

## Numeri come notizie



### Associazione italiana registri tumori

a cura di  
 Antonina Torrisi,<sup>1</sup>  
 Marine Castaing,<sup>1</sup>  
 Adriano Giacomini,<sup>2</sup>  
 Stefano Luminari,<sup>3</sup>  
 Lucia Mangone,<sup>4</sup>  
 AIRTUM Working Group<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Registro tumori integrato di Catania-Siracusa-Messina-Enna

<sup>2</sup> Registro tumori del Piemonte, Provincia di Biella

<sup>3</sup> Registro tumori di Modena

<sup>4</sup> Registro tumori reggiano

<sup>5</sup> www.registri-tumori.it

Corrispondenza  
 marinecastaing@hotmail.com

## AIRTUM E SIE INSIEME PER UNA DEFINIZIONE CONDIVISA DEI TUMORI EMOLINFOPOIETICI

### AIRTUM AND SIE FOR A SHARED DEFINITION OF HAEMOLYMPHOPOIETIC CANCERS

I tumori emolinfopoietici rappresentano circa il 7,5% di tutte le nuove diagnosi di tumore in Italia, occupando complessivamente il 5° posto nei maschi (dopo prostata, polmone, colon retto e vescica) e il 3° posto nelle femmine (dopo mammella e colon retto).<sup>1</sup>

Classicamente sono suddivisi in linfomi (tumori dei linfociti), mielomi (tumori delle plasmacellule) e leucemie (generalmente intese come malattie del midollo osseo).

I linfomi sono ulteriormente suddivisi in linfomi non Hodgkin e linfomi di Hodgkin, mentre le leucemie comprendono forme acute (mieloidi e linfatiche) e forme croniche (mieloidi e linfatiche). Con l'introduzione della citogenetica e dei test di biologia molecolare, è stato possibile individuare quadri clinici sempre più complessi che hanno ulteriormente complicato la classificazione dei tumori emolinfopoietici e che richiedono notevoli competenze per formulare diagnosi corrette. Di qui la necessità di individuare e aggiornare percorsi diagnostici e terapeutici sempre più personalizzati: in questo scenario, anche lo studio epidemiologico delle malattie emolinfopoietiche deve adeguarsi a un processo di aggiornamento continuo.

	INCIDENZA		MORTALITÀ	SOPRAVVIVENZA	PREVALENZA
	NUOVI CASI PER ANNO (2014) <sup>1</sup> n.	VARIAZIONE ANNUA (2000-2009) <sup>1</sup> %	DECESSI PER ANNO (2012) <sup>2</sup> n.	RELATIVA A 5 ANNI (CASI 2005-2007) <sup>3</sup> %	AL 2010 <sup>4</sup> n.
<b>MASCHI</b>					
Linfoma di Hodgkin	1.300	1,6 (1,1;2,1)	2.696*	75	25.868
Linfoma non Hodgkin	6.900	-0,2 (-0,7;0,3)		63	54.146
Mieloma	2.700	n.d.	n.d.	48	11.571
Leucemia	4.400	-1,8 (-2,5;-1,0)	3.493	47	32.587
<b>Totale maschi</b>	<b>15.300</b>		<b>7.989</b>		<b>124.172</b>
<b>FEMMINE</b>					
Linfoma di Hodgkin	1.000	1,5 (0,3;2,7)	2.375*	89	21.165
Linfoma non Hodgkin	5.900	-0,6 (-1,1;0,0)		67	52.022
Mieloma	2.500	n.d.	n.d.	50	11.117
Leucemia	3.500	-1,2 (-2,2;-0,3)	2.766	44	27.760
<b>Totale femmine</b>	<b>12.900</b>		<b>6.873</b>		<b>112.064</b>
<b>TOTALE M+F</b> (% su tutti i tumori)	<b>28.200</b> (7,2)		<b>14.862</b> (8,3)		<b>236.236</b> (9,1)

\*la mortalità include tutti i linfomi / n.d. = dato non disponibile

**RISULTATI.** Nel 2014 in Italia sono stati stimati 15.300 nuovi casi di tumori emolinfopoietici nei maschi e 12.900 nelle femmine, con una tendenza alla diminuzione per le leucemie in entrambi i sessi, una stabilità per i linfomi non Hodgkin e un incremento per i linfomi di Hodgkin. I decessi registrati da ISTAT nel 2012 sono pari a 7.989 nei maschi e 6.873 nelle femmine, in calo per la maggior parte delle neoplasie emolinfopoietiche.

La sopravvivenza relativa a 5 anni per i maschi è risultata pari a 75%, 63%, 48% e 47% rispettivamente per il linfoma di Hodgkin, il linfoma non Hodgkin, i mielomi e le leucemie; per le stesse sedi i valori nelle femmine sono pari a 89%, 67%, 50% e 44%, con miglioramenti significativi rispetto ai primi anni Novanta. Le variazioni di incidenza osservate e i miglioramenti ottenuti nella sopravvivenza hanno portato a un aumento delle persone vive con precedente diagnosi di neoplasia (casi prevalenti): 124.172 maschi e 112.064 femmine.

**SVILUPPI.** Le malattie del sistema emolinfopoietico rappresentano una sfida per i clinici (per la disponibilità di test diagnostici più sofisticati e terapie innovative), ma anche per gli epidemiologi, che devono adattarsi ai nuovi flussi informativi e alle nuove codifiche adottate. In questi anni, i registri tumori hanno avuto la necessità di accoppiare alcuni codici morfologici per agevolare confronti internazionali e temporali, ma ciò ha comportato una perdita di dettaglio che ne ha precluso l'utilizzo clinico, in particolare come strumento di valutazione sull'efficacia dei percorsi diagnostico-terapeutici grazie all'impatto sulla sopravvivenza. A questo si aggiunge la difficoltà dei registratori ad accedere a fonti informative che non siano quelle tradizionalmente utilizzate dai registri (anatomia patologica, SDO e mortalità): molti tumori ematologici sono identificati solo da esami di laboratorio e spesso non necessitano di ricoveri. Inoltre, negli ultimi anni aggiornamenti della classifica-

zione dei tumori emolinfopoietici hanno incluso tra i tumori incidenti neoplasie una volta considerate a comportamento incerto, come la policitemia vera o l'anemia refrattaria.<sup>5</sup> Successive proposte nelle classificazioni<sup>6-9</sup> hanno permesso di tener meglio conto sia degli aspetti diagnostici (molecolari, citogenetici eccetera) sia prognostici comuni a entità differenti, ma hanno comportato anche una maggior disomogeneità nella registrazione tra centri diversi.

In seguito al recente corso sulla registrazione dei tumori emolinfopoietici organizzato da AIRTUM a Reggio Emilia, è stato istituito un gruppo di lavoro per fornire informazioni più dettagliate su queste neoplasie, in particolare riguardo a registrazione, codifica e reportistica, anche in relazione alla necessità di fruizione da parte dei clinici. Anche la **Società italiana di ematologia (SIE)** ha proposto di recente ad AIRTUM la costituzione di un gruppo di lavoro per arrivare a una definizione condivisa.

Leggi la bibliografia su [www.epiprev.it/rubriche/numeri-come-notizie/intro](http://www.epiprev.it/rubriche/numeri-come-notizie/intro)