

ASPECTE EPIDEMIOLOGICE ȘI CLINICE ÎN NEOPLASMUL BRONHOPULMONAR LA PACIENȚII INTERNAȚI ÎN SECȚIA ONCOLOGIE A SPITALULUI CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ BRAȘOV, ÎN PERIOADA 1.02.2010-31.01.2012

EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL ASPECTS ON THE LUNG CANCER TO THE PATIENTS ADMITTED IN THE ONCOLOGY DEPARTMENT OF THE EMERGENCY COUNTY HOSPITAL IN BRAȘOV, DURING 1.02.2010-31.01.2012.

as.med. *Liana Sopa (Strîmbu)*¹, conf.univ.dr.*Ion Moleavin*²

¹Centrul de diagnostic și tratament oncologic, Brașov,

²Facultatea de Medicină, Universitatea Transilvania, Brașov

Autor corespondent: *Liana Sopa (Strîmbu)*: lianastrimbu@yahoo.com

Abstract:

In Romania, the lung cancer is now the main cause of death by cancer in men and it is on the 4th place for women [5]. Considering 85% of cases are smokers, disease is thought to be prevented by avoiding smoking or giving upon this addiction as soon as possible. Since smoking creates addiction, giving up is difficult to achieve. The study is based on previous research on patients in the Oncology department of the Emergency County Hospital in Brașov, during 1.02.2010-31.01.2011 and 1.02.2011-31.01.2012.

Key-words: lung cancer, smoking, oncology

Introducere

La scară globală, incidența cancerului bronhopulmonar a crescut continuu în ultimele 3 decenii ca urmare a fumatului. Se estimează că în lume 47%-52% dintre bărbați și 10%-12% dintre femei fumează (în țările dezvoltate, procentele sunt 51% și 21%) [7].

România se situează deasupra mediei europene la rata standardizată de mortalitate prin cancer bronhopulmonar la persoanele tinere. În ultimii ani se urmărește dezvoltarea unei strategii naționale de control asupra tutunului în concordanță cu reglementările OMS care să includă campanii naționale de educație antifumat și de renunțare la fumat, adresate în primul rând tinerilor și femeilor [11]. Începând cu 1 iulie 2008, în România, pachetele de țigări au fost inscripționate cu imagini șocante, cu scopul de a descuraja acest viciu.

Tot în privința prevenției, studiile au arătat că screening-ul prin radiografie toracică și citologia sputei nu s-a dovedit a fi eficient în decursul timpului [2, 4]. În schimb, introducerea la începutul anilor '90, a screening-ului anual prin CT spiral low dose, s-a dovedit a fi eficientă, devenind o metodă performantă și oportună pentru diagnosticarea adenocarcinomelor pulmonare înaintea apariției simpto-

matologiei [1, 6, 8, 10]. Cu toate acestea, incidența neoplasmului bronhopulmonar rămâne crescută, tratarea acestei maladii fiind o continuare provocare pentru medici.

Scopul studiului.

Studiul și-a propus evidențierea particularităților ce țin de factori socio-demografici, dependențe, dar și de particularități de diagnostic și stadializare a bolii.

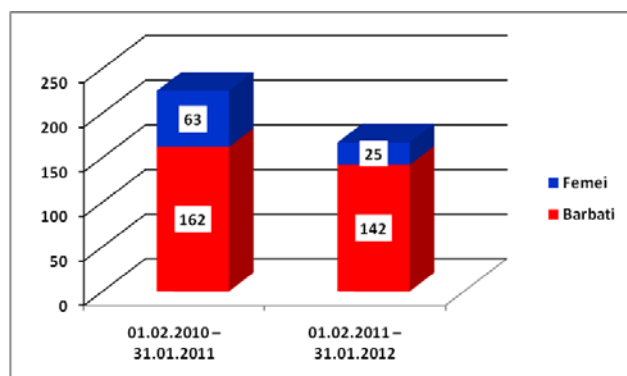
Material și metodă.

În această lucrare am efectuat o anchetă epidemiologică descriptivă, comparativă, pe un lot de 225 pacienți internați în secția de oncologie a Spitalului Clinic Județean Brașov în intervalul 01.02.2010 – 31.01.2011. și pe un lot de 167 pacienți internați în secția de oncologie a Spitalului Clinic Județean Brașov în intervalul 1.02.2011-31.01.2012. Datele au fost luate din fișele de observație ale pacienților internați. Au fost urmăriți parametri specifici, după cum urmează: genul pacienților, structura pe grupe de vârstă, repartizarea pe medii de proveniență, statusul de fumător, forma anatomopatologică, metastazele, stadializarea bolii. Datele au fost prelucrate în Microsoft Office Excel 2003. S-au calculat indici de tendință centrală (media și modul).

Rezultate și discuții

1. Repartiția pe sexe a pacienților:

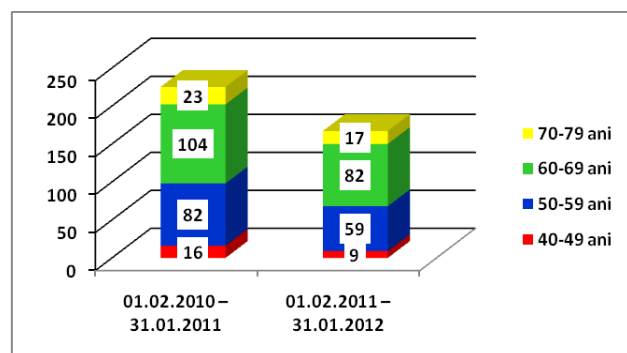
Din totalul pacienților diagnosticați cu neoplasm bronhopulmonar în perioadele studiate, persoanele de gen masculin reprezintă un procent mai mare de trei sferturi.



Grafic nr. 1 Distribuția pacienților cu neoplasm bronhopulmonar în funcție de gen

2. Structura pe grupe de vârstă a pacienților

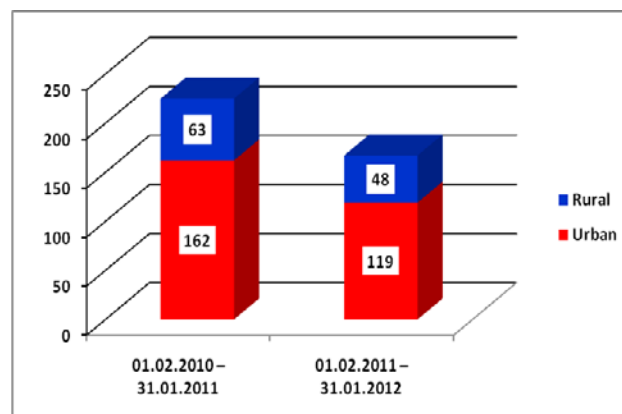
Deoarece grupa de vârstă cu frecvența cea mai mare a cancerului bronhopulmonar este 60-69 ani, putem afirma că este grupa de vârstă modală. Prin calcularea mediei vârstelor pacienților aflați în această decadă, am constatat că în anul 2010 incidența neoplasmului bronhopulmonar a fost mai crescută la ≈ 65 ani (media vârstei 64,70) la bărbați și ≈ 63 ani (media vârstei 62,87) la femei, iar în anul 2011 incidența neoplasmului bronhopulmonar a fost mai crescută la ≈ 66 ani (media vârstei 66,23) la bărbați și ≈ 65 ani (media vârstei 64,75) la femei. Deci, în a 2-a perioadă analizată, pacienții tratați în secția oncologie au dezvoltat boala la vârste mai înaintate decât în prima perioadă analizată, la ambele sexe.



Grafic nr. 2- Distribuția pacienților cu neoplasm bronhopulmonar în funcție de vârstă

3. Repartiția pe medii de proveniență a pacienților

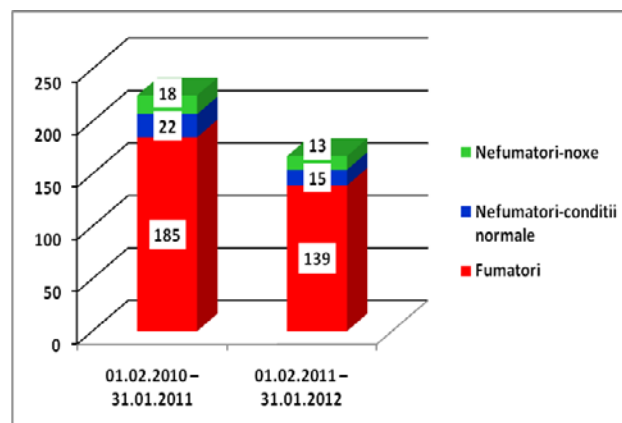
Analizând cele două loturi se observă că atât în 2010 cât și în 2011 71%- 72% dintre pacienți sunt din mediul urban și 28%-29% din mediul rural. Cauzele acestei repartiții se pot datora: poluării accentuate din mediul urban, noxelor din locurile de muncă și standardului mai ridicat în oraș, care permite consumul mai mare de țigarete.



Grafic nr. 3 Distribuția neoplasmelor bronhopulmonare în funcție de domiciliu

4. Repartiția în funcție de statusul de fumător

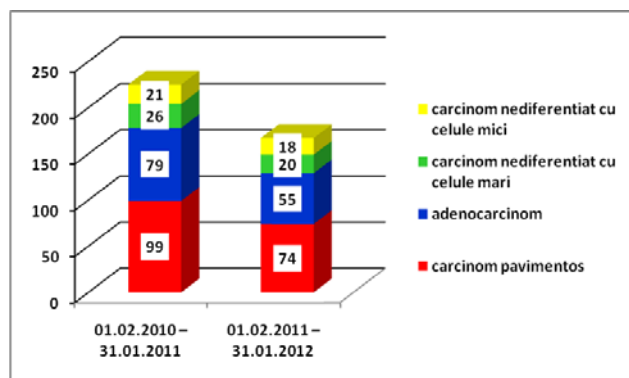
În cei doi ani analizați s-a constatat că procentele care reprezintă persoanele fumătoare și cele nefumătoare sunt sensibil egale. Fumătorii reprezintă un procent de 82%-83%. De menționat este și faptul că din cele 17%-18% persoane nefumătoare 8% au lucrat în medii nocive (cu noxe). Așa cum dovedesc și studiile internaționale [3, 5, 7, 9], fumatul este factor de creștere a incidenței bolii.



Grafic nr. 4 - Distribuția neoplasmului bronhopulmonar în funcție de statusul de fumător

5. Forme anatomopatologice de neoplasm bronhopulmonar

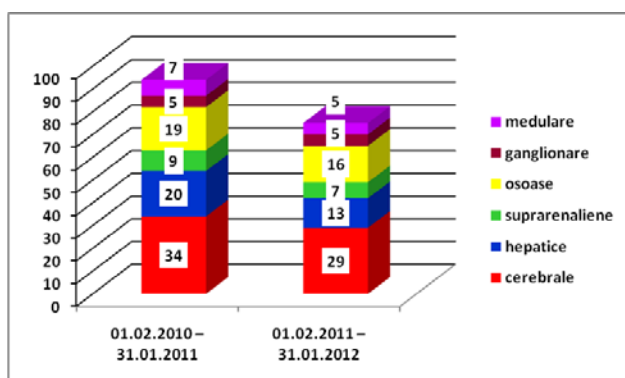
Din totalul pacienților internați în cele două perioade, 44% au fost diagnosticați cu carcinom pavimentos, 33% -35% cu adenocarcinom, 12% cu carcinom nediferențiat cu celule mari și 9%-11% cu carcinom nediferențiat cu celule mici, în boabe de ovăz.



Grafic nr. 5 Distribuția pacienților cu neoplasm bronhopulmonar în funcție de forma anatomopatologică

6. Metastaze extratoracice de neoplasm bronhopulmonar

Din numărul total de pacienți diagnosticați cu neoplasm bronhopulmonar în stadiul IV, în cele două perioade analizate, metastazele cerebrale au fost prezente la o treime dintre pacienți, fiind cele mai frecvente, urmate de cele osoase, hepatice, suprarenaliene, medulare și ganglionare.

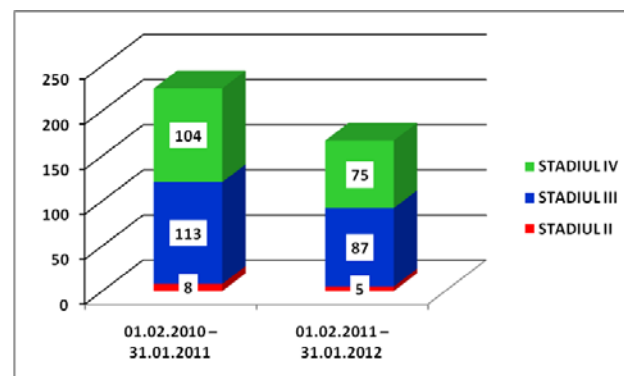


Grafic nr. 6 - Frecvența metastazelor la pacienții cu neoplasm bronhopulmonar

7. Stadializare

În funcție de stadializarea prezentată în cei doi ani se constată că procentul celor diagnosticați în stadii tardive (III și IV) reprezintă 96%-97% din numărul total de

pacienți. 3%-4% au fost diagnosticați în stadiul II, 50%-52% au fost diagnosticați în stadiul III, 45% -46% au fost diagnosticați în stadiul IV în timp ce niciunul nu a fost diagnosticat în stadiul I.



Grafic nr. 7 - Distribuția pacienților cu neoplasm bronhopulmonar în funcție de stadializare

În privința limitelor cercetării, rezultatele obținute nu ar putea fi generalizate pentru întreaga populație din cauza numărului redus de subiecți pe care a fost întreprinsă această anchetă epidemiologică – 225 în anul 2010 și 167 în anul 2011, a faptului că aceasta s-a desfășurat doar în orașul Brașov și a fost realizată în 24 de luni. O altă limită care poate fi menționată se referă la numărul redus al caracteristicilor socio-demografice ale pacienților, respectiv: genul, mediul de proveniență, vârsta și statusul de fumător. Incidența bolii ar putea fi influențată și de alte caracteristici, precum factorii genetici sau antecedentele pulmonare.

Concluzii

1. Neoplasmul bronhopulmonar apare cu o frecvență mai mare la bărbați.
2. Incidența cancerului pulmonar e mai crescută la vârsta modală 60-69 ani. Grupa de vârstă medie în anul 2010 este de 64,70 ani la bărbați și 62,87 ani la femei, iar în anul 2011 66,23 ani la bărbați și 64,75 ani la femei.
3. Incidența neoplasmului bronhopulmonar este mai mare în cazul persoanelor din mediul urban decât în cazul celor din mediul rural, posibil datorită poluării mai accentuate în oraș.
4. Neoplasmului bronhopulmonar apare mai des la fumători decât la nefumători, acest

viciu reprezentând principalul factor de risc pentru cancerul pulmonar.

5. Cea mai frecventă formă anatomo-patologică este carcinomul pavimentos.
6. Principalele metastaze extratoracice sunt cele cerebrale.
7. Din nefericire, pacienții se prezintă la medic, pentru diagnostic și tratament, în stadii tardive (III și IV) .

Bibliografie:

- [1] Black C., Verteuil R. de, Shonagh W., Ayres J., Boland A., Bagust A., Waugh N.: Population screening for lung cancer using computed tomography, is there evidence of clinical effectiveness? A systematic review of the literature; Thorax 2007 February; 62(2) 131–138 doi: 10.1136/thx.2006.064659;
- [2] Byrne M. M., Koru-Sengul T., Wei Zhao, Weissfeld J. L., Roberts M. S.; Health Care Utilization Following Screening for Lung Cancer; Published in final edited form as: Cancer. 2010 October 15; 116(20): 4793–4799. doi: 10.1002/cncr.25466
- [3] Ginsberg R.J., Vokes E.E., Rosenzweig K.: Non Small Cell Lung Cancer, in Cancer, Principles and practice of oncology, 6th editin, eds De Vita jr VT, Hellman S, Rosenberg SA- Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia 2001: 925-982;
- [4] Hocking W. G., Ping Hu, Oken M. M., Winslow S. D., Kvale P. A., Prorok P. C., Ragard L. R., Commins J., Lynch D. A., Andriole G. L., Buys S. S., Fouad M. N., Fuhrman C. R., Isaacs C., Yokochi L. A., Riley T. L., Pinsky P. F., Gohagan J. K., Berg C. D.: Lung Cancer Screening in the Randomized Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian (PLCO) Cancer Screening Trial, for the PLCO Project Team J Natl Cancer Inst. 2010 May 19; 102(10): 722–731. doi: 10.1093/jnci/djq126
- [5] Kumar S.: WHO intensifies war against tobacco in developing countries. Lancet 2000; 355.
- [6] Pass H.I.: new technologies and novel strategies. A Ann Surg Oncol 2000; 7: 171-3
- [7] Schottenfeld D.: Etiology and epidemiology of lung cancer in Lung Cancer. Principles and practice, 2nd edition; eds. Pass HT, Mitchell JB, Johnson DH, Turrisi AT, Minna JD Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, 2000, 367-388.
- [8] Toyoda Y., Nakayama T., Kusunoki Y., Iso H., Suzuki T.: Sensitivity and specificity of lung cancer screening using chest low-dose computed tomography, Br J Cancer. 2008 May 20; 98(10): 1602–1607. Published online 2008 May 6. doi: 10.1038/sj.bjc.6604351
- [9] Vaporcyian A.A., Nesbitt J.C., Lee J.S., Stevens C., Komaki R., Roth J.A.: Cancer of the lung, in cancer medicine 5th ed, eds. Bast RC, Kufe DW, Pollock RE, Weichselbaum RR, Holland JF, Frei E III-B.C. Decker Inc, Hamilton 2000: 1227-1292.
- [10] Yankelecitz D.F., Henschke Cl., Naidich D.P. et al: Early Lung Cancer Action project: initial findings on repeat screening.Cancer 2001;92:153-159.
- [11] Ordin nr.923 din 16 iulie 2004 privind aprobarea strategiei naționale de sănătate publică.