ποσοστό καπνίσματος στη χώρα μας. Ο καρκίνος πνεύμονα σε μη καπνιστές έχει κεντρίσει το διεθνές επιστημονικό ενδιαφέρον. Διαφορές στα επιδημιολογικά, κλινικά και μοριακά χαρακτηριστικά του καρκίνου πνεύμονα σε καπνιστές, συγκριτικά με ουδέποτε καπνιστές, υποστηρίζουν ότι πρόκειται για διαφορετικές οντότητες²².

Ιστολογικός τύπος. Η συχνότητα ΜΜΚΠ και ΜΚΠ που διαπιστώσαμε, είναι ανάλογη με τα ευρήματα της μελέτης για τα έτη 1993-2000, καθώς και με τα διεθνή ευρήματα. Μολονότι, η συχνότητα ΜΚΠ και ΜΜΚΠ δεν μεταβλήθηκε μεταξύ των δύο μελετών, υπήρξε σημαντική μεταβολή στη σχετική συχνότητα του αδενοκαρκινώματος και του πλακώδους καρκίνου. Τα έτη 1993-2000, πρώτο σε συχνότητα ήταν το πλακώδες καρκίνωμα με ποσοστό 48.6% και ακολουθούσε το αδενοκαρκίνωμα του πνεύμονα με ποσοστό 33%. Αντίθετα, στην παρούσα μελέτη, η συχνότητα του αδενοκαρκινώματος παρουσιάζει σημαντική αύξηση (+18.7%), αποτελώντας τον συχνότερο ιστολογικό τύπο (41.7%), ενώ έχει μειωθεί η συχνότητα του πλακώδους καρκινώματος (-15.3%), το οποίο αποτελεί τον δεύτερο σε συχνότητα ιστολογικό τύπο (33.3%). Τα ποσοστά αυτά είναι συγκρίσιμα με εκείνα του World Health Organization (WHO)/International Association for the Study of Lung Cancer (IASLC), σύμφωνα με τα οποία το πλακώδες καρκίνωμα του πνεύμονα αποτελεί το 25% και το αδενοκαρκίνωμα το 40% του καρκίνου του πνεύμονα. Η σημαντική αύξηση της σχετικής συχνότητας του αδενοκαρκινώματος, με ανάλογη μείωση της σχετικής συχνότητας του πλακώδους καρκινώματος, έχει διαπιστωθεί και διεθνώς¹⁷. Η μεταβολή αυτή στη συχνότητα αδενοκαρκινώματος και πλακώδους καρκινώματος έχει αποδοθεί στην εισαγωγή τσιγάρων φίλτρου με χαμηλή πίσσα τη δεκαετία του 1960, χωρίς όμως να έχει τεκμηριωθεί.

Σταδιοποίηση. Τα ευρήματα της αύξησης των νέων περιπτώσεων τόσο του ΜΚΠ, όπως και του ΜΜΚΠ, από τα αρχικά προς τα προχωρημένα στάδια της νόσου, τα οποία αποτελούν το 72.72% των περιπτώσεων για τον ΜΚΠ, και το 83.6% των περιπτώσεων για τον ΜΜΚΠ, είναι ανάλογα με τα διεθνή ευρήματα. Κύρια αιτία αποτελεί η καθυστέρηση στη διάγνωση του καρκίνου του πνεύ-

μονα, με συνέπεια τη μείωση της πενταετούς επιβίωσης των ασθενών.

Συμπεράσματα

Ο καρκίνος του πνεύμονα έχει μεγάλη επίπτωση στο Νομό της Κέρκυρας, αποτελώντας σοβαρό πρόβλημα υγείας. Το 90% και πλέον των ασθενών ήταν καπνιστές και μάλιστα με πολύ επιβαρυσμένο ιστορικό καπνίσματος και το εύρημα υπογραμμίζει τον πρωταρχικό ρόλο του καπνίσματος στην ανάπτυξη του καρκίνου του πνεύμονα. Οι άνδρες αναπτύσσουν τέσσερις φορές συχνότερα καρκίνο πνεύμονα συγκριτικά προς τις γυναίκες, πιθανότατα λόγω συχνότερης και πλέον επιβαρυσμένης καπνιστικής συνήθειας. Εξάλλου, η σημαντική αύξηση της επίπτωσης με την πρόοδο της ηλικίας αντανακλά προφανώς την αθροιστική επίδραση του καπνίσματος στην καρκινογένεση του πνεύμονα.

Η παρούσα μελέτη έρχεται να υπογραμμίσει ότι η προσδοκία μείωσης της επίπτωσης του καρκίνου του πνεύμονα στην Κέρκυρα, αλλά και στη χώρα, καθιστά προφανή την ανάγκη μίας συνεπούς καθημερινής αντικαπνιστικής εκστρατείας, χωρίς διακυμάνσεις, σκοπιμότητες και συμβιβασμούς.

Summary

The epidemic wave of lung cancer in Corfu

Chaini E., Chaini D., Gonidi M., Antonakis M., Vassiliou, MP, Chainis CD.

PURPOSE: In our country, the true magnitude of the problem of lung cancer, and especially its course over time are not exactly known. In order to investigate, we studied the incidence and epidemiological characteristics of lung cancer in the Prefecture of Corfu, in the year 2011 and compared them with the corresponding retrospective study for the years 1993-2000, conducted by our clinic.

PATIENTS & FINDINGS: The age of the patients ranged from 43 to 85 years, with a mean age of 70.14 years. A high incidence of new cases of lung cancer was observed (72 new cases, ie 64.8 new cases / 100,000 inhabitants). The number of new cases and the standardized incidence increase dramatically with age. More than 90% of the patients were smokers and even with a heavy history of smoking (average value 67.8 years of smoking). Men are four times more likely to develop lung cancer than women and generally have a higher incidence in all age groups. Non-small cell lung cancer (LCD) accounts for 84.7% of new cases, while small cell lung cancer (LCD) accounts

for 15.3%. Of the individual histological types, the first in frequency is adenocarcinoma (41.7%), and the second is squamous cell carcinoma (33.3%).

Compared to the epidemiological data for the years 1993-2000, a difference was found in the number and incidence of new cases of lung cancer (increase by 44%), in the relative incidence of adenocarcinoma (increase of 18.7%) and squamous cell carcinoma (decrease of 15.3%), with resulting in adenocarcinoma becoming the most common histological type.

CONCLUSIONS: The findings of the present study enrich the recorded information on the epidemiology of lung cancer in the Prefecture of Corfu. Further investigation in other parts of the country will provide additional data. The present study categorically reinforces the need to reduce smoking as a prerequisite for reducing the incidence of lung cancer.

Keywords: Lung cancer, epidemiology, Corfu Prefecture, smoking, gender impact, age impact, histological type.

Βιβλιογραφία

- Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin*. 2011;61(2):69-90.
- A. Alberg, J. Ford, J. Samet. Epidemiology of Lung Cancer: ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (2nd Edition). *Chest*. 2007;132(3 suppl): 29S-55S
- Fukuoka M, Negoro S, Takada M, et al. Chemotherapy of small cell lung cancer. *Gan To Kagaku Ryoho*. 1988;15(4 Pt 2-1):966-72.
- Roth BJ, Johnson DH, Einhorn LH, et al. Randomized study of cyclophosphamide, doxorubicin, and vincristine versus etoposide and cisplatin versus alternation of these two regimens in extensive small-cell lung cancer: a phase III trial of the Southeastern Cancer Study Group. *J Clin Oncol*. 1992;10(2):282-91.
- Goldstraw P, Crowley J, Chansky K, et al. International Association for the Study of Lung Cancer International Staging Committee; Participating Institutions. The IASLC Lung Cancer Staging Project: proposals for the revision of the TNM stage groupings in the forthcoming (seventh) edition of the TNM Classification of malignant tumours. *J Thorac Oncol* 2007; 2 (8): 706-714.
- Εθνική Στατιστική Υπηρεσία
- Σ. Καντεράκης, Β. Μαρδάγιας, Δ. Αρσένης, κ.α. Αναδρομική επιδημιολογική μελέτη βρογχογενούς καρκίνου στη Κέρκυρα κατά την περίοδο 1993-2000. 10ο Ετήσιο Συνέδριο Ιατροχειρουργικής Εταιρείας Κέρκυρας. Κέρκυρα 27-29 Απριλίου 2001.
- Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C and Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer*. 2010;127(12):2893-917. <http://globocan.iarc.fr/factsheet.asp#BOTH>
- GLOBOCAN 2008. FAST STATS. GREECE. <http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=300>
- Ahmedin Jemal, Melissa M. Center, Carol DeSantis and Elizabeth M. Ward. Global Patterns of Cancer Incidence and Mortality Rates and Trends. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*; 19(8); 1893-907.
- Στατιστικά για τον καρκίνο στην Ελλάδα. <http://www.bestrong.org.gr/el/cancer/basicdetails/statisticscancer/greece/>
- Ενημερωτικό Δελτίο ΚΕΕΛΠΝΟ. <http://www2.keelpno.gr/blog/?p=1267>
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο 2011-2015. http://www.anticancer.gov.gr/catalogue/SxedioDraasis_24selido.pdf
- Ezzati M, Henley SJ, Lopez AD, Thun MJ. Role of smoking in global and regional cancer epidemiology: current patterns and data needs. *Int J Cancer* 2005;116:963-71.
- Ezzati M, Lopez AD. Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet* 2003;362:847-52.
- Youlden DR, Cramb SM, Baade PD. The international epidemiology of lung cancer: geographical distribution and secular trends. *J Thorac Oncol* 2008;3:819-31.
- Bray FI, Weiderpass E. Lung cancer mortality trends in 36 European countries: secular trends and birth cohort patterns by sex and region 1970-2007. *Int J Cancer* 2010;126:1454-66.
- Jemal A, Thun MJ, Ries LA, et al. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2005, featuring trends in lung cancer, tobacco use, and tobacco control. *J Natl Cancer Inst* 2008;100:1672-94.
- Lam WK, White NW, Chan-Yeung MM. Lung cancer epidemiology and risk factors in Asia and Africa. *Int J Tuberc Lung Dis* 2004;8:1045-57.
- Jemal A, Simard EP, Dorell C, et al. Annual Report to the Nation on the Status of Cancer, 1975-2009, featuring the burden and trends in human papillomavirus (HPV)-associated cancers and HPV vaccination coverage levels. *J Natl Cancer Inst*. 2013;105(3):175.
- Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*. 2004;328(7455):1519.
- Sun S, Schiller JH, Gazdar AF. Lung cancer in never smokers--a different disease. *Nat Rev Cancer*. 2007;7(10):778.
- Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin*. 2005;55(2):74.