

**CANCERUL PULMONAR ȘI FUMATUL ÎN REPUBLICA MOLDOVA**  
**Grigore Bulbuc, Vasile Jovmir, Vitalie Machidon, Simona Chiaburu**  
Institutul Oncologic din Moldova

**Summary**

***The smoking and the lung cancer in the Republic of Moldova***

It is analyzed the results of 103 interviewed patients with lung cancer (62,2%- male, 38,8%- female), 70,9% from the country and 29,1% from urban region. In 46,6% cases they not practice the smoking. In 89,1% cases the patients start smoking before 20 years. It is discussed the active and passive smoking problem directed to lung cancer development.

**Rezumat**

Se analizează rezultatele interviurilor a 103 pacienți cu cancer bronhopulmonar (61,2% bărbați, 38,8% femei). 70,9% din mediul rural, 29,1% din mediul urban. 89,1% din fumători au început a practica fumatul până la 20 ani. În 46,6% cazuri pacienții nu practică fumatul. Se pune în discuție problema practicării fumatului atât activ, cât și a celui pasiv în vederea dezvoltării cancerului bronhopulmonar.

**Actualitatea**

Fumatul este o problemă a lumii moderne și anual produce mai multe victime decât SIDA, alcoolul, abuzul de droguri, accidentele de circulație, crimele, tentativele de suicid, incendiile, fiind astfel una dintre primele cauze de deces. Fumatul constituie un factor de risc în apariția mai multor tipuri de cancer: laringian, oro-faringian, de limbă, pulmonar, esofagian, gastric, de vezică urinară, de piele, precum și a altor maladii. Primele lucrări epidemiologice unde a fost tratată problema fumatului și a cancerului pulmonar (CP) au fost publicate în 1930 în Germania, la care practic nu s-a atras atenția. La întrebarea fumatului s-au reântors la mijlocul anilor 50, când o pleiadă de cercetători independenți au dovedit o corelație între folosirea țigărilor și riscul CP. Au mai trecut 10 ani și în Europa, și SUA a început o companie de luptă împotriva fumatului (Proctor, 2001).

La nivel global 1,2 milioane de persoane practică fumatul. În pofida faptului, acest viciu sporește riscul dezvoltării CP de 20-40 ori. 70% din fumători încearcă să abandoneze fumatul, 46% o fac în fiecare an. Probabil această incapacitate de a se elibera de fumat e legată de capacitatea nicotinei de a se acumula în organism. În patogeneza dependenței la nicotină un rol primordial i se atribuie și componentului biochimic-ereditar a individului. Factorul genetic răspunde pentru 50-60% risc de începere a fumatului, și de 70-80% de neputință la refuzul acestui viciu (Lerman et al 2003).

Carcinomul bronhopulmonar reprezintă 12,8% din cazurile de cancer și este responsabil de 17,8% din decesele prin cancer în lume. Mortalitatea prin cancer pulmonar depășește pe cea prin cancerule de prostată, sân și colorectale la un loc (Parkin).

Datorită ignoranței, lipsei de educație sanitară etc., în țara noastră diagnosticul bolii se realizează în stadii avansate, când tratamentul rămâne adesea numai paliativ și extrem de costisitor atât pentru societate, cât și pentru individ (V.Eftodii., S.Doruc).

**Scopul** acestui studiu este de a pune în discuție problema practicării fumatului ca factor de risc în apariția și dezvoltarea cancerului pulmonar, cât și familiarizarea, din punct de vedere oncologic, a medicilor de familie sau de alte specialități.

**Material și metodă**

Acest studiu s-a efectuat în baza anchetării a 103 pacienți de CP luați la evidență și tratați în Institutul Oncologic în 2007-2008. În studiu au fost incluși 63 (61,2%) bărbați și 40 (38,8%) femei. Limita de vârstă 23-71 ani pentru bărbați și 22-80 ani pentru femei.

## Rezultate și discuții

Prezența CP la bărbați preponderent a fost stabilită la vârsta de 61-70 ani în 41,3%, 51-60 ani în 33,3%, 41-50 ani în 17,4%. La femei CP preponderent a fost stabilit la vârsta de 51-60 ani în 40% cazuri, 41-50 ani în 22,5%, 61-70 ani în 15%, 31-40 ani în 10% cazuri. **Sexul și vârsta:** printr-analizele multivariabile ce au ținut cont de această variabilă, sexul feminin nu apare ca un factor prognostic favorabil decât într-un singur studiu. În ceea ce privește vârsta, rolul prognostic este dificil de apreciat în măsura în care uneori reprezintă o contraindicație chirurgicală. O analiză multivariată pe 273 pacienți cu vârsta >60 ani apreciază această variabilă ca factor prognostic defavorabil independent (Goron). O parte din discordanțe se pot explica prin subdivizarea în categorii de vârstă diferite în funcție de studiu. În plus, pacienții în vârstă sunt adesea excluși din trialurile terapeutice, ceea ce face imposibil studiul impactului prognostic al vârstei în sine. Sexul feminin este un factor prognostic favorabil, independent regăsit în multe studii (în Europa rolul prognostic al sexului feminin nu a putut fi demonstrat decât într-un singur studiu recent al European Lung Cancer Working Party, (Quoix). **Conform locului de trai** în CP la bărbați 73% sunt din mediul rural, 27% din mediul urban. La femei 67,5% sunt locuitoare rurale, 32,5% locuitoare urbane. S-a menționat faptul, că riscul de a face un cancer bronhopulmonar este de 30 de ori mai mare pentru fumători și că riscul este corelat cu doza cumulativă. În studiul efectuat 87,3% bărbați sunt fumători, 12,7% nefumători. Să accentuăm că nici una din femei cu CP nu practică fumatul. Dintre fumători în 56,4% cazuri se fumează 20 țigări în zi, 23,6% întrebuințează 10 țigări în zi, 10,9% - 40 țigări/zi și 9,1% fumători întrebuințează 30 țigări/zi. T.Ciuleanu accentuează că unul din 7 fumători care fumează peste 40 țigări/zi, va face un cancer bronhopulmonar și că speranța de viață este cu 8 ani mai mică decât pentru un nefumător. După renunțarea la fumat, riscul diminuează progresiv, ajungând aproape identic cu cel nefumător după 15 ani de abținere.

E îngrijorător faptul că vârsta la prima țigară fumată întinerește /e minoră/. În studiul nostru 18,2% dintre fumători au relatat că au început să fumeze la vârsta de 7-10 ani, 70,9% la 11-20 ani, 9,1% la 21-30 ani și 1,8% la o vârstă mai înaintată de 30 ani. D.Zob remarcă, că asocierea fumatului reprezintă un factor de risc suplimentar în apariția și dezvoltarea CP, majoritatea pacienților fiind fumători. Propaganda împotriva fumatului, o legislație fermă de interzicere a acestuia în instituții și locuri publice ar putea să scadă incidența cancerelor bronhopulmonare cu 85% în următorii 20 de ani (Ciuleanu).

## Concluzii

În ciuda publicațiilor abundente, studiul factorilor prognostici în cancerul bronhopulmonar primitiv rămâne de actualitate. Rămâne în discuție problema practicării fumatului activ cât și a celui pasiv în vederea dezvoltării cancerului bronhopulmonar (46,6% pacienți ai studiului nu practică fumatul activ). Accesibilitatea în viitor la utilizarea în practică a elementelor de biologie celulară și moleculară tumorală ar putea revoluționa studiile prognostice.

## Bibliografie

1. Ciuleanu T., Dediu M., Petronela Rusu, Al. Grigorescu, L.Miron, Șt.Curescu /Carcinoamele bronho-pulmonare: ghid de diagnostic și tratament // Radioterapie și Oncologie Medicală, V.XIII, Nr.1,2007, SRRO, Cluj Napoca. P.5
2. Дорук С., К.Препелица, С.Соломатов /Стратегии лечения болевого синдрома у больных с запущенными стадиями рака легкого// Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale. Revistă Nr.4(13) Chișinău 2007, P.235
3. Ефтодий В., С.Дорук, К.Препелица, В.Шуткин и др. /Лечение болевого синдрома у больных в запущенных стадиях рака легкого/ Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale. Revistă Nr.4(13) Chișinău 2007, P.233.
4. Goron Momică, M.Pop, M.Man, R. Gherasim, C.D.Zamora, G.Isoc / Factori prognostici în cancerul pulmonar non small cell // Radioterapie și Oncologie Medicală, V.IX, Nr.4,2003, SRRO, Cluj Napoca. P.219.

5. Lerman C, Berrettini W. Elucidating the role of genetic factors in smoking behavior and nicotine dependence. *Am.J.Med.genet. B Neuropsychiatr. Genet.*, 2003,118,45-54.
6. Parkin DM, Pasani P., Ferlaz J: Global cancer statistics, *CA Cancer J Clin* 1999; 49:33-64.
7. Proctor R.N. Tobacco and the global lung cancer epidemic. *Nat.Rev.Cancer*,2001, 1,82-86
8. Quoix E., Moreau L., Les variable determinaantes du pronostic des cancers bronchiques. *Rev.Mal.Respir.*, 2000,17:399-410
9. Zob Daniela, A.Niță, M.Drăgănescu /Neoplazm pulmonar primitiv – a doua localizare la pacienții cu neoplazm mamar. Considerații clinice, etiopatogenice și terapeutice// *Radioterapie și Oncologie Medicală*, V.XI, Nr.3,2005, SRRO, Cluj Napoca. P.163

## **METASTAZELE CEREBRALE ÎN CANCERUL MAMAR**

**Vitalie Machidon**

Institutul Oncologic din Moldova

### **Summary**

The onset of cerebral metastases is a frequent event in the natural history of cancer and an important cause of death. This history of 5 patients with breast cancer primary tumors and cerebral metastases developed from 2 months to 5 years are presented. These cases have been selected from a total of 253 surgical interventions. The significance of the primary tumor histology, angiogenesis and immune mechanisms in the pathogenesis of CNS metastases are discussed.

### **Rezumat**

Metastazele cerebrale sunt un fenomen frecvent în istoria naturală a cancerului și o importantă cauză de mortalitate. Se prezintă 5 cazuri de cancer mamar care au prezentat metastaze cerebrale cu o evaluare de la 2 luni la 5 ani după confirmarea diagnosticului, dintr-un total de 253 de cancer mamar metastazant.

Metastazele cerebrale reprezintă o cauză importantă de mortalitate la pacienții cu cancer. La adult metastazele cerebrale sunt de departe cele mai frecvente tumori intracraniene, iar incidența lor a fost, în ultimele decenii, în creștere datorită îmbunătățirii permanente a terapiilor anticanceroase și consecutiv acestora, creșterea duratei de supraviețuire a pacienților.

Seriile mai vechi arată că metastazele cerebrale apar la 20-30% din toți pacienții cu cancer sistemic (21). Estimările de incidență realizate de primele studii epidemiologice largi, efectuate pe grupuri populaționale în Islanda și Finlanda erau situate între 2,8 până la 3,4 la 100000 indivizi (8,11). Estimări mult mai recente, efectuate prin studii populaționale sau serii autopsice par să arăte o incidență mult mai mare a metastazelor cerebrale, cu o incidență cuprinsă între 8,3 până la 11,1 la 100 000 indivizi. Aceste estimări plasează metastazele cerebrale pe primul loc din toate tumorile intracraniene (20,26). Histologia tumorii primare reprezintă factorul determinant în frecvență și „pattern-ul” însămânțării cerebrale. În ordinea descrescătoare a frecvenței, cancerul pulmonar, al sânului, melanomul, cancerul renal și cel colonic sunt responsabile de majoritatea metastazelor cerebrale. Tumorile cerebrale sunt cauza a 30-60% din totalul metastazelor cerebrale (4,15,16). Cancerul de sân ocupă locul doi ca frecvență, cu un procent cuprins între 10 și 30% (4,15,16). Cancerul renal are o influență de 11% (1,24). În ceea ce privește afinitatea de metastazare cerebrală pe primul loc se află melanomul urmat de cancerul pulmonar și cel al sânului.

În general, intervalul de timp mediu cuprins între diagnosticul tumorii primare și cel al metastazei cerebrale este relativ scurt, cel mai lung fiind în jurul a aproximativ 3,5 ani.

Studiul prezent își propune o selecție de cazuri cu interval de timp de la 2 luni la 5 ani, între diagnosticul tumorii primare și cel al determinării metastazei. S-a realizat o analiză