

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΝΤΑΣ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΣΤΟ ΚΑΤΩΦΛΙ ΤΟΥ ΕΙΚΟΣΤΟΥ ΠΡΩΤΟΥ ΑΙΩΝΑ

Εισηγητική Ομιλία στο 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ογκολογίας

Γ. Πανάγος

Πρόεδρος της Οργανωτικής Επιτροπής του Συνεδρίου

Η αύξηση στην συνολική επίπτωση των νεοπλασματικών νόσων έχει ήδη καταγραφεί από τις πρώτες δεκαετίες του εικοστού αιώνα τόσο μέσα από τις στατιστικές αιτιών θανάτου όσο και μέσα από προγράμματα καταγραφής της νοσηρότητας και παρακολούθησης των καρκινοπαθών. Η αύξηση της θνητότητας από καρκίνο στις πρώτες δεκαετίες του αιώνα ήταν μικρή και θα μπορούσε να αποδοθεί σε ποικίλα αίτια. Στο δεύτερο τέταρτο του αιώνα η αύξηση της θνητότητας συσχετίστηκε με τεκμηριωμένη αύξηση της νοσηρότητας στις περιοχές όπου ήδη είχαν αρχίσει να εφαρμόζονται προγράμματα καταγραφής της νοσηρότητας και παρακολούθησης των καρκινοπαθών. Στο τρίτο τέταρτο του αιώνα η αύξηση της επίπτωσης επιταχύνεται.

Στον Ελληνικό χώρο οι θάνατοι από καρκίνο αυξάνουν από 11608 το 1970 σε 17035 το 1982. Η αύξηση αυτή δεν μπορεί να αποδοθεί σε επίμηκυνση του μέσου όρου ζωής ή αύξηση του πληθυσμού αλλά αποτελεί γνήσια αύξηση της επίπτωσης της νόσου. Σε μία χώρα πληθυσμιακά συγκρίσιμη με την Ελλάδα όπως είναι η Σουηδία και όπου γίνεται συνειδητή και σχολαστική καταγραφή της νοσηρότητας και θνητότητας από καρκίνο από τις αρχές του αιώνα, οι νεοδιαγνωσόμενες περιπτώσεις καρκίνου το 1958 ήταν 19300 ενώ το 1984 ανέβηκαν σε 37700, δηλαδή η επίπτωση διπλασιάστηκε στο τέταρτο του αιώνα.

Αν στα επόμενα χρόνια δεν μπορέσει να χαλιναγωγηθεί ο μηχανισμός μέσα από τον οποίο υλοποιείται η παρατηρούμενη αύξηση της συχνότητας του καρκίνου, το έτος 2000 θα διαγνωσθούν ότι πάσχουν από καρκίνο δύο εκατομμύρια Ευρωπαίοι. Την αύξηση αυτή μπορούμε να εκφράσουμε και κατά πλέον δραματικό τρόπο. Με τα σημερινά δεδομένα το 32% του πληθυσμού της Ευρώπης, δηλαδή 1 σε κάθε 3 Ευρωπαίους, αναμένεται ότι θα αναπτύξει ένα τουλάχιστον καρκίνο κατά την διάρκεια της ζωής του, ενώ το έτος 2050 το ποσοστό θα έχει αυξηθεί στο 60%, ή 2 σε κάθε 3 Ευρωπαίους.

Η νοσηρότητα από καρκίνο δεν είναι το μοναδικό μέγεθος που μεταβάλλεται με τον χρόνο. Αν μελετήσουμε συγκριτικά διαχρονικά

στοιχεία βλέπουμε ότι στις αρχές του αιώνα η πενταετής επιβίωση δεν ξεπερνούσε το 5%, το 1944 ήταν 25%, το 1968 ήταν 33%, το 1978 φθάνει το 42% και το 1985 ανεβαίνει στο 50%, ενώ το 2000 περιμένουμε να έχει φτάσει το 60%.

Η θεαματική αύξηση της επιβίωσης τα τελευταία 40 χρόνια οφείλεται κύρια στην πρωιμότερη διάγνωση και τις πολυεπίπεδες βελτιώσεις στα θεραπευτικά μέσα, αλλά και στις γνώσεις που συσσωρεύσε η βασική έρευνα με αποτέλεσμα την καλλίτερη κατανόηση της βιολογίας του νεοπλασματικού κυττάρου, της φυσικής ιστορίας της νεοπλασματικής νόσου και της φαρμακοκινητικής.

Έτσι, από την δεκαετία του 1940 αρχίζουν να αποδίδουν τα προγράμματα πρώιμης διάγνωσης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, ενώ στις επόμενες δεκαετίες αρχίζουν να αποδίδουν οι καμπάνιες για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού και του καρκίνου του παχέος εντέρου. Παράλληλα αυξάνει το ποσοστό των επεμβάσεων συντήρησης σε βάρος των επεμβάσεων ακρωτηριασμού και βελτιώνονται τεχνικά οι επεμβάσεις ανασύστασης ενώ η ακτινοθεραπεία επιτυγχάνει να απελευθερώνει το μέγιστο της δόσης στον ιστό στόχο με ακρίβεια)10%.

Η τελευταία εικοσαετία είναι φορτωμένη με τις δάφνες της ιασης με μέσα που δεν προκαλούν ακρωτηριασμό νόσων που ήσαν υποχρεωτικά θανατηφόρες ως τις μέρες μας, όπως η Οξεία Λευχαιμία των παιδιών, ο καρκίνος του Ορχεος, η νόσος του Hodgkin's, το Νεφροβλάστωμα, το Χοριοκαρκίνωμα, το σάρκωμα του Ewing, τα μη Hodgkin's Λεμφώματα και το Οστεοσάρκωμα, έτσι που να αποτολμά κανείς να αντιστρέψει το δόγμα του Ιπποκράτη «Οκόσα φάρμακα ουκ ιηται σίδηρος ιηται» σε «Οκόσα σίδηρος ουκ ιηται φάρμακα ιηται». Παράλληλα είδαμε την ενδοκρινική θεραπεία να ανακαλύπτει νέους δρόμους και την συμπληρωματική και την νεο-συμπληρωματική θεραπεία να προχωρούν με ασταθή βήματα αρχικά και να διεκδικούν την δική τους θέση στο χώρο της θεραπευτικής στις μέρες μας.

Τα τελευταία χρόνια οι ιντερφερόνες, τα μονοκλωνικά αντισώματα, οι ιντερλευκίνες και ο παράγων νέκρωσης του όγκου άφησαν τον χώρο της βασικής έρευνας και του πειραματικού εργαστηρίου και φέρνουν νέα φιλοσοφία στο χώρο της θεραπευτικής του καρκίνου. Υποστηρίζουν την άποψη της μη ακρωτηριάζουσας θεραπείας και υπόσχονται να αλλάξουν την φυσική ιστορία της νεοπλασματικής νόσου στις επόμενες δεκαετίες.

Η θεραπεία βελτιώνει την επιβίωση και την ποιότητα ζωής των αρρώστων με καρκίνο, η πρόληψη όμως αποσκοπεί στο να μειώσει την επίπτωση της νόσου. Η πρόληψη δεν είναι μόνο ιατρικό πρόβλημα. Κύρια

είναι πρόβλημα κοινωνικό, άπτεται δηλαδή του τρόπου ζωής και των ιδιαίτερων συνηθειών και των έξεων των υγιών ατόμων. Σκοπός της προληπτικής προσπάθειας είναι να πεισθούν οι υγείς να αλλάξουν συνηθειες και τρόπο ζωής ώστε να μειωθεί η έκθεσή τους στους βλαπτικούς παράγοντες που ενέχονται στην καρκινογένεση.

Είναι τεκμηριωμένο ότι η πρόληψη προσφέρει στην μείωση της επίπτωσης ορισμένων τουλάχιστον καρκίνων και συγκεκριμένα του πνεύμονος, του μαστού, του προστάτη, του παχέος εντέρου και του ορθού, του ενδομητρίου και του κακοήθους μελανώματος. Η μείωση της επίπτωσης του καρκίνου που με τα σημερινά δεδομένα μπορεί να επιτευχθεί είναι 25-40% με τον περιορισμό του καπνίσματος, 35% με την βελτίωση των διαιτητικών συνηθειών, 10% με την αποφυγή ακροτήτων στην σεξουαλική ζωή και την αναπαραγωγή, 5% με την μείωση της έκθεσης στον ήλιο και την υπεριώδη ακτινοβολία, 2% με τον έλεγχο λοιμωδών παραγόντων, 2% με την βελτίωση των επαγγελματικών συνθηκών, 1% με την μείωση της ρύπανσης του αέρα και 1% με την εξάλειψη των συντηρητικών των τροφών.

Στόχοι της Ογκολογίας που χρειάζονται περισσότερη έμφαση τα χρόνια που έρχονται είναι:

1. Αποκατάσταση. Προφανή παραδείγματα ο καρκίνος του λάρυγγος, το ρετινοβλάστωμα, ο καρκίνος της ουροδόχου κύστεως, ο καρκίνος του μαστού, ο καρκίνος του πέους.

2. Ψυχοϋποστηρικτικά μέσα που παρέχονται στους αρρώστους.

3. Δυνατότητα να αξιολογούνται τουλάχιστον αρχικά από ειδικούς (Oncology team) όλοι οι άρρωστοι με καρκίνο. Είναι γνωστό ότι η αρχική αξιολόγηση του αρρώστου και οι αρχικές θεραπευτικές αποφάσεις έχουν κεφαλαιώδη σημασία για το μέλλον του αρρώστου. Παρόλα αυτά μόνον μία μειονότητα καρκινοπαθών σε όλη την Ευρώπη θεραπεύονται ή και παρακολουθούνται σε Ογκολογικά κέντρα. Στον ελληνικό χώρο το 1980 μόνο το 44% των ημερών νοσηλείας των καρκινοπαθών εξυπηρετήθηκε από τα 4 Ογκολογικά Νοσοκομεία με αποτέλεσμα το 80% των νεοδιαγνωσκόμενων περιπτώσεων να αξιολογούνται και να θεραπεύονται σε Γενικά Νοσοκομεία. Τα Ογκολογικά κέντρα και τα Ογκολογικά τμήματα Γενικών Νοσοκομείων παρέχουν ένα περιβάλλον όπου προάγεται η εκπαίδευση για τον καρκίνο και την αντιμετώπισή του, υπάρχει επαρκές υλικό ασθενών ώστε να μπορεί να συσσωρευθεί εμπειρία και το ιατρικό προσωπικό έχει αποκτήσει την κατάλληλη σε βάθος εξειδίκευση. Αποτελούν έτσι ένα χώρο όπου οι τόσο κρίσιμες αρχικές θεραπευτικές αποφάσεις για τον άρρωστο μπορούν να παρθούν με συνέπεια και δίχως χρονοτριβή.

Οι γνώσεις που έχουμε αποκτήσει τα τελευταία χρόνια από την έρευνα μπορούν να συνοψισθούν στις παρακάτω προτάσεις:

1. Οι ιδιότητες και η συμπεριφορά ενός κυττάρου εξαρτώνται από τα γονίδια του στα οποία επιτρέπεται να εκφράσουν τη φύση τους.

2. Κάθε κύτταρο περιέχει ογκογονίδια.

3. Σήμερα έχουν αναγνωρισθεί περισσότερα από 50 ογκογονίδια.

4. Ένα κύτταρο μετατρέπεται σε καρκινογόνο όταν εκφρασθούν τα ογκογονίδια τα οποία περιέχει.

Παρά τις απαντήσεις που έχουμε μέχρι σήμερα για την λειτουργία τους, τους αναστολείς και τους ρυθμιστές τους λείπουν πολλά κομμάτια από το puzzle, έτσι που το αίνιγμα της καρκινογένεσης παραμένει σαν ανοιχτή πρόκληση για τα ανήσυχα μυαλά που θα θελήσουν να δοκιμάσουν να το εξερευνήσουν στον τομέα της βασικής έρευνας.

Με τα σημερινά δεδομένα ο Ιατρικός κόσμος καλείται να επέμβει είτε αναπτύσσοντας τις μέχρι τώρα γνώσεις μας είτε ερευνώντας για την συσσώρευση νέων γνώσεων που θα εφαρμοσθούν άμεσα στην πρόληψη, την εκπαίδευση και την διαφώτιση γύρω από τον καρκίνο, τα μαζικά προγράμματα πρώιμης ανίχνευσης και διάγνωσης, την βασική έρευνα και την θεραπεία. Έτσι, θα είναι σε θέση να δώσει όλες εκείνες τις πληροφορίες και τα μηνύματα που, αφ' ενός θα μειώσουν το βαρύ ψυχολογικό φορτίο του κοινωνικού συνόλου που προέρχεται από τον «φόβο του καρκίνου» και αφ' ετέρου θα βοηθήσουν στην πρόληψη και θα ενθαρρύνουν την πρώιμη και έγκαιρη διάγνωση καθώς και την αποδοχή της θεραπείας.