

BEN 84/36

BOLLETTINO EPIDEMIOLOGICO NAZIONALE

6 SETTEMBRE 1984

SETTIMANALE A CURA DEL LABORATORIO DI EPIDEMIOLOGIA E BIOSTATISTICA

IS - ICTO SUPERIORE DI SANITA' IN COLLABORAZIONE CON IL MINISTERO DELLA SANITA'

SPED. ABB. POST. GRUPPO I BIS 70%

TUMORI INTRACRANICI PRIMITIVI

STUDIO DI INCIDENZA NELLA PROVINCIA DI TRENTO. ANNI 1977-81

Le ricerche epidemiologiche nell'ambito della patologia neoplastica sono oggetto di sempre maggiore interesse; tanto che per alcuni tipi di tumore, relativi a determinati organi, è stato possibile prospettare l'esistenza di una associazione causale tra malattia e alcuni fattori individuali.

Per i tumori cerebrali sono pochissimi i lavori che affrontino il problema dal punto di vista eziologico. Sono stati condotti invece, vari studi descrittivi in molte parti del mondo.

I dati italiani disponibili sono compresi nell'Atlante della mortalità per Tumori in Italia (1970-72)⁽²⁾ e nella ricerca sulla Mortalità per tumori nella provincia di Varese (nel periodo di un anno: 1976-77)⁽³⁻⁴⁾.

A Trento nel quinquennio 1977-81 sono stati raccolti i casi incidenti di tumore intracranico primitivo, utilizzando tutte le fonti di informazione disponibili, non soltanto a livello provinciale, ma anche a quello ospedaliero e territoriale.

I codici scelti per la ricerca dei casi, relativi alle diagnosi di dimissione ospedaliera, sono stati quelli dell'VIII classificazione internazionale delle cause di morte (I.C.D./VIII).

I criteri di selezione dei casi sono stati i seguenti:

- diagnosi di tumore intracranico primitivo, benigno o maligno.

Sono state scelte le neoplasie che originano dal cervello e dalle meningi, escluse le metastasi e tumori del midollo spinale⁽¹⁾.

La classificazione adottata è stata quella indicata in bibliografia.⁽⁵⁾

- modalità di diagnosi non soltanto istologica, ma anche radiologica (CT e angiografia danno attualmente informazioni sufficienti, associate al quadro clinico, a porre non soltanto la diagnosi di neoplasia endocranica, ma spesso di sospettarne anche il tipo istologico).
- residenza del soggetto portatore di neoplasie entro i confini fisici della Provincia da almeno un anno prima della diagnosi di malattia. Tutti i casi individuati sono stati controllati e selezionati attraverso il riesame delle cartelle cliniche e dei risultati delle varie indagini strumentali eseguite.

Per lo studio di incidenza si è usato, come denominatore dello studio, la media della popolazione calcolata tra quella residente all'inizio della indagine (dati ISTAT) e quella del Censimento nazionale del 1981.

La media è risultata di 441.872 unità, suddivise in 215.289 maschi e 226.683 femmine.

Per rendere comparabili i tassi di incidenza si è quindi raggruppata la popolazione in esame per sesso e classi di età. I tassi di incidenza trovati (tassi grezzi) sono stati standardizzati sulla popolazione italiana (censimento 1971), europea e mondiale standard⁽⁶⁾. Si è calcolato altresì il rischio cumulativo.

Nel quinquennio 1977-81 sono stati rintracciati nella provincia di Trento 164 neoplasie primitive, 80 negli uomini e 84 nelle donne. I tumori maligni sono risultati 92 (53 nei maschi e 39 nelle femmine); quelli benigni 72 (27 nei maschi e 45 nelle femmine).

I tassi grezzi (Tab.1) relativi a tutti i tumori intracranici primitivi considerati corrispondono ai valori di 7.5/100.000/anno (7.3 nei maschi e 7.5 nelle femmine). La Tab.2 riporta quelli standardizzati. Prese separatamente, le neoplasie maligne hanno tassi di 4.2 (4.9 nei maschi e 3.5 nelle femmine) mentre quelle benigne di 3.3 (2.4 e 4.0)/100.000/anno.

Il rischio cumulativo di ammalare di tumore intracranico maligno della popolazione trentina, nell'arco della vita tra 0 e 74 anni si esprime nel valore di 8.2 per mille. Per i tumori benigni tale valore è inferiore (6.4 per mille).

La distribuzione dell'incidenza per classi di età per tutti i tumori

TABELLA 1. PROVINCIA DI TRENTO 1977-81: Tassi di incidenza x 100.000 Ab./anno dei tumori intracranici primitivi per età e sesso.

Classi di età	TUMORI MALIGNI			TUMORI BENIGNI		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
0-4	2.9	-	1.5	-	-	-
5-9	-	1.3	0.7	-	-	-
10-14	5.5	3.5	4.5	1.1	-	0.6
15-19	1.1	3.4	2.3	1.1	-	0.6
20-24	1.2	2.5	1.9	-	2.5	1.3
25-29	1.2	1.3	1.3	-	5.2	2.6
30-34	1.3	1.3	1.3	4.1	4.0	4.0
35-39	1.4	1.4	1.4	1.4	4.2	2.8
40-44	5.9	1.5	3.7	-	2.9	1.4
45-49	4.5	5.9	5.2	3.0	10.3	6.7
50-54	18.8	5.5	12.2	11.6	6.9	8.8
55-59	12.6	4.7	8.7	5.4	9.4	7.4
60-64	18.4	11.4	14.7	6.9	5.7	6.3
65-69	6.3	6.6	6.5	6.3	8.3	7.3
70-74	5.3	7.4	6.4	2.6	7.4	5.0
≥75	2.5	1.3	1.9	-	1.4	0.7
Totale popolazione	4.9	3.5	4.2	2.4	4.0	3.3

intracranici primitivi costituisce una curva con andamento bimodale, con un primo picco nella classe 10-14, successivo declino e quindi ascesa della linea, a partire dalla classe 40-45 fino al secondo picco, più alto, corrispondente ai 50-60 anni.

Nelle età più avanzate la curva registra un secondo declino. Tale curva ripercorre con qualche variante quella ottenuta nelle altre indagini pubblicate.

I gliomi (astrocitomi di 1° e 2° e 3°-4° tipo), nella casistica raccolta, sono 64 con un tasso di 2.9 (3.5 negli uomini e 2.3 nelle donne). I meningiomi sono risultati 36 con un tasso di 1.6 (1.3 e 2.1 rispettivamente nei maschi e nelle femmine) e gli adenomi ipofisari 25 con un tasso di 1.1 (0.6 e 1.6/100.000/anno).

TABELLA 2. PROVINCIA DI TRENTO 1977-81: Incidenza dei tumori intracranici.
I tassi sono espressi per 100.000 Ab/
/anno - Per la popolazione europea e
mondiale la standardizzazione è se-
condo Segi⁽⁶⁾.

	Tassi grezzi	Tassi standardizzati			Rischio cumulativo (0-74a)
		Italia	Europa	Mondo	
Tumori maligni	4.2	4.2	4.3	3.7	8.2‰
Tumori benigni	3.3	2.9	3.4	2.5	6.4‰

Gli astrocitomi più maligni (tipo 3°-4°) sono più numerosi nei maschi (rapporto m/f=1.6). Per i tumori benigni si nota invece una prevalenza nelle donne (rapporto m/f=0.6 per i meningiomi e 0.4 per gli adenomi ipofisari).

La diagnosi fu istologica in 115 casi (70%) con percentuali diverse nei vari gruppi presi in considerazione: per i tumori considerati benigni la conferma microscopica raggiunge il 97%; mentre per i tumori maligni è del 60%.

BIBLIOGRAFIA

1. Annegers J.F. et al. Arch.Neurol. 1981, 38:217-219.
2. Cislighi C. e coll.: Atlante della mortalità per tumori in Italia. 1970-72. Roma 1978.
3. Epidemiologia dei tumori maligni: incidenza e mortalità in provincia di Varese. 1976-77. Notizie Sanità. Regione Lombardia n.31, 1981.
4. Riboli E., Macaluso M. Atti del 2° conv.naz. Neuroepidemiologia, Milano 1980.
5. Schöenberg B.S. et al. Cancer, 1977, 40: 1961-67.
6. Watherhouse J., Muir C., Correa P. et al. vol.3 Berlin and New York: International Union against cancer - 1976.

Riportato da: G. Ferrari, M.G. Lovaste, M. Moresco e G. Rossi⁽⁺⁾
Divisione di Neurologia di Trento e⁽⁺⁾ Rovereto

TABELLA DELLE NOTIFICHE DELLE MALATTIE INFETTIVE DAL 28/8/84 AL 3/9/84

REGIONI	EPATITE VIRALE	FEBBRE TIFOIDE	MENINGITE MENING.	MORBILLO	SALMONELLOSI	PAROTITE EPID.	PERTOSSE	ROSOLIA	SCARlattINA	T.B.C.POLMONARE	T.B.C. EXTRAPOL.	VARICELLA	BLINORRAGIA	BOTULISMO	BRUCELLOSI	DIFTERITE	DISSENTERIA BAC.	NEVRASSITI VIRALE	SIFILIDE	POLIOMIELITE	TETANO
ABRUZZO	8		1	7	10	3	6	1													
BASILICATA	12			1	1	8				1		2			3						
CALABRIA	8	3		4	3	3	7	1							3						
CAMPANIA	55	12		6	2	1	2	7		1		7			10				1		
EMILIA R.	44			30	54	16	28	4	2	9	2	34	7		1			5	11		
FRIULI	9			1	12	1	2	2	3	5	1	21							6		
LAZIO	27	7	1	10	16	17	18	7	3	7	3	24	1		7		1	1	4		
LIGURIA	23			10	4	4		3		2	1	8	2					1			
LOMBARDIA																					
MARCHE	5		1	2	2	6	2	1	1			7	1					3			
MOLISE	34		1	3	1	2	5			2		4			5						
PIEMONTE																					
PUGLIA	115	10		6	2	5	10	3		7		5			4				2		
SARDEGNA	9	11	1	4	3		16	2		1		5			4						
SICILIA	38	3		5	3	2	6			2		11			11				2		
TOSCANA	36			7	19	8	13	9		6		11	2				1		1		
UMBRIA	3			1	2	1		4				6			1						1
VAL D'AOSTA				1		3															
VENETO	39	1		38	56	20	20	7	1	4		28	6		1			2	2		
BOLZANO	4			2	4		4	1		1		4	1								
TRENTO	1			1	3				1			1	10						4		

NOTE: Abruzzo: 8/15 USL; Basilicata: 6/7 USL; Calabria: 21/31; Lazio: 51/59 USL; Liguria 12/20 USL; Marche: 8/24 USL; Sardegna: 15/22 USL; Toscana: 33/40 USL; Umbria: 9/12 USL; Veneto: 35/36 USL.

Il Sistema Informativo Rapido Malattie Infettive (SIRMI) è un sistema sperimentale volontario.

Il SIRMI è parzialmente finanziato dal Progetto finalizzato CNR "Controllo delle Malattie da Infezione"

DALL'ESTERO.

AIDS. RAPPORTO PRELIMINARE SULLA SITUAZIONE IN EUROPA NEL 1983.

L'Hospital Claude de Bernard di Parigi (Francia) è stato di recente designato WHO Collaborating Centre per la sorveglianza dell'AIDS. Ad esso afferiscono le informazioni da parte di quei paesi europei che hanno impiantato dei sistemi nazionali di sorveglianza negli ultimi 2 anni; attualmente i paesi afferenti sono 11.

Ad eccezione della Danimarca e della Svezia, che hanno reso la AIDS malattia soggetta a notifica, negli altri paesi il sistema si basa sulle informazioni volontariamente fornite dagli operatori sanitari.

Nella Tabella 1 vengono presentati i casi di AIDS verificatisi fino all'ottobre '83 ed al giugno '84 negli undici paesi.

TABELLA 1. NUMERO TOTALE DEI CASI DI AIDS ALL'OTTOBRE '83 E AL GIUGNO '84
IN 11 PAESI EUROPEI.

Paese	Ottobre '83 1983	Giugno '84 1984	Tasso x milione di abitanti
Belgio	38	50	5.0
Danimarca	13	26	5.0
Francia	94	138	2.6
Rep.Fed.Tedesca	42	76	1.2
Grecia	--	2	0.2
Italia	3	7	0.1
Olanda	12	13	0.9
Spagna	6	12	0.3
Svezia	4	7	0.8
Svizzera	17	18	3.0
Regno Unito	24	42	0.8
TOTALE	253	391	1.3

Come si può notare durante il 1983 l'incremento di tipo esponenziale del numero di casi sembra essersi arrestato in Europa e negli USA, anche se questa osservazione deve essere confermata nell'anno in corso.

AIDS Test la ricerca di anticorpi anti-HTLV-III. In attesa di una verifica del ruolo eziologico dell'HTLV-III nell'etiologia dell'AIDS e stanti i lavori del National Cancer Institute di Bethesda (USA) (vedi BEN 84/20) e dell'Istituto Pasteur di Parigi (Francia) che comprovano la presenza di retrovirus nei pazienti affetti da AIDS, l'industria americana si prepara a produrre e mettere in commercio dei tests in grado di determinare la presenza di anticorpi anti-HTLV-III nel sangue.

Per ora il governo americano ha concesso una licenza all'industria biotecnologica per la produzione di grandi quantità di antigene virale che sarà utilizzato per lo screening dei donatori di sangue, in modo da ridurre o eliminare il rischio di contagio dell'AIDS attraverso l'emotrasfusioni o le terapie con emoderivati.

Inizialmente si pensa di utilizzare il test nelle banche del sangue, nei centri di plasmaferesi, di ematologia e nei centri di ricerca medica.

Riportato su: Weekly Epidemiological Record 1984 n°29:227 e n°32:249.

STAMPE

In caso di mancato recapito restituire al mittente:
Bollettino Epidemiologico Nazionale
Istituto Superiore di Sanità
Viale Regina Elena, 299
00161 Roma

INDICE

TUMORI INTRACRANICI PRIMITIVI. STUDIO DI
INCIDENZA NELLA PROVINCIA DI TRENTO. ANNI 1977-81.
TABELLA DELLE NOTIFICHE-SETTIMANA 28/8-3/9/84.
DALL'ESTERO. AIDS. RAPPORTO PRELIMINARE SULLA
SITUAZIONE IN EUROPA NEL 1983.

INDEX

INCIDENCE STUDY ON PRIMITIVE INTRACRA-
NIAL TUMOURS - TRENTO 1977-81.
TABLE OF NOTIFICATIONS-WEEK 28/8-3/9/84.
FROM ABROAD. AIDS. PRELIMINARY REPORT ON
EUROPEAN SITUATION IN 1983.

Direttore Responsabile: Prof. Francesco Pocchiari
Reg.Trib. Roma 154/83 del 22/4/83

Il *Bollettino Epidemiologico Nazionale* è redatto presso il Reparto Ma-
lattie Infettive, Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica (Direttore:
Prof. A. Zampieri) dell'Istituto Superiore di Sanità, Roma, ed è riprodotto
in proprio presso il Settore Editoriale dello stesso Istituto.

Relazioni scritte su casi, epidemie, rischi ambientali e del lavoro,
o altri problemi di igiene pubblica, interessanti per gli operatori sanitari
sono bene accette, e possono essere indirizzate, come qualsiasi
altra comunicazione o richiesta, a:

Bollettino Epidemiologico Nazionale - Istituto Superiore di Sanità -
- Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma.

Citazioni possono essere ammesse solo dietro richiesta.