

نامه به سردبیر

آیا تشخیص زودرس سرطان امکان‌پذیر و یک ضرورت است؟

دکتر مجید اکرمی*

امروزه بیماری سرطان و به ویژه تشخیص و درمان آن یکی از دغدغه‌های عموم مردم، پزشکان و سیاست‌گذاران سلامت است. منظور از سرطان، نئوپلاسم‌های بدخیم می‌باشند که در هر ارگانی از بدن می‌توانند ایجاد شوند. در سال 2015 بیش از 17 میلیون مورد جدید سرطان و بیش از 8 میلیون مرگ ناشی از آن در دنیا رخ داده است. این آمار برای ایران به ترتیب بیش از 110 هزار و 40 هزار نفر بوده است.¹

سئوالاتی که در این زمینه در ذهن هر فرد ایجاد می‌شود، شامل این موارد است:

- چگونه می‌توان سرطان را سریع‌تر تشخیص داد؟
- در صورت ابتلا شانس درمان چه میزان است؟
- این درمان چگونه خواهد بود؟

ولی سئوالاتی در این بین وجود دارند که لاقلاً نزد مردم عادی مغفول‌اند. در حالی که پاسخ به آنها شاید از سوالات مطرح شده قبلی ضروری‌تر باشد. موارد زیر از آن جمله‌اند:

- آیا تشخیص سریع سرطان ضروری است؟
- آیا روش‌های تشخیص سرطان دقت کافی دارند؟
- آیا هر سرطانی نیاز به درمان دارد؟

امروزه کمتر پزشک و فرد آگاهی در این موضوع شک می‌کند که بیماران مبتلا به سرطان عموماً هر چه سریع‌تر تشخیص داده شوند و درمان شوند، کمیت و کیفیت زندگی آنها تغییر خواهد کرد. تمام متخصصین مرتبط، با یادآوری خاطرات زندگی شغلی خود نتیجه فاجعه بار و اغلب غیر قابل جبران شرایطی را به یاد می‌آورند که یک بیمار مبتلا به سرطان به هر دلیل درمان سرطان در او انجام نگرفته یا با تأخیر انجام شده است. اما آیا تمام این مفاهیم معتبر می‌توانند نافی این مسأله باشند که عدم تشخیص یا عدم درمان یک نوع سرطان خاص در یک فرد خاص، همیشه موجب عواقب جدی و مانع ادامه زندگی وی نخواهد شد؟ هر فردی محتمل است با یک علامت که به صورت بالقوه می‌تواند به علت سرطان ایجاد شده باشد، سال‌ها زندگی کند و حتی حاضر به مراجعه به پزشک نشده باشد و نکته جالب توجه اینکه طبق بررسی‌ها، شیوع این رفتار اجتنابی در بین پزشکان کمتر از افراد دیگر جامعه نیست.

نویسنده پاسخگو: مجید اکرمی

تلفن: 01736474306

E-mail: shirazoncosurgery@gmail.com

* استادیار گروه جراحی عمومی، مرکز تحقیقات بیماری‌های پستان، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

تاریخ وصول: 1398/06/14

تاریخ پذیرش: 1398/10/04

خونریزی همراه با دفع مدفوع، درد مبهم شکم، کاهش وزن، وجود ضایعات پوستی غیرعادی و احساس توده در قسمتی از بدن، همگی توسط پزشکان به عنوان علامت هشدار ذکر شده‌اند و در حضور این علائم مراجعه سریع جهت بررسی‌های بیشتر توصیه شده است. اما آیا تمام افراد جامعه این موضوع را پذیرفته و رعایت می‌کنند؟ و سوال مهم‌تر اینکه آیا پذیرفتن آن اشتباه است؟ در تجربه شخصی خود بیمار جوانی را به خاطر دارم که با ضایعه‌ای شبیه خال زیر ناخن شست پای راست مراجعه نمود. ظاهر آن در معاینه کاملاً مطرح‌کننده ملانوم بدخیم بود و نمونه‌برداری این موضوع را تأیید کرد. بیمار جراحی شد که شامل قطع بند دیستال انگشت و نمونه‌برداری از غده لنفاوی نگهبان اینگوینال بود. دو ماه بعد با لنفادنوپاتی کشاله ران مراجعه نمود که جراحی لنفادنکتومی وسیع شد. تحت درمان اینترفرون سیستمیک قرار گرفت، شش ماه بعد بیمار با متاستاز به کبد مراجعه کرد و 18 ماه بعد فوت نمود. در شرح حال دقیق، بیمار از بیش از 7 سال قبل این ضایعه را ملاحظه کرده بود. سوالی که شخص بیمار پرسید این بود که چرا طی 7 سال گذشته این وقایع یعنی لنفادنوپاتی و سپس متاستاز کبد اتفاق نیافتاد؟ سوالی که هنوز پاسخی برای آن پیدا نشده است، هرچند تئوری‌های جالبی در منابع آنکولوژی و ژنتیک می‌توان در مورد آن پیدا کرد.

امروزه کمتر متخصصی در حیطه جراحی سرطان در تأثیر تشخیص و درمان سریع ملانوم شک دارد؛ چرا که اکثر مطالعات نشان داده‌اند افزایش ضخامت تنها یک میلی‌متر، میزان بقای پنج ساله را به طور مشخص تغییر می‌دهد. ولی در مورد برخی سرطان‌ها و به طور مشخص سرطان پستان، تیروئید و پروستات، تشخیص زودرس که لازمه آن انجام غربالگری است، تحت پرسش‌های فراوان قرار گرفته است.²⁻⁵

چند مقاله بسیار مهم طی سال‌های گذشته در مجله معتبر *New England Journal of Medicine* چاپ شد که هر کدام از جنبه‌ای، انجام غربالگری با ماموگرافی جهت تشخیص سریع سرطان پستان را زیر سوال بردند. وقتی به "عنوان" یکی از مقاله‌ها دقت کنیم خود گویای اهمیت و شاید نتیجه مقاله است: "آیا توده‌های کوچک‌تر پستان، چون کوچک هستند خوب هستند یا چون ذاتاً خوب هستند کوچک مانده‌اند؟"

این مطالعه که بر اساس بزرگترین بانک اطلاعات سرطان در دنیا (SEER) نگاهشده شده است، نشان می‌دهد که مورد دوم صحیح است، یعنی این تومورها ذاتاً تومورهای نجیبی هستند و لذا کوچک مانده‌اند و انجام ماموگرافی سالیانه در تمامی خانم‌های بالای 40 سال شرایط عمده این بیماران را تغییر نمی‌دهد.⁶

مقاله دیگر بیان می‌کند که با انجام غربالگری خانم‌های بالاتر از 50 سال طی یک دوره 10 ساله و به ازای نجات زندگی یک نفر از سرطان پستان، 490-670 مورد مثبت کاذب در ماموگرافی، 100-70 مورد بیوپسی غیر ضروری و 14-3 مورد *Overdiagnosis* یا تشخیص غیر ضروری و متعاقباً درمان جراحی و شیمی‌درمانی اتفاق افتاد.⁷ به اثرات منفی روحی روانی، هزینه‌های سرسام آور و هدر رفت وسیع نیروی انسانی متخصص و غیر متخصص که دقت شود هر کسی حق دارد در تأثیر انجام غربالگری سرطان سینه شک کند.⁸ شایان ذکر است که *Ovediagnosis* به مواردی از تشخیص یک بیماری گفته می‌شود که اگر تشخیص هم داده نمی‌شد، پیش بینی می‌شود، تأثیری بر زندگی فرد نداشت.

مطالعه دیگر نشان داد از 122 مورد تشخیص سرطان سینه که در نبود غربالگری تشخیص داده نمی‌شدند، تنها 8 مورد آنها در صورت عدم تشخیص، از مرحله اولیه به سرطان پیشرفته تبدیل می‌شدند.⁹

در ثبت سرطان مبتنی بر جمعیت در استان فارس در سال 95 از نظر میزان بروز، اولین سرطان در خانم‌ها سرطان پستان و دومین آنها سرطان تیروئید است. مطابق آمار موجود بیش از نیمی از افراد بالای 60 سال دارای ندول تیروئید هستند، اما آیا تمامی آنها نیاز به اقدام تشخیصی (FNA) دارند و آیا تشخیص سریع آن، شرایط آینده فرد را بهبود می‌دهد؟ مطالعات جدید در حال بررسی این موارد هستند. به عکس گذشته نه چندان دور، طبق دستورالعمل‌های آنکولوژی کنونی تومورهای تیروئید زیر یک سانتی‌متر (به جز موارد خاصی که ذکر آنها در این مبحث نمی‌گنجد) نیازی به انجام نمونه‌برداری (FNA) ندارند.¹⁰ مطالعات جدید همچنان موارد بیشتری را مشمول به کار بردن روش‌های انتظاری و محافظه کارانه می‌کنند.

تومورمارکرها که در تشخیص و پیگیری سرطان‌های مختلف نقش آنها به اثبات رسیده است، باید محتاطانه درخواست و تفسیر شوند. PSA سال‌ها به عنوان مارکری جهت تشخیص اولیه سرطان پروستات استفاده شده است. اما گزارش‌های مختلف حاکی بر *Overdiagnosis* و تشخیص غیر ضروری بوده است. امروزه این تومور مارکر به جای سالانه، هر دو الی سه سال یک بار در گروه هدف چک می‌شود.¹¹

مفاهیم و الگوهای درمان سرطان نیز امروزه دستخوش تغییراتی شده است. شیفت الگوی درمان سرطان از "درمان حداکثری تا حد تحمل بیمار" (Maximum Tolerable) به "درمان حداقلی با تأثیر کافی" (Minimum Effective) که اولین بار توسط پروفیسور ورونزی جراح انکولوژی شهیر ایتالیایی در مورد سرطان سینه مطرح شد و عمومیت یافت، امروزه در مورد برخی سرطان‌های دیگر در حال مقبولیت یافتن است.¹² انجام لوبکتومی به جای تیروئیدکتومی توتال در سرطان پاپیلری (در شرایط مشخص) از این دست تغییرات است.¹³ شایان ذکر است که در درمان سرطان پروستات با گرید پائین، جراحی رادیکال، رادیوتراپی و یا درمان انتظاری می‌توانند انتخاب شوند.¹¹

آنچه باید مورد توجه باشد این است که وقتی این موضوعات و مفاهیم را در کشوری مانند ایران با منابع محدود، بررسی می‌کنیم، از آنچه گفته شد بیشتر نیازمند کنکاش و دقت می‌باشند.

References:

1. Fitzmaurice C, Akinyemiju TF, Al Lami FH, Alam T, Alizadeh-Navaei R, Allen C, et al. Global, Regional, and National Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived with Disability, and Disability-Adjusted Life-Years for 29 Cancer Groups, 1990 to 2016: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study. *JAMA oncology*. 2018; 4(11): 1553-68.
2. Gøtzsche PC, Olsen O. Is screening for breast cancer with mammography justifiable? *The Lancet*. 2000; 355(9198): 129-34.
3. Harris R, Lohr KN. Screening for prostate cancer: an update of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Annals of internal medicine*. 2002; 137(11): 917-29.
4. Kerlikowske K, Grady D, Rubin SM, Sandrock C, Ernster VL. Efficacy of screening mammography: a meta-analysis. *Jama*. 1995; 273(2): 149-54.
5. Shibuya K, Gilmour S, Oshima A. Time to reconsider thyroid cancer screening in Fukushima. *The Lancet*. 2014; 383(9932): 1883-4.
6. Lannin DR, Wang S. Are Small Breast Cancers Good because They Are Small or Small because They Are Good? *The New England journal of medicine*. 2017; 376(23): 2286-91.
7. Welch HG, Passow HJ. Quantifying the benefits and harms of screening mammography. *JAMA Intern Med*. 2014;174(3):448-54
8. Biller-Andorno N, Juni P. Abolishing mammography screening programs? A view from the Swiss Medical Board. *The New England journal of medicine*. 2014; 370(21): 1965-7.
9. Bleyer A, Welch HG. Effect of three decades of screening mammography on breast-cancer incidence. *The New England journal of medicine*. 2012; 367(21): 1998-2005.
10. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, Doherty GM, Mandel SJ, Nikiforov YE, et al. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid*. 2016; 26(1): 1-133.
11. Bill-Axelsson A, Holmberg L, Garmo H, Taari K, Busch C, Nordling S, et al. Radical Prostatectomy or Watchful Waiting in Prostate Cancer - 29-Year Follow-up. *The New England journal of medicine*. 2018; 379(24): 2319-29.
12. Veronesi U, Stafyla V, Luini A, Veronesi P. Breast cancer: from "maximum tolerable" to "minimum effective" treatment. *Front Oncol*. 2012;2:125
13. Kuba S, Yamanouchi K, Hayashida N, Maeda S, Adachi T, Sakimura C, et al. Total thyroidectomy versus thyroid lobectomy for papillary thyroid cancer: Comparative analysis after propensity score matching: A multicenter study. *Int J Surg*. 2017; 38: 143-8.