
POLMONE

Lucia Mangone

Registro Tumori Reggio Emilia

POLMONE

INCIDENZA

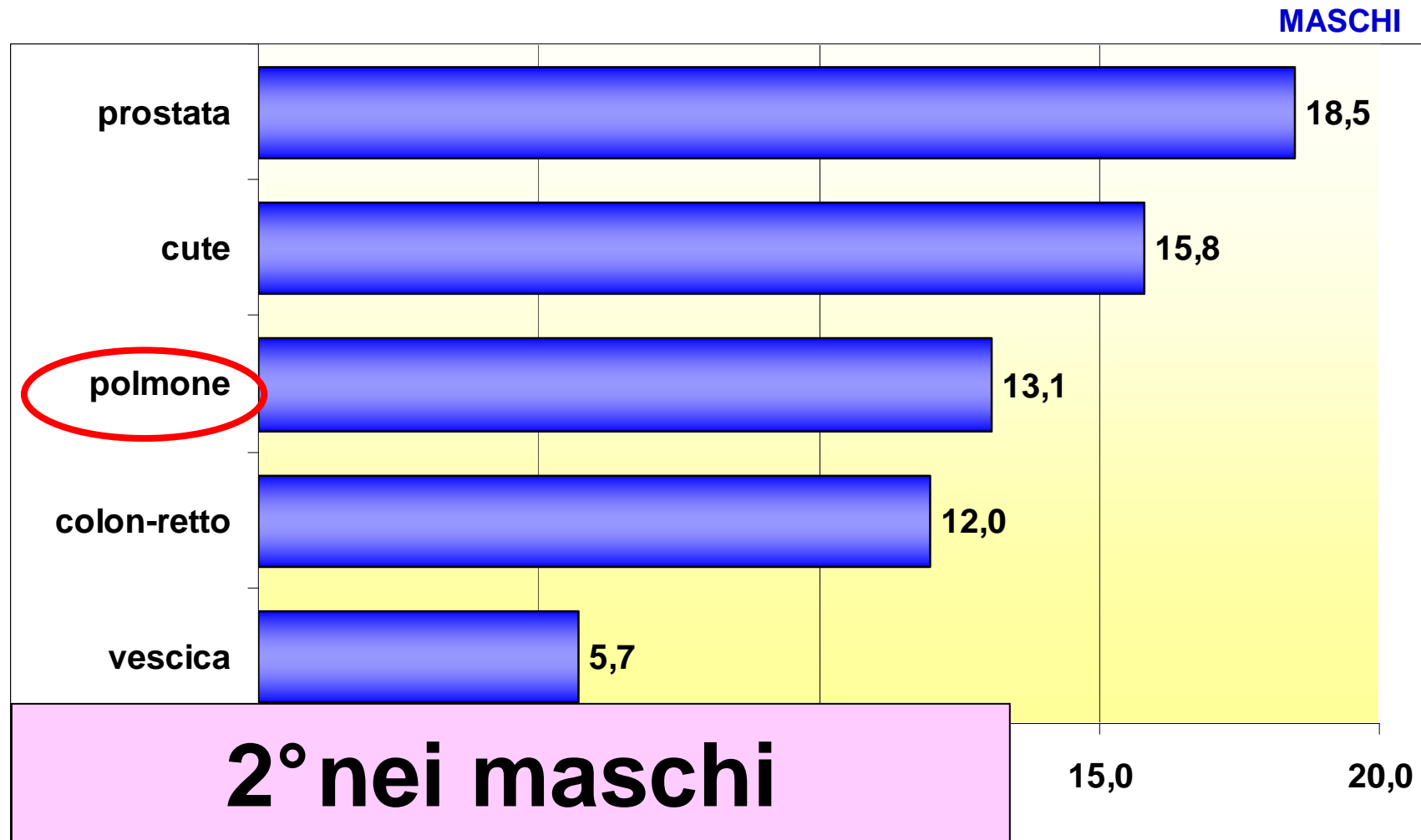
**In Italia nel 2010 stimati
31.051 nuovi casi**

su 256.000 (escluso pelle)

Tumore frequente

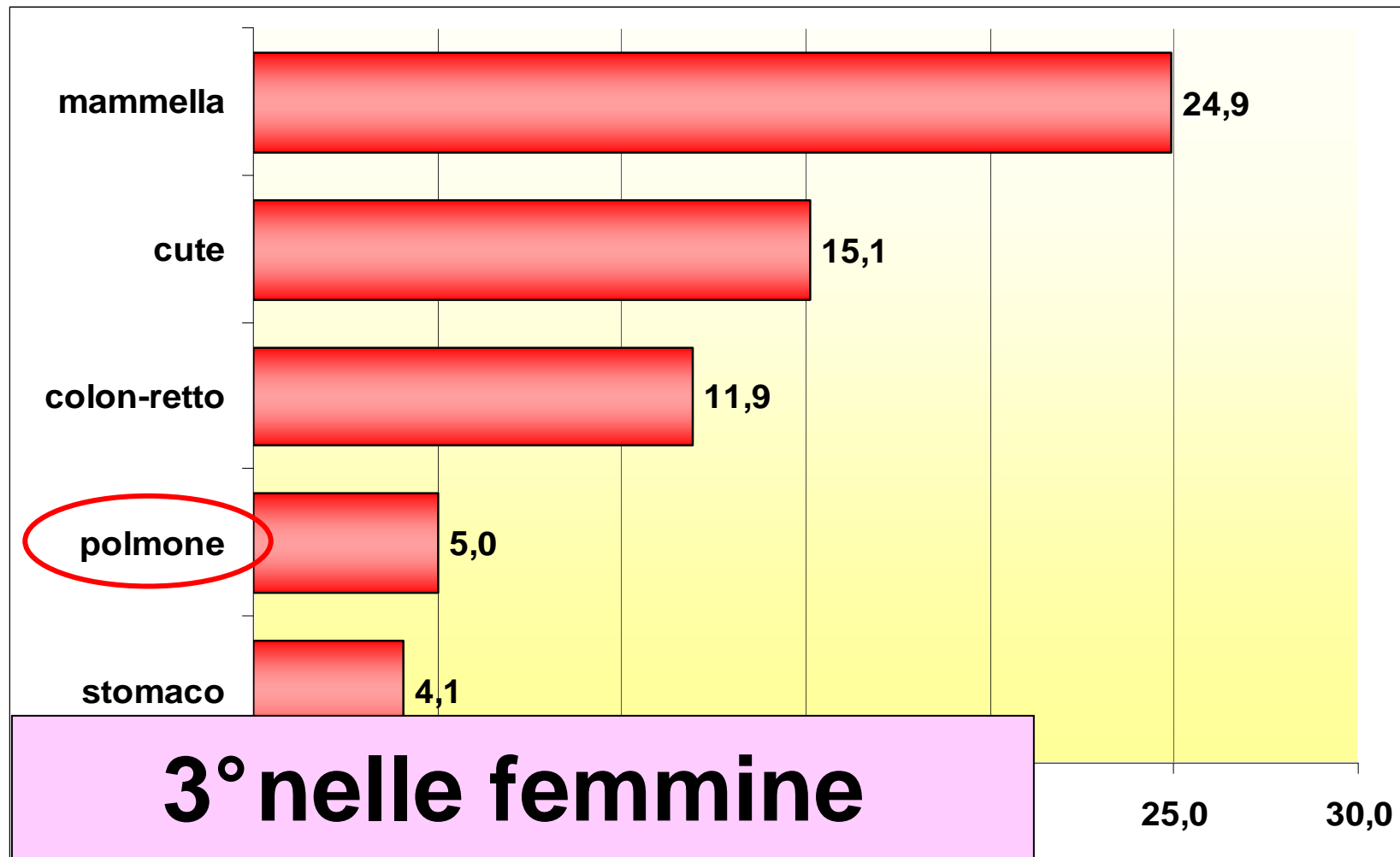


Frequenza % dei tumori

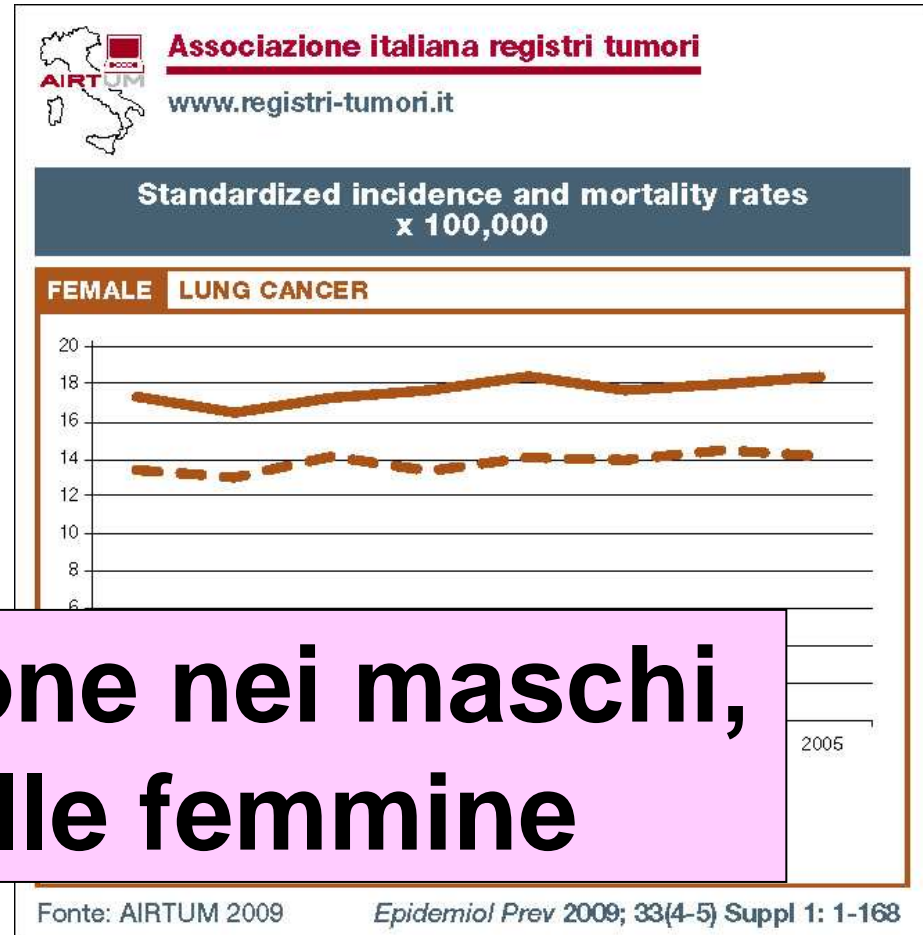


Frequenza % dei tumori

FEMMINE

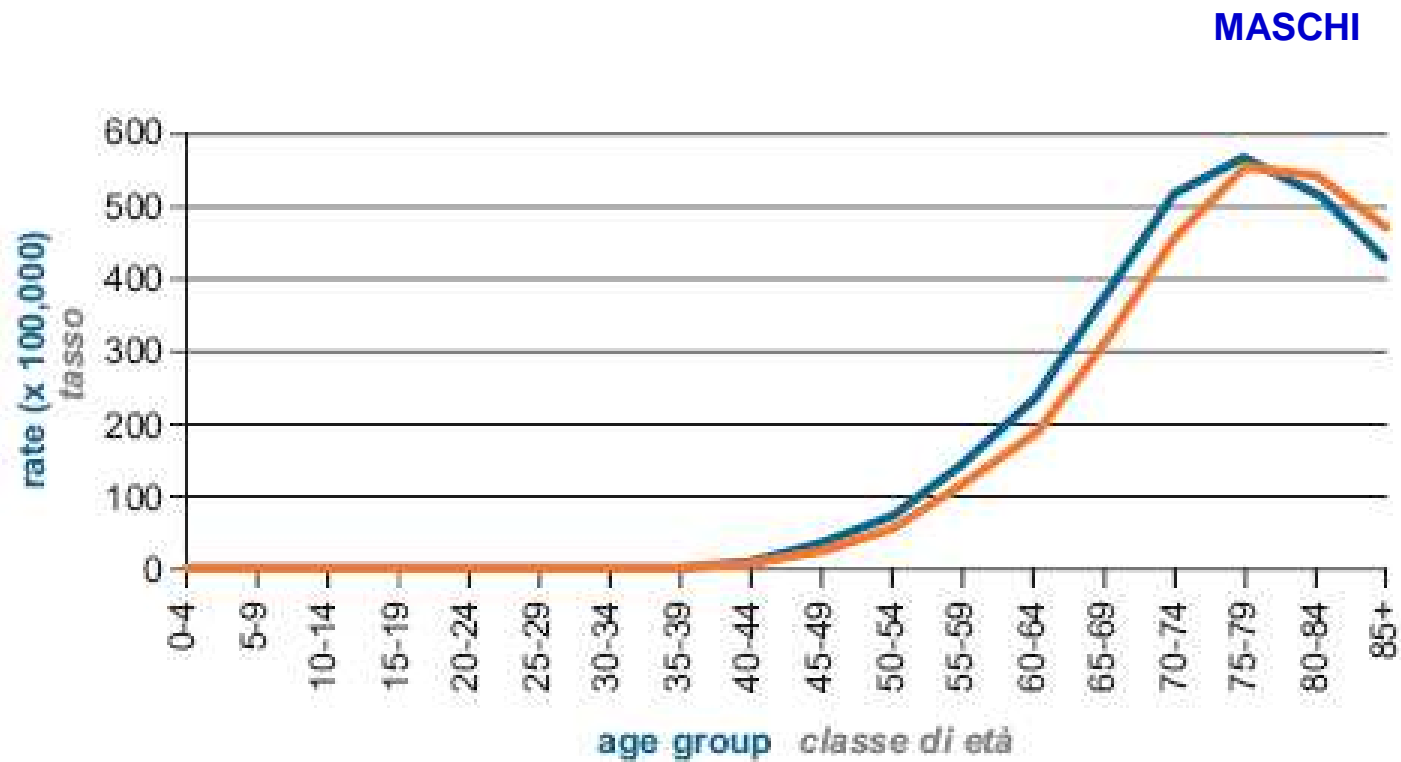


Trend incidenza e mortalità



**Trend diminuzione nei maschi,
aumento nelle femmine**

Andamenti per età



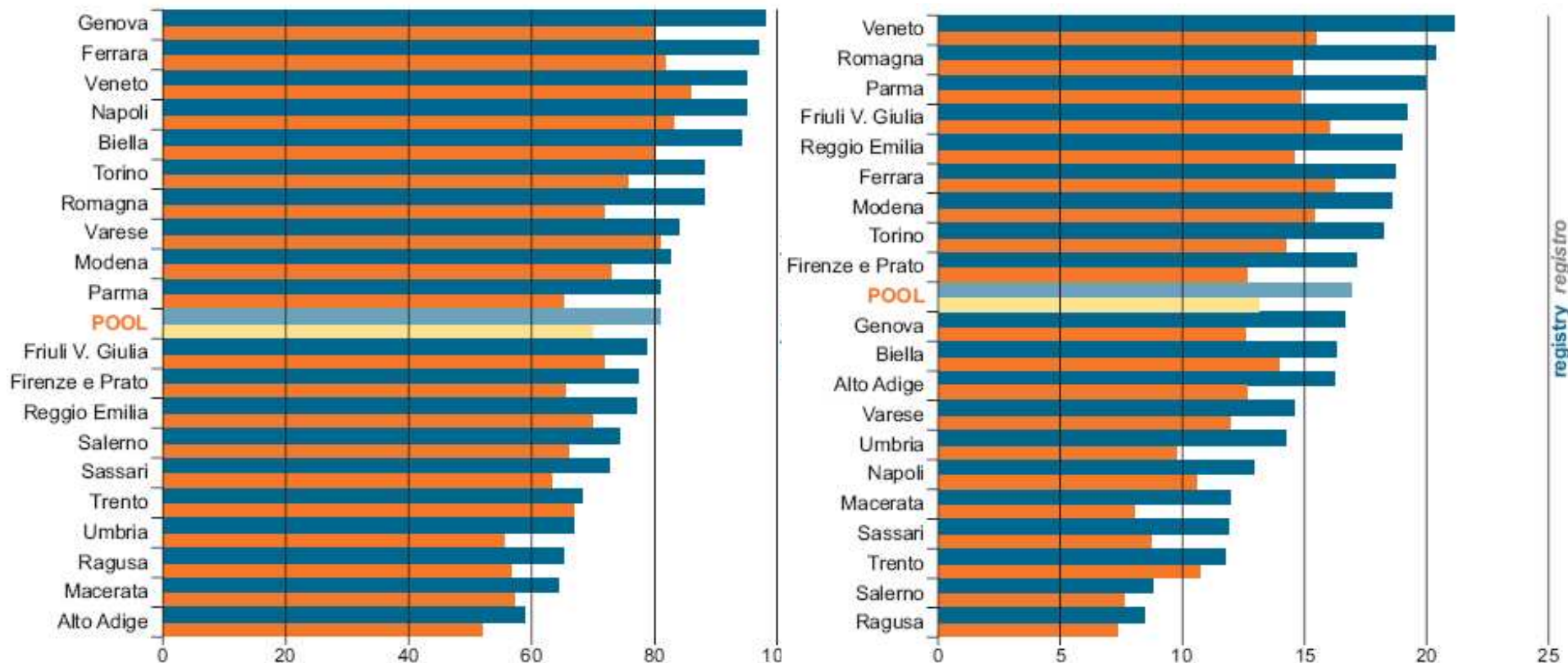
Aumenta con età

mortalità

Distribuzione per Registro

MASCHI

FEMMINE



Più “frequente” al nord

standardised rate (x 100,000) tasso standardizzato

■ incidence *incidenza* ■ mortality *mortalità*

Conferme morfologiche

78% conferme isto-citologiche

2% DCO

non alta % conferme micro

POLMONE

SOPRAVVIVENZA

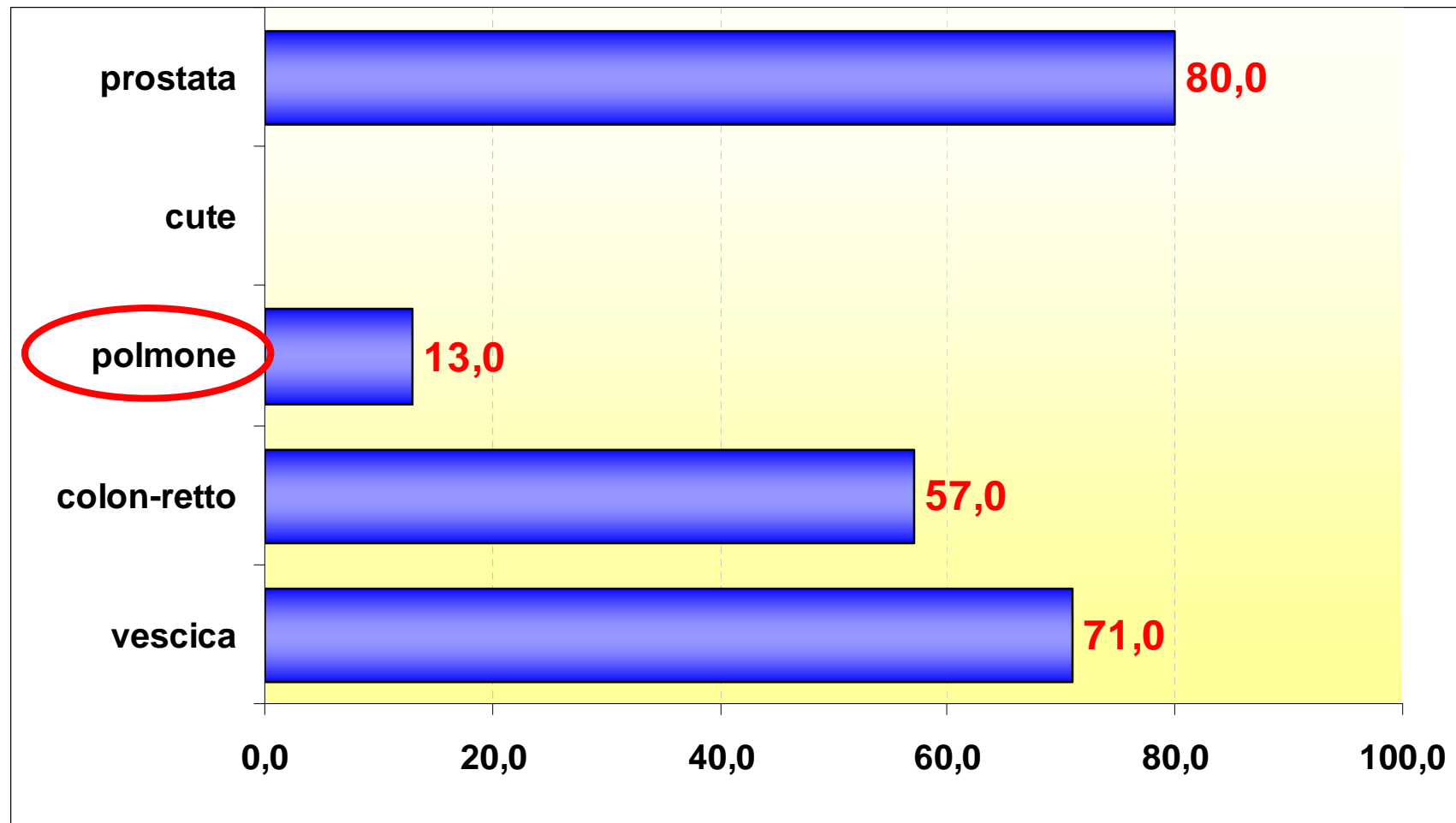
In Italia sopravvivenza a
5 anni è del **13%**



bassa

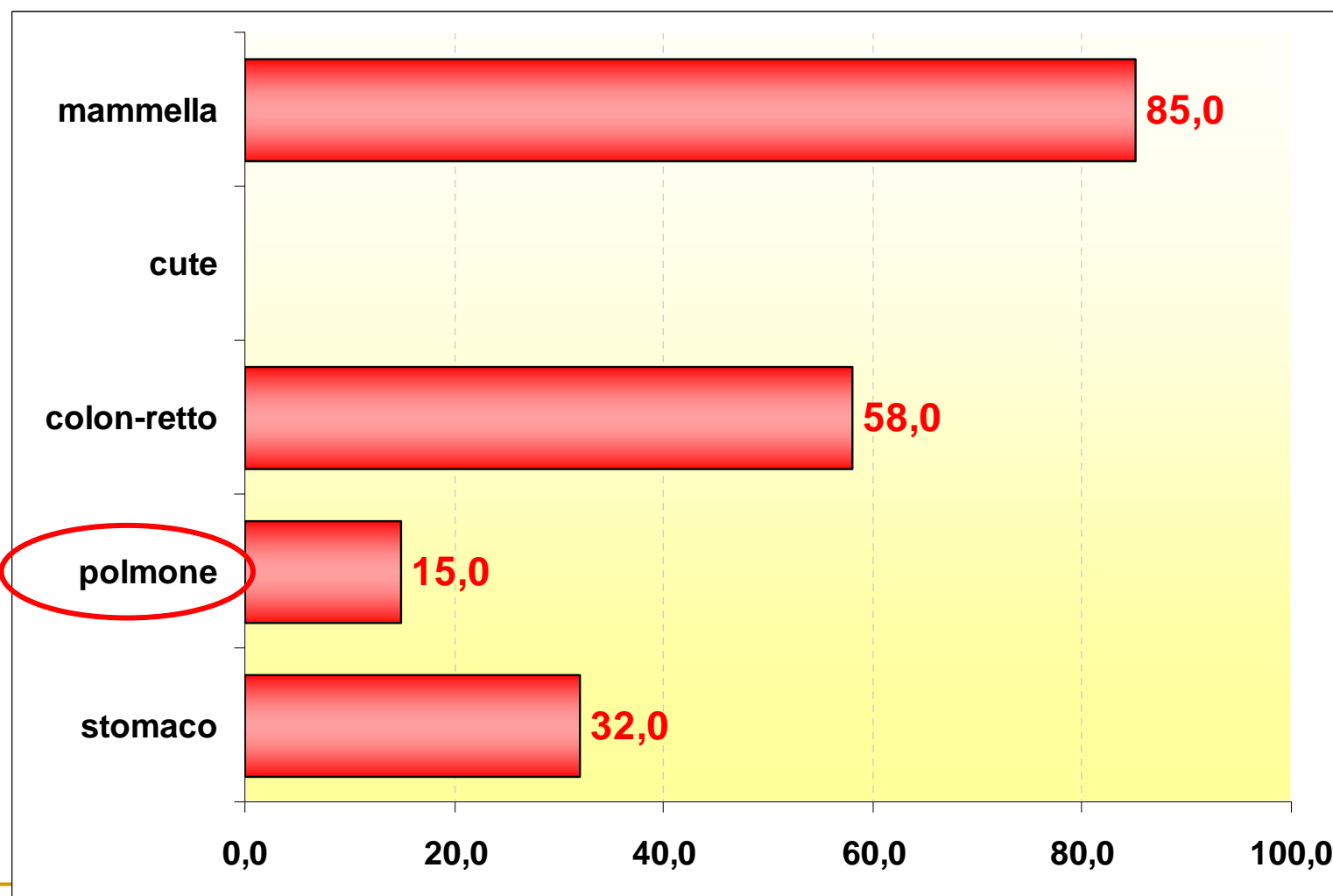
Sopravvivenza % a 5 anni

MASCHI

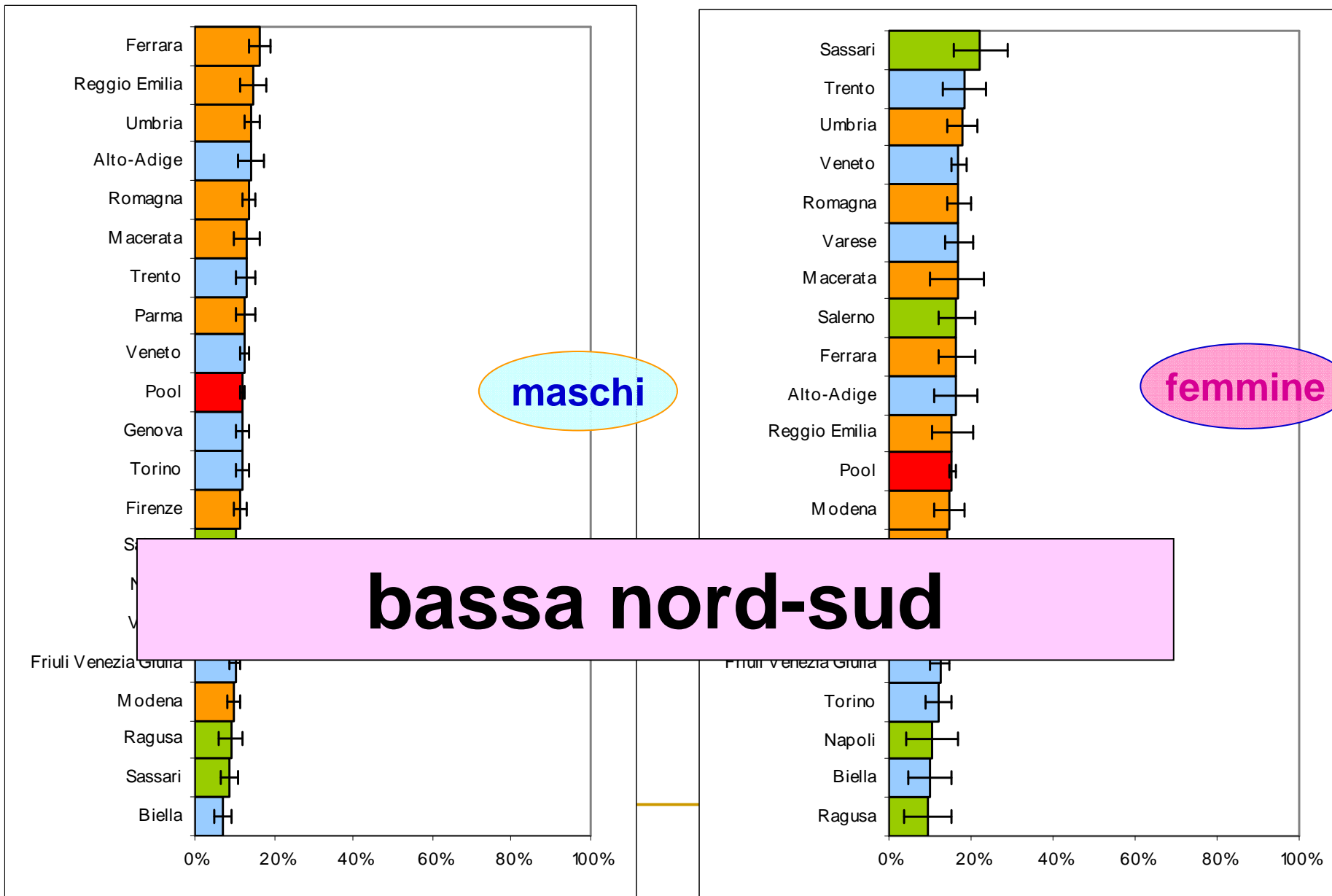


Sopravvivenza % a 5 anni

FEMMINE



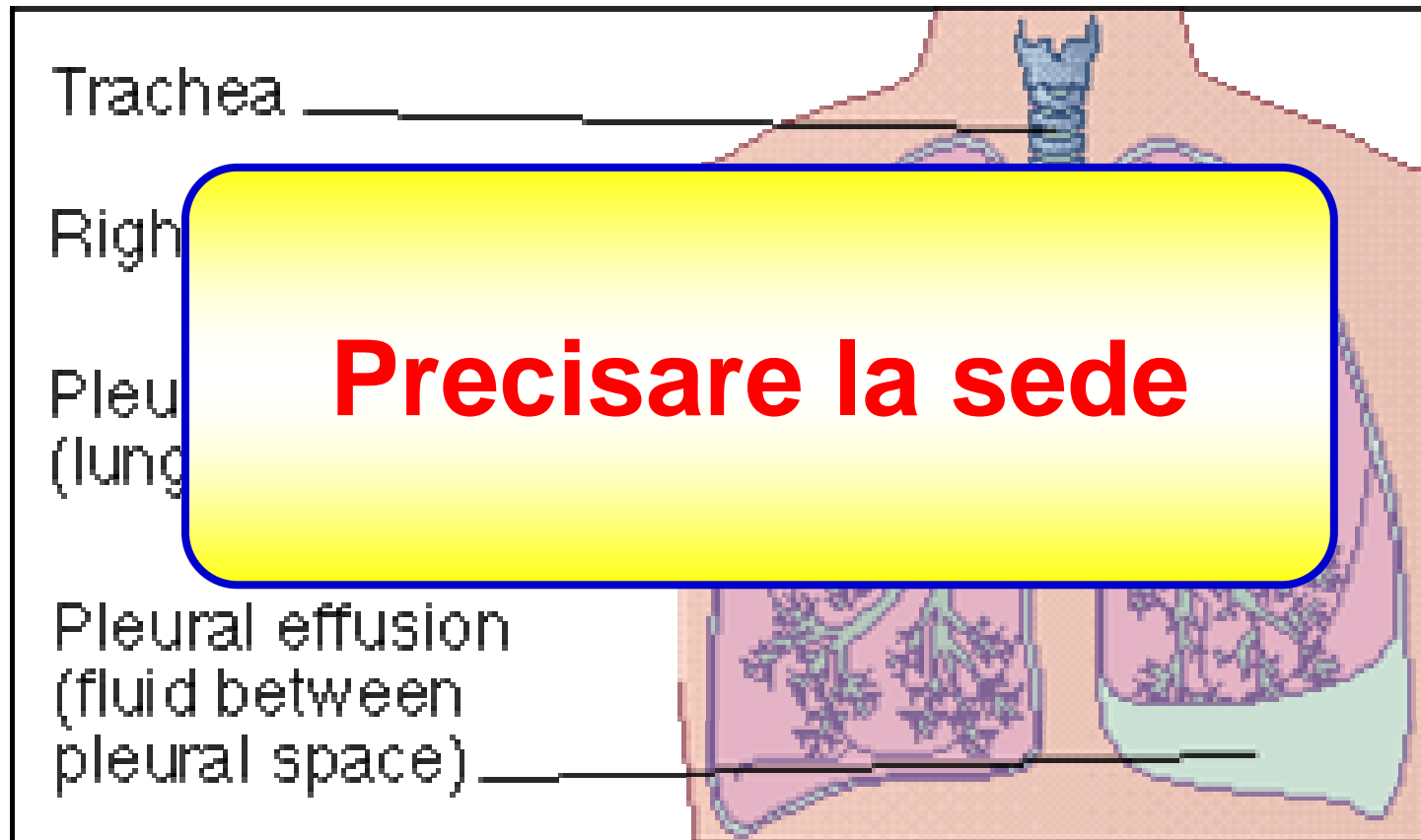
Distribuzione per Registro



POLMONE

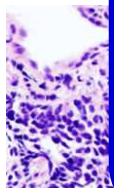
REGISTRAZIONE

Localizzazione



Morfologia

Precisare la morfologia

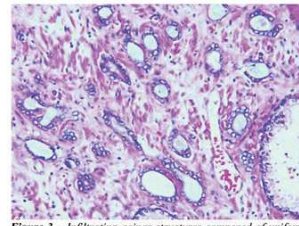


epitelio squamocellulare

grandi cellule



www.infanziaweb.it



adenocarcinoma



www.infanziaweb.it

Problematiche diagnostiche

**Citologie negative con
conferma strumentale**

Problematiche diagnostiche


**Pazienti anziani che non
proseguono accertamenti
“sospetto nodulo polmonare”**

Modalità diagnostica

Diagnosi per sole immagini

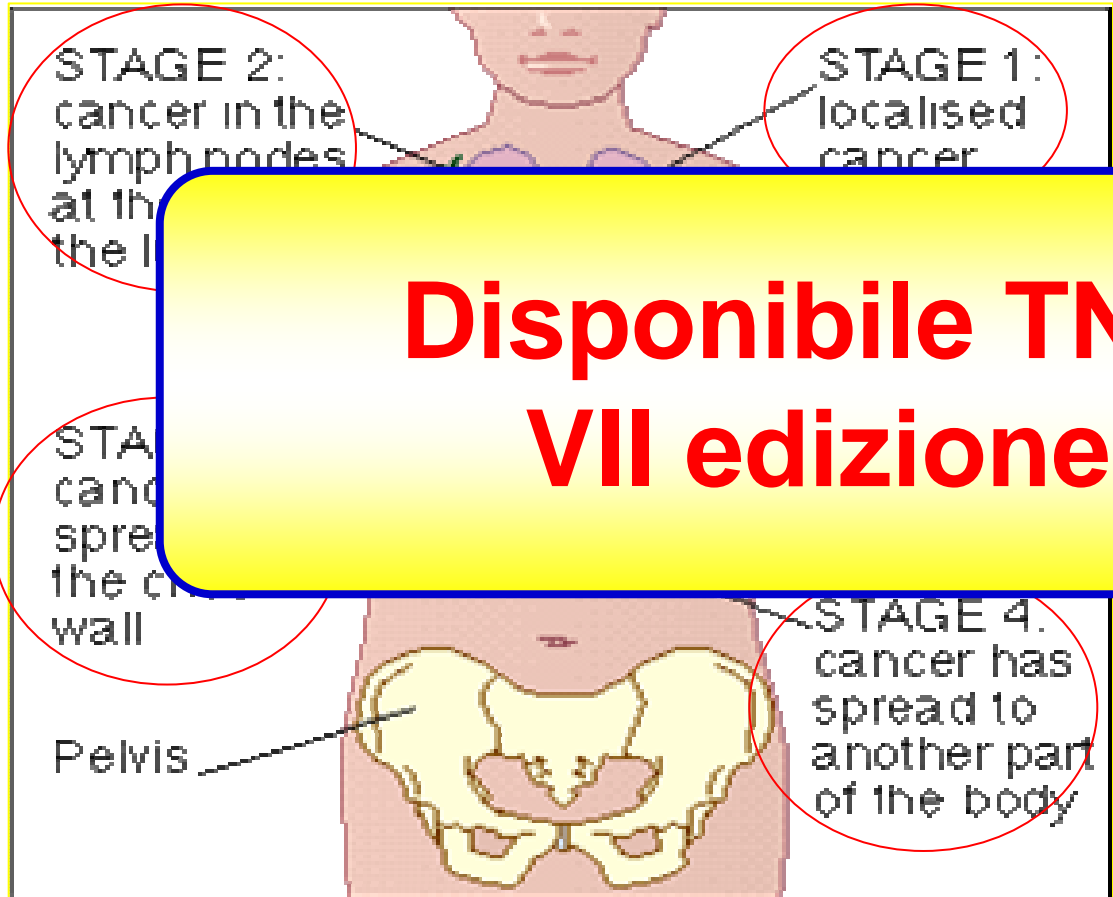


Primitività del tumore



**possibile
sede di
metastasi**

Stadio, TNM VI edizione



STAGE 2:
cancer in the
lymph nodes
at the
the l

STAGE 1:
localised
cancer

STA
canc
spre
the c
wall

Pelvis

STAGE 4.
cancer has
spread to
another part
of the body

**Disponibile TNM
VII edizione**

T2
T3- N+
N+
IV → M+

Fattori di rischio

- **FUMO 80-90%**
 - **cancerogeni ambientali
professionali**
 - **lesioni “predisponenti”**
-

POLMONE

SCREENING

Letteratura ...

- stadio I polmone ha maggiore curabilità e quindi sopravvivenza migliore rispetto stadi II+

Wisnivesky JP, 2008; Watanabe Y, 1991; Carbone E, 2001; Gayra A, 2003; Koike T, 1998

Ishida T, 1990; Read RC, 1990; Riquet M, 1997; Padilla J, 1997

- stadio I polmone ha prognosi < stadio I mammella

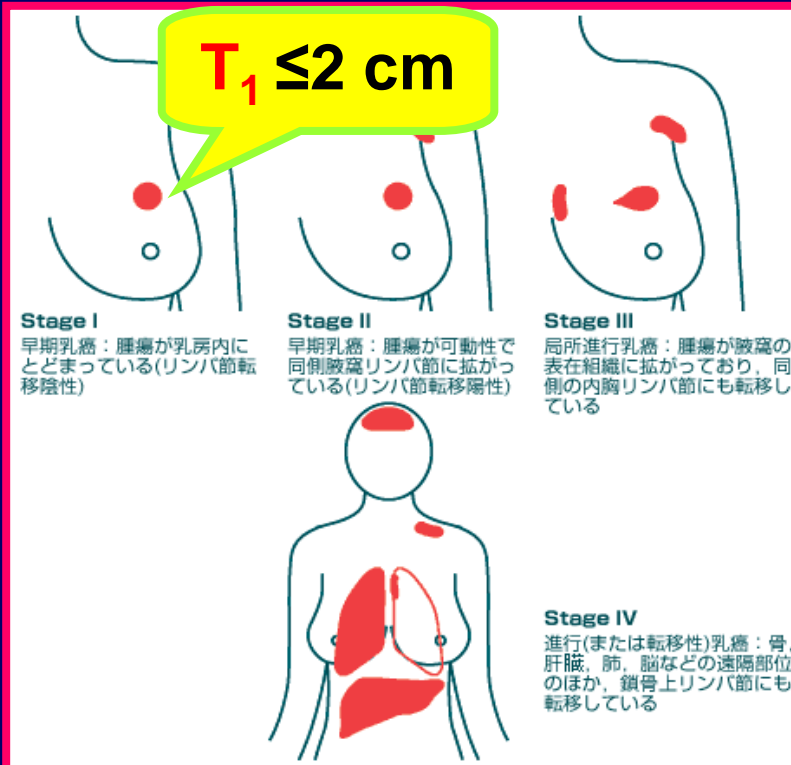
Naruke T. 1997, Tan YK. 2003, Wisnivesky JP. 2004, Hanrahan EO. 2007

Confronto polmone vs mammella

Stadio I

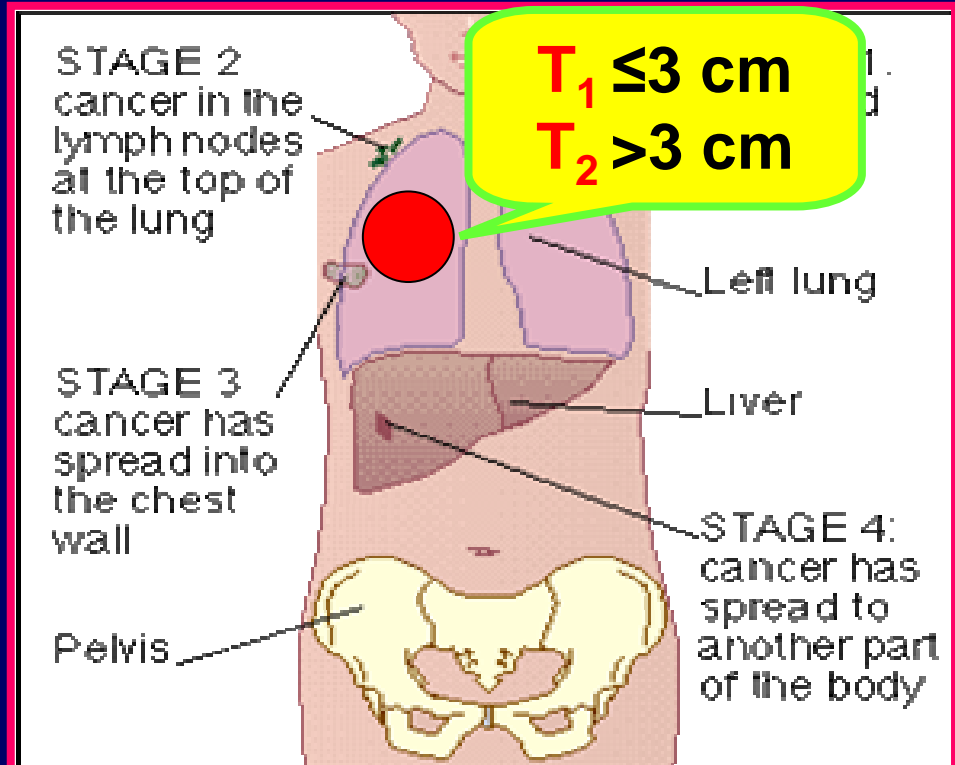
$T_1 N_0 M_0$

$T_1 \leq 2 \text{ cm}$



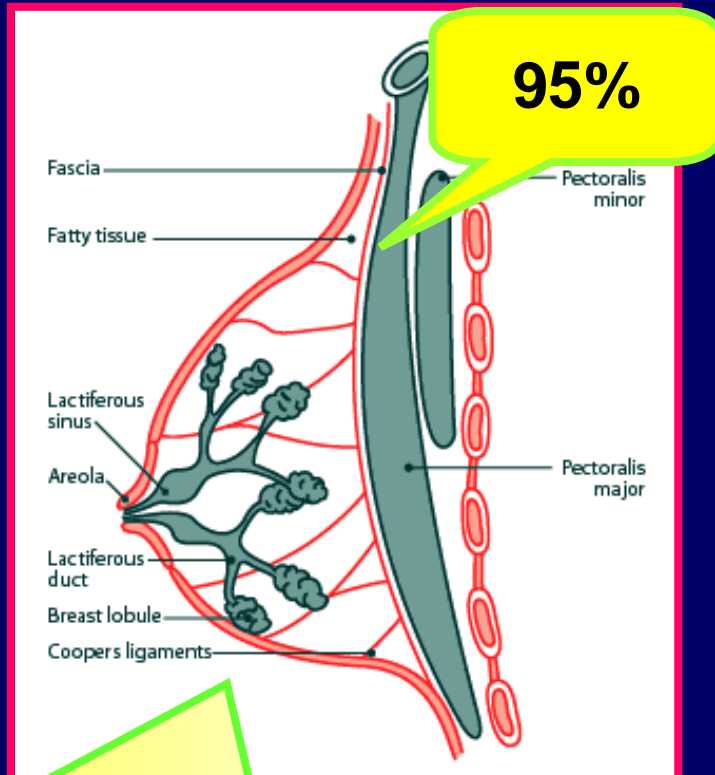
$T_1 T_2 N_0 M_0$

$T_1 \leq 3 \text{ cm}$
 $T_2 > 3 \text{ cm}$

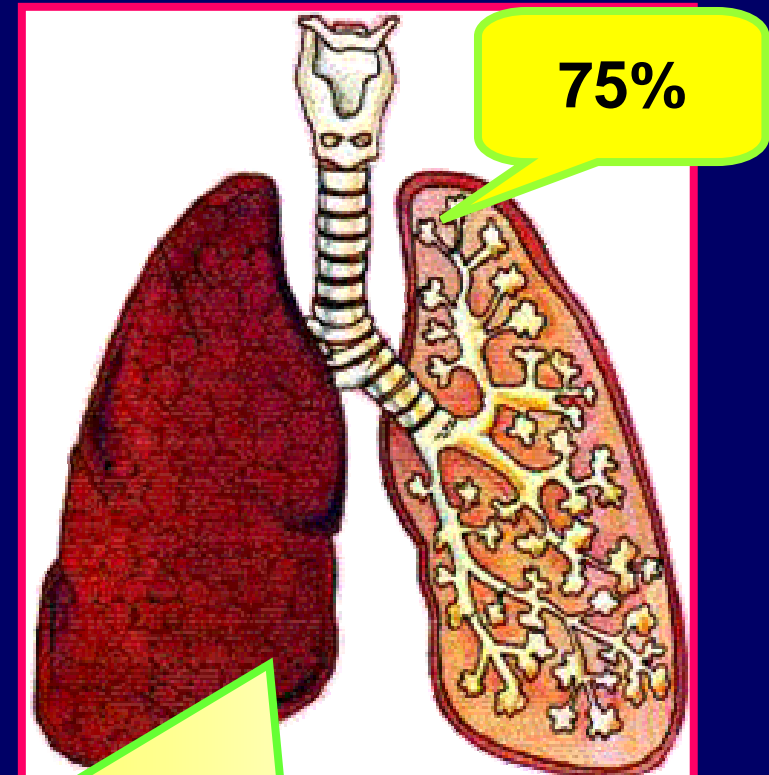


Confronto polmone vs mammella

Conferme microscopiche



8010 carcinoma NAS: 7%
8000 tumore maligno NAS: 3%



8010 carcinoma NAS: 10%
8000 tumore maligno NAS: 7%

Confronto polmone vs mammella

Sopravvivenza per Istotipo



Mammella: sopravv 5 anni

Ca. duttale	93,1%
-------------	-------

Ca. lobulare	93,6%
--------------	-------



Polmone: sopravv 5 anni

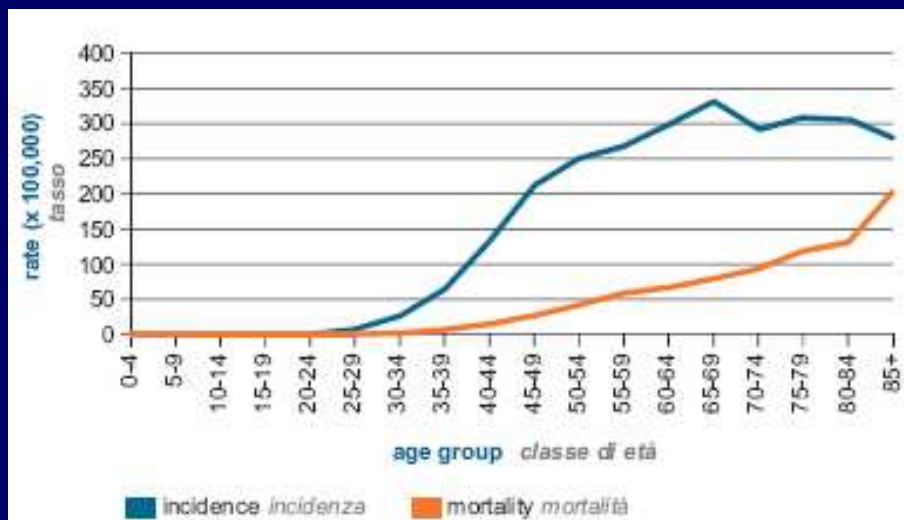
Small Cell LC	5,3%
---------------	------

Non Small Cell LC	24,4%
-------------------	-------

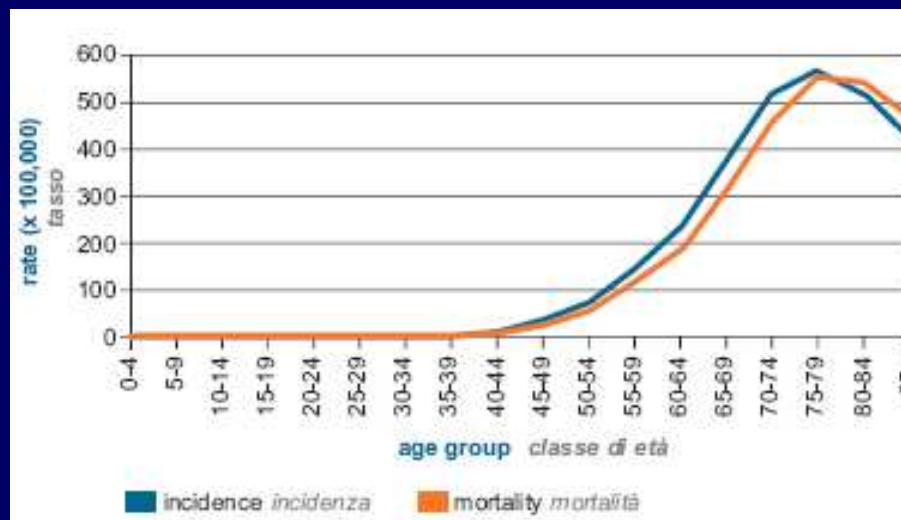
Confronto polmone vs mammella

Età alla diagnosi

mammella



polmone



Confronto polmone vs mammella

Approccio diagnostico

- Mammografia: sensibilità-specificità $\cong 95\%$
- RX torace: sensibilità-specificità ... molto bassa
- LDCT*: sensibilità-specificità $\cong 81\%$
- PET*: utile per stadiazione

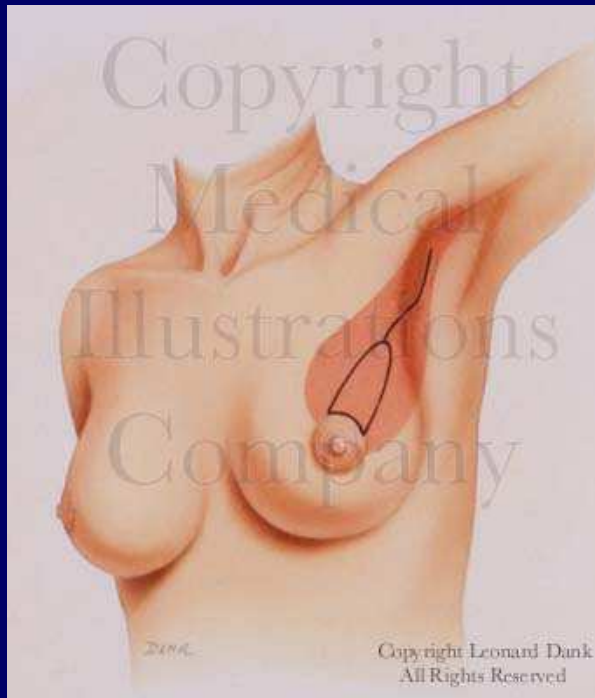
*** Non sempre disponibile**

- Broncoscopia > prelievo mammella

Confronto polmone vs mammella

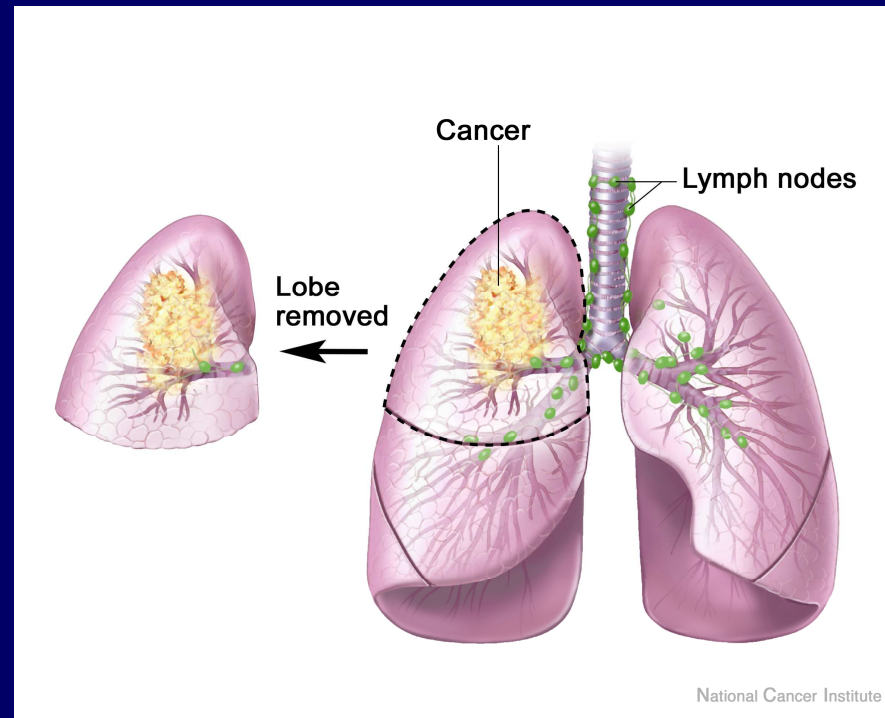
Approccio chirurgico

quadrantectomia



<

lobectomia



Screening in atto: RCT

	NCI-Lung Screening Study 3.500 sogg	Gohagan Marcus, lung cancer, 2005	48% stadio I baccio TC vs 40% braccio con Rx
USA	NCI-Lung Cancer Screening 50.000 sogg	www.ca.cer.gov , 2007	arruolati
Europa	NELSON 24.000 olanda, belgio, danimarca	Van Iersel, IJC, 2007	arruolati
Italia	ITALUNG 3200 sogg	<i>Picozzi, 2005</i>	Firenze, Pistoia, Pisa

Screening in Italia

ITALUNG

CSPO, Firenze

COSMOS

IEO, Milano

MILD

INT, Milano

DANTE

Humanitas, Milano

BIAS

lead time
overdiagnosi
selection bias

Paci E, J Thorac Oncol, 2007

POLMONE

CONCLUSIONI

Incidenza

é tumore frequente, in aumento **DONNE**

Sopravvivenza

é tumore cattiva prognosi, non modificata

Screening

non é raccomandato (in corso **TRIAL**)

Registrazione

metastasi, Dx clinica, “noduli sospetti”

FUMO é responsabile del 90% tumori

FORMAZIONE



perché?

migliorare qualità

standardizzare

confrontare

dove?

CORSI AIRTUM

- 1998. Camerino: corso RT
- Salerno: corso RT
- 2001. Camerino: metod. e stat
- 2002. Camerino: corso RT
- 2004. Camerino: mesoteliomi
- 2005. Civitanova: corso RT
- 2006. Camerino: corso RT
- Termoli: corso Molise
- 2007. Camerino: infantili
- Sassari: corso Sardegna
- Reggio E: corso RT
- 2008. Camerino: rischio ambientale
- 2009. Camerino: indicatori qualità/corso
- Reggio E: corso linfomi



cosa?

Registrazione dei tumori

Epidemiologia e statistica

Monotematici

Tumori infantili

Tumori ematologici

Tumori rari

come?

lezioni frontali

diapositive

relazioni spesso sul sito

4 lunedì maggio, Rho

25-26 aprile, Mantova

23 giugno, Reggio E: infomi

11/2011, Reggio E: trachea

settembre, Camerino

nel 2010

FAD

FORMAZIONE A DISTANZA

... letteratura

- Wong, BMC Med Educ. 2010

Internet-based Medical Education (UK): realist review of what works, for whom and in what circumstances

Cosa conta?

- motivazione (TOPIC)
 - non alternative
 - ambiente favorente
 - fare tentativi
 - corso base
-



FAD... perché?

formare TUTTI

ridurre i COSTI

agevolare PARTECIPAZIONE

FAD... come?

diapositive

interventi

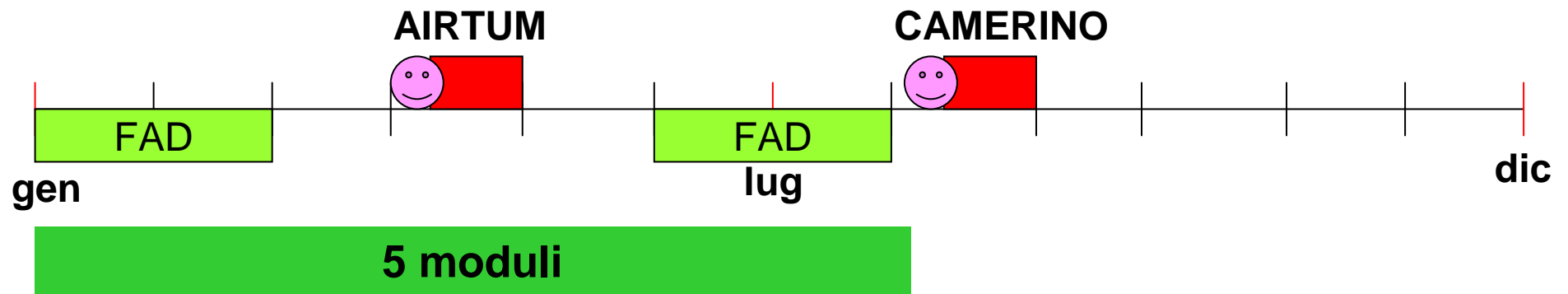
forum

esercizi

tutor



FAD...quando?



Registrazione dei tumori

a disposizione per le domande

adesso

futuro

grazie

lucia.mangone@ausl.re.it