

Bollettino Epidemiologico Nazionale n°38

SETTIMANALE DELL'OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO NAZIONALE
ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA' MINISTERO DELLA SANITA'
LAB. EPIDEMIOLOGIA e BIOSTATISTICA DIREZIONE IGIENE PUBBLICA

3 settembre 1981

MELANOMA NEL COMUNE DI ROMA

Il melanoma maligno è il più letale tra i tumori della pelle (i tumori più comuni fra la popolazione bianca di tutto il mondo) ed ha negli ultimi anni, stimolato sempre più l'interesse di numerose unità di ricerca per l'aumento della sua incidenza nella razza caucasica.

Negli Stati Uniti, nel periodo 1945-1975, l'incidenza annuale del melanoma è passata da 1 a 6 per 100.000 abitanti (un raddoppio ogni 12 anni). Un andamento simile è stato riscontrato in Inghilterra e nei Paesi Scandinavi.

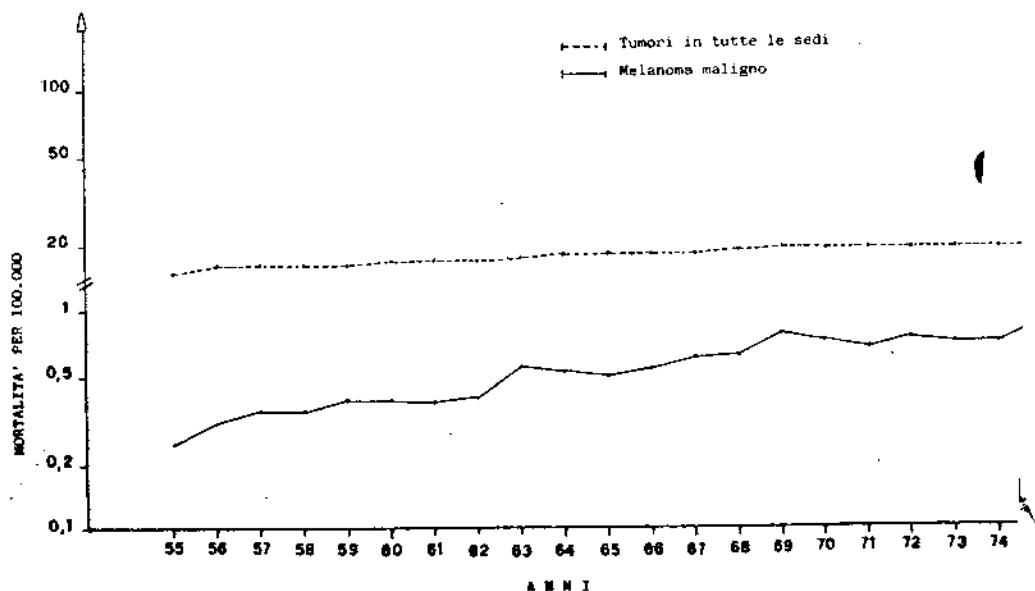
Molti Autori sostengono che il rapido aumento dell'incidenza del melanoma sia dovuto all'abitudine di esporsi sempre più al sole; attualmente questa ipotesi è in parte contestata e si tende ad attribuire più importanza alle diverse modalità di esposizione e, soprattutto, alla diffusa abitudine di esporsi per brevi periodi ad eccessive dosi di raggi ultravioletti. E' plausibile ipotizzare che queste brusche e saltuarie eccitazioni del sistema melanocitario rappresentino una concausa nell'aumento di incidenza del melanoma. Altri fattori, oltre il sole, potrebbero essere associati all'incremento dell'incidenza del melanoma o comunque potrebbero svolgere un'azione sinergizzante; fra questi la deplezione dell'ozono stratosferico, che causa un aumento della penetrazione nell'atmosfera delle radiazioni ultraviolette, e l'immissione nell'ambiente di sostanze che interferiscono con il sistema melanocitario. Tali sono ad esempio i gallati, il butil-idrossi-toluolo (BHT) ed il butil-idros-

si-anisolo (BHA) aggiunti ai cibi come antiossidanti; l'acido para-amino-benzoico (PABA) contenuto nelle creme solari come filtro protettivo; i poli-clorinati-bifenili (PCB) e il dimetil-benzantracene.

In Italia la mortalità per melanoma è notevolmente aumentata negli ultimi 20 anni; un'analisi dei dati ISTAT, per il periodo 1955-1975, ha mostrato che la mortalità è pressochè triplicata nel periodo in esame, passando da 0,25 a 0,85 per 100.000 abitanti (tassi standardizzati per età sulla popolazione italiana del 1975). Nello stesso periodo la mortalità per tumori in tutte le sedi è aumentata del 25% (da 15,6 a 19,5 per mili^A) (vedi figura).

L'incidenza per melanoma è stata valutata con uno studio condotto retrospettivamente per il periodo 1970-1979 in cui si è assunto come modello pilota il territorio di Roma.

Mortalità per melanoma e per tumori in tutte le sedi in Italia



L'indagine è stata condotta in tutti gli istituti di cura, sia pubblici sia privati, in cui operasse almeno una delle seguenti branche specialistiche: chirurgia generale, chirurgia plastica, radiologia, oncologia, medicina generale e dermatologia. Negli ospedali selezionati (18 su un totale di 27) gli Autori hanno personalmente preso visione dei registri di dimissione, dei registri delle analisi istologiche e delle cartelle cliniche. Per la rilevazione dei dati nelle case di cura private (83 sulle 126 della città) si è proceduto ad una indagine epistolare, seguita da una visita personale nelle cliniche avevano segnalato la presenza dei casi. Un caso di melanoma è stato definito come il primo ricovero di un paziente con diagnosi di melanoma della pelle confermata istologicamente e con residenza anagrafica a Roma. Sono stati esclusi i casi di melanoma dell'occhio e delle mucose.

Un'analisi preliminare dei dati relativi al 1979 ci ha permesso di stimare un'incidenza pari a $1,8 \times 100.000$, con un valore leggermente più elevato nelle femmine (1,9) rispetto ai maschi (1,7). Le classi di età più colpite, in entrambi i sessi, sono risultate quelle superiori ai 40 anni.

La distribuzione percentuale dei casi per sito anatomico ha messo in evidenza una differente distribuzione del tumore nei due sessi: mentre nelle donne risultano nettamente più colpiti gli arti inferiori (74%) negli uomini si ha una distribuzione più uniforme con percentuali più alte per il tronco (42%) e gli arti inferiori (37%). Questi dati anche se preliminari sono in accordo con i dati riportati in letteratura.

Riportato da: Reparto di Patologia Ambientale
Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica
ISS

Summary

Malignant melanoma of the skin has increased rapidly among white people during the last decades. In Italy the mortality rate has trebled in the last 20 years. An epidemiological study of this tumor was undertaken because of lack of extensive data. The period 1970-1979 was investigated using the city of Rome for a pilot study. In order to estimate the incidence of the tumor we considered only the 1st hospitalization of patients who residents of Rome, with a histological diagnosis of melanoma. The data which have been analyzed until now (that of 1979) have shown an incidence of 1.8 per 100,000 inhabitants.

Nota Editoriale

Il melanoma maligno è un tumore dei melanociti, le cellule che producono il pigmento della pelle; insorge prevalentemente sulla cute del corpo, ma si può localizzare anche in zone extracutanee come faringe, laringe, trachea, vagina ed occhio. Da un punto di vista istogenetico il melanoma presenta fasi di induzione anche di alcuni decenni ed il più delle volte deriva da una trasformazione maligna di nevi preesistenti, ma può insorgere anche su cute, almeno apparentemente, integra. Le classificazioni utilizzate per questo tumore sono numerose e basate su differenti criteri quali evoluzione clinica, spessore della lesione primitiva, livello di invasione (classificazione di Clark), quest'ultima, adottata dall'OMS, è la più in uso. E' possibile differenziare il melanoma in quattro forme clinico-patologiche come riportato nella seguente tabella.

Tipo di melanoma	Età media di insorgenza (anni)	Siti specifici	Velocità di sviluppo	Aspetto
Lentigo maligna	70	Viso, collo, mani;	Lenta: 5-20 anni	Neo piatto, 2-20 cm., margini irregolari, pigmentato. Aree rilevate indicano tumore invasivo.
Melanoma ad estensione superficiale.	47	Viso, collo, dorso, torace, donne).	Moderatamente lenta: anni.	Lesione lievemente rilevata con gine irregolare, ben distinto, netto, che può essere dentellato. Colore marrone e nero, mescolato con bianco, rosso.
Nodulare	50	—	Rapida: mesi.	Piccolo nodulo (3,0 cm.) isolato con margini lisci; colore uniforme: bianco, nero.
Acrolentiginoso	—	Palmo della mano, pianta del piede, letto ungueale, membrana mucosa.	—	Neo piatto con margini irregolari. Aree rilevate indicano tumore invasivo.

Melanoma primario della pelle nella razza caucasica (da "Protection against defection of stratospheric ozone by chlor fluorocarbons". National Academy of Sciences - Washington, DC. 1979).

Sorveglianza delle interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) nella Provincia di Trieste, negli anni 1979-1980.

Abbiamo raccolto e codificato i dati riguardanti le interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) nella Provincia di Trieste, per gli anni 1979-1980, dalle schede di rilevazione ISTAT, per legge compilate dopo ogni IVG presso gli istituti autorizzati, e depositate presso l'Ufficio del Medico Provinciale. Nel 1980 sono state riportate 1600 IVG, contro le 1221 dell'anno precedente, in donne residenti nella provincia, con un aumento di circa

il 30%; in entrambi gli anni, le IVG sono state richieste soprattutto da donne coniugate, di età non inferiore ai 25 anni, con uno o più figli (Tab. 1).

Come si può vedere, in termini numerici e percentuali, le IVG di donne di età inferiore ai vent'anni, rappresentano un problema meno consistente di quello che si riscontra in altri Paesi.

Invece, come risulta dalla Tab. 2, più dei 2/3 delle donne avevano avuto almeno una gravidanza a termine; da ciò si propone il momento del post-partum come ottimale per incoraggiare le utenti all'utilizzo dei servizi di pianificazione familiare.

Tab. 1 Distribuzione per età delle donne che hanno avuto IVG nella provincia di Trieste. Nel 1979 le informazioni sono limitate al secondo semestre.

Gruppi d'età	1979		1980	
	N°	%	N°	%
15 - 19	59	10.4	172	10.7
20 - 24	120	21.1	341	21.3
25 - 29	151	26.5	383	24.0
30 - 34	123	21.6	360	22.5
35 - 39	74	13.0	230	14.4
40 - 44	35	6.2	101	6.3
45 +	2	0.5	8	0.5
Non specificate	5	0.9	5	0.3
TOTALE IVG	569	100.0	1600	100.0

Tab. 2 Distribuzione delle IVG in funzione delle gravidanze precedenti. Nel 1979 le informazioni sono limitate al secondo semestre.

Gravidanze precedenti	1979		1980	
	N°	%	N°	%
0	168	29.5	460	28.7
1 +	396	69.6	1135	71.0
Non specificate	5	0.9	5	0.3
TOTALE IVG	569	100.0	1600	100.0

Dal 1979 al 1980 si è vista una diminuzione delle settimane di gestazione al momento dell'IVG (Tab. 3); si è anche riscontrata una diminuzione della durata modale della degenza, che è passata da 2 a 1 giorno (Tab. 4) nonostante che la totalità delle IVG, sia stata fatta in anestesia generale.

Tab. 3 Distribuzione delle IVG in funzione delle settimane di gestazione al momento dell'intervento. Nel 1979 le informazioni sono limitate al secondo semestre.

Settimane di gestazione	1979		1980	
	N°	%	N°	%
9	376	65.5	1233	77.0
10 - 12	143	25.0	325	20.3
13 +	10	1.7	19	1.2
Non conosciute	40	7.0	23	1.4
TOTALE IVG	569	100.0	1600	100.0

Tab. 4 Distribuzione delle IVG in funzione delle giornate di degenza relative all'intervento.

Giornate di degenza	1979		1980	
	N°	%	N°	%
0	26	2.1	3	0.2
1	498	40.8	944	59.0
2	519	42.5	600	37.5
3	135	11.0	30	1.9
4 +	31	2.5	20	1.3
Non specificate	12	1.0	3	0.2
TOTALE	1221	100.0	1600	100.0

Riportato da: Giorgio Benussi
Istituto di Igiene
Università di Trieste

TABELLA DELLE NOTIFICHE DELLE MALATTIE INFETTIVE dal 25/9/81 al 31/9/81

Malattie	Regione Umbria	° Regione Lombardia	Prov. Auton. Trento	Totale
EPATITE VIRALE	6	85	3	94
FEBBRE TIFOIDE		6		6
MENINGITE MENINGOCOCCICA		2		2
MORBILLO		198		198
SALMONELLOSI		150	1	151
PAROTITE EPIDEMICA	8	91	5	104
PERTOSSE		27		27
ROSOLIA	1	14		15
SCARLATTINA		46		46
TBC POLMONARE		11		11
TBC EXTRAPOLMONARE		1		1
VARICELLA	3	78	4	85
BLENNORRAGIA	2	34	9	45
BOTULISMO				
BRUCELLOSI		6		6
DIFTERITE				
DISSENTERIA BACILLARE		3		3
NEVRASSITI VIRALI		.		
SIFILIDE		12	9	21
POLIOMIELITE				
TETANO				

La trasmissione dei dati è a cura di:

Dr. Alimei, Sig. Pagliari per la Regione Umbria;

Dr. Rizzi, per la Regione Lombardia;

Dr. Gobbi, per la Provincia Autonoma di Trento.

° Le notifiche per le provincie di Pavia e Varese non sono pervenute.

INDICE

Melanoma nel Comune di Roma	<u>pag. 1</u>
Sorveglianza IVG nella Provincia di Trieste	<u>pag. 4</u>
Tabella delle notifiche - settimana 25-31/9/81	<u>pag. 7</u>

INDEX

Melanoma in Rome	<u>pag. 1</u>
IVG Surveillance in Province of Trieste	<u>pag. 4</u>
Table of Notifications - week 25-31/9/81	<u>pag. 7</u>

Il BEN è compilato nell'OEN, Reparto Malattie Trasmissibili, Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, Istituto Superiore di Sanità, viale Regina Elena 299, 00161 Roma. Telefono 06/4950314-4954617-4950607-493659.

Chiunque voglia ricevere il BEN può farne richiesta al suddetto indirizzo. Si ricorda che la trasmissione dei dati di sorveglianza deve essere effettuata ai numeri telefonici su riportati.