

Epidemiologia e prevenzione dei tumori colorettali e urogenitali

Mauro Palazzi

Direttore U.O. Epidemiologia e Comunicazione
Centro Screening Oncologici -Cesena
AUSL Romagna

Epidemiologia e tendenze

Fattori di
rischio e
prevenzione

I NUMERI
DEL CANCRO
IN ITALIA
2016



incidenza



Rango	Maschi	Femmine	Tutta la popolazione
1°	Prostata (19%)	Mammella (30%)	Mammella (14%)
2°	Polmone (15%)	Colon-retto (13%)	Colon retto (13%)
3°	Colon-retto (13%)	Polmone (6%)	Polmone (11%)
4°	Vescica* (11%)	Tiroide (5%)	Prostata (10%)
5°	Stomaco (4%)	Utero corpo (5%)	Vescica (7%)

TABELLA 6. Primi cinque tumori più frequentemente diagnosticati e proporzione sul totale dei tumori (esclusi i carcinomi della cute) per sesso. Pool AIRTUM 2008-2012.

*Comprende sia tumori infiltranti sia non infiltranti.

Incidenza per età

Rango	Maschi			Femmine		
	Età			Età		
	0-49	50-69	70+	0-49	50-69	70+
1°	Testicolo (12%)	Prostata (22%)	Prostata (20%)	Mammella (41%)	Mammella (35%)	Mammella (21%)
2°	Cute (melanomi) (9%)	Polmone (15%)	Polmone (17%)	Tiroide (15%)	Colon-retto (12%)	Colon-retto (17%)
3°	Linfoma non- Hodgkin (8%)	Colon-retto (13%)	Colon-retto (14%)	Cute (melanomi) (7%)	Utero corpo (7%)	Polmone (7%)
4°	Colon-retto (8%)	Vescica* (10%)	Vescica* (12%)	Colon-retto (4%)	Polmone (7%)	Stomaco (5%)
5°	Tiroide (8%)	Vie aero-digestive superiori** (5%)	Stomaco (5%)	Utero cervice (4%)	Tiroide (5%)	Pancreas (5%)

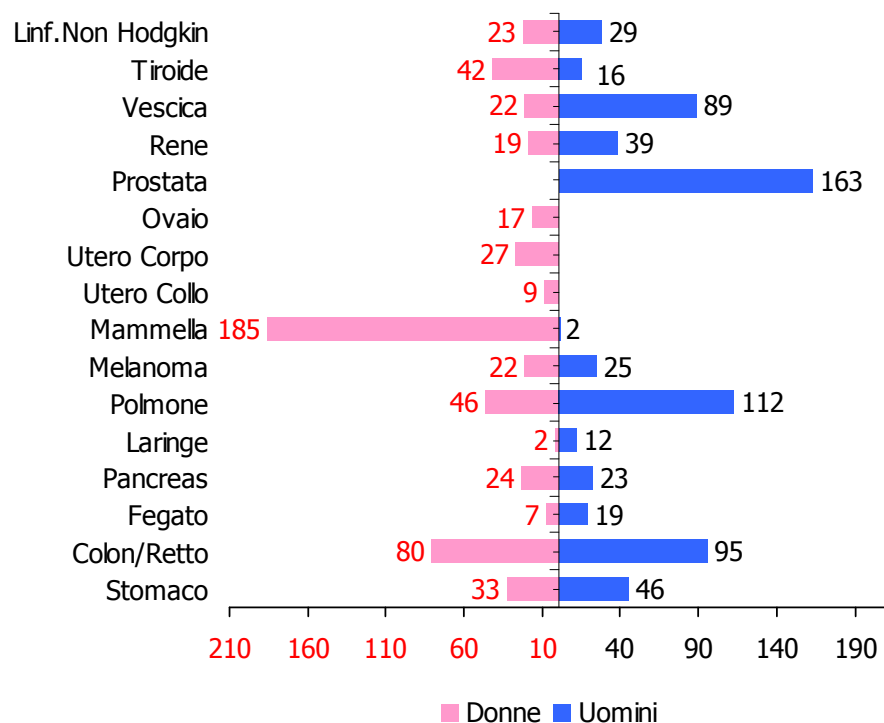
TABELLA 7. Primi cinque tumori in termini di frequenza e proporzione sul totale dei tumori incidenti (esclusi i carcinomi della cute) per sesso e fascia di età. Pool AIRTUM 2008-2012.

*Comprende sia tumori infiltranti sia non infiltranti.

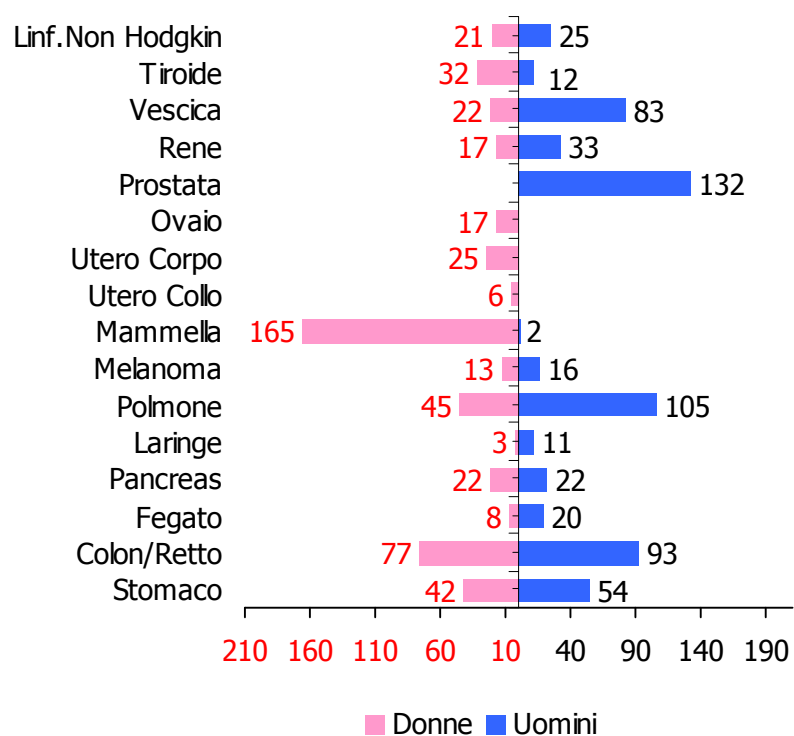
**Comprende lingua, bocca, orofaringe, rinofaringe, ipofaringe, faringe NAS, laringe.

Tasso grezzo di nuovi casi di tumore per 100.000 abitanti. Ausl Romagna e ambito territoriale Cesena, 2008-2012

Ausl Romagna

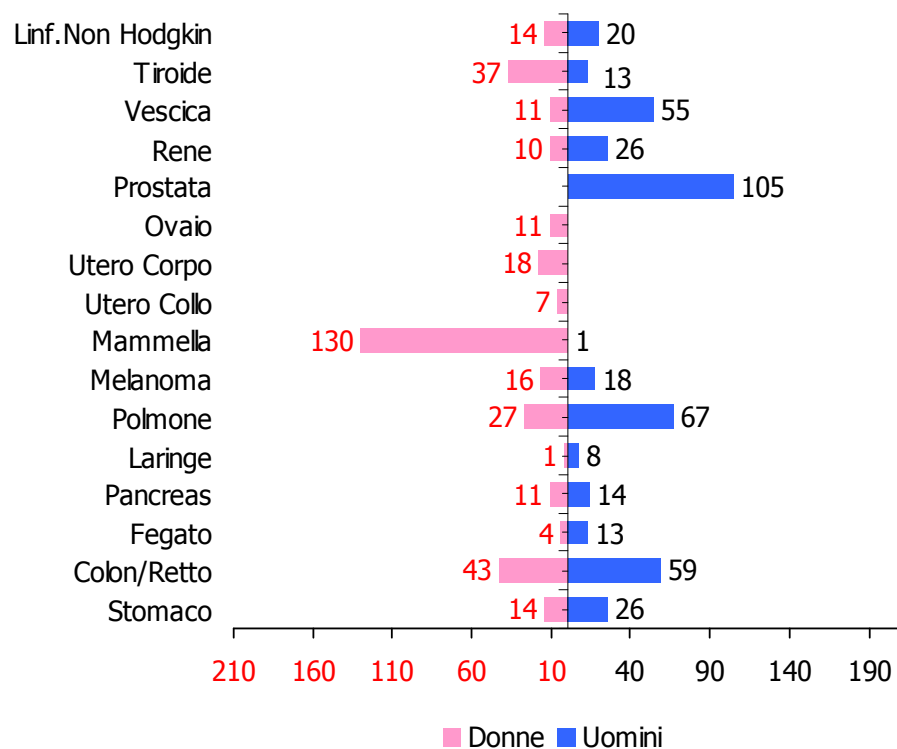


Ambito Cesena

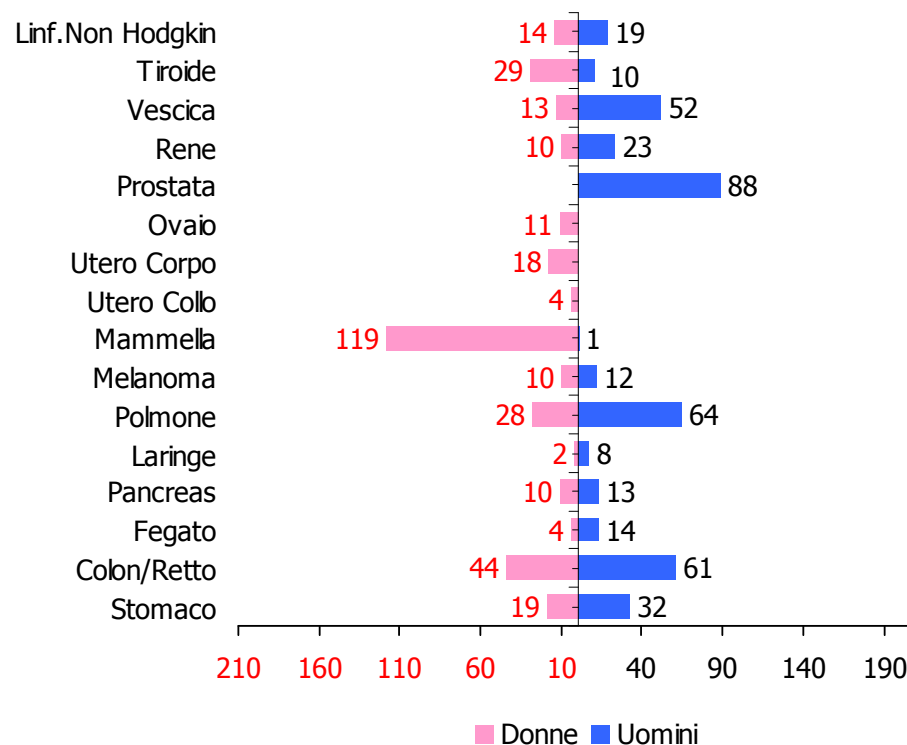


Tasso Standardizzato di nuovi casi di tumore per 100.000 abitanti. Ausl Romagna e Ambito territoriale Cesena, 2008-2012

Ausl Romagna



Ambito Cesena



mortalità

Rango	Maschi	Femmine	Tutta la popolazione
1°	Polmone (26%)	Mammella (17%)	Polmone (19%)
2°	Colon-retto (10%)	Colon-retto (12%)	Colon-retto (11%)
3°	Prostata (8%)	Polmone (11%)	Mammella (7%)
4°	Fegato (7%)	Pancreas (7%)	Stomaco (6%)
5°	Stomaco (6%)	Stomaco (6%)	Pancreas (6%)

TABELLA 9. Prime cinque cause di morte tumorali più frequenti e proporzione sul totale dei decessi oncologici per sesso. Pool AIRTUM 2008-2012.

Mortalità per età

Rango	Maschi			Femmine		
	Età			Età		
	0-49	50-69	70+	0-49	50-69	70+
1°	Polmone (14%)	Polmone (30%)	Polmone (26%)	Mammella (29%)	Mammella (21%)	Mammella (16%)
2°	Sistema nervoso centrale (10%)	Colon-retto (10%)	Colon-retto (10%)	Polmone (9%)	Polmone (14%)	Colon-retto (12%)
3°	Colon-retto (8%)	Fegato (8%)	Prostata (8%)	Colon-retto (7%)	Colon-retto (10%)	Polmone (11%)
4°	Leucemie (7%)	Pancreas (6%)	Fegato (7%)	Ovaio (6%)	Pancreas (7%)	Pancreas (7%)
5°	Fegato (7%)	Stomaco (6%)	Stomaco (6%)	Sistema nervoso centrale (6%)	Ovaio (7%)	Stomaco (6%)

TABELLA 10. Prime cinque cause di morte oncologica e proporzione sul totale dei decessi per tumore per sesso e fascia di età. Pool AIRTUM 2008-2012.

Aumentano con l'età

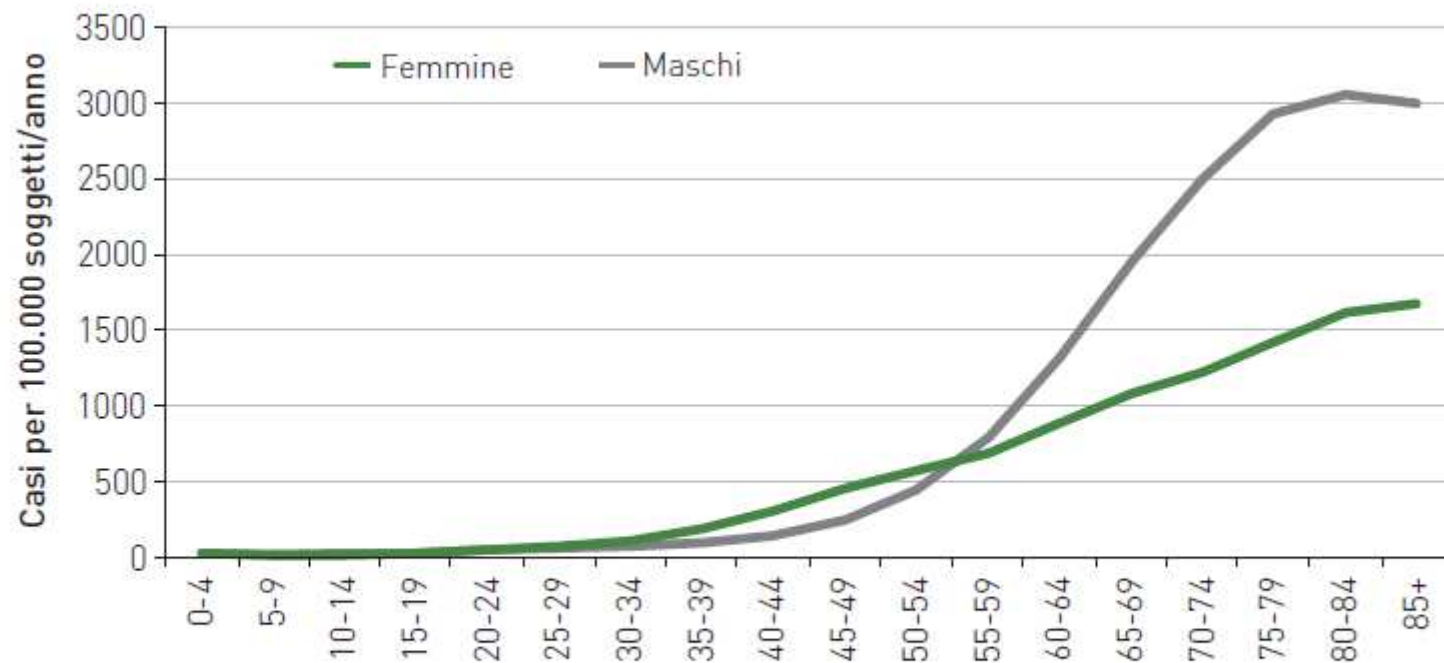


FIGURA 2. AIRTUM 2008-2012. Tassi età-specifici (x 100.000) per sesso. Tutti i tumori esclusi carcinomi della cute.

Aumentano le diagnosi (+4% in 13 anni)
per invecchiamento popolazione
(in riduzione negli uomini e in aumento nelle donne)

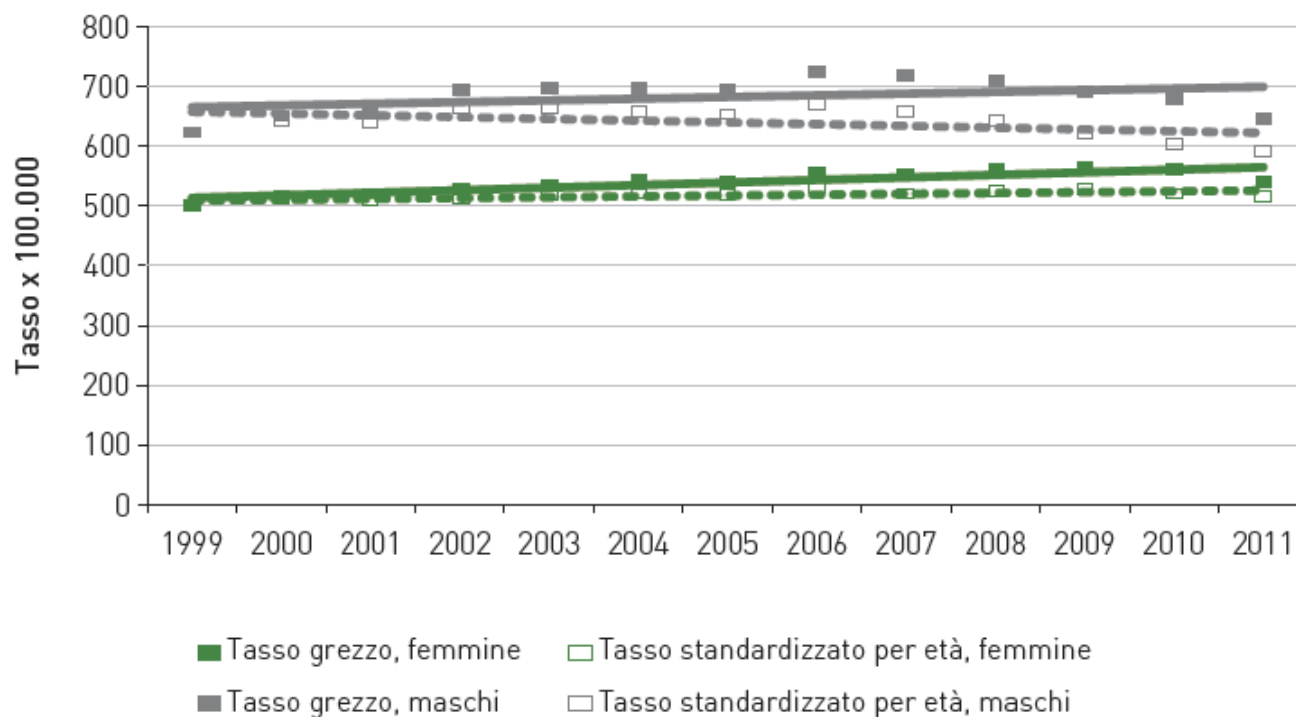


FIGURA 3. AIRTUM 1999-2011. Trend di incidenza per tutti i tumori (esclusi carcinomi della cute), tassi grezzi e standardizzati (popolazione AIRTUM 1999), maschi e femmine.

Calano incidenza e mortalità nell'uomo

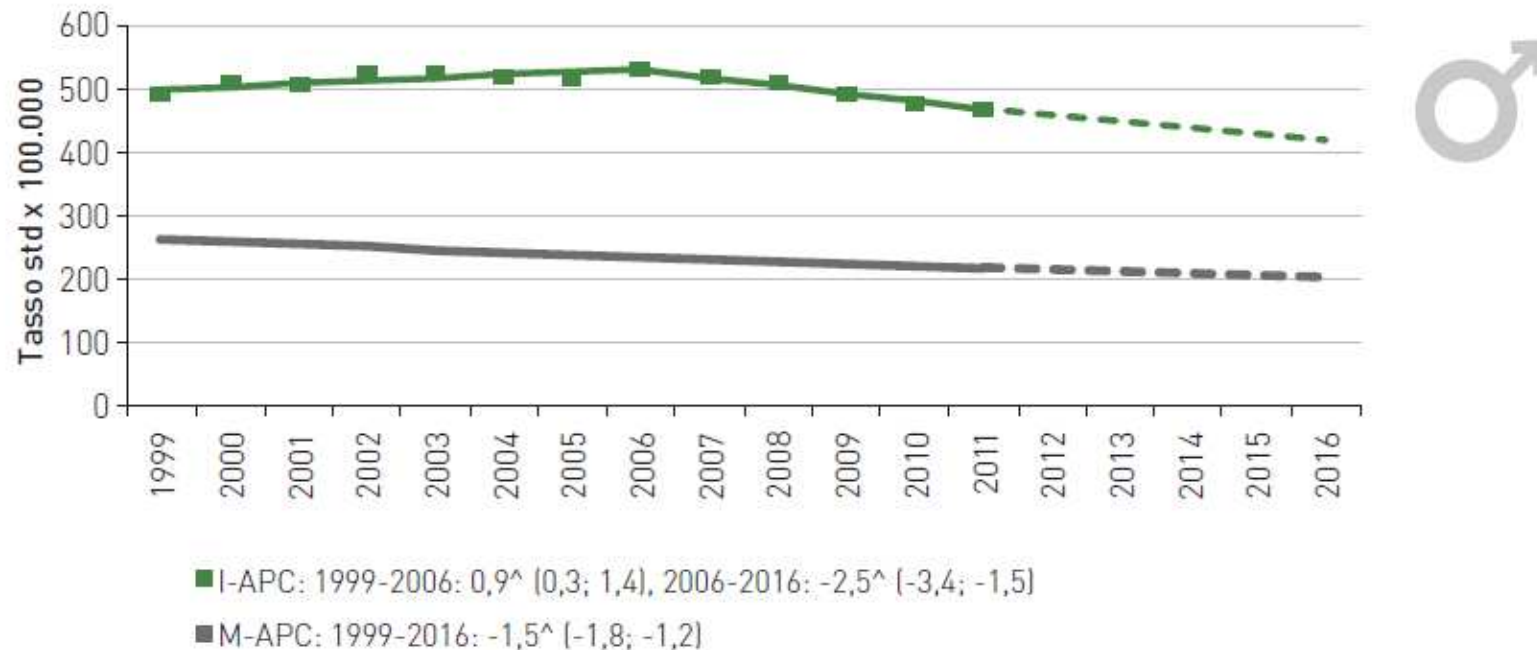


FIGURA 7A. Tutti i tumori, esclusi carcinomi della cute, maschi. AIRTUM: stima dei trend tumorali di incidenza e mortalità 1999-2016. Tassi standardizzati popolazione europea. APC = Annual Percent Change (variazione percentuale media annua), I = incidenza, M = mortalità.

Aumenta incidenza e cala mortalità nella donna

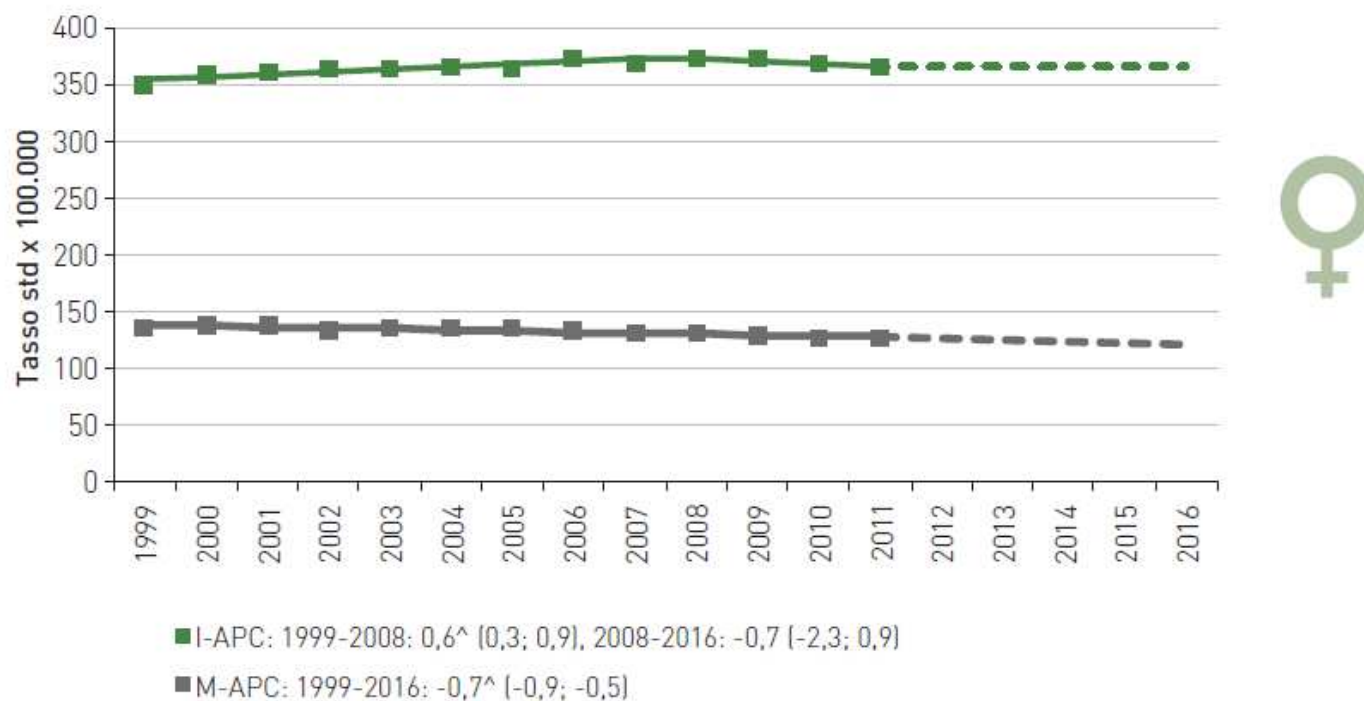


FIGURA 7B. Tutti i tumori, esclusi carcinomi della cute, femmine. AIRTUM: stima dei trend tumorali di incidenza e mortalità 1999-2016. Tassi standardizzati popolazione europea. APC = Annual Percent Change (variazione percentuale media annua), I = incidenza, M = mortalità.

Uomini

In calo ↓

- vie aereo digestive sup.
- esofago
- stomaco
- colon-retto
- fegato
- polmone
- prostata
- vescica

In crescita ↑

- pancreas
- melanomi
- testicolo
- rene

Donne

In calo ↓

- stomaco
- colon-retto
- vie biliari
- cervice uterina
- ovaio

In crescita ↑

- polmone
- melanoma
- corpo dell'utero
- rene
- tiroide

Tumore mammella

soprav. a 5 aa: 86%

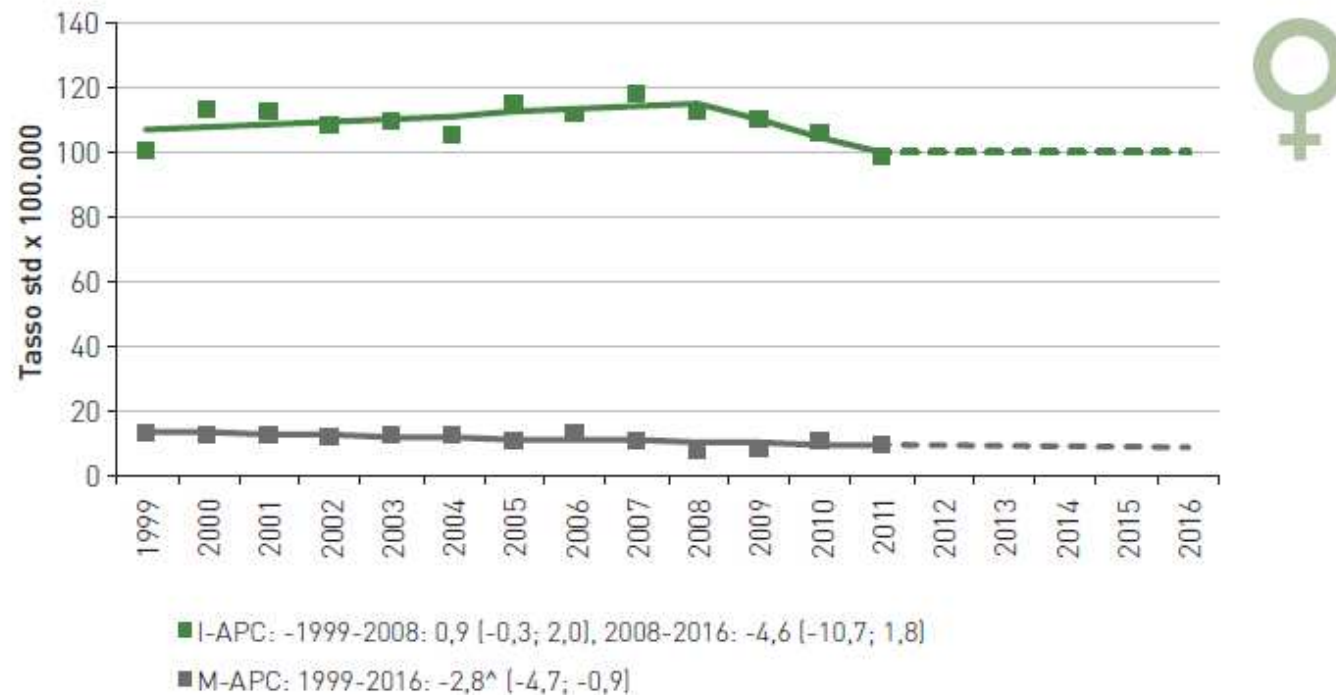


FIGURA 19B. Tumore della mammella femminile. Età 35-44 anni. AIRTUM: stima dei trend tumorali di incidenza e mortalità 1999-2016. Tassi standardizzati popolazione europea. APC = Annual Percent Change (variazione percentuale media annua), I = incidenza, M = mortalità.

Tumore polmone

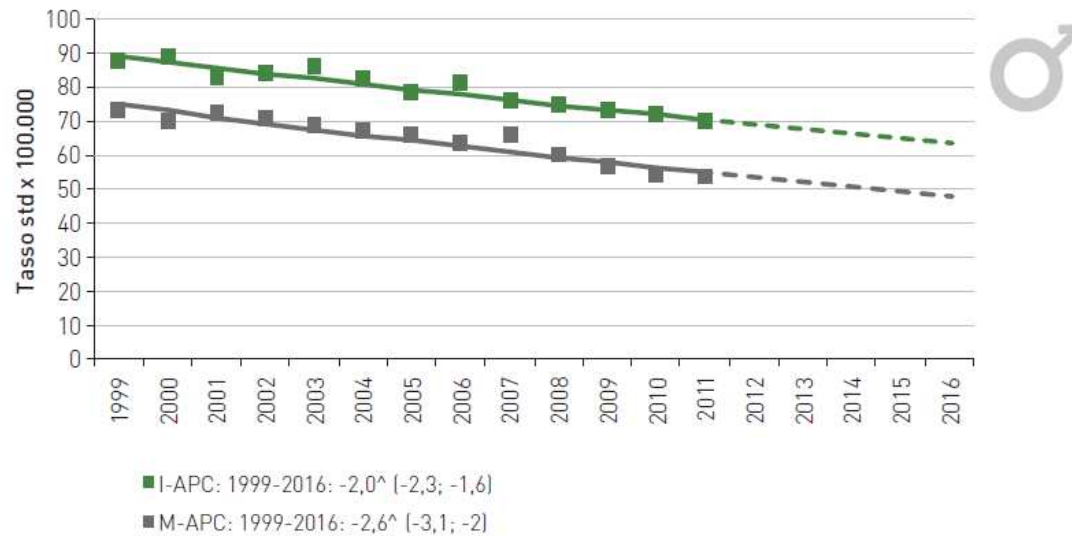


FIGURA 15A. Tumore del polmone, maschi. AIRTUM: stima dei trend tumorali di incidenza e mortalità 1999-2016. Tassi standardizzati popolazione europea. APC = Annual Percent Change (variazione percentuale media annua), I = incidenza, M = mortalità.

soprav. a 5 aa: 14%



Tumore del colon retto

Incidenza e mortalità in riduzione
inizio screening nel 2005
sopravvivenza a 5 anni (60%)

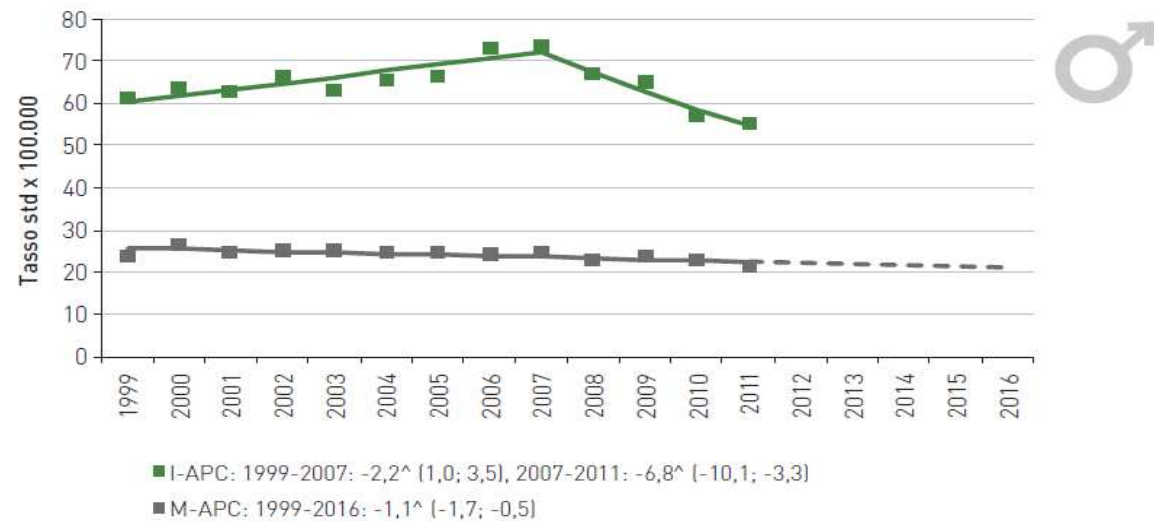
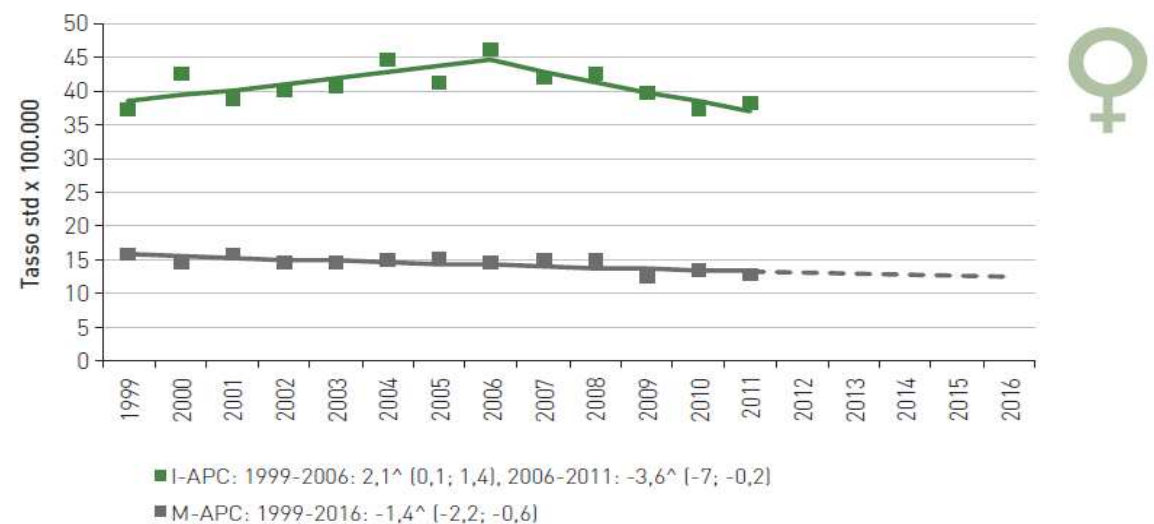


FIGURA 11A. Tumore del colon-retto, maschi. AIRTUM: stima dei trend tumorali di incidenza e mortalità 1999-2016. Tassi standardizzati popolazione europea. APC = Annual Percent Change (variazione percentuale media annua), I = incidenza, M = mortalità. Nota: proiezione del trend di incidenza non disponibile.



Prostata:

Incidenza e mortalità in riduzione
sopravvivenza a 5 anni (89%)

Tumore della prostata

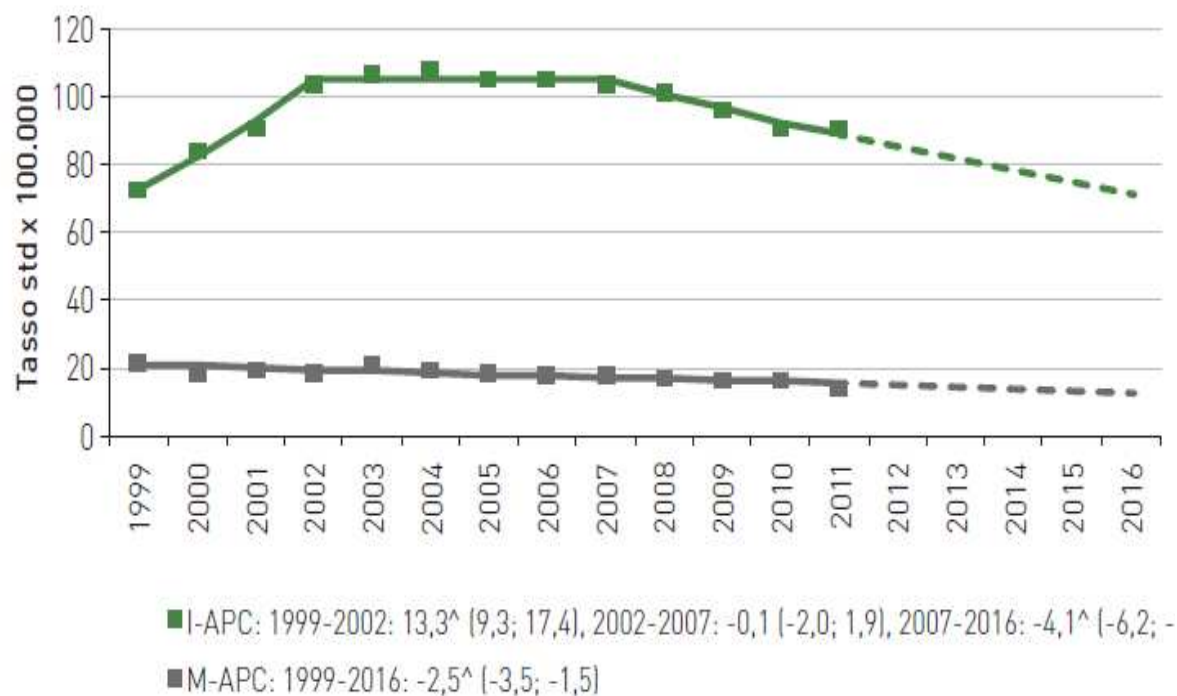


FIGURA 22. Tumore della prostata. AIRTUM: stima dei trend tumorali di incidenza e mortalità 1999-2016. Tassi standardizzati popolazione europea. APC = Annual Percent Change (percentuale media annua), I = incidenza, M = mortalità.

Testicolo

incidenza in aumento

mortalità stazionaria sopravvivenza a 5 anni 90%

Tumore del testicolo

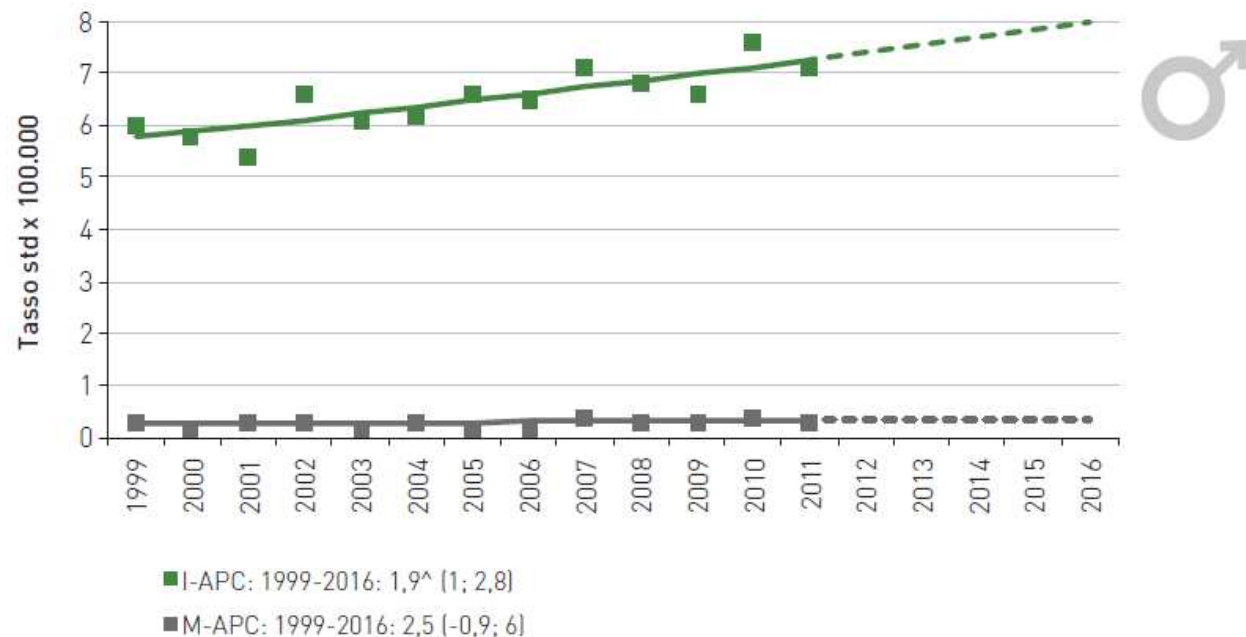


FIGURA 23. Tumore del testicolo. AIRTUM: stima dei trend tumorali di incidenza e mortalità 1999-2016. Tassi standardizzati popolazione europea. APC = Annual Percent Change (variazione percentuale media annua), I = incidenza, M = mortalità.

Rene e vie urinarie

incidenza in aumento

mortalità stazionaria

soprav. a 5 aa 67%

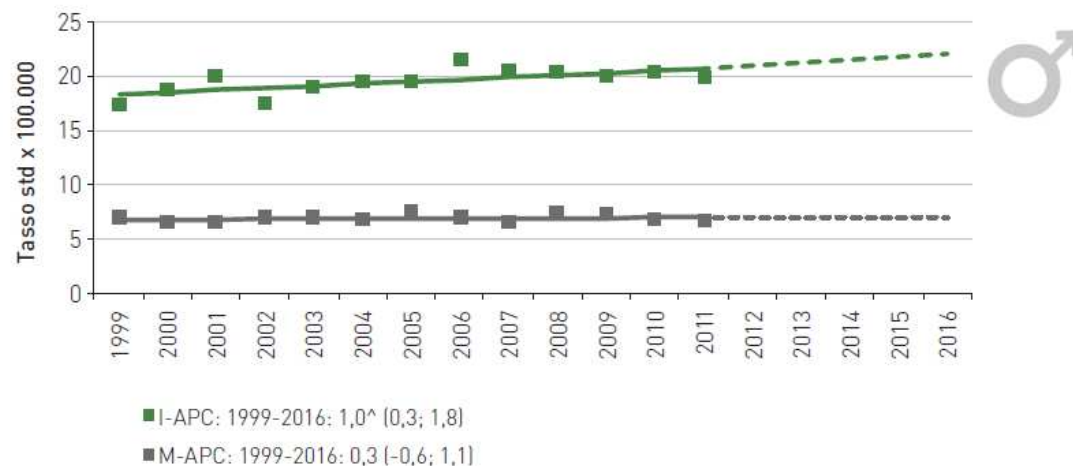
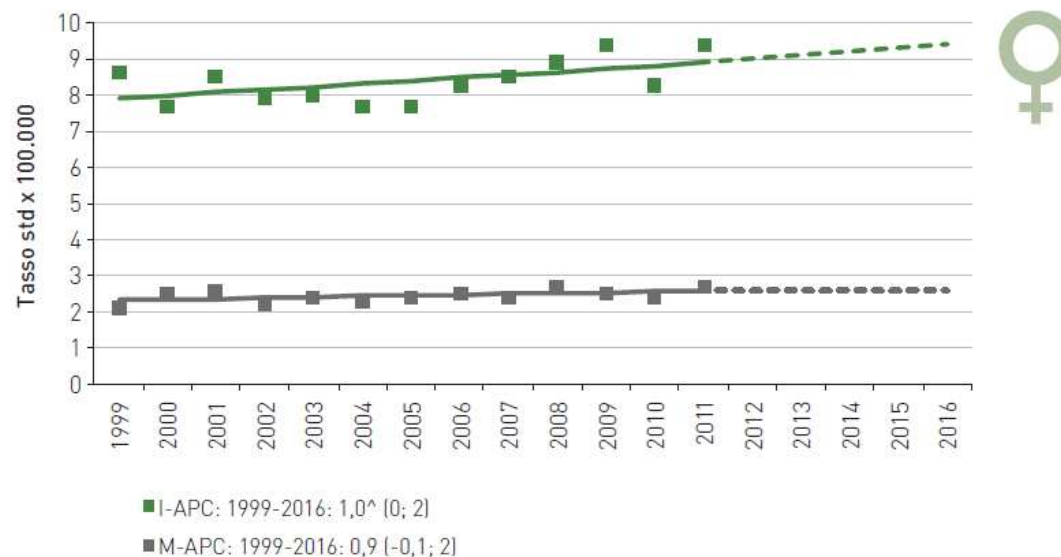


FIGURA 24A. Tumore del rene e delle vie urinarie,* maschi. AIRTUM: stima dei trend tumorali di incidenza e mortalità 1999-2016. Tassi standardizzati popolazione europea. APC = Annual Percent Change (variazione percentuale media annua), I = incidenza, M = mortalità.

*I tumori delle vie urinarie rappresentano il 15% del totale.



Vescica

nell'uomo in
diminuzione
incidenza e
mortalità
(fumo)

soprav. a 5 aa
78%

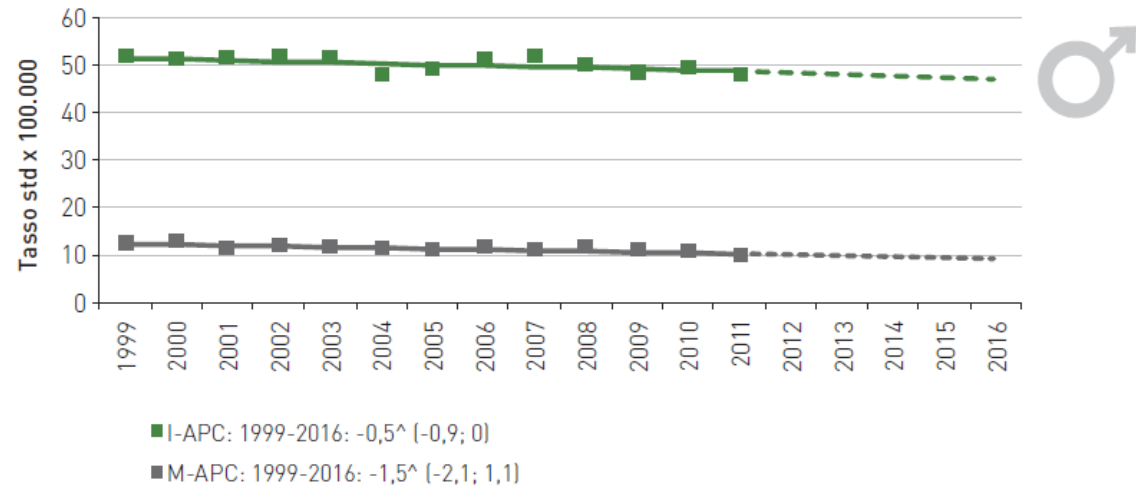
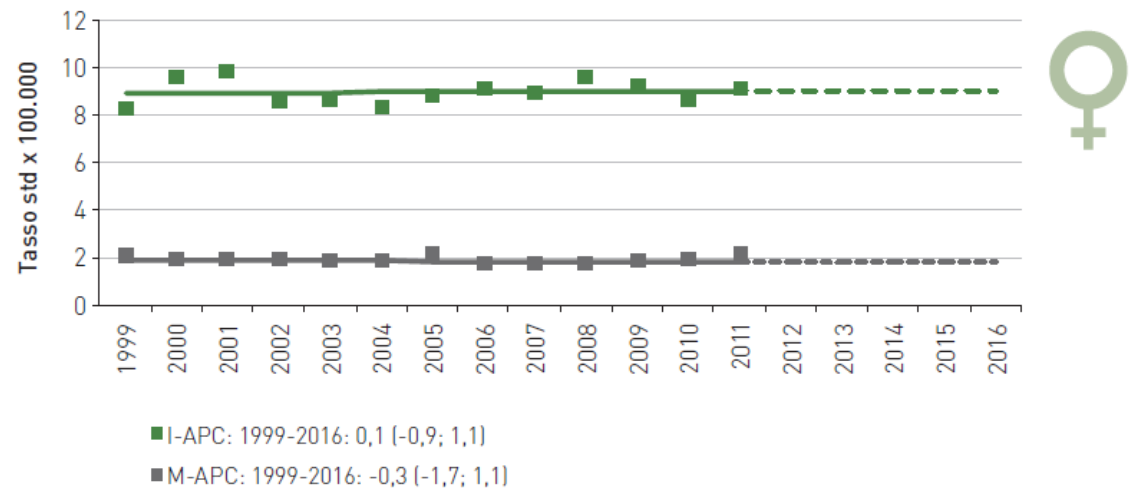


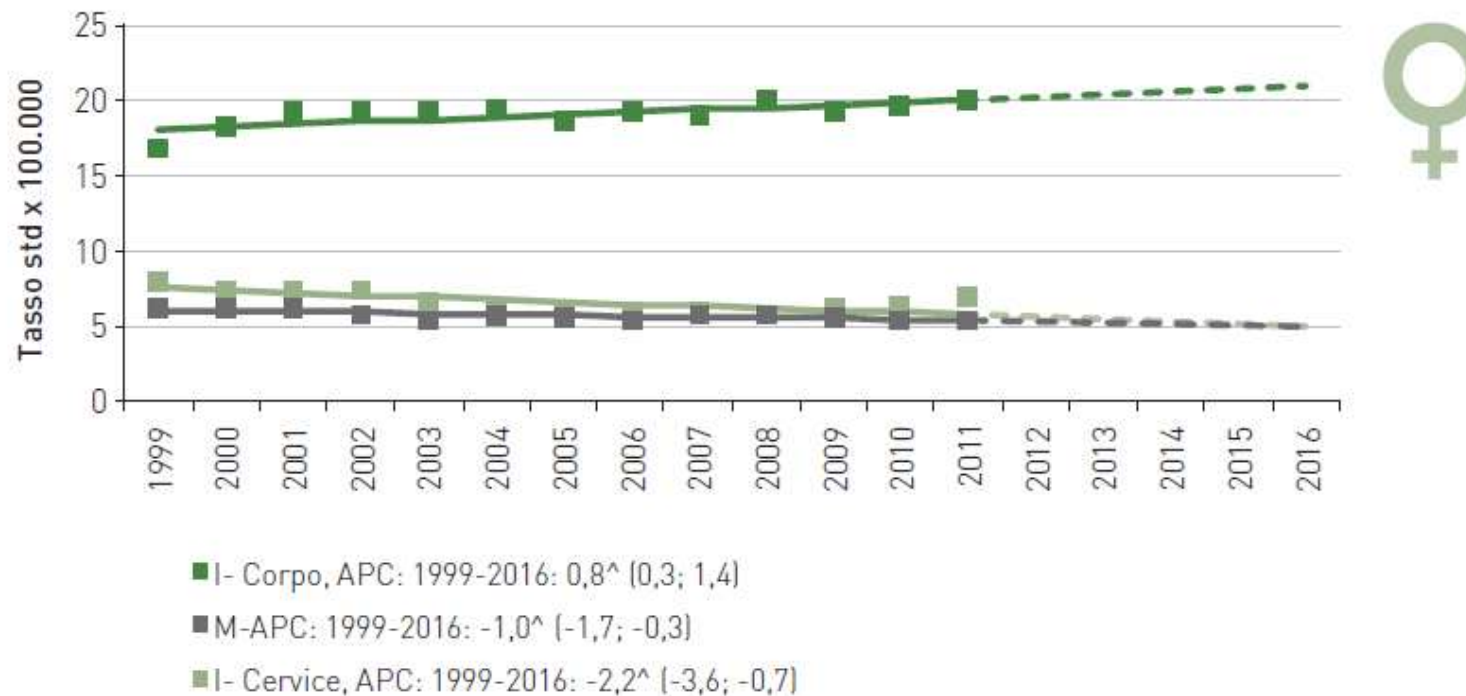
FIGURA 25A. Tumore della vescica, maschi. AIRTUM: stima dei trend tumorali di incidenza e mortalità 1999-2016. Tassi standardizzati popolazione europea. APC = Annual Percent Change (variazione percentuale media annua), I = incidenza, M = mortalità.



Utero:

cervice: incidenza e mortalità in calo
soprav. a 5 aa 67%

Tumore del corpo dell'utero e della cervice uterina



Scenari futuri



Negli uomini giovani (0-49 anni), c'è una elevata probabilità di sviluppare uno dei seguenti tumori: testicolo, melanoma, linfoma, tiroide e colon-retto. Nella fascia di età intermedia (50-69) la probabilità più elevata riguarda i tumori di: prostata, polmone, colon-retto, vescica e VADS. Negli anziani (70-84 anni) il rischio più elevato si osserva per tumori di: prostata, polmone, colon-retto, vescica e stomaco.

Nelle donne giovani invece (0-49 anni) è più elevata la probabilità di sviluppare un tumore in una delle seguenti sedi: mammella, tiroide, melanoma, colon-retto e cervice uterina. Nella fascia 50-69 anni, rimane sempre elevata la probabilità di sviluppare un tumore della mammella, ma al secondo posto sale drammaticamente il polmone e poi colon-retto, vescica e VADS. Nelle donne più anziane le sedi tumorali più probabili sono mammella, colon-retto, polmone, pancreas e stomaco.

Prevenzione

Primaria

- Evitare di ammalarsi



**evitare fattori di rischio
e adottare stili di vita
sani**

Secondaria

- Individuare lesioni precancerose o cancri in stadio iniziale (Screening) e curarle

Prevenzione primaria

**Il 75% dei tumori maligni
è legata ai seguenti fattori:**

- **Stile di vita**
- **Rischi ambientali e occupazionali**

Terracini su E&P 2004

Fattori di rischio:

2 su 3 sono per stile di vita non salutare

Fattore di rischio	Quota di tumori attribuibili a vari fattori di rischio	
	USA, 2012*	Regno Unito, 2010**
	%	%
Tabacco	33	19
Dieta	5	19
Sovrappeso, obesità	20	5
Inattività fisica	5	1
Abuso di bevande alcoliche	3	4
Fattori occupazionali	5	4
Infezioni	8	3
Radiazioni ionizzanti e esposizione a raggi UV	2	5
Inquinamento ambientale	2	–

TABELLA 1. Quota di tumori attribuibili a vari fattori di rischio.

*American Association for Cancer Research, 2013.

** Parkin DM. The fraction of cancer attributable to lifestyle and environmental factors in UK in 2010. Br J Cancer, 2011.

Prevenzione primaria

Fattori di rischio non modificabili:

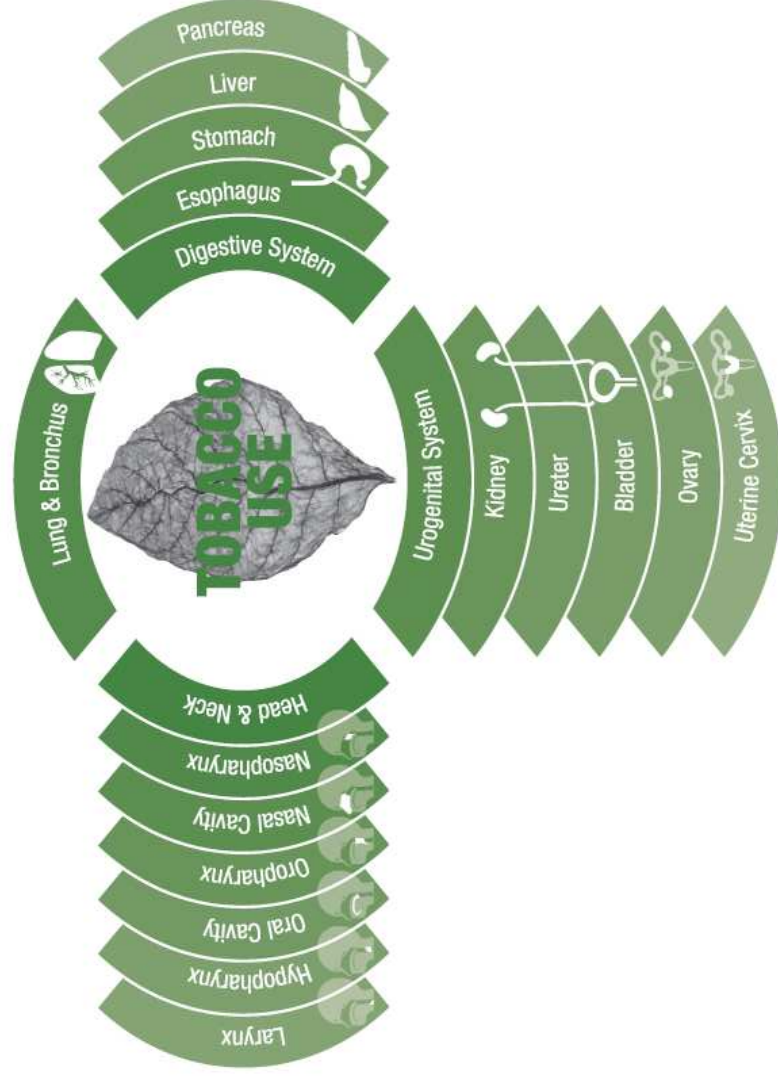
- **Familiarità, età sup.re ai 50 anni,**

Modificabili:

- **Consumo eccessivo di carne rossa (*colon retto*)**
- **Scarso consumo vegetali (*colon retto, pancreas, polmone e mammella*)**
- **Scarsa attività fisica (*mammella, colon retto*)**
- **Consumo eccessivo di alcool (*mammella, colon retto, pancreas*)**
- **Sovrappeso e obesità (*rene, mammella ,utero, colon retto*)**
- **Infezioni (*collo utero, stomaco, fegato*)**
- **Fumo tabacco (*polmone, vescica e tanti altri.....*)**

Fumo di tabacco

Leucemia mieloide, cervice, colon-retto, rene, laringe, fegato, polmone, cavità nasali e seni paranasali, esofago, cavo orale, ovaio, pancreas, faringe, stomaco, uretere, vescica; in figli di fumatori: epatoblastoma



FUMARE CAUSA
IMPOTENZA

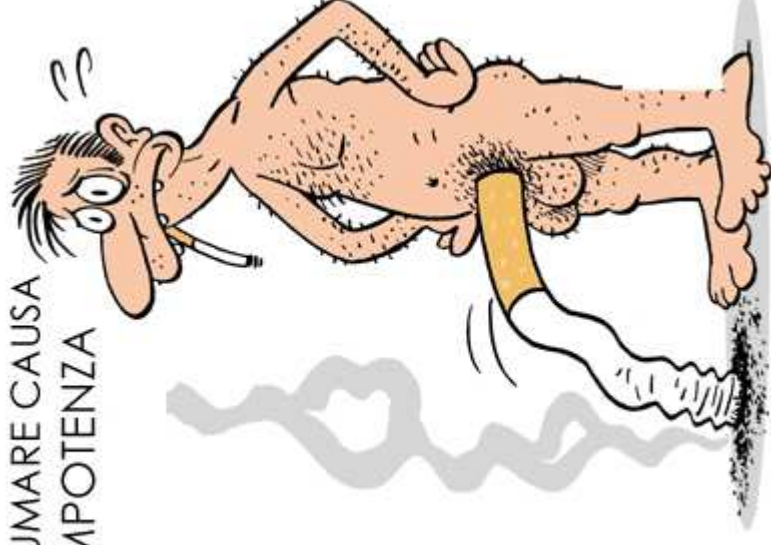
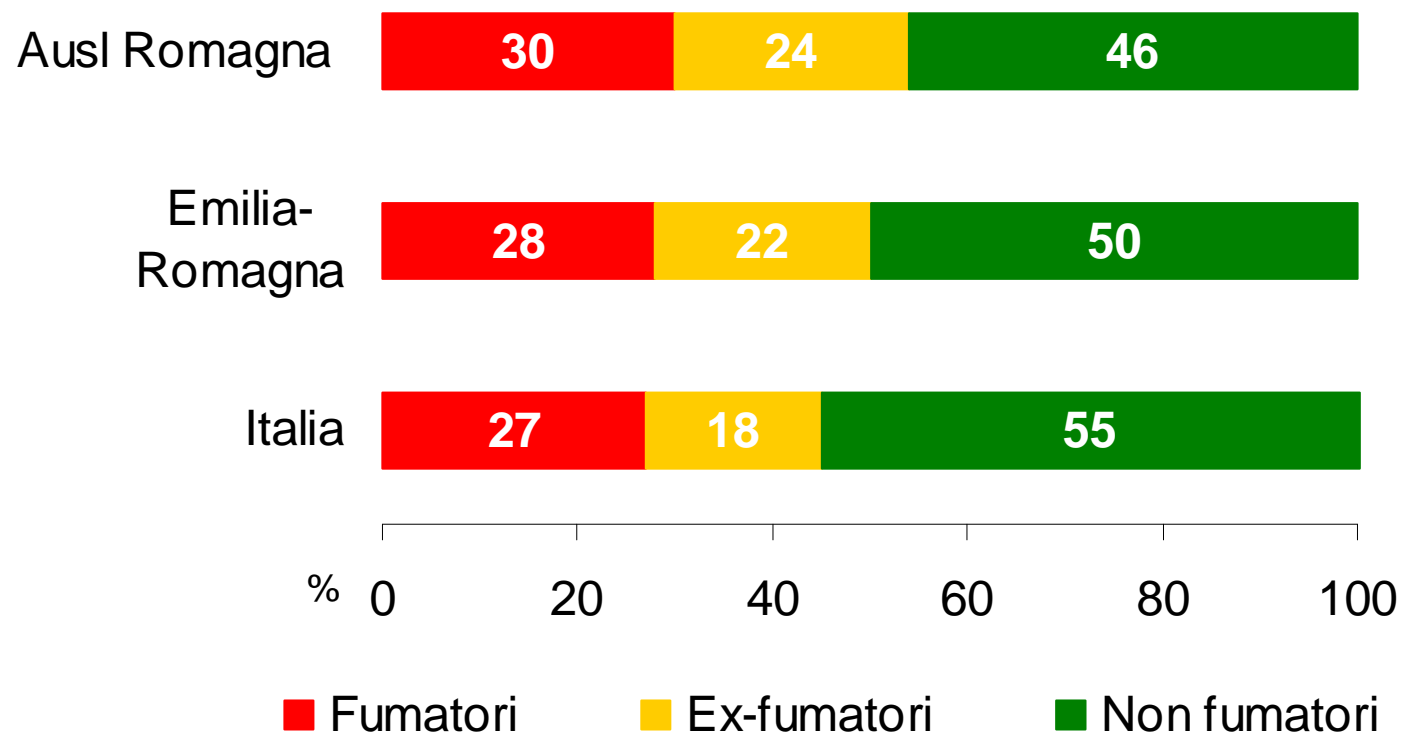
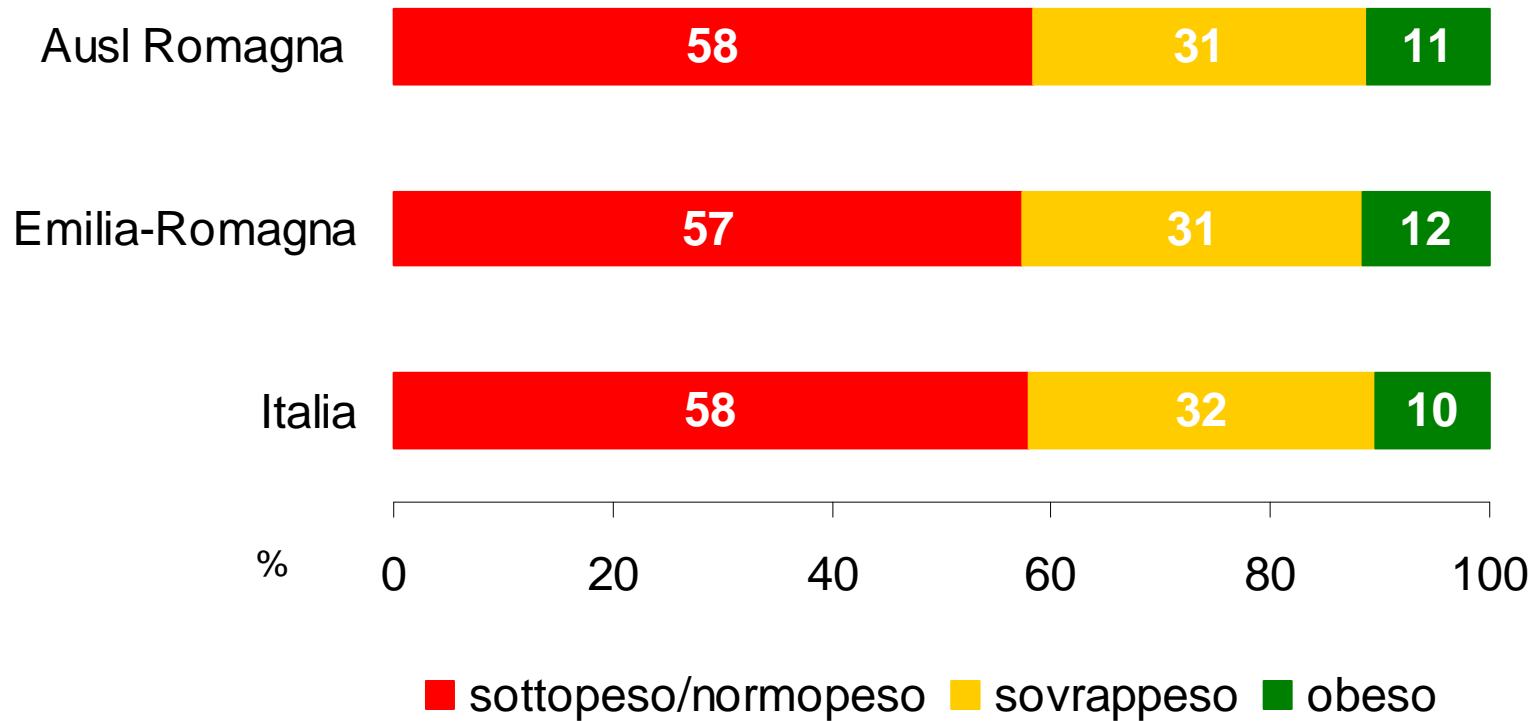


FIGURA 39. Sedi neoplastiche con accertato aumento significativo del rischio associato al consumo di tabacco (Figura tratta da: American Association for Cancer Research, Report 2013 - Novembre 2013).

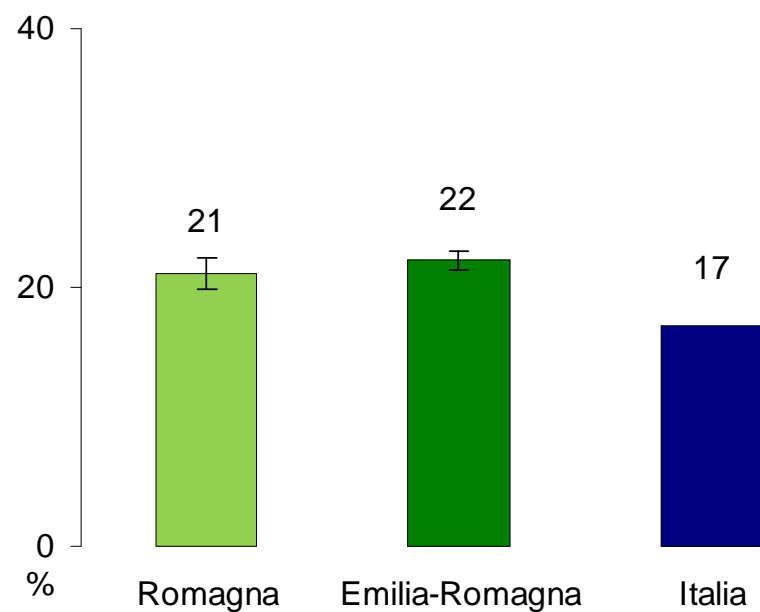
Abitudine al fumo di sigaretta per territorio. Passi 2012-15



Stato nutrizionale per territorio. Passi 2012-15



Consumatori di alcol a maggior rischio (ultimi 30gg) per territorio. Passi 2012-15



Consumatori di alcol a maggior rischio: chi è consumatore binge o consuma alcol fuori pasto o consuma forti quantità di alcol quotidianamente.

Forti consumatori abituali di alcol:

per gli uomini > 2 unità alcoliche (UA) medie giornaliere, corrispondenti a >60 unità alcoliche negli ultimi 30 gg ;
per le donne > 1 UA medie giornaliere corrispondenti a 30 unità alcoliche negli ultimi 30gg.

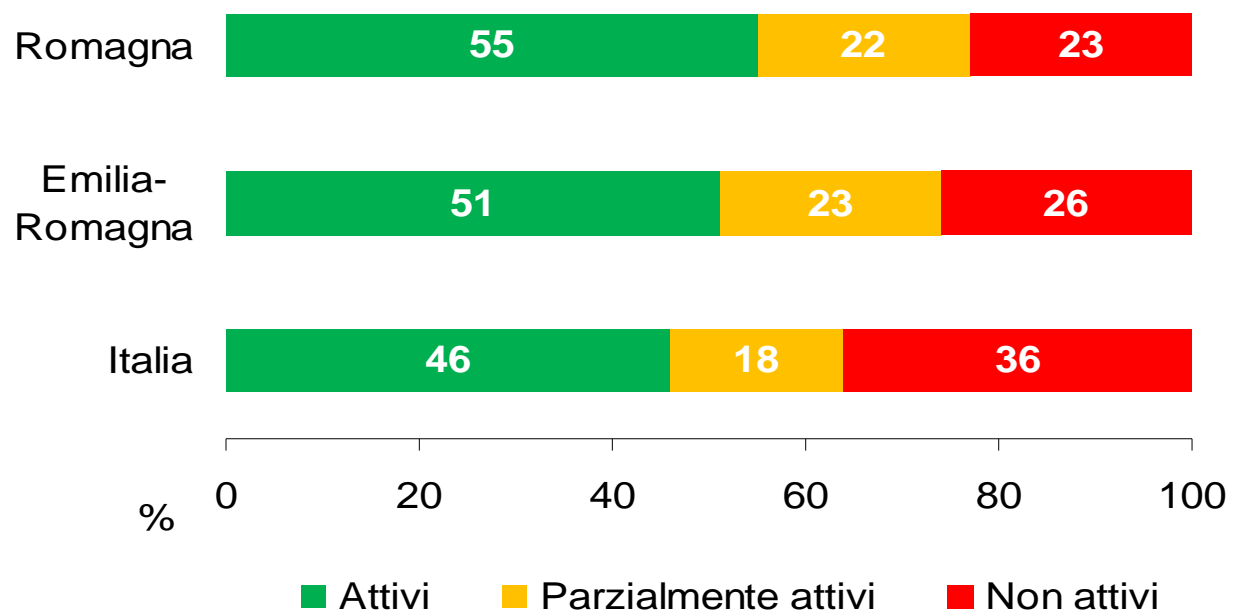
Consumatori di alcol fuori pasto: persone che bevono prevalentemente o solo fuori pasto.

Binge:

uomo che ha bevuto almeno una volta nell'ultimo mese 5 o più unità di bevande in un'unica occasione;
donna che ha bevuto almeno una volta nell'ultimo mese 4 o più unità in un'unica occasione.

Attività fisica (OMS 2010) per territorio. Passi 2012-15

Tempo libero



Prevenzione primaria

- Non fumare
- Mangiare poca carne rossa e lavorata (meno di 3 porzioni a settimana)
- Bere con moderazione (non più di 1 bicchiere di vino o birra a pasto).
- Mangiare frutta e verdura (5 porzioni al giorno) e pochi grassi.
- Controllare il peso corporeo (no obesità).
- Fare attività fisica (almeno 30 minuti al giorno).



Usa tutte le occasioni per muoverti!



**Sali
le scale,
e sale
la salute!**

Tanti saluti
all'ascensore!

»»


PIANO PER LA SALUTE

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Cesena

studiosstil@studiosstil.it

Prevenzione

Primaria

- Evitare di ammalarsi

Secondaria

- Individuare lesioni precancerose o cancri in stadio iniziale
(**screening**)

Condizioni per attivare uno screening

- La malattia rappresenta un **problema di salute importante**
- È disponibile un **trattamento efficace ed accettabile**
- Ci sono **servizi per la diagnosi e il trattamento**
- È **identificabile uno stato di latenza o precoce della malattia**
- È disponibile un **test o esame utilizzabile**
- **Il test è accettabile** dalla popolazione
- **La storia naturale della malattia** (passaggio da stadio latente a conclamato) è **conosciuta**
- **Ci sono linee guida e consenso su chi trattare**
- **Analisi costo /beneficio favorevole**

Non sono disponibili screening per questi tumori...

- **Rene:** *sintomi silenti*
- **Vescica** *sintomi aspecifici*
- **Testicolo:** *diagnosi clinica*
- **Prostata:** *PSA(antigene prostata specifico) può servire nella clinica e monitoraggio, non come test di screening per rischio di sovradiagnosi*

La Regione Emilia-Romagna ha promosso i seguenti **programmi per i quali è stata dimostrata scientificamente l'efficacia nel ridurre il rischio di morte per tumore**

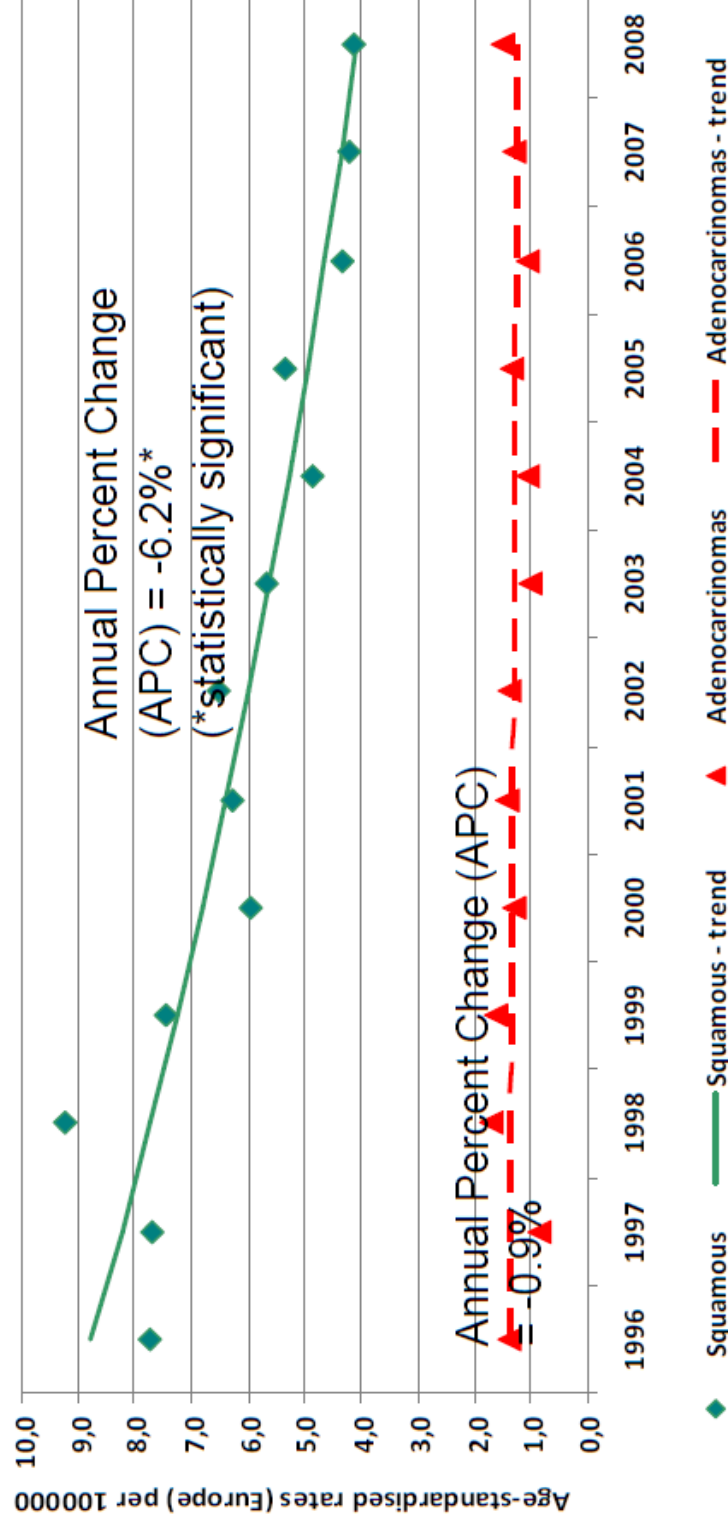
- **Screening per la diagnosi precoce del tumore del **collo dell'utero****
- **Screening per la diagnosi precoce del tumore della **mammella****
- **Screening per la diagnosi precoce del tumore del **colon-retto****

Screening utero

- **pap-test** con frequenza **triennale** per donne di età **25-29 anni**
- **HPV test quinquennale** per le donne di **30-64 anni**

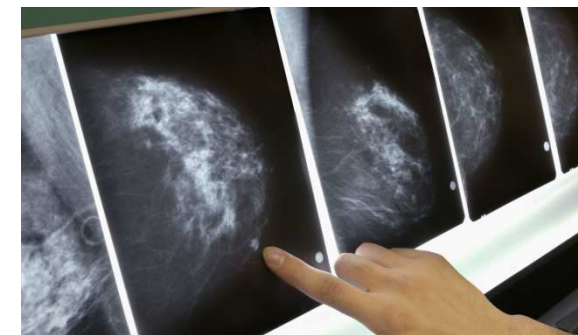


Emilia Romagna: impatto del programma organizzato di screening



SCREENING PER IL TUMORE DELLA MAMMELLA

- **Dal '97**
- mammografia con periodicità biennale per donne di età 50-69 anni
- **Dal 2010:**
- mammografia con periodicità biennale per donne di 70-74 anni
- mammografia con periodicità biennale per donne di 50-69 anni
- Mammografia annuale per donne di 45-49 anni



Effectiveness of service screening: a case–control study to assess breast cancer mortality reduction

Studio “IMPATTO”

D Puliti¹, G Miccinesi¹, N Collina², V De Lisi³, M Federico⁴, S Ferretti⁵, AC Finarelli⁶, F Foca⁷, L Mangone⁸, C Naldoni⁶, M Petrella⁹, A Ponti¹⁰, N Segnan¹⁰, A Sigona¹¹, M Zarccone¹², M Zorzi¹³, M Zappa¹ and E Paci^{*,1},
the IMPACT Working Group

- nato dalla collaborazione tra programmi di screening e Registri Tumori.
- L'attivazione dello screening ha determinato una **diminuzione pari al 25% del rischio di decesso sull'intera popolazione**, che sale fino al **45%** se si considerano le donne sottoposte a screening rispetto alle non aderenti.

SCREENING PER IL TUMORE DEL COLON-RETTO



- Dal Marzo 2005;
- **Ricerca del Sangue Occulto Fecale** nella popolazione di età 50-69 anni circa **49 mila persone**
- **In caso di positività : Colonscopia**
- Dai 70 ai 74 anni **colonscopia dopo valutazione con il proprio MMG**
- Adesione in Romagna circa **45%** nel 2016
- **Il 66%** ha eseguito un test o fatto una colonscopia negli ultimi 2 anni (interviste Passi)

Tumore del colon retto

Incidenza e mortalità in riduzione
inizio screening nel 2005
sopravvivenza a 5 anni (60%)

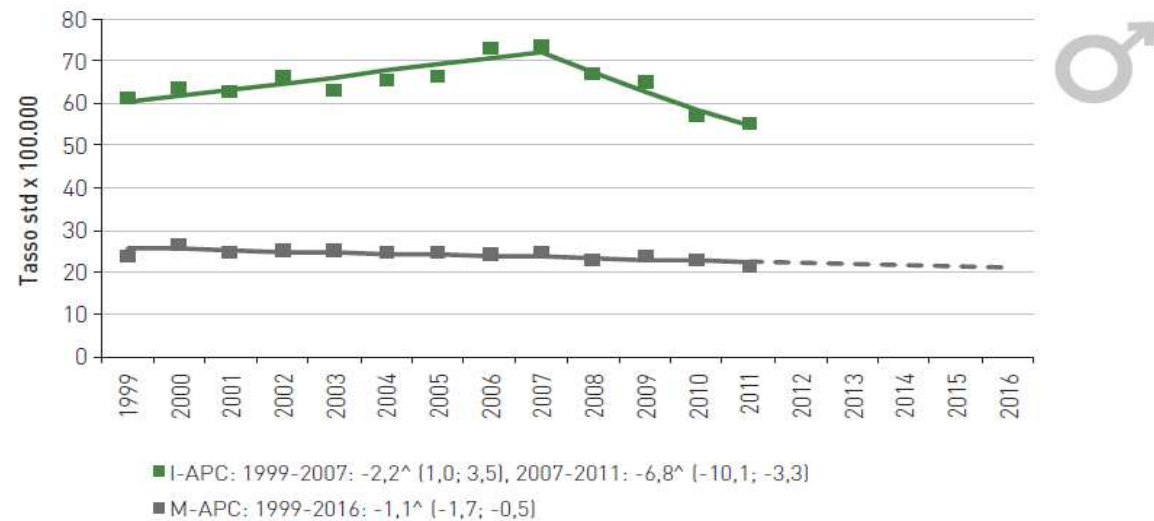
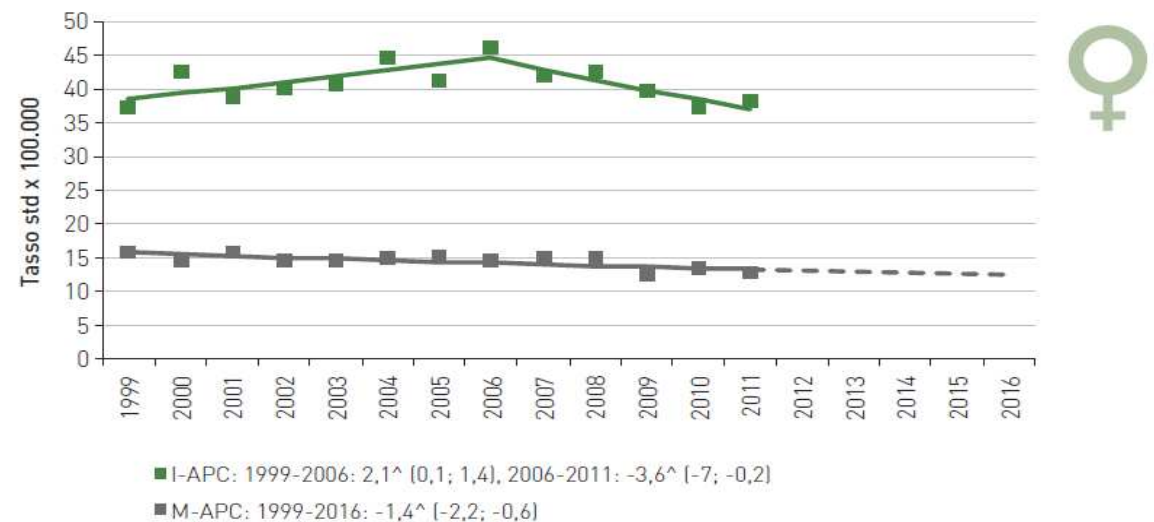


FIGURA 11A. Tumore del colon-retto, maschi. AIRTUM: stima dei trend tumorali di incidenza e mortalità 1999-2016. Tassi standardizzati popolazione europea. APC = Annual Percent Change (variazione percentuale media annua), I = incidenza, M = mortalità. Nota: proiezione del trend di incidenza non disponibile.



Adesione all'invito

Rilevazione puntuale al 30/06/2016[^] - INDICATORI in %

RESIDENTI

Popolazione target che ha effettuato test in screening %

	MAMMELLA				COLON 50-69 anni
	UTERO 25-64 anni	45-49 anni	50-69 anni	70-74 anni	
PC	55,3	62,8	59,3	54,8	43,1
PR	66,2	57,9	61,4	64,4	43,0
RE	68,4	72,3	74,0	74,7	53,6
MO	67,6	54,2	69,7	69,7	45,6
BO	44,1	56,2	58,2	66,8	48,3
IMO	63,3	75,6	73,2	69,4	51,8
FE	60,3	72,4	75,8	72,1	50,0
RA	62,4	73,2	77,0	78,9	50,6
FO	53,1	69,1	79,9	78,2	30,6
CES	61,0	74,1	72,9	70,4	45,6
RN	57,5	62,5	67,6	64,7	46,3
Romagna	59,1	69,3	73,9	73,1	44,8
Regione	59,2	63,9	68,1	69,0	47,0

Dal 2013 telefonate a persone non aderenti

- **Psicologa** messa a disposizione dall'**ACISTOM**
- **Oltre 4000 persone contattate**
- recuperato circa **il 40%**.
- Individuati **9 adenomi ad alto rischio** e **18 a basso rischio**.



Per concludere...



- Aumentano i tumori per l'invecchiamento della popolazione
- Aumenta la sopravvivenza per diagnosi precoce e terapie
- Facilitare le scelte di salute, con gli stili di vita se ne possono evitare i 2/3
- Migliorare l'adesione allo screening, specialmente quello del colon retto.



Grazie per
l'attenzione

mauro.palazzi@auslromagna.it

Colon retto (sopr. 5 anni 60%)

Fattori di rischio

Circa l'80% dei carcinomi del colon-retto insorge a partire da lesioni precancerose (adenomi con componente displastica via via crescente). Gli stili di vita e la familiarità sono da tempo chiamati in causa quali fattori di aumento del rischio di incidenza di queste lesioni. Tra i primi spiccano fattori dietetici quali il consumo di carni rosse e di insaccati, farine e zuccheri raffinati, il sovrappeso e la ridotta attività fisica, il fumo e l'eccesso di alcool.¹ Una protezione, oltre al controllo dei citati fattori di rischio, è conferita dal consumo di frutta e verdure, carboidrati non raffinati, vitamina D e calcio e dalla somministrazione di antinfiammatori non steroidei a dosi appropriate per lungo tempo.² Ulteriori condizioni di rischio sono costituite dalla malattia di Crohn e dalla rettocolite ulcerosa.^{3,4} Circa un terzo dei tumori del colon-retto presenta caratteristiche di familiarità ascrivibile a suscettibilità ereditarie:⁵ solo una parte di questo rischio familiare (2-5%) è riconducibile a sindromi in cui sono state identificate mutazioni genetiche associate ad aumento del rischio di carcinoma coloretale.^{6,7} Fra queste le sindromi caratterizzate dall'insorgenza di polipi, quali la poliposi adenomatosa familiare (FAP) e quelle non poliposiche come la sindrome di Lynch. L'ereditarietà è per lo più su base autosomica-dominante. Per gli individui appartenenti a gruppi familiari a rischio non ancora inquadrati in sindromi definite, il rischio di ammalare di carcinoma del colon-retto è circa doppio rispetto alla popolazione generale nel caso in cui sia presente un consanguineo di I grado, e più che triplo qualora quest'ultimo abbia contratto il tumore prima dei 50 anni di età.⁸

prostata

Fattori di rischio

Il carcinoma prostatico è divenuto, nell'ultimo decennio, il tumore più frequente nella popolazione maschile dei Paesi occidentali. Alla base di questo fenomeno, più che la presenza di fattori di rischio, c'è la maggiore probabilità di diagnosticare tale malattia, che è presente in forma latente nel 15-30% dei soggetti oltre i 50 anni e in circa il 70% degli ottantenni.¹ La diffusione del dosaggio dell'antigene prostatico specifico (PSA) nell'ultimo decennio ha profondamente modificato l'epidemiologia di questo tumore, anche in senso qualitativo. L'emergere di forme clinicamente silenti e biologicamente non aggressive ha infatti reso più difficile l'interpretazione degli studi eziologici e la valutazione della diversa distribuzione dei fattori di rischio in passato correlati all'insorgenza di questa malattia, tra i quali il consumo elevato di carne e latticini, una dieta ricca di calcio (con conseguente elevata concentrazione di IGF-I ematico) e alti livelli di androgeni nel sangue. La malattia appare peraltro legata a fattori ereditari in una minoranza dei casi (<15%).^{2,3} Allo stato attuale, mentre è in discussione l'attuazione dello screening organizzato, esistono evidenze sufficienti che attribuiscono a questa pratica un'elevata quantità di sovradiagnosi.⁴

rene

Carcinomi del parenchima renale

Riguardano oltre l'85% dei tumori maligni del rene.¹ Al fumo di sigaretta è attribuibile circa il 40% dei casi nei maschi.² L'esposizione occupazionale all'arsenico e altri cancerogeni chimici costituisce un ulteriore fattore di rischio.³ Tra i rischi legati alle caratteristiche personali, i principali sono stati individuati nel sovrappeso e nell'obesità (particolarmente nel sesso femminile e probabilmente attraverso il ruolo degli estrogeni).^{4,5} Al sovrappeso è attribuito circa un quarto dei casi incidenti nell'area europea.⁶ Un ulteriore fattore di rischio indipendente da obesità e fumo è rappresentato dall'ipertensione. Tra le altre possibili condizioni associate all'incidenza di questo tumore sono

Diagnosi precoce

Il tumore del rene spesso resta clinicamente silente per la maggior parte del suo corso. Nel 30% dei casi, infatti, il riscontro è occasionale. La presenza di sintomi è spesso indicatore di malattia avanzata. Nel 30% circa dei casi si presenta già in fase metastatica e nel 25% circa dei casi si presenta in fase localmente avanzata. Attualmente non sono riconosciute attività efficaci nella diagnosi precoce.

Vescica

Diversi fattori di rischio sono stati accertati per queste neoplasie, altri sono considerati potenziali: tra quelli accertati il fumo di sigaretta e l'esposizione ad amine aromatiche rappresentano i più importanti.² Al tabacco sono attribuiti i 2/3 del rischio complessivo nei maschi e 1/3 nelle femmine;³ il rischio dei fumatori di contrarre questo tumore è da 4 a 5 volte quello dei non fumatori e aumenta con la durata e l'intensità dell'esposizione al fumo nei due sessi.⁴ Per contro, il rischio si riduce con la cessazione del fumo tornando, dopo circa 15 anni da questa, approssimativamente quello dei non fumatori. Le esposizioni occupazionali costituiscono un altro significativo gruppo di fattori di rischio: fin dalla fine del XIX secolo è noto l'aumento di incidenza di carcinoma uroteliale tra gli occupati nelle industrie dei coloranti derivati dall'anilina.⁵ Evidente anche il ruolo delle amine aromatiche (benzidina, 2-naftilamina) nella cancerogenesi di queste lesioni.

Diagnosi precoce

Non esistono segni o sintomi specifici delle neoplasie vescicali che ne consentano una diagnosi precoce. Il segno di più frequente riscontro, l'ematuria, è infatti comune

testicolo

predisposizione genetica, criptorchidismo,
ipo/atrofia
sopr. 90%

Diagnosi

La diagnosi è relativamente facile e nella stragrande maggioranza dei casi il soggetto riferisce al medico un ingrossamento di un testicolo, di solito non dolente e senza sintomi di infiammazione.