

## Concluzii

1. Utilizarea energiei atomice în scopuri pașnice favorizează dezvoltarea economico-socială a omenirii.
2. Totodată, dezvoltarea industriei atomice pune în pericol declanșarea accidentelor nucleare la stațiile atomo-electrice.
3. Acțiunea radiației ionizante asupra organismului uman dăunează crunt sănătatea.
4. Preîntâmpinarea acțiunii factorilor de risc asupra sănătății populațiilor este una din cele mai actuale probleme ale contemporanității.
5. Un rol important în profilaxia acțiunii radiației ionizante asupra organismului uman îl joacă lucrătorii medicali și întregul sistem de sănătate.

## Bibliografie

1. Bahnarel I., Corețchi L., Moldovanu M. Aspecte medico-biologice ale acțiunii accidentului nuclear de la Cernobîl asupra populației Republicii Moldova. Chișinău: Tipografia Centrală, 2005.
2. Mereuță I., Corcimar E. Munteanu L. Noi măsuri organizatorice în sistemul sănătății ce se impun în urma avariei de la Cernobîl”. Seminar specializat, Chișinău, 2000.
3. Tintiuc D., Margine L., Lavric Al. Starea de sănătate a persoanelor participante la lucrările de lichidare a consecințelor catastrofei nucleare de la Cernobîl. Materialele conferinței științifice internaționale. Chișinău, 2010.
4. Margine L. Consecințele de sănătate ale accidentului nuclear Cernobîl: deficiențe, incapacități, invaliditate (la persoanele care au participat la lichidarea catastrofei de la Centrala nucleară electrică Cernobîl), materialele tezei, Chișinău, 2006.
5. Tintiuc D., Margine L., Lavric Al. Отдаленные последствия здоровья и методы реабилитации участников ликвидации последствий аварий на Чернобыльской атомно-электрической станции. Materialele conferinței XV științifice internaționale, Chișinău, 2010.
6. Бляндур О.В., Дедю И.И. Стратегия радиозэкологического мониторинга в Республике Молдова. Cercetări radiaționale în Republica Moldova. Materialele Conferinței Internaționale Științifico-Practice. 10-12 octombrie 2000, Chișinău, 2000.
7. ВОЗ. Ответные меры системы общественного здравоохранения на угрозу применения биологического и химического оружия. Руководство ВОЗ, Женева, 2001.

## TENDINȚE MEDICO-SOCIALE ȘI EPIDEMIOLOGICE ALE CANCERULUI ORL

**Dumitru Tintiuc, Valentina Darii, Victoria Holostenco**

Catedra Sănătate publică și management, USMF „Nicolae Testemițanu”  
Laboratorul Tumori cap și gât și microchirurgie, IMSP Institutul Oncologic

### Summary

#### *Medico-social and epidemiological trends of ENT cancer*

The ENT cancer has a complex etiology which varies according to the localisation, but the main risk factors such as tobacco and alcohol consumption, although known and confirmed for some time already, require a further effective control strategy to combat against. The statistical trends, current epidemiological information and the results of preventive methods applied in different countries confirm the necessity of thorough research of this problem in the Republic of Moldova and the establishment of an adapted prevention model.

### Rezumat

Cancerul ORL are o etiologie complexă care variază în funcție de localizare, dar principalii factori de risc, fumatul și consumul de alcool, deși sunt cunoscuți de mai mult timp și confirmați, necesită și în continuare strategii efective de combatere. Tendințele datelor statistice, informația

epidemiologică curentă și rezultatele metodelor de profilaxie aplicate în diferite țări confirmă necesitatea studierii minuțioasă a acestei probleme în Republica Moldova și instituirea unui model adaptat de prevenire.

### Actualitatea

Cancerul organelor ORL este una dintre cele mai importante probleme medico-sociale atât la nivel mondial cât și în Republica Moldova, reprezentând aproximativ 10% din totalul tumorilor maligne. La nivel mondial este clasat pe locul 5 după frecvență, cu o rată de incidență de 5,4 la 100 000 de persoane și cu o rată de mortalitate de 3,4 la 100 000. Conform datelor Globocan 2008, în Republica Moldova aceste cifre depășesc media mondială de 1,8 ori, iar media central-europeană de 1,4 ori, ceea ce reprezintă un factor alarmant (tab. 1)[18].

Tabelul 1 : Incidența și mortalitatea prin cancer ORL

EUROPA CENTRALĂ ȘI DE EST				
Localizare	Incidență		Mortalitate	
	Număr	ASR(W)%	Număr	ASR(W)%
Nazofaringe	1 605	0.4	1 011	0.2
Oro-, hipofaringe	11 315	2.6	8 145	1.8
Laringe	16 949	3.8	10 839	2.3
MOLDOVA				
Nazofaringe	40	0.9	30	0.7
Oro-, hipofaringe	192	4.0	137	2.8
Laringe	224	4.6	147	2.9
LUME				
Nazofaringe	84 441	1.2	51 609	0.8
Oro-, hipofaringe	136 662	2.0	95 550	1.4
Laringe	150 677	2.2	81 892	1.2

W-rata standardizată în funcție de vîrstă (la 100 000 persoane/an)

### Scopul

Evidențierea evoluției indicatorilor epidemiologici ai cancerului ORL în funcție de localizare la nivel mondial și în Republica Moldova; evaluarea și compararea rezultatelor unor strategii de profilaxie.

### Materiale și metode

A fost efectuată analiza literaturii tematice în urma căreia au fost incluse 40 referințe bibliografice recente autohtone și internaționale cu evaluarea tendințelor principalilor indicatori epidemiologici în cancerul ORL în funcție de localizare, sex, categorii sociale, expunere la factori de risc ș.a. S-au determinat lacunele existente referitor la problemele prioritare de sănătate publică în profilaxia cancerelor ORL.

### Rezultate și discuții

#### Generalități

Cancerul ORL sunt cancer care prezintă numeroase inegalități sociale în funcție de categoriile sociale, sex ș.a. Pînă nu demult, cancerul ORL afecta preponderent sexul masculin (90%), dar în ultimii 30 de ani se observă o tendință netă de majorare a cazurilor la femei, explicată prin schimbarea comportamentului individual, inclusiv tabagismul. Spre exemplu, în Franța, la 17 ani, 7 persoane din 10 declara ca au fumat deja, fetele constituind 73%, iar băieții 70% ( $p < 0,0001$ ) [3,20].

Cancerul ORL afectează mai des persoanele defavorizate, cu venituri mici[14,22]. Spre exemplu, în funcție de studii, mortalitatea prin cancer ORL în populația franceză este

urmatoarea: persoanele cu studii primare 95/100 000; studii secundare 63/100 000; studii superioare 18/100 000[28]. Această inegalitate, la rindul ei, este explicată prin inegalitatea expunerii la riscuri și inegalitatea în accesul la serviciile medicale.

În ceea ce privește expunerea la factorii de risc, în primul rând fumatul, acesta este mult mai răspândit printre persoanele cu nivel jos de studii, persoanele ce posedă diplome fumând mai rar (OR=0,7). Șomerii, de asemenea, sunt mult mai des expuși fumatului decât persoanele angajate : 53,2% contra 37,5% bărbați și 39,2% contra 29,6% femei. Aceleași tendințe sunt observate și referitor la expunerea la alcool : consumul cotidian este de 2 ori mai înalt la persoanele având cel mult studii medii, față de cei cu studii superioare.

Accesul la serviciile medicale primare printre persoanele defavorizate este limitat de numeroase obstacole de diferit ordin. Obstacolele culturale sunt reprezentate de neobișnuința adresării la medic cu scop preventiv, comportamentul « eroic » în fața bolii, numeroase persoane considerând că este un atu neadresarea la medic, diferite obstacole psihologice, frica de diagnostic. Obstacolele financiare, pe lângă lipsa banilor, se manifestă prin insuficiența protecției sociale (lipsa asigurării de baza sau complementare) și dificultatea de acces la serviciile medicale[2].

Mai există și alte obstacole, printre care refuzul tratamentului de către medic : conform anchetei Medecins du Monde 2006, în Franța, 14% de medici au refuzat pacienții cu Asigurare medicală universală, diferită de asigurarea de bază prin faptul că aceasta ofera servicii medicale complete persoanelor dezavantajate, rambursând instituțiilor medicale doar tariful de bază.

În ceea ce privește accesul secundar la serviciile medicale, mai multe studii au demonstrat că între primul contact cu sistemul de sănătate și serviciile medicale specializate adaptate este exercitată o nouă selecție în funcție de pacienți (factori psihologici și sociali) dar și în funcție uneori de instituțiile medicale (lipsa coordonării, complexitate, etc)[26]. Aceasta sugerează utilitatea unei evidențe, mai ales după aflarea diagnosticului de către pacient pentru menținerea acestuia în vizorul serviciilor oncologice, în scopul utilizării eficiente a timpului și tratamentul neamînat al acestuia.

Dupa cum se știe, principalul factor de risc în apariția cancerelor ORL este fumatul, atât activ cât și pasiv. Conform modelelor de risc ale cancerului căilor respiratorii la fumatori, cantitatea de tutun fumată ridică riscul la puterea a doua, pe cînd durata de expunere ridică riscul la puterea a 4,5, astfel subliniindu-se importanța duratei de expunere. Studiile științifice au demonstrat că tabagismul pasiv este asociat unui exces de risc privind cancerul sinusurilor paranazale, riscul fiind multiplicat de la doua la șase ori, durata de expunere avînd un rol esențial [6,13,38]. Pe lângă fumat și consumul de alcool, care ramîn cei mai importanti factori de risc în apariția cancerului ORL, acestia fiind responsabili de 90-95% din cazuri, există o serie de alți factori, acțiunea cărora nu trebuie neglijat. Printre aceștia putem menționa factorii alimentari și profesionali. Așadar, s-a observat că consumul scăzut de fructe, legume, pește, uleiuri vegetale și consumul sporit de grăsimi animale, carne (mai ales mezeluri) mărește riscul apariției cancerului ORL[16]. În ceea ce privește factorii profesionali, în baza unui studiu internațional care a cuprins 6 țări din Europa de Sud-Vest, s-a demonstrat excesul de risc în apariția cancerului laringian și hipofaringian pentru muncitori din domeniul construcției, ceramicii (OR: 5.91, IÎ 95% 1.46-24.0), măcelari (2.53, 1.22-5.22), frizeri (2.33, 1.00-5.40), alți muncitori (1.52, 1.12-2.06), precum și bărbați angajați în transportul feroviar (1.52, 0.97-2.39), construcții navale (2.05, 0.89-4.94), hoteluri (2.06, 0.89-4.75). O asociere a fost de asemenea găsită la ciubotari (3.23, 0.75-13.9), tăietori de lemne (2.07, 0.87-4.90) și unele grupuri de muncitori din domeniul prelucrării metalelor. Raportul cotelor pentru măcelari, betonisti, muncitorii sectorului feroviar cresc proporțional creșterii timpului de expunere[5].

Datorită diferențelor între cancerelor ORL cu diferite localizări (tendințe statistice, factori de risc, pronostic, tratament ș.a.) există interesul de a le analiza separat, în măsura posibilităților, dat fiind faptul ca sursele științifice nu oferă întotdeauna date aparte pentru fiecare compartiment.

### *Cancerul faringian*

Una din sugestiile principale referitoare la rolul factorilor alimentari în etiologia cancerului porțiunii superioare a tractului digestiv vine din numeroasele studii epidemiologice realizate în Suedia, care au demonstrat asocierea sindromului Plummer-Vinson cu cancerul cavității bucale și faringelui la femei. Acest sindrom sideropenic primar, care antrenează leziuni epiteliale, era foarte răspândit în Suedia în anii 50, dar datorită măsurilor luate, adică instituirea administrării vitaminelor și preparatelor de fier, ameliorarea alimentației și asistenței medicale, această patologie este foarte rară în prezent în Suedia precum și în SUA. Ca urmare a acestor intervenții, a fost atestată scăderea mortalității femeilor prin cancer faringian între 1956-1970, tendința pastrându-se și în continuare[30,33,39].

În ceea ce privește tendințele datelor statistice, acestea variaza în funcție de stat, regiune geografică și gen. Din 1990-1994 pînă în 2000-2004, mortalitatea prin cancer al cavității bucale și faringelui în UE a scăzut cu aproximativ 10%, de la 6,6 la 6,0 /100 000 pentru toate vîrstele și de la 14,4 la 13,0/100 000 pentru grupul mediu de vîrstă (35-64 ani). Cu toate acestea, cifrele au crescut pentru populația feminină, atîngînd 1,2/100 000 și 2,1/100 000 respectiv, în 2000-2004. Diferența acestor tendințe la bărbați și femei este explicată prin schimbarea atitudinilor în privința fumatului în diferite țări : astfel procentajul de fumători printre bărbați s-a micșorat substanțial și s-a mărit la femei. Cele mai nefavorabile tendințe și creșterea mortalității prin cancer al cavității bucale și faringelui se observă în țările Europei de Est, unde rata mortalității în 2000-2004 a consituit între 6 și 10/100 000 la barbații de toate vîrstele și între 12 și 18/100 000 la barbații de vîrstă medie, în așa țări ca Slovacia, Rusia, Polonia și Croația. Acest procentaj impunător poate fi cauzat atît de consumul înalt de alcool și tutun , cît și de consumul băuturilor alcoolice în bază de fructe prezente în aceasta zonă geografică[23,31].

În continuare informația va fi expusă pentru fiecare segment faringian aparte. Cancerul nazofaringelui, deși compartiment al faringelui, va fi analizat la sfîrșit din cauza unor deosebiri epidemiologice majore.

### *Cancerul orofaringelui*

Deși în țările dezvoltate precum SUA și țările vest-europene au fost luate măsuri serioase de combatere ai principalilor factori de risc, fumatul și consumul de alcool, pe parcursul ultimei decade incidența cancerului orofaringelui, mai ales, cancerului bazei limbii și amigdalelor palatine a crescut, în special la persoanele de pînă la 45 ani. Aceasta schimbare este atribuită creșterii prevalenței infecției cu HPV în țările respective. Spre deosebire de pacienții cu cancer HPV-negativ, pacienții în cauză prezintă o supraviețuire globală mai înaltă și rate mai mari de însănătoșire[27]. Astfel, deși în perioada 1998-2002, a existat o ușoară tendință negativă, o analiză amplă a perioadei 1992-2008 în SUA ne permite reperarea unei tendințe de creștere a incidenței cancerului orofaringian , coeficientul fiind egal cu 1,5. Or, în 1992 rata de incidență a cancerului orofaringian era 1,57/100 000 ; în 2000 - 1,6 ; în 2005 - 1,79 ; iar în 2008 - 1,99, tendința pozitivă fiind cauzată de creșterea incidenței la bărbați, tendința incidenței la femei fiind negativă[21,29].

### *Cancerul hipofaringelui*

Cancerul hipofaringelui este cel mai letal printre cancerurile altor organe ORL din cauza depistării la stadiile tardive și proprietăților sale limfocitare manifestate prin răspîndirea rapidă pe cale limfatică[32]. Depistarea la stadiile tardive este cauzată de faptul că hipofaringele este o zonă destul de silențioasă, astfel cancerul decurge fără semne clinice chiar și după invadarea țesuturilor adiacente ale gîtului[36,37]. Cancerul hipofaringelui prezintă o incidență foarte diferită de la stat la stat, variînd în populația masculină între 0,3x100 000 în Islanda și 17x100 000 în Franța și afectînd cel mai des grupul de vîrstă 50-60 ani. Printre femei, această diferență este mai puțin importantă. Variațiile internaționale sugerează o relație strînsă cu fumatul și consumul de alcool. Cea mai înaltă incidență a cancerului hipofaringian e înregistrată în Franța, Elveția, Spania, Slovenia și India[4,19,39].

### *Cancerul laringelui*

Datorită declinului înregistrat în prevalența fumatului în populația masculină vest-europeană și americană începând cu anii '80, și scăderii consumului de alcool, se observă o diminuare a mortalității prin cancer laringian, în particular la vârsta medie. Spre exemplu, în Franța, rata mortalității a înregistrat o scădere de 72% în 2003-2007, în raport cu 1983-1987, trecînd de la 9.7 la 2.7/100 000, scăderea fiind datorată în special ultimului deceniu. Spre deosebire de bărbați, rata incidenței cancerului laringian la femei crește în mod constant între 1980 și 2005 ceea ce e legat de creșterea numărului de fumătoare[20]. În SUA, rata incidenței este în continuă scădere, atât la bărbați cît și la femei, coeficientul fiind -2,9. Astfel, dacă în 1992 rata incidenței cancerului laringian în SUA era 4,69/100 000, în 2008 a scăzut pîna la 2,86/100 000. Prevalența fumatului explică de asemenea distribuția geografică a cancerului laringian în Europa de Est, care este în continuă creștere, rata cea mai înaltă a mortalității prin cancer laringian (5.5-8.5/100 000) în perioada 2000-2004 înregistrîndu-se în așa țări ca Belarusi, Ungaria, Polonia, Rusia, Romania, Bulgaria și țările Baltice[15,21,31].

În R. Moldova indicele morbidității prin cancer laringian este de asemenea în creștere, tendințele fiind următoarele : în 1961-1,4/100 000, în 1980- 2,2, în 1990-2,7, în 2000-3,8[12]. Astfel, incidența cancerului laringian în Republica Moldova, în 2008 a ajuns la 4,6 [18].

### *Cancerul nazofaringelui*

Spre deosebire de celelalte cancere ORL, factorii etiologici principali ai cancerului nazofaringelui nu sunt fumatul și consumul de alcool, dar o presupusă interacțiune între factorii genetici, virali (virusul Epstein-Bar), alimentari și geografici. Anual, în lume se înregistrează aproximativ 80 000 noi cazuri și 50 000 de decese. Prezentînd particularități distincte rasiale și geografice, incidența este cea mai mică, de la 0,5-2,0/100 000 în SUA și Europa de Vest. Incidența cea mai mare e înregistrată în Sudul Chinei, inclusiv Hong-Kong, fiind de 25/100 000. Risc intermediar pentru acest tip de cancer prezintă celelalte țări ale Asiei de Sud-Est, țările bazinului mediteranean și arctic[8,11]. În majoritatea populațiilor, incidența printre bărbați este de 2-3 ori mai mare decît la femei. Un alt aspect care deosebește cancerul nazofaringelui de celelalte cancere ORL este răspîndirea acestuia în populația tînăra, o treime din cazuri de carcinom nediferențiat al nazofaringelui întîlnindu-se la adolescenți și adulții tineri[7]. Studiile clinice realizate în diferite țări au demonstrat rolul cauzal al virusului Epstein-Bar (VEB), mai cu seamă infectarea la vîrsta fragedă caracteristică zonelor endemice. Cu toate acestea, VEB nu este un factor suficient, dat fiind faptul ca practic toți adulții în întreaga lume sunt infectați. Deaceea se presupune interacțiunea acestuia cu un alt cofactor care generează riscul. Factorul genetic este de o importanță majoră, 30% din persoanele cu cancer nazofaringian avînd antecedente familiale[9].

Potrivit datelor literaturii, există o asociere directă între consumul de pește sărat consumat pe larg în zonele endemice și apariția cancerului nazofaringelui. Printre factorii profesionali responsabili de apariția cancerului nazofaringelui se enumără praful de lemn, unele studii clinice depistînd o relație doză-efect între timpul expunerii și riscul apariției tumorii ; formaldehida ; produsele arderii combustibilului (riscul se dublează)[1,10,35].

Conform tendințelor statistice ale cancerului nazofaringian, nu există mari schimbări în evoluția incidenței la populațiile cu risc scăzut, acestea fiind dramatice, în schimb, în zonele endemice. Astfel, pe parcursul perioadei 1980-1999 în populația Hong-Kongului s-a înregistrat o scădere a incidenței cu 30% (ambele sexe) și a mortalității la femei și bărbați cu 43% și 50% respectiv. Această scădere este datorată diferitor măsuri de profilaxie, progresului tehnologic care permite depistarea în stadii precoce și tratamentul adecvat. După părerea specialiștilor din domeniu, în scopul depistării precoce, screeningul, prin examinarea endoscopică a nazofaringelui printre persoanele cu risc înalt (factor ereditar+VEB), este indispensabil.

### *Profilaxia cancerului ORL*

Deoarece fumatul și consumul de alcool sunt responsabili de majoritatea cancerelor organelor ORL, o bună parte din măsurile de profilaxie ar trebui orientate spre combaterea acestora. Dat fiind faptul că riscul imbolnavirii cu cancer ORL este cu atît mai mare cu cît

persoana începe să fumeze la o vîrstă fragedă, ținta principală ar fi tinerii de 12-17 ani, aceștia fiind foarte afectați de publicitate și de deprinderile vicioase ale societății. În majoritatea țărilor lumii la un nivel sau altul funcționează diferite programe de combatere a fumatului. Începînd cu 1995-2000, acestea au început să se extindă avînd în prezent o amploare la nivel de stat. Spre exemplu, în Franța, pe parcursul ultimilor 10-12 ani, au fost puse în aplicare mai multe măsuri de diferită natură la nivel statal în lupta cu tabagismul. Pe primul loc se află creșterea prețurilor cu 56% din 2000 pîna în 2004, campanii de informare și interdicția fumatului în locurile publice. O mare parte din aceste măsuri vizează adolescenții, spre exemplu interzicerea vînzării țigărilor minorilor sub 16 ani și interzicerea completă a fumatului pe teritoriul instituțiilor de învățămînt. Ulterior, mai multe anchete au fost realizate cu scopul aprecierii rezultatelor. Conform rezultatelor anchetei Espad, realizată în Franța în 2007, cu privire la fumatul printre elevii de 16 ani, rezultatele atestă o scădere de la 33% în 1999 la 17% în 2007 la fete și de la 30% la 18% la băieți. Cu toate acestea, datele privind fumătorii care consumă 10 și mai multe țigări pe zi, rămîn neschimbate, ceea ce demonstrează dificultatea modificării comportamentului celor dependenți. Anchetele Espad și Escapad confirmă micșorarea netă a consumului de tutun printre tineri (tab.2)[25].

Tabelul 2 : Evoluția nivelului consumului de tutun 2005-2008 în funcție de gen, la 17 ani, în Franța (Escapad, 2008)

	Băieți,% 2008	Fete,% 2008	Sex ratio	Total,% 2008	Total,% 2005	Evoluție 05/08
<b>Fumat:</b> experimentare	70.5	71.0	1.0***	70.7	72.2	-2%
Ocazional	11.6	11.5	1.0***	11.5	8.1	<b>43%</b>
Cotidian	29.9	27.9	1.1*	28.9	33.0	-12%
Intensiv(>10)	9.1	6.2	1.5***	7.7	10.1	-24%

\*, \*\*, \*\*\* : test Chi-2 semnificativ, respectiv 0.05, 0.01, 0.001 pentru comparațiile în funcție de gen.

Deși numeroasele acțiuni de combatere a fumatului printre adolescenți par să-și fi atins scopul comun, rămîn unele sectoare în care măsurile luate sunt insuficiente. Printre acestea este și interzicerea vînzării de țigări minorilor de pînă la 16 ani. Numeroși tineri, în imposibilitate teoretică de cumparare declară, totuși, a o face regulat, mai ales cei cu vîrsta limită, ceea ce demonstrează eficacitatea incompletă a măsurilor de interzicere și necesitatea utilizării metodelor de convingere.

Astfel, concluzia statelor europene în privința eficacității măsurilor luate împotriva fumatului este că dinamica pozitivă trebuie plasată într-un context mult mai larg care ar integra politici publice și acțiuni care ar duce la schimbarea comportamentului individual[3,25,34]. Răspunsul la această întrebare a fost completat de o strategie care pare să aducă rezultatele cele mai de succes- « denormalizarea » fumatului, implementată pentru prima dată în Florida și împrumutată ulterior de multe alte state. Ea constă într-o campanie agresivă anti-tabac care vizează schimbarea normelor sociale, modificînd climatul social și cadrul legal. La baza acesteia stă demascarea tehnicilor psihologice de influențare folosite de către producători în promovarea țigărilor, prin inducerea în eroare a consumatorilor privind efectele asupra sănătății. În urma acestei campanii, la numai 10 luni de la începutul ei, procentul tinerilor de 12-17 ani care au luat atitudine anti-fumat a crescut de la 6.6% la 26,4% [17].

În ceea ce privește combaterea fumatului la nivelul populației adulte, rolul esențial este atribuit specialiștilor din domeniul medical care pot contribui cu succes la lupta împotriva fumatului prin importanța numerică a persoanelor cu care vin în contact, fiind în prima linie a aplicării măsurilor preventive. Conform studiilor efectuate, s-a demonstrat că intervențiile, chiar și de scurtă durată, a acestora, prezintă un bun raport cost-eficacitate[40]. Specialiștii americani sunt de părerea că stomatologii pot avea rolul cel mai important în privința profilaxiei cancerului

ORL, mai cu seama orofaringian, prin asistența profilactică în ceea ce privește depistarea precoce și orientarea pacienților spre dezicerea de fumat și alcool[29].

### **Concluzii**

Conform literaturii analizate, cancerul ORL are o incidență foarte diferită în funcție de stat, datorită atât factorilor genetici, sociali și de mediu, cât și măsurilor de prevenire luate de fiecare țară aparte. Eficacitatea măsurilor de profilaxie începe să se manifeste aproximativ după 15-20 ani de la implementarea acestora și aplicarea continuă, ceea ce sugerează complexitatea problemei și necesitatea implicării celor mai diferite specialități la cele mai diferite nivele ale statului.

În Republica Moldova incidența cancerului ORL este în creștere, unele din cauze fiind creșterea consumului de alcool și tutun, aceștia fiind principalii factori responsabili și lipsa unei strategii de profilaxie.

### **Bibliografie**

1. Armstrong R. et al. Nasopharyngeal carcinoma in Malaysian Chinese: occupational exposures to particles, formaldehyde and heat. *International Journal of Epidemiology*, 2000, n. 29, p. 991–998.
2. Barometre santé INPES 2005
3. Beck F. et al. Le tabagisme des adolescents : niveaux, tendances et représentations, quels enseignements pour la prévention ? *Revue des Maladies Respiratoires*, vol. 23, n. 6, 2006, p. 681-693
4. Blot W. et al. Smoking and drinking in relation to oral and pharyngeal cancer. *Cancer Res* 1988, n. 48, p. 3282–3283
5. Boffetta P. et al. Occupation and larynx and hypopharynx cancer: an international case-control study in France, Italy, Spain, and Switzerland. *Cancer Causes Control*. 2003, n. 14(3), p. 203-212
6. Bonte D., Devienne M., Lejeune F. Tabagisme passif et maladies respiratoires. *Air pur*, n. 71, 2007
7. Brennan B. Nasopharyngeal carcinoma. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 2006, vol.1, n. 23
8. Chang E., Adami H. The enigmatic epidemiology of nasopharyngeal carcinoma. *Cancer, Epidemiology, Biomarkers and Prevention*, 2006, n. 15, p. 1765.
9. Chen CJ, et al. Multiple risk factors of nasopharyngeal carcinoma: Epstein-Barr virus, malarial infection, cigarette smoking and familial tendency. *Anticancer Research*, 1990, n. 10, p. 547–53
10. Cheng Y. et al. Cigarette smoking, alcohol consumption and risk of nasopharyngeal carcinoma in Taiwan. *Cancer Causes Control* 1999, n. 10, p. 201–207
11. Cho W. Nasopharyngeal carcinoma: molecular biomarker discovery and progress. *Molecular Cancer*, 2007, n. 6
12. Darii V. Cancerul laringian. Probleme de statistică, diagnostic și tratament. *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale. Chișinău*, 2007, nr. 4(13), p.381-388
13. Dautzenberg B. Le Tabagisme passif. Rapport au directeur général de la Santé. Paris : La Documentation française. 2001
14. Davies L., Welch G. Epidemiology of head and neck cancer in the United States. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, Vol 135, N. 3, 2006, p. 451-457
15. Dynamique d'évolution des taux de mortalité des principaux cancers en France. Institut National du Cancer, 2010
16. Esteve J. et al. Diet and cancers of the larynx and hypopharynx: the IARC multi-center study in southwestern Europe. *Cancer causes and control*, vol.7, n. 2, p. 240-252
17. Farrelly M. C. et al. Getting to the Truth: Evaluating National Tobacco Countermarketing Campaigns. *Am J Public Health*, n.92(6), 2002, p. 901–907.

18. Ferlay J. et al. GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase N. 10
19. Franceschi S, et al. Comparison of cancers of the oral cavity and pharynx worldwide: etiological clues. *Oral Oncology*, 2000, n. 36 (1), p. 106-15.
20. Hill C., Laplanche A. Tabagisme et mortalité: aspects épidémiologiques. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2003, n°22-23, p.98-100
21. Howlader N. et al. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2008, National Cancer Institute.
22. Incidence et mortalité par cancer des voies aéro-digestives supérieures (VADS) et de l'oesophage en Bretagne. *Observatoire Régional de Santé de Bretagne*.2006, p.42
23. La Vecchia C. et al. Cancer mortality in Europe, 2000–2004, and an overview of trends since 1975. *Annals of Oncology*, 2010, n. 21, p. 1323–1360, 2010
24. Larsson L-G et al. Relationship of Plummer-Vinson disease to cancer of the upper alimentary tract in Sweden. *Cancer Res* 1975, n.35 p. 3308–3316
25. Les drogues a 17 ans. Résultats de l'enquête ESCAPAD 2008. *Tendances*. n. 66, 2009
26. Lombrail P., Pascal J. Inégalités sociales de santé et accès aux soins. *Les Tribunes de la santé*, 2005, n. 8, p. 31-39
27. Marur Sh., Forastiere A. Head and Neck Cancer: Changing Epidemiology, Diagnosis, and Treatment. *Mayo Clinic Proceedings*, 2008 vol. 83, n. 4, p. 489-501
28. Menvielle G. et al. Changes in Socioeconomic Inequalities in Cancer Mortality Rates Among French Men Between 1968 and 1996. *American Journal of Public Health*, 2007, vol. 97, n. 11
29. Morse D., Kerr R. Disparities in oral and pharyngeal cancer incidence, mortality and survival among black and white Americans. *JADA*, 2006, n. 137, p. 203-212
30. Popescu C. et al. The epidemiology of hypopharynx and cervical esophagus cancer. *Journal of medicine and life*, Vol 3, n. 4, 2010, p. 396-401
31. Popova S, et al. Comparing alcohol consumption in central and eastern Europe to other European countries. *Alcohol Alcohol* 2007, n. 42, p. 465-473.
32. Ramirez F. et al. Hypopharyngeal cancer: analysis of the evolution and surgical results. *Acta Otorrinolaringologica Espanola*. 2004 , n. 55(2), p. 67-72
33. Ribeiro U. et al. Risk factors for squamous cell carcinoma of the oesophagus. *British Journal of Surgery*, 1996, n. 83, p.1174-85.
34. Spilka S. et al. Le tabagisme des adolescents suite à l'interdiction de vente aux mineurs de moins de 16 ans en France. *BEH thématique*, 2008, p. 21-22
35. Sriamporn S. et al. Environmental risk factors for nasopharyngeal carcinoma: a case-control study in northeastern Thailand. *Cancer, Epidemiology, Biomarkers and Prevention*, 1992, n. 1, p. 345–8.
36. Țăbârna G., Mereuță I. Cancerul. *Vigilența oncologică în activitatea medicului de familie*. Chișinău, 1997, p. 175
37. Țăbârna G. Starea actuală și problemele asistenței oncologice a bolnavilor cu tumori ale regiunii capului și gâtului în Republica Moldova. *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale*. Chișinău, 2007, nr. 4(13), p. 17-33
38. Vineis P. et al. Environmental tobacco smoke and risk of respiratory cancer and chronic obstructive pulmonary disease in former smokers and never smokers in the EPIC prospective study. *BMJ*, vol.330, 2005, p. 277
39. Wahlberg P. et al. Carcinoma of the hypopharynx: analysis of incidence and survivals in Sweden over a 30-year period. *Head and neck*, 2008, p. 714-719
40. Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2008 г., [www.who.int/tobacco/communications](http://www.who.int/tobacco/communications)