

Το Πρόβλημα: Καρκίνος

ΛΑΖΑΡΟΣ ΜΠΟΥΤΗΣ

1. Γενικά

Σε δύο κύριες κατευθύνσεις του συνόλου της αντιμετώπισης του προβλήματος της θεραπείας των νοσολογικών εικόνων του καρκίνου έχει την απόλυτη θέση του ο αναισθησιολόγος:

α) Ως «αναισθησιολόγος» με την κλασσική έννοια, στις χειρουργικές επεμβάσεις στους όγκους γενικά. Η παρουσία του σε μια εξειδικευμένη ιατρική ομάδα αποτελεί την προϋπόθεση για την άσκηση της χειρουργικής ογκολογίας από την ομάδα αυτή¹. Με την ιδιότητά του αυτή επίσης ο αναισθησιολόγος αποτελεί συνήθως τον κύριο υπεύθυνο μονάδων εντατικής θεραπείας τόσο σε ειδικά αντικαρκινικά νοσοκομεία όσο και νοσοκομεία γενικότερα.

β) Ως «ιατρός πόνου» στην εξειδικευμένη εφαρμογή τεχνικών για την αντιμετώπιση του χρόνιου έντονου πόνου που προκαλείται από ορισμένες εντοπίσεις καρκίνου.

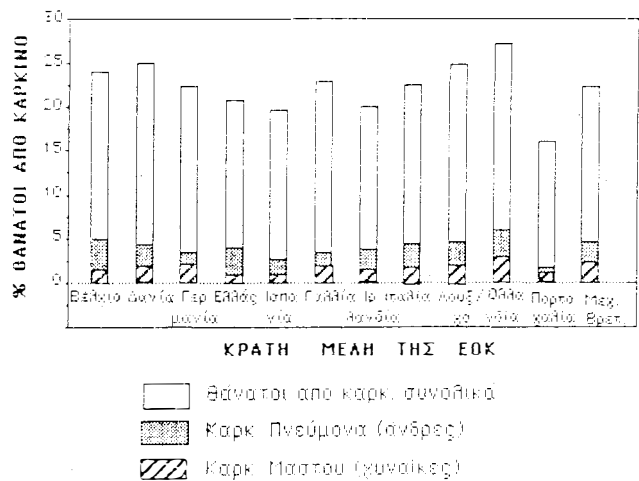
Και οι δύο αυτές κατευθύνσεις δραστηριότητας, καθιστούν τον αναισθησιολόγο ένα από τα βασικά στελέχη της ιατρικής ομάδας που έχει αποστολή την αντιμετώπιση του καρκίνου. Από την άλλη μεριά, η συχνότητα και η κατανομή των περιπτώσεων καρκίνου είναι αυτή που καθορίζει τις αναλογίες των πιο εξειδικευμένων περιπτώσεων που έχει να αντιμετωπίσει ο αναισθησιολόγος. Έτσι, ο αναισθησιολόγος πρέπει να έχει, πέρα από τις γνώσεις της καθαυτό ειδικότητάς του, μια πλήρη εικόνα των «επιδημιολογικών» δεδομένων που αφορούν την περιοχή του και το νοσοκομείο του ενώ συγχρόνως οι οργανωτικές προϋποθέσεις που θα δημιουργήσει για την άσκηση της αποστολής του εντός και εκτός του νοσοκομείου θα αποτελέσουν μέτρο της ποιότητας των παρεχομένων εξειδικευμένων υπηρεσιών για τη χειρουργική ογκολογία και για την αντιμετώπιση του πόνου. Σ' αυτή την κατεύθυνση ο αναισθησιολόγος θα συμβάλει ακόμα πιο ουσιαστικά με την κλινική έρευνα που διεξάγει για την απάντηση ερωτημάτων που έχουν σχέση με τον καρκίνο από τις δυο πλευρές που έχει να αντιμετωπίσει η ειδικότητά του. Συγχρόνως, όντας ο βασικός κρίκος μιας συνεργαζόμενης ομάδας, θα προάγει μέσω του ρόλου του την απόδοση της ομάδας αυτής από τα εργαστήρια μέχρι το χειρουργείο, την ανάνηψη και την εντατική θεραπεία.

2. Γενικά επιδημιολογικά δεδομένα του καρκίνου²

Στην Ελλάδα, όπως και στις Η.Π.Α. και στις χώρες της Δυτ. Ευρώπης, παρά τις διαφορές στην κατανομή, στο σύνολο, ο καρκίνος αποτελεί την τρίτη ως δεύτερη

αιτία θανάτου, μ' ένα ποσοστό γύρω στο 25%³ (εικ. 1). Μάλιστα στις γυναίκες των ηλικιών 35-65 είναι η πρώτη αιτία θανάτου. Το 1/3 των θανάτων από καρκίνο στους άνδρες και το 1/10 των θανάτων από καρκίνο στις γυναίκες στην Ελλάδα οφείλονται σε καρκίνο του πνεύμονος. Αυτή η τελευταία αναλογία, παρουσιάζει συνεχή τάση αύξησης, γεγονός που συσχετίζεται με τη συνεχή αύξηση του ποσοστού των γυναικών που καπνίζουν. Άλλες σημαντικές αναλογίες καλύπτουν ο καρκίνος του μαστού στις γυναίκες που είναι ο πιο συχνός καρκίνος του και ο καρκίνος του παχέος εντέρου και στα δύο φύλα. Τέλος, στους άνδρες σημαντικό ποσοστό αποτελεί ο καρκίνος του προστάτου, ο καρκίνος του στομάχου και του λοιπού πεπτικού και ο καρκίνος των ουροποιητικών οργάνων ενώ στις γυναίκες ο καρκίνος της μήτρας, ο καρκίνος του στομάχου και του λοιπού πεπτικού και ο καρκίνος των ωοθηκών.

Εικόνα 1
Θάνατοι από καρκίνο στις χώρες της Ε.Ο.Κ.



Καθώς στην Ελλάδα μόνο πρόσφατα άρχισε να οργανώνεται το Εθνικό Αρχείο Νεοπλασιών, ακριβή στατιστικά δεδομένα δεν υπάρχουν. Οι αριθμοί που αναφέρουμε παρακάτω προέρχονται από την ανάλυση των αιτιών θανάτου όπως αναφέρονται στα πιστοποιητικά θανάτου. Στην πραγματικότητα, οι περιπτώσεις καρκίνου θεωρούνται ελαφρά περισσότερες. Από την έκθεση που δόθηκε

στον WHO⁴ συνάγεται ότι το 1985 πέθαναν στην Ελλάδα από καρκίνο περίπου 18.200 άτομα, 11.000 άρρενες και 7.100 θήλειες. Σημειώνεται εδώ επίσης ότι τα χρόνια 1982-1986 η κατά κεφαλήν κατανάλωση τσιγάρων στην Ελλάδα ήταν –με μεγάλη διαφορά– η μεγαλύτερη στην Ευρώπη. Το σύνολο των θανάτων από καρκίνο αποτελούσε το 20,8% όλων των θανάτων⁴. Πρέπει να σημειωθεί ότι, με τη συνεχή βελτίωση της οργάνωσης των νοσοκομείων και με την συνεχή πρόοδο της ογκολογίας, το ποσοστό των νοσηλευόμενων ασθενών με νεοπλασμάτα έχει αυξηθεί σημαντικά στα γενικά νοσοκομεία καθώς επίσης έχουν αυξηθεί οι συνολικοί αριθμοί νοσηλευόμενων στα ειδικά αντικαρκινικά νοσοκομεία και ότι τα αποτελέσματα της θεραπείας του καρκίνου παρουσιάζουν συνεχή βελτίωση⁵.

Ακριβέστερα στατιστικά δεδομένα και χαρακτηριστικά ανεπτυγμένης χώρας παρά το σχετικό εθνολογικό μοσαϊκό στη σύνθεση του πληθυσμού, υπάρχουν για τις Η.Π.Α. όπου το 1986 σημειώθηκαν 470.000 θάνατοι από καρκίνο⁶. Το 22,3% των θανάτων οφειλόταν σε καρκίνο. Η σειρά ήταν για τους άνδρες (250.000 θάνατοι από καρκίνο) καρκίνος πνεύμονος, καρκίνος του παχέος εντέρου, καρκίνος προστάτου, καρκίνος παγκρέατος, κακοήθεις νόσοι του αιμοποιητικού και για τις γυναίκες (219.000 θάνατοι από καρκίνο) καρκίνος του μαστού, καρκίνος του πνεύμονος, καρκίνος του παχέος εντέρου, καρκίνος του παγκρέατος και καρκίνος των ωθηκών. Παρατηρούμε ότι η «κοινωνική» πρωτοπορεία των Η.Π.Α. στην καπνιστική χειραφέτηση των γυναικών μεταφράστηκε ήδη σε αύξηση του ποσοστού του καρκίνου του πνεύμονος στις γυναίκες, πράγμα που αν αποτύχει το πρόγραμμα «ΕΥΡΩ-ΠΗ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ» αναμένεται να συμβεί σιγά σιγά και στη χώρα μας όπου ήδη η εξέλιξη των αναλογιών προδικάζει «ισοφάριση» των Ελληνίδων με τις Αμερικανίδες για το 200-2005. Συγχρόνως πρέπει να σημειωθεί ότι με κατάλληλη διαφωτιστική εκστρατεία ήδη στις Η.Π.Α. υπάρχει αντίστροφη τάση^{6,7} και το ίδιο αναμένεται να επιτευχθεί στην Ευρώπη με την έντονη προσπάθεια που έχει αρχίσει να ασκείται εκεί³.

3. Σχετική συχνότητα των διαφόρων μορφών καρκίνου - Θέση αναισθησιολόγου

Παρακολουθώντας κανείς την πορεία των αναλογιών θανάτων από τις διάφορες μορφές καρκίνου ανά 100.000 κατοίκων, σημειώνει ορισμένες εντυπωσιακές μεταβολές όπως την κατακόρυφη αύξηση των θανάτων από καρκίνο του πνεύμονος σε άνδρες (από το 1940 και μετά) και γυναίκες (από το 1960 και μετά) που όπως αναφέρθηκε παραπάνω παραλληλίζεται με την αύξηση της κατανάλωσης καπνού, τη συνεχή ελάττωση των θανάτων από καρκίνο του στομάχου και σε άνδρες και σε γυναίκες και τη συνεχή ελάττωση των θανάτων από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας αποτέλεσμα που οφείλεται στον τακτικό έλεγχο του κολπικού επιχρίσματος με τη μέθοδο Παπανικολάου⁷. Πάντως οι μεγάλες αναλογίες καρκίνου πνεύμονος, μαστού, όγκων του πεπτικού και του ουροποιητικού αντικατοπτρίζουν εν μέρει και τις κυριότερες χειρουργικές περιπτώσεις στις οποίες συμμετέχει ο αναισθησιολόγος δίνοντας αναισθησία κατά τις επεμβάσεις.

Το 1990 στις Η.Π.Α. υπολογίζεται ότι οι αναλογίες καρκίνου κατά τη διάγνωση στις 100 περιπτώσεις και η αναλογία επί 100 θανάτων από καρκίνο ήταν όπως εκτίθεται στον πίνακα I.

Πίνακας 1
Κατανομή των περιπτώσεων καρκίνου και θανάτων από καρκίνο % (°), Η.Π.Α. 1990

μορφή ή εντόπιση στα όργανα	επί 100 διαγνώσεων		επί 100 θανάτων	
	άνδρες	γυναίκες	άνδρες	γυναίκες
μελάνωμα	3	3	2	1
στόμα	4	2	2	1
πνεύμονες	20	11	34	21
μαστοί		29		18
στόμαχος και πάγκρεας	6	4	8	7
παχύ έντερο	15	15	11	13
προστάτης	20		11	
ουροποιητικό	10	4	5	3
μήτρα		9		4
ωθήκες		4		5
αιμοποιητικό	7	6	8	7
λοιπά	15	13	19	20

Από τον πίνακα I και λαμβάνοντας υπ' όψιν την βαρύτητα των επεμβάσεων για τις διάφορες μορφές και εντοπίσεις του καρκίνου, οι οποίες βέβαια επιβαρύνονται και από το στάδιο ή και ιδιαίτερα από το γεγονός ότι πολλές φορές γίνονται σε επανάληψη ή για παρηγορητικούς λόγους, γίνεται φανερό ότι ο αναισθησιολόγος μπροστά στον καρκίνο που πρόκειται να χειρουργηθεί έχει να αντιμετωπίσει όλο το φάσμα των τεχνικών και φαρμακολογικών προβλημάτων και όλο το φάσμα της χειρουργικής βαρύτητας που περιλαμβάνει η χειρουργική. Παραπέρα, σ' αυτά όλα πρέπει να προστεθούν τα μεταβολικά και άλλα προβλήματα που προκαλεί ο καρκίνος και των οποίων στη συγκεκριμένη φάση την αντιμετώπιση επομίζεται ο αναισθησιολόγος.

Εάν ανατρέξουμε στα πεπραγμένα ενός τυπικού αντικαρκινικού νοσοκομείου μέσης δύναμης, όπως είναι το ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ Θεσσαλονίκης⁸, θα δούμε ότι η ετήσια κίνηση των χειρουργείων (για να αναφέρουμε μόνο ένα από τα τρία πεδία δραστηριότητας του αναισθησιολόγου σε σχέση με τον καρκίνο) περιλαμβάνει μεγάλο αριθμό βαρυτάτων και βαρειών επεμβάσεων πολλές από τις οποίες απαιτούν εξειδικευμένη ομάδα χειρουργών και αναισθησιολόγων. Χαρακτηριστικά, στα χρόνια 1986-1990, στο Θεαγένειο γίνονταν ετησίως περίπου 2.600-2.700 επεμβάσεις σχεδόν στο σύνολο για καρκίνο, από τις οποίες το 1/3 ήταν βαρείες και βαρυτάτες και μερικές, εκτός από την βαρύτητα, είχαν το χαρακτηριστικό της εξειδικευμένης πολυπλοκότητας εξαιτίας της οποίας αποτελούν και πανελλήνιο μονοπώλιο του ΘΕΑΓΕΝΕΙΟΥ. Σ' όλη αυτή τη συνεχή ιατρική και οργανωτική επιχείρηση, ο αναισθησιολόγος παίζει σημαντικό ρόλο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Rosenberg S.: Principles of surgical oncology. In: CANCER Ed. V. Devita, S. Rosenberg, S. Hellman, Lippincott 1989, pp. 236-246.
 2. Fraumeni J., Hoover R., Devesa S., Kinlen L.: Epidemiology of cancer. In: CANCER Ed. V. Devita, S. Rosenber, S. Hellman, Lippincott 1989, pp. 196-235.
 3. Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων. Η ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ. Υπηρεσία Επισήμων Εκδόσεων Ε.Κ., Λουξεμβούργο, 1990.
 4. WHO: World Health Statistics Annual. Geneva, 1987.
 5. Μπούτης Λ.: Πρόοδοι στη θεραπεία του καρκίνου. Ιατρικό Βήμα, 1989 Β' 5: 39-45.
 6. Page H., Asine A.: Cancer rates and risks. 3rd ed. 1985.
 7. Silvergerg E., Boring C., Squires T.: Cancer statistics 1990. CA-A CANCER J. FOR PHYSICIANS, 40: 9-26, 1991.
 8. ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΘΕΑΓΕΝΕΙΟΥ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ. Πεπραγμένα των ετών 1988, 1989, 1990. Εκδ. τέτη 1989, 1990, 1991.
-