

# Συχνότητα του γυναικολογικού καρκίνου τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα, στην Ευρώπη και στον κόσμο

Θ.Κ. Κωνσταντινίδης

1

Δεδομένης της έλλειψης ενός ενιαίου δικτύου καταγραφής του καρκίνου (cancer registration network), τόσο στην Ελλάδα, όσο και στην Ευρώπη γενικότερα, η μόνη προσέγγιση που μπορεί να δώσει θεμιτά συγκριτικά αποτελέσματα είναι η *θνησιμότητα* (mortality) και η *νοσηρότητα* (morbidity) για δεδομένη χρονική περίοδο (συνήθως έναν ημερολογιακό χρόνο) και δεδομένη γεωγραφική περιοχή. Οι υπολογισμοί αφορούν 100.000 κατοίκους, ώστε να είναι εφικτές οι διατοπικές και οι συγχρονικές μελέτες. Η πρόθεση των καταγραφών είναι εμφανώς αναγκαία για τη διερεύνηση της φυσικής ιστορίας μιας ασθένειας στον πληθυσμό, θεώρηση που σε πρώτη θεώρηση μοιάζει να είναι μη κλινική, αλλά πρωτίστως επιδημιολογική, αφού δεν προσεγγίζει τον νοσούντα οργανισμό, αλλά την πληθυσμιακή έκφραση του νοσήματος. Ωστόσο, τα αποτελέσματα τέτοιου τύπου επιδημιολογικών μελετών είναι χρήσιμα όχι μόνο για το σχεδιασμό στις υπηρεσίες υγείας (και την οριοθέτηση προτεραιοτήτων της πρόληψης), όσο και στην κλινική πράξη, καθότι μπορούν να προσανατολίσουν τον κλινικό ιατρό για τις διαδικασίες διαγνωστικής προσπέλασης των νοσημάτων του πληθυσμού αναφοράς του. Η *πληθυσμιακής βάσης καταγραφή* (population based registry) των περιστατικών του καρκίνου παρέχει στοιχεία για την επίπτωση και τη θνησιμότητα του καρκίνου σε μια γεωγραφικά

προσδιορισμένη περιοχή, αλλά και για την *επιβίωση* (survival) και τη *θνητότητα* (fatality) των πασχόντων. Επιπλέον, μπορεί να παρέχει δεδομένα για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους ασθενείς με καρκίνο, αλλά να αποτελεί δείκτη ποιότητας παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Η πληθυσμιακή γίνεται κυρίως με τη λεγόμενη περιπατητική μέθοδο, δηλαδή με συλλογή και διασταύρωση στοιχείων για τον ίδιο ασθενή από διαφορετικές πηγές. Οι προσεγγίσεις των δικτύων καταγραφής καρκίνου είναι δυνατό να προέρχονται από εγγραφές *νοσοκομειακές* (hospital-based), είτε *πληθυσμιακές* (population-based), που μπορεί να αφορούν το γενικό πληθυσμό, αλλά και επιμέρους ειδικούς πληθυσμούς. Όλα τα παραπάνω επισημαίνονται για να αναδειχθεί και πάλι η αναγκαιότητα ανάπτυξης ενός δικτύου γυναικολογικού καρκίνου, όπως έχει επισημανθεί επανειλημμένα στο παρελθόν.

Οι επιδημιολογικοί δείκτες που αναφέρονται στο κείμενο αυτό έχουν προκύψει είτε με τη χρήση συντελεστών θνησιμότητας με πρωτογενή πηγή τις εγγραφές θανάτων, είτε συντελεστών νοσηρότητας, με βάση εγγραφές νοσηρότητας, αλλά για διάφορες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης προκύπτουν από τα δίκτυα καταγραφής καρκίνου. Με την έννοια αυτήν συχνά δεν είναι ομόλογα τα στοιχεία.

Από το 1956 και στη χώρα μας οι πιστοποιήσεις θανάτου καταγράφονται ως συνεχείς

εγγραφές με βεβαίωση της αιτίας θανάτου από ιατρό. Έχει συζητηθεί το πιθανό σφάλμα που εμπεριέχεται στις εγγραφές αυτές. Ωστόσο, ειδικότερα για τις κακοήθεις νεοπλασίες θεωρείται ότι σχετικά λίγες είναι οι διαφορές από τις πιστοποιήσεις θανάτου, λόγω του ότι δεν περνά απαρατήρητη μια τέτοια διάγνωση, αλλά και διότι οι συνεχείς αυτές εγγραφές αφορούν ολόκληρη την εθνική επικράτεια σε πληθυσμιακή βάση.

Είναι σαφές, επομένως, ότι η θνησιμότητα η οφειλόμενη στον καρκίνο μπορεί να εκτιμηθεί με βάση τις στατιστικές θνησιμότητας που πινακοποιεί σε ετήσια βάση η *Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδας* (ΕΣΥΕ), όπως δημοσιεύονται στις εκδόσεις της. Σε διεθνές επίπεδο, ο *Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας - ΠΟΥ* (World Health Organization - WHO) συλλέγει τα αντίστοιχα δεδομένα από τις χώρες μέλη του και τα δημοσιεύει σε έντυπη στις ετήσιες εκδόσεις του και σε ηλεκτρονική μορφή περιλαμβάνονται στη *Βάση Δεδομένων Θνησιμότητας* (Mortality Data Base), αλλά για τη διερεύνηση διατοπικών συγκρίσεων ανά την υφήλιο χρησιμοποιήθηκαν και οι εγγραφές της *Βάσης Δεδομένων Υγείας του ΟΟΣΑ* (OECD Health Data).

Παρά την πληθυσμιακή πληρότητα των εγγραφών θνησιμότητας, υφίστανται εγγενή μεθοδολογικά προβλήματα σε υπολογισμούς ειδικότερων επιδημιολογικών συντελεστών. Ανεπάρκειες που σχετίζονται με την καταγραφή του επαγγέλματος των θανόντων, του τόπου μόνιμης κατοικίας, όπως επίσης η έλλειψη κλινικών πληροφοριών, αλλά και στοιχείων ιστορικού έκθεσης σε παράγοντες επικινδυνότητας, αναδεικνύουν τα όρια της χρήσης των συντελεστών θνησιμότητας με βάση τις πιστοποιήσεις θανάτου. Πολύ περισσότερο όμως δεν είναι δυνατό να περιλαμβάνονται στοιχεία όσον αφορά την ίδια την πορεία του νοσήματος. Έτσι, δεν μπορεί να εκτιμηθεί η

διάρκεια που μεσολάβησε από τη νόσηση μέχρι το θάνατο του ασθενούς και έτσι δεν είναι εφικτό να εκτιμηθεί για επιμέρους νοσήματα η *επίπτωση* (incidence) που αναφέρεται στα νέα περιστατικά προς το σύνολο του πληθυσμού αναφοράς στη διάρκεια ενός έτους, είτε ο *επιπολασμός* (prevalence) που είναι το σύνολο παλαιών και νέων περιστατικών με αναγωγή και πάλι στον πληθυσμό.

Στον Πίνακα 1 που ακολουθεί φαίνονται η νοσηρότητα (επίπτωση) και η θνησιμότητα του καρκίνου του μαστού (τα πλέον πρόσφατα διαθέσιμα δεδομένα που αφορούν τη χρονική περίοδο 2000-2005), ανά 100.000 γυναίκες. Ο συντελεστής είναι *διορθωμένος ως προς την η-*

**Πίνακας 1.** Νοσηρότητα (επίπτωση) και θνησιμότητα καρκίνου του μαστού κατά την τρέχουσα χρονική περίοδο (2000-2005), ανά 100.000 γυναίκες [Πηγή: OECD, 2006].

Χώρα	Επίπτωση	Θνησιμότητα
Αυστραλία	84,4	21,3
Αυστρία	70,7	23,8
Βέλγιο	73,1	31,7
Καναδάς	98,3	24,3
Τσεχία	55,1	25,2
Δανία	86,0	33,7
Φινλανδία	82,7	19,2
Γαλλία	88,9	25,7
Γερμανία	63,0	25,1
Ελλάδα	83,6	19,4
Ουγγαρία	71,2	27,7
Ισλανδία	87,0	19,0
Ιρλανδία	86,0	31,7
Ιταλία	51,6	23,3
Ιαπωνία	33,8	9,7
Κορέα	22,2	5,0
Λουξεμβούργο	139,0	23,7
Μεξικό		11,8
Ολλανδία	139,6	30,6
Νέα Ζηλανδία	89,4	27,0
Νορβηγία	74,6	21,9
Πολωνία		19,6
Πορτογαλία		20,6
Σλοβακία	67,0	24,1
Ισπανία		18,6
Σουηδία	86,4	20,0
Ελβετία	70,1	23,9
Ηνωμένο Βασίλειο	83,0	28,9
Ηνωμένες Πολιτείες	97,7	23,1

λικία (age adjusted) και αναφέρεται ως προτυπωμένος συντελεστής θνησιμότητας (standardized death rate), με χρήση του ευρωπαϊκού πρότυπου πληθυσμού (european standard population).

Αξίζει να επισημανθεί η διαφοροποίηση σε έναν κατακόρυφο γεωγραφικό άξονα που υποδηλώνει αυξητικές τάσεις στις πλέον αναπτυγμένες κατά το βιομηχανικό πρότυπο χώρες, που ταυτόχρονα είναι και πλέον γηρασμένες ηλικιακά. Επιπλέον έχει ενδιαφέρον να διερευνηθεί η αναλογία επίπτωσης προς θνησιμότητας η οποία επίσης διακρίνεται να λαμβάνει τις πλέον ευμεγέθεις τιμές στις λιγότερο αναπτυγμένες χώρες.

Τα αντίστοιχα δεδομένα που αφορούν τη νοσηρότητα (επίπτωση) και τη θνησιμότητα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας περιλαμβάνονται στον Πίνακα 2 που ακολουθεί (τα πλέον πρόσφατα διαθέσιμα δεδομένα που αφορούν τη χρονική περίοδο 2000-2005), ανά 100.000 γυναίκες.

Αντίστροφες είναι οι παρατηρήσεις που προκύπτουν από την επισκόπηση του πίνακα, με προεξέρχουσα την εξεσημασμένα υψηλή τιμή που αφορά τη θνησιμότητα του τραχήλου της μήτρας στο Μεξικό.

Διερευνώντας τη θνησιμότητα στην Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση, καθώς και το σύνολο των χωρών που επιτηρεί το Ευρωπαϊκό Γραφείο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, είναι σκόπιμο να αναφερθεί κανείς στους επόμενους πίνακες και τις αντίστοιχες διαγραμματικές απεικονίσεις.

Είναι ευδιάκριτο ότι ενώ για το σύνολο των ευρωπαϊκών χωρών η θνησιμότητα η οφειλόμενη στον καρκίνο ανεξαρτήτως εντόπισης ακολουθεί πτωτική πορεία, τα αντίστοιχα επιδημιολογικά μεγέθη που αφορούν τις θήλεις του ελληνικού πληθυσμού διατηρούν σταθερή πορεία, σαφές απότοκο (μη τεκμηριωτικό ωστόσο) της υστέρησης της πρωτογενούς

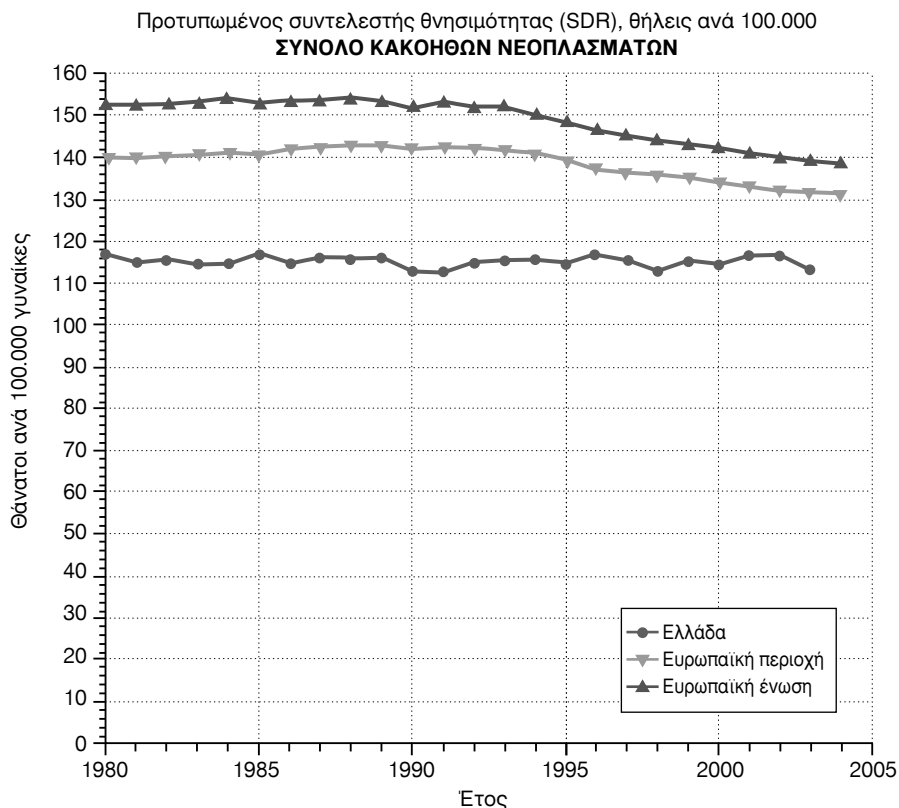
**Πίνακας 2.** Νοσηρότητα (επίπτωση) και θνησιμότητα καρκίνου του τραχήλου της μήτρας κατά την τρέχουσα χρονική περίοδο (2000-2005), ανά 100.000 γυναίκες [Πηγή: OECD, 2006].

Χώρα	Επίπτωση	Θνησιμότητα
Αυστραλία	5,8	2,3
Αυστρία	9,5	2,9
Βέλγιο	6,9	3,0
Καναδάς	7,6	2,1
Τσεχία	14,6	5,7
Δανία	11,5	5,4
Φινλανδία	3,8	1,2
Γαλλία	8,0	1,9
Γερμανία	12,7	2,8
Ελλάδα	9,3	1,8
Ουγγαρία	13,1	7,1
Ισλανδία	7,0	2,4
Ιρλανδία	8,3	3,1
Ιταλία		0,8
Ιαπωνία	7,2	2,5
Κορέα	19,5	3,7
Λουξεμβούργο	8,0	2,2
Μεξικό		17,7
Ολλανδία	8,4	2,4
Νέα Ζηλανδία	8,5	3,0
Νορβηγία	9,9	3,3
Πολωνία		7,4
Πορτογαλία		3,3
Σλοβακία	17,8	6,1
Ισπανία		2,2
Σουηδία	7,1	2,2
Ελβετία	7,2	1,6
Ηνωμένο Βασίλειο	7,2	3,1
Ηνωμένες Πολιτείες	6,0	2,5

και δευτερογενούς πρόληψης στη χώρα μας.

Ανάλογη είναι η εικόνα που αφορά τον καρκίνο του μαστού, παρά τον λεγόμενο επιδημιολογικό θόρυβο (διακυμάνσεις τιμών) που αφορά τα ελληνικά δεδομένα και οφείλεται στο σχετικά μικρό μέγεθος του πληθυσμού αριθμού των περιστατικών και του πληθυσμού αναφοράς.

Περιγράφοντας τις διαχρονικές τάσεις του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας διακρίνεται η σαφώς φθίνουσα πορεία της θνησιμότητας για το σύνολο των ευρωπαϊκών χωρών, ενώ για την Ελλάδα ισχύει σταθερότητα των τιμών είτε μια ήπια πτωτική τάση.



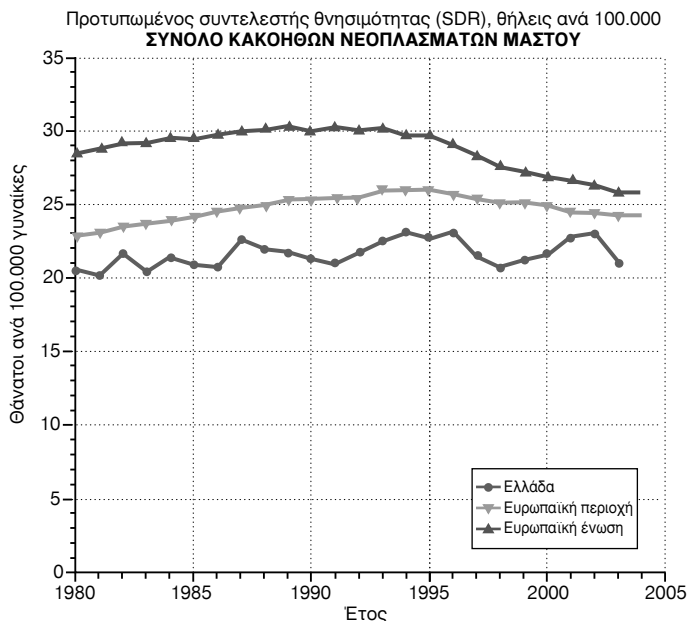
**Σχήμα 1.** Διαχρονικές τάσεις της θνησιμότητας από κακοήθη νεοπλασμάτα στην Ελλάδα, τις 25 χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης και το σύνολο των χωρών που επιτηρεί το Ευρωπαϊκό Γραφείο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. [Πηγή: WHO - European Region, HFA, 2006].

Πτωτική τάση, ωστόσο, είναι ευδιάκριτη για τη θνησιμότητα που οφείλεται στον καρκίνο άλλων τμημάτων της μήτρας, τόσο για τις θήλεις του ελληνικού πληθυσμού, όσο και για τον θήλυ πληθυσμό του συνόλου των χωρών της Ευρώπης.

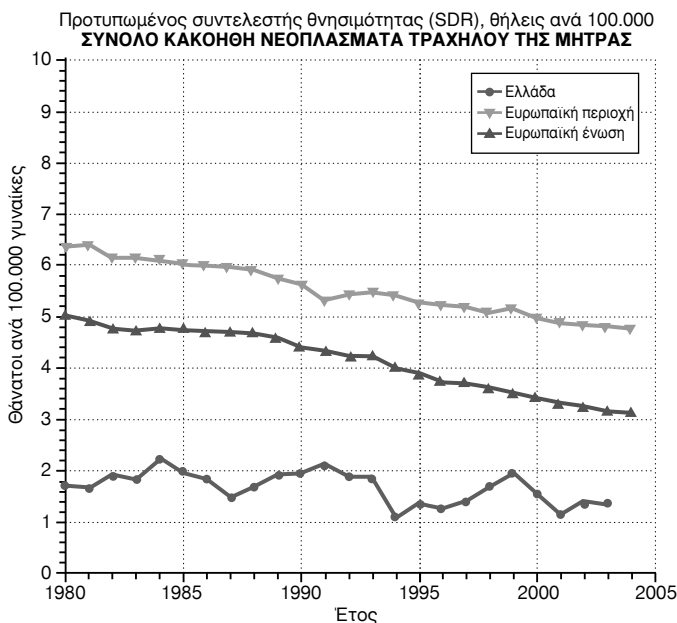
Αντίστροφα, ανιούσα είναι τάση για τη χρονοσειρά που αφορά τη θνησιμότητα την οφειλόμενη στον καρκίνο της ωθήκης στις θήλεις του ελληνικού πληθυσμού, ενώ στην ίδια χρονική περίοδο διακρίνεται ήπια πτωτική

πορεία του αντίστοιχου επιδημιολογικού συντελεστή που αφορά τον θήλυ πληθυσμό του συνόλου των χωρών της Ευρώπης.

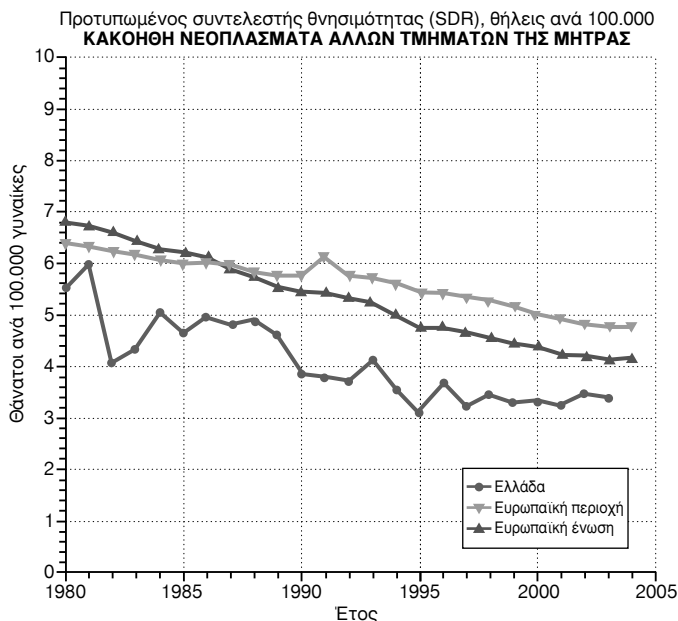
Οι αναλυτικές τιμές για τη θνησιμότητα των γυναικολογικών καρκίνων φαίνεται στους δύο πίνακες που ακολουθούν και αφορούν τους επιμέρους υπολογισμούς κατά χώρα για όσα κράτη παρέχουν δεδομένα στο Ευρωπαϊκό Γραφείο του παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.



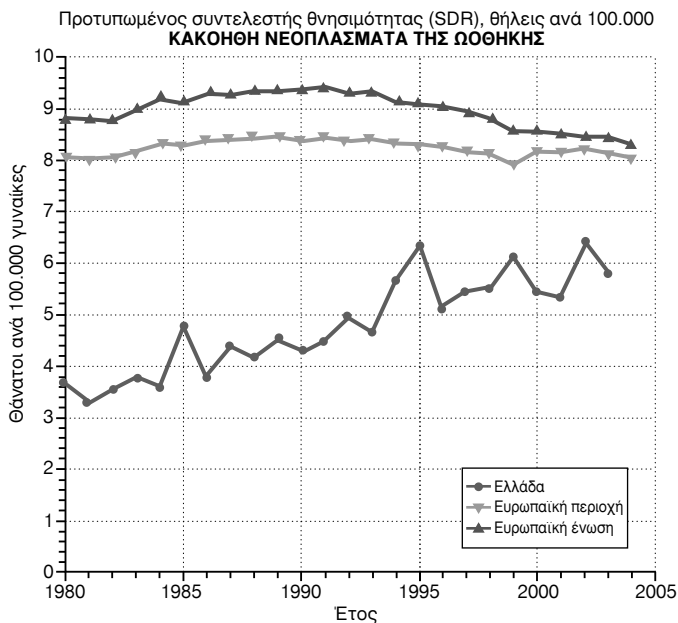
**Σχήμα 2.** Διαχρονικές τάσεις της θνησιμότητας από κακοήθη νεοπλασμάτα του μαστού στην Ελλάδα, τις 25 χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης και το σύνολο των χωρών που επιτηρεί το Ευρωπαϊκό Γραφείο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. [Πηγή: WHO - European Region, HFA, 2006].



**Σχήμα 3.** Διαχρονικές τάσεις της θνησιμότητας από κακοήθη νεοπλασμάτα του τραχήλου της μήτρας στην Ελλάδα, τις 25 χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης και το σύνολο των χωρών που επιτηρεί το Ευρωπαϊκό Γραφείο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. [Πηγή: WHO - European Region, HFA, 2006].



**Σχήμα 4.** Διαχρονικές τάσεις της θνησιμότητας από κακοίθη νεοπλασμάτα άλλων τμημάτων της μήτρας στην Ελλάδα, τις 25 χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης και το σύνολο των χωρών που επιτηρεί το Ευρωπαϊκό Γραφείο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. [Πηγή: WHO - European Region, HFA, 2006].



**Σχήμα 5.** Διαχρονικές τάσεις της θνησιμότητας από κακοίθη νεοπλασμάτα της ωοθήκης στην Ελλάδα, τις 25 χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης και το σύνολο των χωρών που επιτηρεί το Ευρωπαϊκό Γραφείο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. [Πηγή: WHO - European Region, HFA, 2006].

**Πίνακας 3.** Θνησιμότητα οφειλόμενη σε γυναικολογικούς καρκίνους στις ευρωπαϊκές χώρες. Προτυπωμένος συντελεστής θνησιμότητας (θάνατοι ανά 100.000 γυναίκες). [Πηγή: WHO-European Region, 2006].

Χώρα	Μαστός	Έτος	Τράχηλος μήτρας	Έτος	Άλλα τμήματα μήτρας	Έτος	Ωθήκη	Έτος
Αλβανία	11,3	2003	1,1	2003	2,5	2003	1,6	2003
Αρμενία	29,7	2003	6,7	2003	6,9	2003		
Αυστρία	24,6	2004	2,9	2004	3,8	2004	8,9	2004
Αζερμπαϊτζάν	13,8	2002	1,6	2002	6,7	2002	2,8	2002
Βέλγιο	35,0	1997	3,4	1997	4,4	1997	11,0	1997
Βουλγαρία	20,8	2004	7,5	2004	6,7	2004	7,9	2004
Κροατία	25,8	2004	3,2	2004	4,7	2004	8,4	2004
Τσεχία	27,5	2004	6,0	2004	7,0	2004	10,4	2004
Δανία	36,1	2001	4,1	2001	4,0	2001	12,1	2001
Εσθονία	24,2	2003	6,7	2003	4,5	2003	11,5	2003
Φινλανδία	21,0	2004	1,4	2004	3,7	2004	8,1	2004
Γαλλία	26,4	2002	1,9	2002	4,5	2002	7,7	2002
Γεωργία	20,1	2001	5,3	2001	5,5	2001	3,6	2001
Γερμανία	26,8	2004	2,8	2004	3,4	2004	7,9	2004
Ελλάδα	21,1	2003	1,4	2003	3,4	2003	5,8	2003
Ουγγαρία	31,2	2003	7,2	2003	5,2	2003	9,1	2003
Ισλανδία	22,5	2003	3,1	2003	5,1	2003	9,7	2003
Ιρλανδία	29,8	2002	4,0	2002	3,0	2002	10,9	2002
Ισραήλ	32,3	2000	2,1	2000	3,4	2000	8,7	2000
Ιταλία	25,5	2001	1,0	2001	4,6	2001	6,3	2001
Καζακστάν	20,0	2003	8,6	2003	5,5	2003	7,6	1997
Κυργκιστάν	15,8	2004	14,8	2004	3,8	2004	5,3	2004
Λετονία	25,7	2004	7,4	2004	7,9	2004	9,3	2004
Λιθουανία	24,1	2004	11,7	2004	5,2	2004	11,7	2004
Λουξεμβούργο	21,6	2004	1,2	2004	2,9	2004	10,0	2004
Μάλτα	24,2	2004	2,7	2004	4,5	2004	11,7	2004
Ολλανδία	30,6	2004	2,0	2004	3,5	2004	8,8	2004
Νορβηγία	22,8	2003	3,6	2003	4,2	2003	10,0	2003
Πολωνία	21,5	2003	8,2	2003	5,1	2003	9,9	2003
Πορτογαλία	21,2	2003	3,3	2003	4,5	2003	4,8	2003
Μολδαβία	22,5	2004	9,7	2004	5,3	2004	5,6	2004
Ρουμανία	23,3	2004	14,6	2004	4,2	2004	7,0	2004
Ρωσία	24,7	2004	6,6	2004	6,3	2004	7,9	2004
Σαν Μαρίνο	20,6	2000	10,7	2000	0,0	2000	7,5	2000
Σερβία	27,1	2002	9,4	2002	6,5	2002	6,1	2002
Σλοβακία	24,3	2002	6,6	2002	6,0	2002	8,5	2002
Σλοβενία	27,1	2003	4,1	2003	5,6	2003	8,8	2003
Ισπανία	20,0	2003	2,0	2003	3,9	2003	6,0	2003
Σουηδία	21,5	2002	2,6	2002	4,0	2002	9,8	2002
Ελβετία	25,1	2002	1,7	2002	3,3	2002	7,2	2002
Τατζικιστάν	7,3	2001	3,0	2001	2,9	2001		
ΠΓΔΜ	24,2	2003	4,6	2003	9,3	2003	6,0	2003
Τουρκμενιστάν	8,7	1998	4,7	1998	1,2	1998	4,5	1993
Ουκρανία	24,3	2004	7,4	2004	6,5	2004		
Ηνωμένο Βασίλειο	29,4	2003	2,8	2003	3,4	2003	10,8	2003
Ουσπεκιστάν	10,7	2002	5,1	2002	2,1	2002		

**Πίνακας 4.** Διαχρονικές τάσεις της θνησιμότητας των γυναικολογικών καρκίνων στην Ελλάδα, συγκριτικά με το σύνολο των χωρών της Ευρωπαϊκής Περιοχής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και το σύνολο των 25 χωρών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Προτυπωμένος συντελεστής θνησιμότητας (θάνατοι ανά 100.000 γυναίκες). [Πηγή: WHO-European Region, 2006].

Έτος	Κακοήθη νεοπλασμάτα του μαστού			Κακοήθη νεοπλασμάτα τραχήλου της μήτρας			Κακοήθη νεοπλασμάτα άλλων τμημάτων της μήτρας			Κακοήθη νεοπλασμάτα της ωθήκης		
	Ελλάδα	Ευρωπαϊκή Περιοχή Π.Ο.Υ.	Ευρωπαϊκή Ένωση (25 χώρες)	Ελλάδα	Ευρωπαϊκή Περιοχή Π.Ο.Υ.	Ευρωπαϊκή Ένωση (25 χώρες)	Ελλάδα	Ευρωπαϊκή Περιοχή Π.Ο.Υ.	Ευρωπαϊκή Ένωση (25 χώρες)	Ελλάδα	Ευρωπαϊκή Περιοχή Π.Ο.Υ.	Ευρωπαϊκή Ένωση (25 χώρες)
1980	20,6	22,8	28,5	1,7	6,4	5,0	5,5	6,4	6,8	3,6	8,0	8,8
1981	20,2	23,1	28,9	1,7	6,4	4,9	6,0	6,3	6,7	3,3	8,0	8,8
1982	21,7	23,5	29,2	1,9	6,2	4,8	4,1	6,2	6,6	3,6	8,0	8,8
1983	20,4	23,6	29,2	1,8	6,1	4,7	4,3	6,2	6,4	3,8	8,1	9,0
1984	21,3	23,9	29,5	2,2	6,1	4,8	5,0	6,1	6,3	3,6	8,3	9,2
1985	21,0	24,1	29,6	1,9	6,0	4,7	4,7	6,0	6,2	4,8	8,2	9,1
1986	20,8	24,5	29,8	1,8	6,0	4,7	5,0	6,0	6,1	3,8	8,4	9,3
1987	22,5	24,7	30,1	1,5	6,0	4,7	4,8	5,9	5,9	4,4	8,4	9,3
1988	21,9	24,9	30,2	1,7	5,9	4,7	4,9	5,9	5,8	4,2	8,4	9,3
1989	21,7	25,2	30,3	1,9	5,7	4,6	4,6	5,7	5,5	4,5	8,4	9,3
1990	21,3	25,2	30,1	1,9	5,6	4,4	3,9	5,7	5,5	4,3	8,4	9,4
1991	21,0	25,4	30,3	2,1	5,3	4,3	3,8	6,1	5,4	4,5	8,4	9,4
1992	21,7	25,3	30,1	1,9	5,4	4,2	3,7	5,8	5,3	4,9	8,3	9,3
1993	22,5	25,9	30,1	1,8	5,5	4,2	4,1	5,7	5,2	4,6	8,4	9,3
1994	23,1	26,0	29,8	1,1	5,4	4,0	3,6	5,6	5,0	5,6	8,3	9,1
1995	22,7	25,9	29,7	1,4	5,3	3,9	3,1	5,4	4,8	6,3	8,3	9,1
1996	23,1	25,6	29,1	1,3	5,2	3,7	3,7	5,4	4,8	5,1	8,2	9,0
1997	21,5	25,4	28,4	1,4	5,2	3,7	3,2	5,3	4,7	5,4	8,2	8,9
1998	20,7	25,0	27,6	1,7	5,1	3,6	3,5	5,3	4,6	5,5	8,1	8,8
1999	21,2	25,1	27,3	1,9	5,1	3,5	3,3	5,2	4,5	6,1	7,9	8,6
2000	21,6	24,9	27,0	1,5	5,0	3,4	3,3	5,0	4,4	5,4	8,1	8,6
2001	22,7	24,5	26,7	1,1	4,9	3,3	3,3	4,9	4,3	5,3	8,1	8,5
2002	23,0	24,4	26,3	1,4	4,8	3,2	3,5	4,8	4,2	6,4	8,2	8,4
2003	21,1	24,3	25,9	1,4	4,8	3,2	3,4	4,8	4,1	5,8	8,1	8,4
2004		24,2	25,9		4,8	3,1		4,8	4,2		8,0	8,3



**Βιβλιογραφία**

- Black RJ, Bray F, Ferlay J and Parkin DM.* (1997) Cancer incidence and mortality in European Union in 1990. *Eur J Cancer*. 33(11):1075.
- Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος.* (1960-2002) Στατιστική κοινωνικής πρόνοιας και υγείας. ΕΣΥΕ. Αθήνα.
- Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος.* (1960-2005) Στατιστική της φυσικής κινήσεως του πληθυσμού της Ελλάδος. ΕΣΥΕ. Αθήνα.
- Ελληνικό Αρχείο Νεοπλασιών.* (1997) Νοσηρότητα από καρκίνο στην Ελλάδα 1990-1991. Εθνικό Τυπογραφείο. Αθήνα.
- Hook EB and Regal RR.* (1995) Capture-recapture methods in epidemiology: methods and limitations. *Epidemiol Rev*. 17(2):243.
- IARC.* (1978) Cancer registration and its techniques. IARC Scientific Publications No. 21. International Agency for Research on Cancer. Lyon.
- IARC.* (1985) The role of the registry in cancer control. IARC Scientific Publications No. 66. International Agency for Research on Cancer. Lyon.
- IARC.* (1991) Cancer registration: principles and methods. IARC Scientific Publications No 95. International Agency for Research on Cancer. Lyon.
- IARC.* (1994) Comparability and quality control in cancer registration. IARC Technical Reports No 19. International Agency for Research on Cancer. Lyon.
- Κωνσταντινίδης ΘΚ.* (1999) Επιδημιολογία του καρκίνου του αιδοίου. Στο: *Αγοραστός Θ, Βαβίλης Δ και Μπόντης ΙΝ.* (εκδ.), Πρωτογενής και δευτερογενής πρόληψη του γυναικολογικού καρκίνου. University Studio Press. Θεσσαλονίκη. σσ. 87-90.
- Κωνσταντινίδης ΘΚ και Αγοραστός Θ.* (2001) Περιγραφική επιδημιολογία του γυναικολογικού καρκίνου. Στο: *Αγοραστός Θ και Μπόντης ΙΝ.* (εκδ.) Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του γυναικολογικού καρκίνου. University Studio Press. Θεσσαλονίκη. σσ. 66-79.
- Κωνσταντινίδης ΘΚ, Μπένος Α και Αγοραστός Θ.* (2003) Γεωγραφικές διαφοροποιήσεις επιδημιολογικών δεικτών του γυναικολογικού καρκίνου στην Ελλάδα και οι αναγκαιότητες ανάπτυξης δικτύου καταγραφής του. Στο: *Αγοραστός Θ και Μπόντης ΙΝ.* (εκδ.) Πρόληψη στη γυναικολογική ογκολογία. University Studio Press. Θεσσαλονίκη. σσ. 47-63.
- Levi F, La Vacchia C, Lucchini F and Negri E.* (1992) Trends in cancer mortality sex ratios in Europe, 1950-1989. *World Health Quarterly*. 45(1):117.
- Levi F, La Vecchia C, Lucchini F and Negri E.* (1995) Cancer mortality in Europe 1990-92. *Eur J Cancer Prev*. 4(5):389.
- Vlachonikolis IG and Georgoulas VA.* (1997) Epidemiology of cancer in the Mediterranean. Department of Social Medicine and Cancer Registry of Crete. University of Crete. Heraklion.
- Vlachonikolis IG, Mavromanolakis M and Georgoulas VA.* (1997) Descriptive epidemiology of cancer in Crete, Greece, 1994: I. Gynaecological cancers. *Journal of BUON*. 4(3):245.
- Vlachonikolis IG, Philalithis AE, Brittan Y and Georgoulas VA.* (1998) Mortality from malignant neoplasms in Crete, 1992-1993. *J Epidemiol Community Health*. 52(2):126.
- World Health Organization.* (1994) Histological typing of female genital tract tumours. In: *International histological classification of tumours*. Second edition. Springer-Verlag. Berlin.
- World Health Organization.* (1998) Cause-of-death statistics and vital rates, civil registration systems and alternative sources of information. *World Health Statistics Annual*. Vol. 1998. WHO. Geneva. pp. 21-46.
- World Health Organization - European Division.* (2003) Health for all 2000. Health indicator database. (Software). WHO. Geneva.