

Introduzione:

I tumori maligni naso-sinusali (TUNS) rappresentano meno dell' 1% di tutti i tumori. L'incidenza è circa 1 caso per 100000 persone all'anno nella maggior parte dei paesi in via di sviluppo (in Italia 0,8% negli uomini, 0,3 % nelle donne) e la sopravvivenza globale varia da 22% a 67%. Alcuni tipi di questi tumori danno sintomi in una fase molto precoce e altri rimangono asintomatici fino allo stadio avanzato. Il basso rischio nella popolazione generale contrasta in modo efficace con alto rischio per esposizioni lavorative specifiche e contesti professionali. I TUNS sono considerati tumori rari con un'alta frazione occupazionale attribuibile dal 20 al 46%, infatti rappresentano la neoplasia con maggior numero di casi di origine professionale, dopo il mesotelioma maligno indotto da esposizione ad amianto. Sulla base delle evidenze disponibili, l'Agenzia Internazionale di Ricerca sul Cancro (IARC) ha valutato alcuni agenti o circostanze di esposizione con evidenza certa di cancerogenicità per la sede TuNS (produzione di alcol isopropilico col metodo dell'acido forte, composti del Nichel, fumo di tabacco, Radio 226 e 228 e prodotti del loro decadimento, polveri di cuoio e polveri di legno) o limitata (attività di carpenteria e falegnameria, composti del Cromo VI, formaldeide e lavorazioni tessili). In attuazione dell'art. 244 del D.Lgs. 81/2008, presso l'INAIL è attivo il Registro Nazionale dei Tumori Naso-Sinusali (ReNaTuNS), per la stima dell'incidenza dei casi di TuNS in Italia e la raccolta di informazioni sulla loro eziologia, con un ruolo centrale attraverso i Centri operativi regionali (COR), nell'identificazione dei casi e nella definizione delle circostanze di esposizione professionale. I COR TuNS devono realizzare e gestire nel tempo, in modo continuativo e sistematico, un archivio di tutti i nuovi casi diagnosticati nella popolazione residente nella propria area geografica. I COR TuNS raccolgono le informazioni cliniche, diagnostiche ed anagrafiche oltre a dati integrativi utili a individuare eventuali occasioni di esposizione ad agenti causali noti o sospetti per i TuNS nella storia di vita e di lavoro dei soggetti ammalati. In Toscana il registro Tuns (Renatuns) attivo dal 2005 è gestito da ISPRO Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica. Nel ReNaTuNS sono inclusi tutti i casi di neoplasia maligna primitiva epiteliale delle cavità nasali e/o dei seni paranasali, con particolare attenzione alla definizione di topografia, morfologia e primitività della neoplasia.

Conclusioni:

La presenza del Renatuns a livello nazionale e a livello regionale ci dà l'opportunità di studiare meglio la sopravvivenza dei casi di tumore naso sinusale.

Inoltre considerando che i TUNS sono tumori ad alta frazione eziologica, una loro diagnosi precoce, oltre a consentire un trattamento meno invalidante, potrebbe migliorare il tasso di sopravvivenza. La Toscana è una regione che vede molto rappresentati i settori della pelle, cuoio e legno e dai dati ISTAT emerge che ci sono molte unità locali con molti addetti, per questi motivi è in atto, con un progetto regionale di sperimentazione, un sistema di *sorveglianza sanitaria* dei soggetti esposti ed ex esposti a cancerogeni certi per i TuNS.

Obiettivo:

Descrivere la mortalità dei casi raccolti nel COR TUNS TOSCANO.

Metodi:

Dal linkage effettuato con il Registro di mortalità Regionale (RMR) e con altre fonti informative come le anagrafi comunali sono stati identificati i soggetti deceduti presenti nel Registro TUNS e sono state quindi condotte analisi descrittive per causa di morte e per altre informazioni come età alla data di incidenza, età al momento del decesso, tempo intercorso tra la data d'incidenza e decesso e per istotipo di tumore.

Risultati :

Dal 2005 ad oggi il COR toscano ha raccolto 387 casi di tumore maligno naso-sinusale (300 uomini e 87 donna) suddivisi per morfologia: 226 adenocarcinomi, 120 carcinomi a cellule squamose, 29 altre neoplasie epiteliali e 12 carcinomi neuroendocrini (tabella 1). Ad oggi i casi deceduti sono 205 e come visto per l'intera casistica anche tra i deceduti il macrogruppo più numeroso è quello degli adenocarcinomi, seguito dai carcinomi a cellule squamose, dalle altre neoplasie epiteliali e dai carcinomi neuroendocrini (tabella 2). Complessivamente i casi deceduti rappresentano il 53% del totale dei casi raccolti ad oggi. Disaggregando i casi per macrogruppo istologico di appartenenza si nota che la quota di deceduti rispetto al numero totale di casi (vivi e morti) di ogni macrogruppo è superiore al 50% per "carcinomi a cellule squamose" e per "altre neoplasie", mentre è inferiore per "adenocarcinomi" e "carcinomi neuroendocrini" (tabella 1). Dei 205 soggetti deceduti, 113 casi (55,1%) alla data di incidenza ha un'età superiore ai 70 anni e 128 casi (62,4) alla morte ha un'età superiore ai 70 anni. Il 39,5% (81 soggetti) sono deceduti prima di un anno dalla data d'incidenza, il 21,5% (44 soggetti) sono deceduti entro un anno e il 10,7% (22 soggetti) entro due anni.

MORFOLOGIA	NUMERO SOGGETTI DECEDUTI	NUMERO SOGGETTI VIVI	TOTALE	% DECEDUTI RISPETTO AL TOTALE
CARCINOMA A CELLULE SQUAMOSE E VARIANTI	69	51	120	57,5
ADENOCARCINOMA	111	115	226	49,2
CARCINOMI NEUROENDOCRINI	6	6	12	50,0
ALTRE NEOPLASIE EPITELIALI	19	10	29	65,5
TOTALE	205	182	387	53,0

TABELLA 1: Casi vivi e morti presenti nel registro suddivisi per morfologia

MORFOLOGIA	NUMERO SOGGETTI DECEDUTI	% DECEDUTI
CARCINOMA A CELLULE SQUAMOSE E VARIANTI	69	33,7
ADENOCARCINOMA DI CUI ITAC	111	54,1
	91	44,4
CARCINOMI NEUROENDOCRINI	6	2,9
ALTRE NEOPLASIE EPITELIALI	19	9,3
TOTALE	205	100,0

TABELLA 2: Casi deceduti suddivisi per morfologia