

19. Febbraio

Smettere di fumare e mortalità a breve e lungo termine: un messaggio importante per i giovani da tre “esperti”

*Grazie al cielo, ho smesso di nuovo di fumare...!
Dio! Come mi sento in forma.
Con istinti omicidi, ma in forma.
Un uomo diverso. Irritabile, lunatico, depresso,
rude, nervoso, forse; ma i polmoni sono meravigliosi.*
AP Herbert



Il team del Centre for Global Health Research di Toronto ha pubblicato il report

Eo rin Cho et al.
**Smoking Cessation and Short
and Longer-Term Mortality**

QUIT

La cessazione del fumo riduce la mortalità e la morbidità. Tuttavia, l'entità e la rapidità con cui la cessazione riduce i tassi di mortalità contemporanei per malattie legate al fumo rimangono incerte.

Sono stati messi insieme

i rapporti di rischio tra fumatori attuali o precedenti e non fumatori di quattro coorti nazionali con collegamento ai registri dei decessi negli

Stati Uniti, Regno Unito, Norvegia e Canada

tra gli adulti di età compresa tra **20 e 79 anni** dal **1974 al 2018**.

Sono state calcolate le **differenze di rischio** in eccesso e sopravvivenza, confrontando fumatori attuali o non fumatori con cessazione specifica per età e cessazione meno di 3, da 3 a 9 o 10 o più anni prima.

RISULTATI

Su **1,48 milioni** di adulti seguiti per 15 anni si sono verificati **122.697 decessi**.

Tenendo conto di età, istruzione, consumo di alcol e obesità, **i fumatori attuali presentavano rapporti di rischio di morte più elevati rispetto ai non fumatori** (2,8 per le donne, 2,7 per gli uomini).

La sopravvivenza tra i **40 e i 79 anni** di età è stata rispettivamente di **12 e 13 anni inferiore nelle donne e negli uomini che fumavano rispetto a coloro che non avevano mai fumato** (circa 24-26 anni di vita persi per i fumatori morti a causa del fumo combinati con perdite pari a zero per i fumatori che non avevano fumato). non morire a causa del fumo).

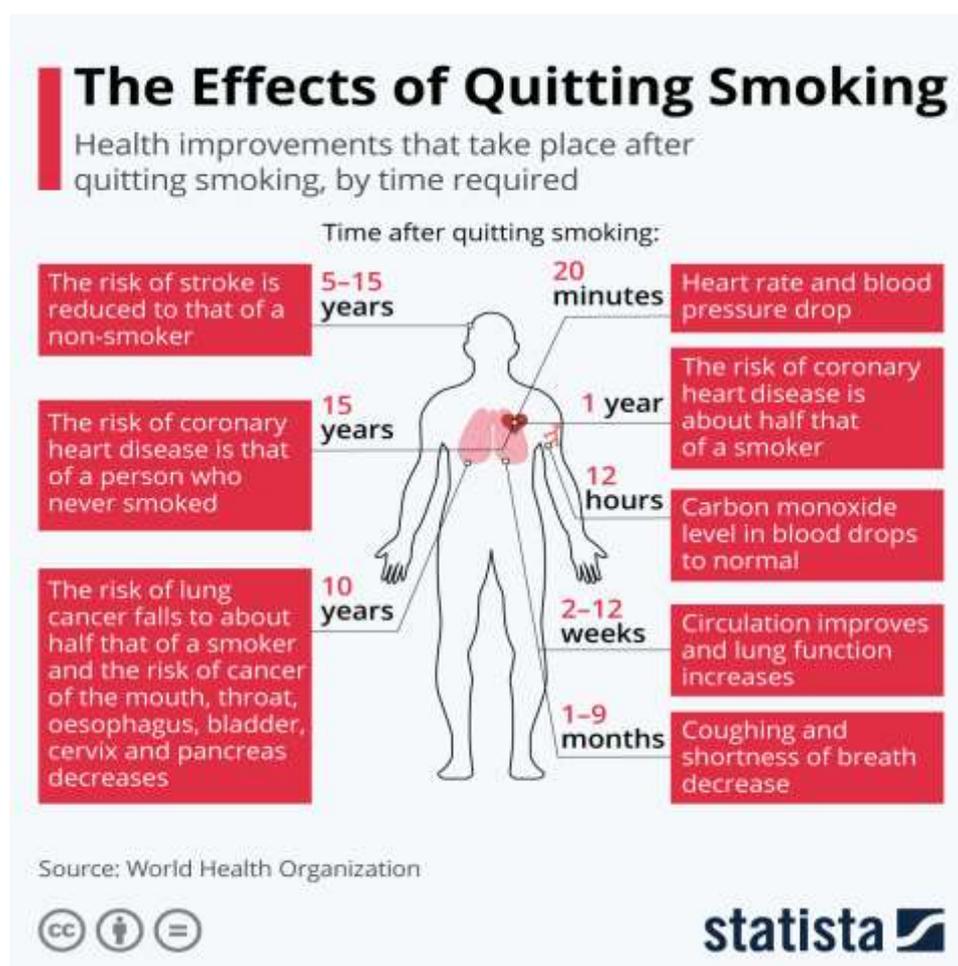
Gli ex fumatori hanno mostrato **rapporti di rischio più bassi** (1,3 sia nelle donne che negli uomini). La sospensione a breve termine per meno di 3 anni è stata associata a un eccesso di rischio inferiore del 95% nelle donne e del 90% negli uomini di età inferiore ai 40 anni, con notevoli associazioni benefiche anche nelle donne e negli uomini di età compresa tra 40 e 49 anni (81 % e 61%, rispettivamente) e da 50 a 59 anni (rispettivamente 63% e 54%).

La cessazione del trattamento a ogni età era associata a una sopravvivenza più lunga, in particolare la cessazione prima dei 40 anni.

Tra tutte le età e rispetto al fumo continuato, la cessazione per meno di 3 anni ha potenzialmente evitato 5 anni di vita persi e la cessazione per 10 o più anni ha evitato circa 10 anni di vita persi, ottenendo una sopravvivenza simile a quella dei non fumatori.

CONCLUSIONI

Smettere di fumare a qualsiasi età, ma in particolare negli anni più giovani, è stato associato a una minore mortalità in eccesso in generale e *per malattie vascolari, respiratorie e neoplastiche*. Le associazioni benefiche erano evidenti già 3 anni dopo la cessazione.



Per molti, i recenti report sui tassi di cancro in aumento tra i giovani adulti sono stati sconcertanti. Ma coloro che lavorano in oncologia tengono gli occhi puntati su tendenze preoccupanti da più di un decennio.

"Ora, vedere qualcuno tra i 20 ei 30 anni, non ci stupisce più", ha detto



Nancy You, *professoressa di chirurgia del colon e del retto presso l'MD Anderson Cancer Center dell'Università del Texas*. Dirige anche il programma sul cancro del colon-retto a esordio giovanile delle istituzioni con sede a Houston.

L'American Cancer Society prevede che gli Stati Uniti vedranno più di 2 milioni di nuove diagnosi di cancro nel 2024: un livello record. Nel corso degli anni, i dati nazionali hanno mostrato che i tassi di diagnosi sono in aumento tra le persone di età inferiore ai 50 anni.

Dal 2000 al 2019, il tasso in questo gruppo è balzato di quasi il 13% a 107,8 per 100.000 abitanti.

Le tendenze del cancro del colon sono state particolarmente preoccupanti, con la percentuale di diagnosi tra le persone di **età inferiore ai 55 anni** che è aumentata **dall'11% nel 1995 al 20% nel 2019**.

"Anche quando ero membro della Mayo Clinic nel 2008, stavamo già visitando giovani pazienti con cancro del colon-retto, e anche allora scrivevamo dell'aumento dei tassi"

ha detto il dottor You. *"È qualcosa che è in corso, ma sono felice che i media e il pubblico in generale stiano finalmente prestando attenzione."*

Alla luce di queste tendenze in evoluzione, **Becker** ha parlato con tre esperti di ciò che l'assistenza sanitaria deve fare di più e di come il campo dell'oncologia si sta adattando.

Consapevolezza in tutto lo spettro sanitario

Nel 2021, la **Preventive Services Task Force** degli Stati Uniti ha abbassato l'età raccomandata per lo screening del cancro del colon-retto da 50 a 45 anni. L'American Cancer Society aveva pubblicato la stessa guida alcuni anni prima, nel 2018, causando confusione e variazioni di copertura tra gli assicuratori. L'aggiornamento delle linee guida USPSTF ha sostanzialmente garantito che gli screening sarebbero stati coperti per tutti gli "americani assicurati" che hanno almeno 45 anni.

Gli esperti hanno riconosciuto che l'abbassamento dell'età per lo screening è un passo nella giusta direzione. Ma oltre a ciò, hanno sottolineato la necessità di una maggiore consapevolezza in tutto lo spettro sanitario in modo che i pazienti vengano indirizzati nella giusta direzione il più rapidamente possibile quando presentano sintomi, indipendentemente dalla loro età.



Avni Desai, un oncologo gastrointestinale presso il Memorial Sloan Kettering Cancer Center di New York ritiene che

"Molti dei pazienti più giovani che visito, sentono ripetutamente la storia che hanno questi sintomi per un paio d'anni e non ci hanno pensato davvero [nulla di ciò]," "Penseranno: 'Oh, è normale oppure ho le emorroidi' e a volte si rivolgono al loro medico con questi sintomi e gli viene detto che probabilmente si tratta solo di emorroidi o che sei un po' anemico, e ci vuole un po' di tempo per arrivare davvero a quella diagnosi."

Accelerare il processo diagnostico richiede maggiore riconoscimento e coordinamento da parte delle cure primarie, hanno affermato i leader dell'oncologia. Per i pazienti che arrivano con i sintomi delle emorroidi, ad esempio, la cura non dovrebbe limitarsi a scrivere una prescrizione per il problema. Invece, i fornitori di prima linea possono supportare il coordinamento delle cure avanzate disponendo di piani proattivi quando i sintomi del paziente, come il sanguinamento durante i movimenti intestinali, non si risolvono rapidamente.

"Dobbiamo assicurarci che il sintomo si risolva e, in caso contrario, è necessario che venga offerto al paziente un piano di follow-up al primo incontro", ha affermato Nancy You "È lì che penso che possano verificarsi molti miglioramenti."

Gli studi indicano che la mancanza di riconoscimento precoce e di coordinamento è probabilmente collegata a un aumento della percentuale di casi di cancro al colon diagnosticati in uno stadio più avanzato.

Nel 2019, il 60% di tutti i nuovi casi erano in fase avanzata, rispetto al 52% a metà degli anni 2000, secondo un rapporto **dell'American Cancer Society** pubblicato la scorsa primavera, che sottolineava anche le difficoltà nell'identificazione dei sintomi precoci del cancro al colon tra i pazienti più giovani.

"Uno studio su pazienti sintomatici ha rilevato un tempo di diagnosi più lungo del 40% tra gli individui di età inferiore ai 50 anni rispetto agli individui più anziani, inclusa sia una maggiore durata dei sintomi che un tempo di elaborazione, spesso a causa di diagnosi errate con condizioni più comuni", afferma il rapporto dell'ACS. .

Tali rapporti dimostrano come, sia da parte dei pazienti che degli operatori sanitari, il cancro non sia ancora considerato tra le possibili possibilità quando i pazienti più giovani presentano sintomi di cancro del colon-retto.



Sonia Kupfer, MD, che guida la clinica per il rischio e la prevenzione del cancro gastrointestinale presso UChicago Medicine ritiene che .

"È necessaria una formazione continua sui potenziali seni precoci e sintomi potenziali segni precoci e sintomi nonché miglioramenti nell'identificazione dei soggetti a maggior rischio,

Identificare precocemente una percentuale maggiore di pazienti con una storia familiare di cancro del colon-retto è un frutto di poco conto, hanno detto gli esperti. Per coloro che hanno una storia familiare, le linee guida raccomandano che lo screening inizi all'età di 40 o 10 anni prima dell'età in cui è stata diagnosticata a un familiare stretto.

"Ci mancano le persone in questo modo... [ci sono] opportunità mancate dove c'è una storia o ci sono altre caratteristiche che dovrebbero aiutarci a capire e noi semplicemente non lo sappiamo, quindi dobbiamo pensare lungo l'intero spettro, ", ha detto il dottor Kupfer.

Integrazione dei servizi di supporto

Oltre dieci anni fa, **Avni Desai** disse che lei e i suoi colleghi di oncologia gastrointestinale non avevano bisogno di pensare tanto ad alcuni servizi di supporto come la fertilità e la pianificazione familiare. Ora, gli esperti affermano che lo stretto coordinamento con i partner in una serie di aree di supporto come la psichiatria e l'assistenza sociale sta diventando una parte sempre più importante del loro lavoro poiché i tassi di cancro aumentano, soprattutto tra i giovani adulti.

"Abbiamo dovuto ripensare parte di ciò che facciamo", quando si tratta di considerazioni sulla qualità della vita dei pazienti più giovani e sulle priorità individuali, ha affermato il dottor Desai. "I pazienti più giovani hanno spesso priorità diverse. Stanno pensando al lavoro, ma hanno anche il tempo per prendersi cura della propria famiglia. Potrebbero avere figli più piccoli" o potrebbero ancora pensare di avere figli.

"Anche se io posso curare il cancro, abbiamo davvero bisogno che tutti gli altri ci aiutino nel modo in cui qualcuno sta affrontando la malattia, negli aspetti quotidiani", ha detto il dottor Desai. "Fa davvero una grande differenza."

Le tendenze nello spostamento del cancro del colon verso una malattia più avanzata hanno reso fondamentale una migliore collaborazione con i servizi di supporto.

"La parte medica stessa tende ad essere più complicata per i pazienti più giovani", in particolare quando presentano una malattia allo stadio 3 e 4, ha affermato il dottor You. Mentre la chirurgia tende ad essere la terapia principale per gli stadi 1 e 2, gli stadi avanzati comportano l'aggiunta di chemioterapia e radioterapia. "Capire la giusta sequenza di questi componenti e bilanciarla con i desideri dei pazienti", aggiunge un altro livello di complessità, ha affermato.

Bilanciamento delle priorità

In mezzo a tendenze inquietanti, il *Dr. Kupfer* mantiene una mentalità del bicchiere mezzo pieno.

"Se identifichiamo le cose in anticipo, abbiamo una buona possibilità in termini di risultati", ha affermato. "Alle persone ora viene consigliato di presentarsi a 45 anni [per lo screening] e sto

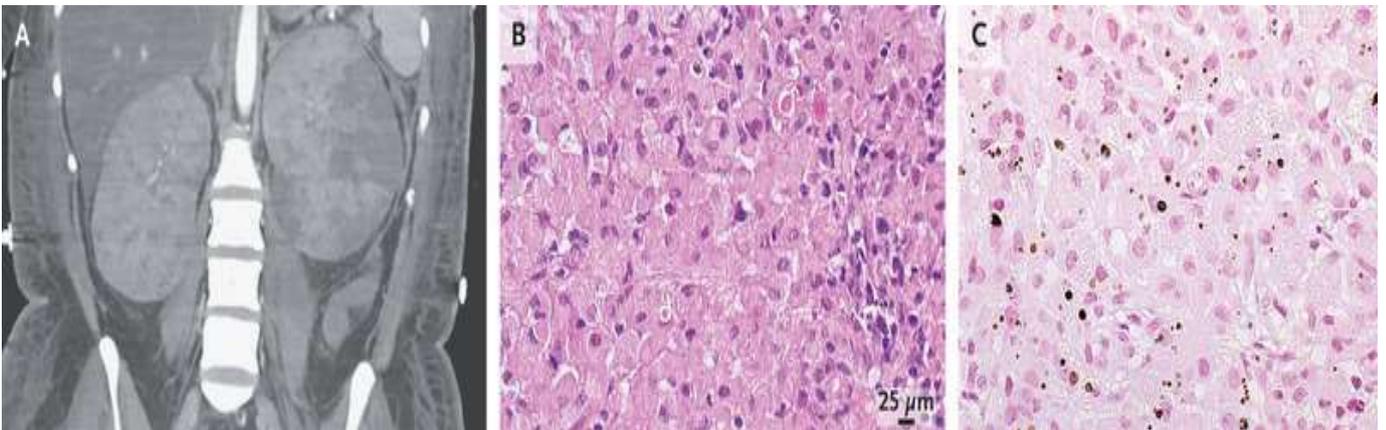
scoprendo polipi precancerosi che, se avessero aspettato qualche anno, probabilmente si sarebbero trasformati in cancro... È incredibilmente soddisfacente pensare che con una procedura semplice che ha rimosso un polipo, spero di aver evitato una diagnosi come il cancro del colon-retto."

Dal punto di vista clinico, gli esperti affermano che lo screening, la diagnosi precoce e il trattamento sono le aree chiave su cui concentrarsi per garantire i migliori risultati. Ma, in ultima analisi, invertire la tendenza all'aumento dei tassi di cancro richiederà continui investimenti nella ricerca per identificare i colpevoli specifici, un compito che si è rivelato molto più complesso rispetto allo svelamento dell'aumento delle morti per cancro al polmone nel 20° secolo, quando il fumo era identificato come una delle cause principali. Stili di vita più inattivi e alimenti ultra-processati sono tra i fattori che i ricercatori sospettano contribuiscano all'aumento del rischio di cancro per le generazioni più giovani.

"C'è qualcosa nel nostro stile di vita che sta guidando questo, ma esattamente di cosa si tratta rimane sconosciuto, e forse una combinazione di un sacco di cose che sono aggravate e portano a un maggiore sviluppo del cancro", ha detto il dottor Kupfer. "Il modo in cui combatteremo queste tendenze è scoprire perché si stanno verificando... A quali fattori ambientali siamo esposti? Possiamo identificarli e ridurli per la popolazione?"

La storia di NINA

Nina 33 anni ricoverata in ospedale per **shock settico** causato da **pielonefrite da *Escherichia coli*** è stata notata all'imaging con reni di grandi dimensioni. L'imaging tomografico computerizzato dell'addome ha mostrato un ingrandimento renale con una diminuzione eterogenea della perfusione su entrambi i lati (pannello A). Una successiva biopsia del rene sinistro ha mostrato **infiltrazione istiocitica** della corteccia renale (pannello B, colorazione con ematossilina ed eosina) e **inclusioni intracitoplasmatiche rotonde e basofile, note come corpi di Michaelis-Gutmann** (pannello C, colorazione del calcio di von Kossa).



È stata fatta una diagnosi di

Malacoplachia renale.

La malacoplachia renale è una **malattia infiammatoria cronica** rara con una patogenesi non ben compresa. Si ritiene che sia innescata da un'imperfetta uccisione intracellulare dei batteri fagocitati, in particolare dell'*E. coli*.

Può manifestarsi con infezioni ricorrenti del tratto urinario, che aveva questo paziente. La diagnosi viene posta sulla base della valutazione istopatologica, **in particolare sul riscontro di corpi di Michaelis-Gutmann patognomonici (che rappresentano elementi calcificati di batteri non digeriti all'interno dei macrofagi)**.

Sebbene la malacoplachia si manifesti più comunemente nei pazienti immunocompromessi, questo paziente aveva **una valutazione immunologica normale**.

A causa della batteriemia persistente e dei progressivi ascessi renali nonostante la somministrazione di agenti antimicrobici, nonché del peggioramento della funzionalità renale sinistra, è stata infine eseguita una nefrectomia sinistra.

Al follow-up 3 settimane dopo, il paziente si sentiva bene e aveva una funzione renale normale.

Dott.ssa Serena Bagnasco Dott.ssa

Samir C. Gautam, Dott.ssa

Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimora, Dott.ssa

sgautam6@jh.edu

Questo articolo è stato pubblicato il 17 febbraio 2024 su NEJM.org.