

LES XIFRES DEL CÀNCER A CATALUNYA

per Francesc-Xavier Bosch i José

20 (220/novembre 1980

ciència 4)

Les xifres poden ésser també una espècie de càncer de la informació dels nostres dies. Han arribat a substituir els discursos amb una precisió metòdica i s'han constituït en els eixos del que hom considera rotund i definitiu. L'altra cara de la moneda té tot un altre aspecte: la comprensió concreta dels fets i dels processos no pot reduir-se a percentatges o equacions. Tanmateix les xifres ajuden, perquè un aspecte de la realitat té un innegable valor quantitatiu. El càncer té un aspecte mesurable que és el que presentem en aquest article. Les xifres del càncer del nostre àmbit, però, no eren fins ara conegudes.

Francesc-Xavier Bosch i José (Barcelona, 1947), estudià medicina a la Universitat de Barcelona i l'especialitat d'oncologia a l'Hospital de Sant Pau, on treballa actualment. Estudià epidemiologia a la Universitat de Califòrnia de Los Angeles l'any 1978 i a la Universitat lliure de Brussel·les l'any 1979. Enguany ha organitzat a Barcelona el primer curs de l'epidemiologia del càncer. Col·labora amb l'Institut Municipal de la Salut en els estudis de mortalitat de Barcelona. A l'onze Congrés de Metges i Biòlegs ha estat ponent en els temes d'"Ambient i càncer" i "Contaminació: perspectiva crítica".



Introducció

Bé que han representat un progrés notable respecte a l'anècdota que perdura en la memòria o la improvisació inspirada, també elles, com els vibrants discursos, poden manipular-se i presentar imatges ben distorçudes de la realitat.

Les dades necessàries per a acotar les dimensions del càncer a les nostres comunitats són poques i relativament senzilles.

Quants en comencen cada any?

La dada més intuïtiva, tradicionalment coneguda com a taxa d'incidència, ens diu quants casos nous apareixen en una unitat de població per unitat de temps.

El càncer és encara una malaltia relativament rara i per això s'expressa habitualment en casos per cent mil habitants i per any. (Considerem per exemple que una incidència de grip a l'hivern caldria expressar-la en nombre de casos per mil habitants i per dia, i la d'una intoxicació per aliments en casos per cent habitants per hora).

Obtenir aquesta taxa sembla senzill, però no ho és. Cal en primer lloc comptar els casos a mesura que es presenten, és a dir, cal comunicar a un sistema de registre l'aparició de tots i cada nou tumor diagnosticat i això requereix la col·laboració d'amplis sectors assistencials, sovint recelosos o desinteressats.

Coneguts els casos, cal saber d'entre quanta gent han sortit, cal disposar de

censos ben fets i haver confirmat que cada cas acceptat formava part d'aquell cens. Per exemple, la taxa d'incidència a Barcelona seran els nous casos diagnosticats durant l'any dels residents a Barcelona en el punt mitjà de l'any.

Això tampoc no és senzill, si bé l'aparell estadístic del país fa el que pot.

La incidència del càncer en els països desenvolupats oscil·la entre uns marges de 250 - 350 nous casos per 100.000 habitants en els homes i de 200 - 300 pel mateix nombre d'habitants en les dones.

A Catalunya no disposem encara d'un registre d'incidència que ens permeti treballar amb dades autòctones. Especulativament, i per donar una pinzellada del nombre absolut de casos que podríem esperar, per exemple, l'any 1986, hem construït dues taules de presumpció (taula 1) aplicant una xifra global d'incidència per a ambdós sexes de 230 nous casos per 100.000 habitants, a la població catalana manllevada a partir de les dades del cens de 1970 i l'evolució dels padrons anuals provincials.

Taula 1. - Nombre mínim de nous casos de càncer previstos a Catalunya

Totes localitzacions 1980-1986

	1980	1982	1986
Barcelona	11.408	11.960	13.179
Tarragona	1.265	1.334	1.472
Lleida	828	828	851
Girona	1.104	1.150	1.242
Total	14.605	15.272	16.744

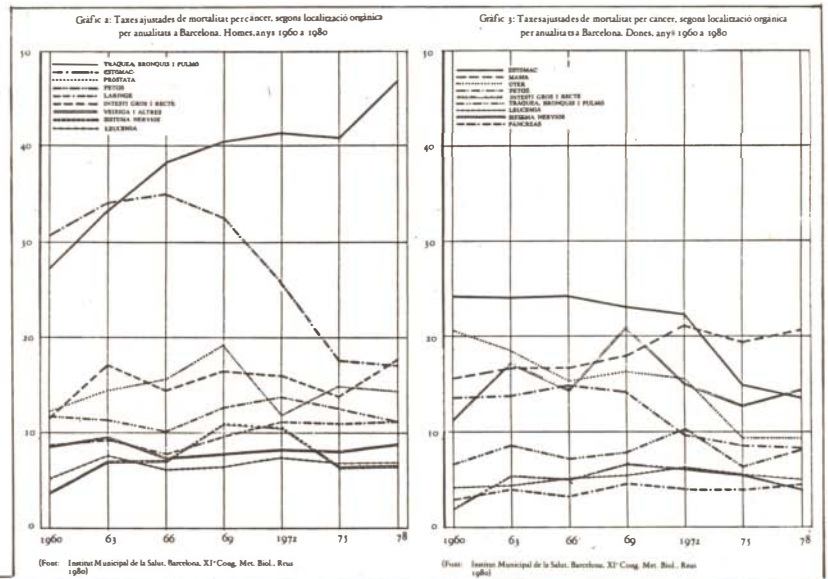
Fonts: MONRAS, P., BOSCH, F.X., *Informe tècnic del càncer a Catalunya*. Previsió demogràfica: Institut Municipal de la Salut, Barcelona.

La Taula 2 desglossa els resultats globals per a les principals localitzacions tumorals.

Quants n'hi ha?

A diferència de les taxes d'incidència, la prevalença estima el nombre de casos vius per unitat de població que existeixen en un període de temps determinat.

La prevalença inclou, doncs, casos nous que es presenten durant aquest període, casos ja diagnosticats en períodes anteriors i que romanen vius en tractament, i en el cas de malalties neoplàsiques, on la guarició només és acceptada després d'un llarg seguiment, inclourà casos tractats sense malaltia evident i que segueixen exclusivament controls periòdics.



TAULA 2- Nombre mínim de nous casos de càncer previstos a Catalunya per a les principals localitzacions tumorals

Localització	Taxa	1980	1982	1986
Estómac	36,8	2.336,8	2.447,2	2.679,1
Pulmó	18,2	1.155,7	1.210,3	1.325,0
Pell no melanoma	20,4	1.295,4	1.356,6	1.485,1
Pròstata	24,1 (H)	765,2	801,3	877,2
Mama	39,7 (D)	1.260,5	1.320,0	1.445,1
Còlon	8,6	546,1	572,0	626,1
Recte	7,7	489,0	512,1	560,1
Coll d'úter	5,1 (D)	162,0	169,6	185,7
Cos d'úter	5,9 (D)	187,6	196,5	214,8
Laringe	15,0 (H)	477,0	499,4	546,0
Bufeta	6,0	381,0	399,0	437,0
Altres tumors	-	5.549,3	5.788,0	6.362,3

Elaboració: F. X. BOSCH: Informe tècnic del càncer a Catalunya. (Fonts: previsió demogràfica - Institut Municipal de la Salut, Barcelona. Taxes específiques R. de T. Saragossa, 1968-1972)

La Taula 3 recull una previsió de casos prevalents a Catalunya per als anys 1980 i 1985. Per exemple, segons aquesta estimació, l'any 1985 seran coneguts com a casos vivents 9.537 casos de mama, 1.347 d'estómac, 2.985 de pròstata, etc. Els tumors ginecològics representaran el 53 per cent del volum assistencial, el grup de tumors urològics en constituirà el 18 per cent, els tumors digestius el 16 per cent i els de l'aparell respiratori el 13 per cent.

El fet que tumors d'incidència elevada representin relativament una part petita del volum assistencial total s'explica per la seva elevada taxa de fatalitat, amb supervivències mitjanes molt baixes.

Les dades fins ara presentades s'han de considerar aproximades i només la consecució de fonts autòctones ens permetrà en el futur conèixer amb fidelitat les nostres condicions.

La mortalitat per càncer a Catalunya

Un dels elements més valuosos de què disposem per a descriure la magnitud i les tendències de la malaltia neoplàsica en una

comunitat és l'anàlisi de la butlleta de defunció, recollida de manera sistemàtica per l'aparell sanitari, la qual, per tant, no requereix l'esforç de construir una estructura nova com és un registre de tumors. Avui podem doncs disposar dels índexs d'evolució de la mortalitat a l'Estat espanyol i fins els específics per províncies pràcticament des de començament de segle. La Taula 4 presenta aquests resultats per a la mortalitat específica per tumors malignes.

L'evolució de la mortalitat cancerosa, per a tot l'Estat espanyol, es caracteritza per manifestar una tendència ascendent més acusada en els homes, especialment a partir de la segona meitat del període estudiat; s'observa també una inversió en l'afectació per sexes, que és més elevada per a les dones fins a l'any 1932; és igualada des del 1933 al 1954 i és superior per als homes a partir del 1955, amb una tendència creixent.

La importància de la mortalitat cancerosa és cada cop més elevada, passant de l'1,5 per cent de la mortalitat general per als homes, i del 2 per cent per a les dones, el 1903, al 19,4 per cent i el 16 per cent respectivament el 1976. Constitueix l'únic grup de la mortalitat específica que presenta una clara tendència creixent. Aquesta situació és també la que observem a Catalunya.

Les estadístiques que reuneixen àrees tan desiguals com les que

Taula 3.— Estimació de taxes i nombre de casos prevalents previstos a Catalunya els anys 1980-1985, segons les principals localitzacions tumorals

Localització	Incidència* estimada	Mitjana** superviv. (anys)	Prevalença esperada (Taxa ajustada per 100.000 x any)	Nombre de casos prevalents*** esperats a Catalunya	
				1980	1985
Mama (D)	39.7	6.6	262.0	8.331.6	9.536.8
Estómac	36.9	0.5	18.5	1.174.8	1.346.8
Pròstata	24.1	3.4	82.0	2.607.6	2.984.8
Pell no mel.	20.4	—	—	—	—
Pulmó	18.2	0.5	9.1	577.9	662.5
Laringe (H)	15.0	4.9	73.5	2.337.3	2.675.4
Bufeta (H)	10.9	4	43.6	1.386.5	1.587.1
Còlon	8.6	2.2	18.9	1.200.2	1.376.0
Recte	7.7	2.2	16.9	1.073.2	1.230.3
Cèrvix (D)	5.1	6.8	34.7	1.103.5	1.263.1
Úter (D)	5.9	>10.0	59.	>1.876.2	> 2.147.6
Ovari (D)	4.5	1.6	7.2	229.0	262.1

Fonts: Elaboració: F. Xavier Bosch

* Registre Saragossa 1968-72.

** Ref. Cancer Patient Survival Report n. 5, 1976 US. Dept. H. E. W. National Institutes of Health.

*** Cens espanyol, desembre 1975, i ajust parabòlic de la població a Catalunya, IMS Barcelona

presenta l'Estat espanyol, ens donen una imatge del conjunt, però són poc precises a l'hora d'estudiar els detalls. Considerem, per exemple, les diferències que existeixen entre una zona rural i una zona industrialitzada. En el camp, la població és sensiblement més vella i la dotació hospitalària i mèdica més deficient, mentre que els joves que han anat a les ciutats, i estan en edats laborals, tindran accés fàcil a la xarxa hospitalària. Per aquest sol fet, els tumors propis d'edats avançades tendiran a estar infrarepresentats. D'ací els avantatges d'estudiar una població més reduïda i assistida de manera més homogènia.

A Barcelona, hem pogut construir els gràfics de mortalitat per a un període de divuit anys. Com es pot veure a la Gràfica 2, resulta notable la crescuda del càncer de pulmó en els homes, que passa d'un índex d'aproximadament 27 casos per 100.000 habitants l'any 1960 a 47 l'any 1978. Algú l'ha denominat l'epidèmia moderna.

L'altra característica notable és la constant disminució del càncer d'estómac, tant en els homes com en les dones, al llarg de tot aquest període, que ha passat a ser la segona i tercera causa de mort per càncer respectivament, mentre que en el conjunt de l'Estat espanyol, i per a ambdós sexes conjuntament, és encara

la primera causa.

Aquest fenomen —la desaparició del càncer gàstric— s'està produint a gairebé tots els països desenvolupats en diferents èpoques i ha estat relacionat globalment amb l'augment del nivell de vida, sense que hom en pugui precisar cap altre factor. El càncer d'úter també està en decreixement constant al llarg d'aquest període, mentre que la resta de tumors pràcticament no presenten variacions.

Veient gràfics d'aquest tipus, els professionals que saben com s'omplen habitualment els certificats de defunció poden preguntar-se, i amb raó, quina fiabilitat tenen aquestes dades i aquests diagnòstics.

Per aclarir una mica aquesta perspectiva, conjuntament amb l'Institut Municipal de la Salut hem portat a terme una enquesta sobre la correspondència de les històries clíniques i les butlletes de defunció de tots els casos de mort per càncer signats a Barcelona l'any 1979.

Ambdós documents coincideixen en una proporció molt propera al 80 per cent. Encara un 20 per cent són confusos o clarament discrepans i, per tant, són mal classificats. De totes les històries clíniques revisades, els diagnòstics eren fets amb

Taula 4.- Mortalitat per càncer a Catalunya. Taxes estandarditzades, per 100.000 habitants. Homes i dones

	Barcelona		Tarragona		Lleida		Girona		Catalunya		Total Estat espanyol	
	Homes	Dones	H.	D.	H.	D.	H.	D.	H.	D.	H.	D.
1903	48,2	84,5	37,8	55,9	44,6	46,4	48,7	57,2	45,9	70,2	39,6	47,7
1923	93,5	113,1	61,5	75,0	61,0	71,8	77,9	81,4	81,8	98,2	59,2	64,7
1933	108,3	116,5	70,9	94,5	70,9	94,1	92,2	103,1	97,2	109,7	66,0	67,6
1943	63,4	66,2	85,7	97,6	63,2	94,8	78,9	90,7	68,1	75,3	61,3	63,8
1953	112,8	111,0	105,3	108,4	88,5	84,9	134,6	109,5	111,6	103,3	88,9	81,8
1963	147,2	131,6	144,7	127,3	121,1	141,2	186,9	157,2	148,0	133,9	134,2	114,2
1973	149,1	161,4	142,2	129,8	135,7	117,1	188,4	144,1	150,3	153,1	160,2	123,7
1976	147,4	153,3	148,8	120,7	150,6	127,5	208,1	167,3	151,9	149,0	173,6	123,9

(Font: J. F. Martínez i Navarro i altres: *Estudi de la mortalitat al País Valencià, les Illes i Catalunya*. XI^o Cong. Met. Biol., Reus, 1980.)

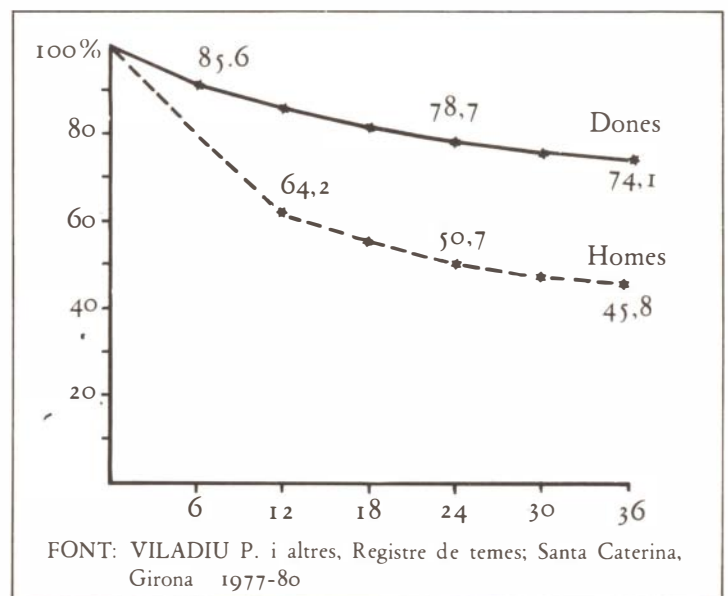
verificació histològica en un 80 per cent dels casos —podríem dir, diagnòstics de primera qualitat—, i en el 20 per cent restant estan basats en impressions clíniques o altres tècniques d'exploració.

Aquest tipus d'informació ens obliga a ser prudents a l'hora d'interpretar les nostres estadístiques, però, malgrat tot, estem començant a mesurar la nostra realitat i això ja és un punt d'esperança.

Per concloure, un mot sobre la supervivència dels casos de tumors malignes en el moment actual. Sabem que l'espectre és molt variable, des de tumors amb alts percentatges de guarició definitiva fins a càncers en els quals la meitat dels casos no sobreviuen més enllà dels sis mesos.

El Gràfic 4 ens presenta una anàlisi de la supervivència global per a ambdós sexes i per a totes les localitzacions tumorals. Malgrat les dificultats d'interpretar uns resultats com aquests, que inclou resultats molt diferents, podem comentar el fet que la mortalitat dels homes entra molt generalment en els primers sis mesos després del diagnòstic, responsabilitat pràcticament íntegra del càncer de pulmó, i que en les dones el pronòstic relativament més benigne del càncer de mama —el més freqüent— fa que als tres anys del diagnòstic el 67 per cent siguin encara vives.

En resum, es tracta d'una malaltia greu, cada vegada més important entre nosaltres. Un càncer està en augment franc —el de pulmó—, i sabem per què i com evitar-lo. D'altres estan desapareixent i no sabem per què. Les xifres que tenim són encara primerenques però són les úniques que —ben recollides— podran jutjar si el que fem sanitàriament té efectivament un impacte positiu en la salut de la comunitat. Valdria la pena de fer-hi un esforç.



Material de lectura:

Water House, J., Muir, C., Correa, P., Powell, *Cancer Incidence in Five Continents*; IARC, Scientific Publications 3: 15, 1976.

F.X.Bosch, *Guidelines for the implementation of a cancer control program in Catalonia*; University of California, Los Angeles 1978.

Cancer Patient Survival, Report n 5. U.S. Dept. HEW. 1976.

Biologia del càncer. Onzè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana, Reus 1980.