



Πρόληψη του καρκίνου: Μήπως ήρθε η ώρα να πάρουμε την υγεία μας επιτέλους στα χέρια μας;

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι ο καρκίνος είναι από επιδημιολογική άποψη ένα από τα μεγαλύτερα ζητήματα του αιώνα μας, αποτελώντας τη σημαντικότερη αιτία θανάτου και νοσηρότητας στην Ευρώπη, μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Προκαλεί το 20% των συνολικών θανάτων, με 3 εκατομμύρια νέα περιστατικά και 1,7 εκατομμύρια θανάτους το χρόνο και τα επόμενα χρόνια υπολογίζεται ότι θα ξεπεράσει τα καρδιαγγειακά νοσήματα ως κύρια αιτία θανάτου, ενώ υπολογίζεται ότι ένας στους δύο ανθρώπους πρόκειται να νοσήσει από κάποια μορφή καρκίνου κάποια στιγμή στη ζωή του.¹ Έτσι δεν είναι τυχαίο ότι έχει επικεντρωθεί σε μεγάλο βαθμό τόσο η βιοϊατρική έρευνα και τεχνολογία, όσο και το ενδιαφέρον της κοινής γνώμης για αυτό το μείζον πρόβλημα.

Όσον αφορά την Ελλάδα, ο καρκίνος επίσης αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα, όντας υπεύθυνος για το 25% των θανάτων του ελληνικού πληθυσμού.² Σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα δεδομένα από τη βάση δεδομένων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την Ελλάδα, για τους άνδρες οι συχνότερες μορφές καρκίνου με σειρά συχνότητας είναι τα νεοπλάσματα του αναπνευστικού (πνεύμονα, τραχείας, βρόγχων), του προστάτη, της ουροδόχου κύστης και του παχέος εντέρου, ενώ για τις γυναίκες είναι του μαστού, του παχέος εντέρου, του αναπνευστικού και ακολουθούν οι γυναικολογικοί καρκίνοι (ωοθηκών και μήτρας). Σε γενικές γραμμές η κατάταξη συχνότητων ακολουθεί αυτή του Ευρωπαϊκού πληθυσμού με σημαντική εξαίρεση τον ανδρικό ευρωπαϊκό πληθυσμό, όπου εκεί την πρώτη θέση καταλαμβάνει ο καρκίνος του προστάτη και τη δεύτερη ο καρκίνος του αναπνευστικού συστήματος.^{3,4}

Με την επίπτωση του καρκίνου, ειδικά ορισμένων μορφών, να αυξάνεται και με την ηλικία εμφάνισης να μειώνεται γεννιούνται οι απορίες: Είναι ο καρκίνος ανίκητος; Μπορεί να προληφθεί ή απλά είμαστε παθητικοί θεατές στη φυσική ιστορία της νόσου; Μπορούμε τελικά να ζήσουμε μια ζωή χωρίς να μας αγγίξει αυτή η πολυδιάστατη νόσος;

Πολλοί άνθρωποι είναι γεγονός ότι πιστεύουν ότι η εμφάνιση του καρκίνου εξαρτάται μόνο από την κληρονομικότητα ή είναι καθαρά θέμα τύχης. Βέβαια η επιστημονική έρευνα έχει πολλαπλά δείξει ότι ο κίνδυνος εμφάνισης του καρκίνου είναι συνδυασμός των γονιδίων, του περιβάλλοντος αλλά και πολλών παραγόντων που σχετίζονται με τις καθημερινές μας συνήθειες (όπως το κάπνισμα, το αλκοόλ, η σωματική δραστηριότητα, η παρατεταμένη έκθεση στον ήλιο κτλ), οι οποίοι είναι δυνητικά πλήρως ελεγχόμενοι και τροποποιήσιμοι.

Εδώ ερχόμαστε στο θέμα της πρόληψης. Όπως είναι γνωστό για κάθε νόσο, υπάρχουν τρεις βασικές στρατηγικές παρέμβασης ή επίπεδα αναφοράς: η πρωτογενής, η δευτερογενής και η τριτογενής πρόληψη. Η πρωτογενής πρόληψη αποσκοπεί στην πρόληψη της έναρξης της διαδικασίας της νόσου, περιορίζοντας την έκθεση σε γνωστούς παράγοντες κινδύνου (π.χ. τη διακοπή του καπνίσματος, του αλκοόλ ή την τροποποίηση της διαίτας για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), το 1/3 των θανάτων (μεταξύ των οποίων μερικές από τις συνηθέστερες μορφές όπως του καρκίνου του μαστού, του τραχήλου της μήτρας και του παχέος εντέρου) μπορούν να προληφθούν τροποποιώντας συγκεκριμένες συνήθειες υγείας, όπως αποφεύγοντας το κάπνισμα, το αλκοόλ και υιοθετώντας ένα υγιεινό τρόπο ζωής μέσω της σωστής διατροφής και της καθημερινής σωματικής δραστηριότητας^{5,6}. Επομένως, σχετικά απλές αλλαγές στην καθημερινότητα, που έγκεινται στην ατομική απόφαση, μπορούν να μειώσουν θεαματικά την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου επιδρώντας αιτιολογικά.

Η δευτερογενής πρόληψη στοχεύει στην πρώιμη ανίχνευση της νόσου, σε προσυμπτωματικό επίπεδο σε φαινομενικά υγιή πληθυσμό, με την εφαρμογή δοκιμασιών ή εξετάσεων, ώστε με έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία να αυξηθεί η επιβίωση, να ελαττωθούν οι επιπλοκές και η αναπηρία. Τέλος, η τριτογενής πρόληψη αποσκοπεί στον περιορισμό της βλάβης, στην αποκατάσταση της αναπηρίας και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς.⁷⁻⁹ Η πιο διαδεδομένη έκφραση της δευτερογενούς πρόληψης στα συστήματα υγείας είναι τα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου μέσω διαλογής (screening). Υπάρχουν διάφορα προγράμματα και προσεγγίσεις, ανάλογα με την έκταση και τον πληθυσμό αναφοράς (μαζικός, εκλεκτικός στοχοποιημένος και ευκαιριακός προσυμπτωματικός έλεγχος)^{6,8,9}. Όλες οι προσεγγίσεις έχουν τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματά τους. Γενικά τα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου έχουν φανεί σε αρκετές μελέτες αποτελεσματικά στη μείωση της θνησιμότητας και του φορτίου της νόσου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας,^{10,11} του μαστού,¹⁰⁻¹² του παχέος εντέρου^{10,11} και του προστάτη.^{10,11,13} Ένα πρόγραμμα διαλογής βέβαια θα πρέπει να έχει υψηλή ευαισθησία και ειδικότητα για να είναι αποτελεσματικό, ώστε να μην οδηγεί σε υπερδιάγνωση και περιττή θεραπεία.¹¹ Συγκεκριμένες κατευθυντήριες γραμμές και οδηγίες από επιστημονικές εταιρείες και φορείς καθορίζουν το είδος της απαραίτητης εξέτασης, την ηλικία έναρξης και τη συχνότητα επανεξέτασης, ανάλογα με το είδος του καρκίνου. Οι οδηγίες αυτές συχνά ανανεώνονται, ενώ είναι γεγονός ότι πολλές φορές είναι αντικρουόμενες.

Τα πράγματα περιπλέκονται ακόμα περισσότερο από την τρέχουσα επιστημονική διαμάχη για την πραγματική αποτελεσματικότητα του προσυμπτωματικού ελέγχου σε πληθυσμιακό επίπεδο. Οι



ενστάσεις, οι οποίες πληθαίνουν με τον καιρό, έγκεινται σε μεθοδολογικά θέματα και σφάλματα που αποδίδονται στις μελέτες που παρουσιάζουν την υπεροχή του μαζικού προσυμπτωματικού ελέγχου, όπως και στο γεγονός ότι στην πραγματικότητα η υπεροχή αναφέρεται στη μείωση της ειδικής για την ασθένεια θνησιμότητας (disease specific mortality), όχι όμως και της συνολικής θνησιμότητας (overall mortality).^{14,15} Άλλο σημαντικό ζήτημα που τίθεται είναι το θέμα της βλάβης (σωματικής και ψυχολογικής) που πιθανόν να προκαλείται από την υπερδιάγνωση, αλλά και το θέμα της αναλογίας κόστους-αποτελέσματος. Ανεξάρτητα από το debate, το βέβαιο είναι ότι ο προσυμπτωματικός έλεγχος δεν είναι η πανάκεια στην πρόληψη του καρκίνου, καθώς έχει περιορισμούς, τους οποίους θα πρέπει ως επαγγελματίες υγείας να αναγνωρίζουμε και να συζητούμε με τους ασθενείς με ειλικρίνεια.¹⁶

Ταυτόχρονα δε θα πρέπει να παραμελήσουμε το γεγονός ότι η σύγχρονη προσέγγιση της αντιμετώπισης του καρκίνου, ακόμα και σε επίπεδο έρευνας και εκπαίδευσης, στρέφεται κυρίως στις τεχνικές διάγνωσης και θεραπείας, πολύ λιγότερο στην πρόληψη. Για την ακρίβεια η ιατρική οικονομία στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό στη διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση του καρκίνου και δεν επενδύει αρκετά στην πρόληψη.

Με δεδομένο ότι τα οφέλη από τον προσυμπτωματικό έλεγχο δεν είναι ακόμα πλήρως ξεκάθαρα, απομένει η πρωτογενής πρόληψη ως η βασική γραμμή άμυνας κατά του καρκίνου. Για μια ακόμη φορά λοιπόν επανερχόμαστε στην πανάρχαια Ιπποκράτειο αρχή «*Κάλλιον το προλαμβάνειν ή το θεραπεύειν*», η οποία δε θα μπορούσε να έχει καλύτερη εφαρμογή από την περίπτωση του καρκίνου.

Μπορεί λοιπόν να μη γνωρίζουμε ακόμη τα πάντα για τον καρκίνο, αλλά μήπως ήρθε η ώρα να κάνουμε σοβαρά κάτι για αυτά που γνωρίζουμε ότι αυξάνουν τον κίνδυνο και να ρίξουμε εκεί το βάρος της πρόληψης; Μήπως θα πρέπει λοιπόν να πάρουμε εκείνες τις αποφάσεις που μπορεί να μας αλλάξουν την καθημερινότητα αλλά και τη ζωή;

Μαστροκώστας Αθανάσιος

Τχης(ΥΝ),MSc(res),Phd(c)

Υπεύθυνος Γραφείου Νοσηλευτικής Έρευνας και Εκπαίδευσης,

424ΓΣΝΕ, Θεσσαλονίκη

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2015. CA: a cancer journal for clinicians 2015;65(1):5-29.

2. Τούντας Γ. Η υγεία του ελληνικού πληθυσμού. Αθήνα: Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας Ιατρικής Σολής Πανεπιστημίου Αθηνών; 2007.
3. International Agency for Research on Cancer, IARC. Most frequent cancers in Greece. <http://eco.iarc.fr/EUCAN/Country.aspx?ISOCountryCd=300>. Accessed 30 Aug 2014, 2014.
4. Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J, et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. *Eur J Cancer* 2013;49(6):1374-1403.
5. WHO. 10 Facts about Cancer. 2010; <http://www.who.int/features/factfiles/cancer/en/index.html>. Accessed 30 Aug 2014, 2014.
6. von Karsa L AA, Ronco G, Ponti A, Malila N, Arbyn M, Segnan N, Castillo-Beltran M, Boniol M, Ferlay J, Hery, C SC, Voti L, Autier P Cancer screening in the European Union. Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening-First Report. Luxembourg: European Commission; 2008.
7. Farmer RDT, Miller DL, Lawrenson,R. Lecture notes on epidemiology and public health medicine. Oxford: Blackwell Science; 1996.
8. Friis RH ST. Epidemiology for Public Health Practice. 4th edition. ed. Sudbury: Jones and Bartlett Publishing; 2009.
9. Wilson JM, Jungner YG. [Principles and practice of mass screening for disease]. *Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericana. Pan American Sanitary Bureau* 1968;65(4):281-393.
10. Bastos J, Peleteiro B, Gouveia J, Coleman MP, Lunet N. The state of the art of cancer control in 30 European countries in 2008. *International journal of cancer. Journal international du cancer* 2010;126(11):2700-2715.
11. Hakama M, Coleman MP, Alexe D-M, Auvinen A. Cancer screening: Evidence and practice in Europe 2008. *European journal of cancer (Oxford, England : 1990)* 2008;44(10):1404-1413.
12. Tria Tirona M. Breast cancer screening update. *American family physician* 2013;87(4):274-278.
13. Heidenreich A, Bastian PJ, Bellmunt J, et al. EAU guidelines on prostate cancer. part 1: screening, diagnosis, and local treatment with curative intent-update 2013. *European urology* 2014;65(1):124-137.
14. Prasad V, Lenzer J, Newman DH. Why cancer screening has never been shown to “save lives”—and what we can do about it. *BMJ (Clinical research ed.)* 2016-01-06 23:00:51 2016;352.



15. Saquib N, Saquib J, Ioannidis JP. Does screening for disease save lives in asymptomatic adults? Systematic review of meta-analyses and randomized trials. *International journal of epidemiology* 2015 2015;44(1):264-277.
16. Gigerenzer G. Full disclosure about cancer screening. *BMJ (Clinical research ed.)* 2016-01-06 23:01:27 2016;352.