

Σταματήστε το κάπνισμα

Η μόνη λύση απέναντι στον καρκίνο του πνεύμονα, που είναι ο δεύτερος, σε συχνότητα, στους άνδρες (πρώτος είναι ο καρκίνος του προστάτη). Είναι, όμως, αυτός που κάθε χρόνο σκοτώνει περισσότερους άνδρες και γυναίκες από κάθε άλλη μορφή καρκίνου παγκοσμίως



Γράφουν:

ο Αντώνης Ρασιδάκης

MD, PHD, FCCP, Αναπληρωτής
Καθηγητής Πνευμονολογίας,
Διευθυντής Πνευμονολογικής Κλινικής
του Νοσοκομείου Metropolitan



ο Γιώργος Κοντοπούργας

Επιμελητής Πνευμονολογίας
στο Νοσοκομείο Metropolitan

Σιγά μην φταίει το τσιγάρο. Έχω κάποιον γνωστό που δεν έχει καπνίσει ποτέ. Και όμως του βρήκαν καρκίνο του πνεύμονα». Αυτή είναι η απάντηση που μας δίνουν συνήθως οι καπνιστές, όταν τους πλέμε ότι σχεδόν αποκλειστικά υπεύθυνο για τον καρκίνο του πνεύμονα είναι το τσιγάρο. Η αλήθεια, όμως, είναι ότι ο μη καπνιστής έχει ελάχιστες πιθανότητες να πάθει καρκίνο του πνεύμονα και ότι το 90% αυτών που παθαίνουν καρκίνο του πνεύμονα είναι καπνιστές ή πρώην καπνιστές. Οι περιπτώσεις μη καπνιστών ασθενών στους οποίους διαπιστώνεται όγκος στον πνεύμονα, αφορούν συνήθως καρκίνο άλλου οργάνου που έχει δώσει μετάσταση και στον πνεύμονα.

Για λίγα νοσήματα έχει διαπιστωθεί με τόση σαφήνεια η αιτία τους, όσο για τον καρκίνο του πνεύμονα. Μπορούμε με ασφάλεια να πούμε ότι αποφεύγοντας κάποιος το τσιγάρο, το οποίο έχει διαπιστωθεί ότι περιέχει πάνω από 50 καρκινογόνες ουσίες, αποφεύγει και τον καρκίνο του πνεύμονα.

Συχνό επιχείρημα που αθλώνει το τσιγάρο είναι αυτό του υπερήλικα θεριακλή που «έχει καπνίσει τον μισό Παπαστράτο»

και όμως δεν τον έχει πιάσει ούτε κρύωμα. Προς θεού, δεν παθαίνουν όλοι οι καπνιστές καρκίνο του πνεύμονα. Οι στατιστικές δείχνουν ότι προσβάλλεται το 10%, δηλαδή ένας στους δέκα καπνιστές. Το ποσοστό αυτό είναι τρομακτικό, αν κανείς σκεφτεί ότι το 42% των Ελλήνων δηλώνουν καπνιστές. Επιπλέον, συνολικά 8 στους 10 καπνιστές υποφέρουν από κάποιο από τα υπόλοιπα νοσήματα που προκαλεί το κάπνισμα (ΧΑΠ, έμφραγμα, εγκεφαλικό, άλλους καρκίνους). Επομένως, ο θεριακλής που λέγαμε παραπάνω, είναι εξαιρετικά τυχερός άνθρωπος και σπάνιο είδος.

Τα άλλα είδη καπνίσματος είναι ασφαλέστερα;

Δυστυχώς για τους αμετανόητους καπνιστές, η απάντηση είναι αρνητική: δεν υπάρχει καμία επιστημονική έρευνα που να αποδεικνύει ότι το κάπνισμα πούρου, πίπας ή η χρήση φίλτρων μειώνουν αποτελεσματικά τον κίνδυνο για καρκίνο του πνεύμονα. Τα ελαφριά (light) τσιγάρα είναι εξίσου επικίνδυνα με τα κανονικά, γι' αυτό αλλήλωνστε και έχει απαγορευτεί στις καπνοβιομηχανίες να χρησιμοποιούν για

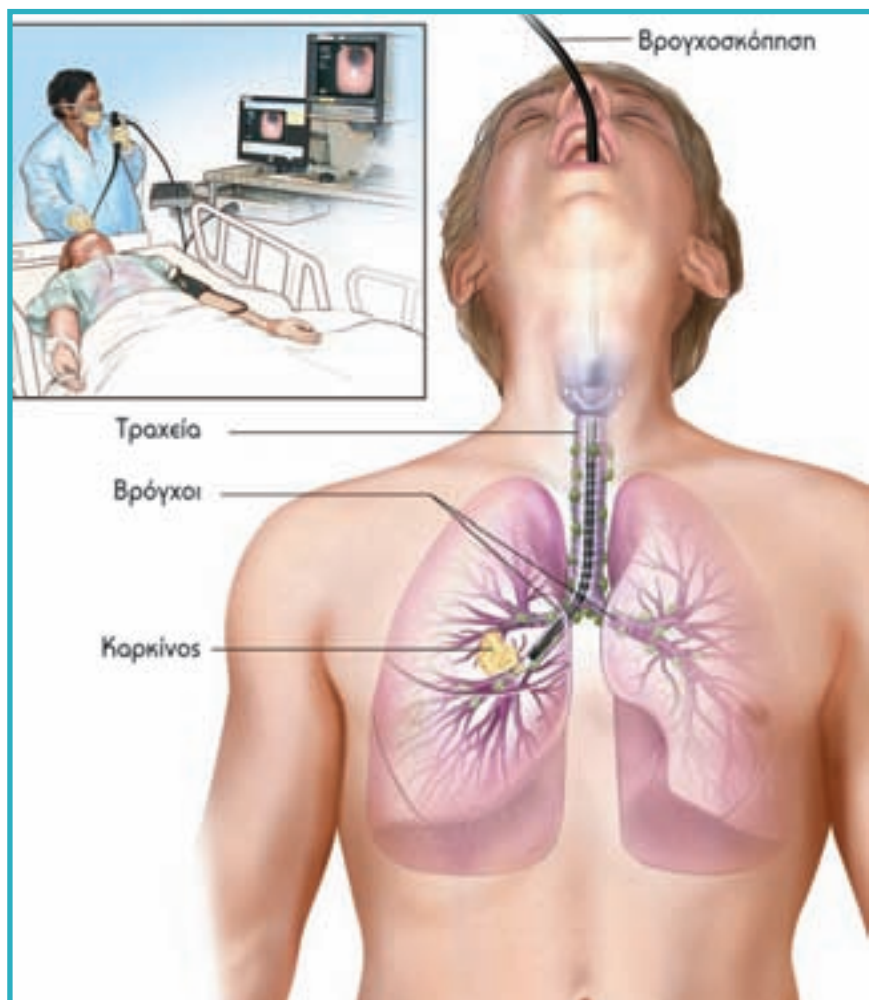


τα τσιγάρα τους αυτόν το χαρακτηρισμό. Επομένως, η μόνη λύση για να έχει κανείς το κεφάλι του ήσυχο, είναι η οριστική και πλήρης διακοπή του καπνίσματος.

Δευτερεύοντες παράγοντες κινδύνου

Όπως είπαμε, δεν παθαίνουν καρκίνο του πνεύμονα όλοι οι καπνιστές. Παράγοντες που, σε συνδυασμό συνήθως με το κάπνισμα, προδιαθέτουν σε καρκίνο του πνεύμονα είναι:

- **Το παθητικό κάπνισμα.** Ο κίνδυνος ανάπτυξης είναι υψηλότερος κατά 15%-20% σε σχέση με αυτούς που δεν εκτίθενται καθόλου στον καπνό.
- **Ο αμίαντος.** Εμφανίζεται κυρίως στην εμφάνιση μιας άλλης κακοήθειας, που λέγεται μεσοθηλίωμα. Σε συνδυασμό με κάπνισμα, αυξάνεται η πιθανότητα και καρκίνου του πνεύμονα. Η χρήση του έχει περιοριστεί αρκετά τα τελευταία χρόνια, ωστόσο ανευρίσκεται ακόμα σε κάποιους εργασιακούς χώρους, όπως μεταλλεία, πλοία, ναυπηγεία και βιομηχανίες μονωτικών υλικών.
- **Το ραδόνιο.** Πρόκειται για ραδιενεργό, άγευστο και άοσμο, αέριο που βρίσκεται σε πετρώματα και από το οποίο κινδυνεύουν κυρίως εργάτες σε ορυχεία, ενώ έχει ανευρεθεί και σε κάποιες περιοχές των ΗΠΑ εντός των κατοικιών.
- **Άλλα πνευμονικά νοσήματα,** που προκαλούν ανάπτυξη ουλώδους ιστού στους πνεύμονες, όπως η ΧΑΠ, η φυματίωση, η αμιάντωση και η ιδιοπαθής πνευμονική ίνωση, προδιαθέτουν σε ανάπτυξη και καρκίνου του πνεύμονα.
- **Η μόλυνση του περιβάλλοντος.** Έχει βρεθεί συσχέτιση μεταξύ καρκίνου του πνεύμονα και έκθεσης σε συγκεκριμένους ρύπους της ατμόσφαιρας, όπως τα παραπροϊόντα της καύσης του πετρελαίου και άλλων φυσικών καυσίμων.
- **Γονίδια.** Αν και ο καρκίνος του πνεύμονα δεν είναι κληρονομικό νόσημα, ωστόσο έχει παρατηρηθεί αυξημένη συχνότητα σε πρώτου βαθμού συγγενείς πασχόντων. Δεν είναι απολύτως ξεκα-



θαρισμένο αν αυτό οφείλεται σε παρόμοιες καπνιστικές συνήθειες και έκθεση σε παρόμοιες τοξικές ουσίες ή στην κληροδότηση ύποπτων γονιδίων.

Εξετάσεις προληπτικού ελέγχου

Υπάρχουν εξετάσεις που γίνονται ανά τακτά χρονικά διαστήματα για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου διαφόρων οργάνων, όπως για τον καρκίνο του μαστού (μαστογραφία, υπερηχογράφημα), του τραχήλου της μήτρας (test Παπανικολάου), του εντέρου (κολοноσκόπηση), του προστάτη (PSA), του μελάνωματος (καταγραφή και παρακολούθηση των σπύλων του δέρματος) κ.ά. Δυστυχώς, δεν υπάρ-

χουν αντίστοιχες εξετάσεις για τον καρκίνο του πνεύμονα. Μελέτες που έχουν γίνει με ακτινογραφία θώρακα ανά έτος, δεν είχαν θετικά αποτελέσματα, ενώ λίγο καλύτερα ήταν τα αποτελέσματα μελετών με αξονική τομογραφία θώρακα ανά έτος σε καπνιστές υψηλού κινδύνου. Ακόμα, ωστόσο, δεν συστήνεται η αξονική τομογραφία θώρακα ως προληπτική εξέταση από τους διεθνείς οργανισμούς. Τα προβλήματα που προκύπτουν στην προσπάθεια των γιατρών να διαγνώσουν έγκαιρα τον καρκίνο του πνεύμονα είναι: α) Η φυσιολογική αξονική τομογραφία θώρακα δεν σημαίνει ότι κάποιος δεν θα εμφανίσει προχωρημένο καρκίνο πνεύμονα μέχρι την επόμενη εξέταση.

β) Ο εξεταζόμενος λαμβάνει ανά έτος τη δόση ακτινοβολίας μιας αξονικής τομογραφίας, γεγονός που προβληματίζει τους γιατρούς και τους ασθενείς. Δεν αναμένεται κανένα όφελος.

γ) Κάθε αξονική τομογραφία θώρακα μπορεί να αναδείξει οζίδια στον πνεύμονα, που είναι στη πλειονότητα καλοήθη. Πρέπει, όμως, να διερευνηθούν με σκοπό να αποκλειστεί η περίπτωση ενός αρχόμενου καρκίνου (ιδιαίτερα σε άτομα υψηλού κινδύνου, δηλαδή καπνιστές μεγαλύτερους των 40 ετών).

Ο αποκλεισμός της κακοήθειας στην περίπτωση εμφάνισης ενός όζου δεν είναι απλή διαδικασία. Συνήθως γίνεται με εξετάσεις, όπως η βρογχοσκόπηση, η παρακέντηση της βλάβης του πνεύμονα με βελόνα ή ακόμα και η χειρουργική αφαίρεση του ύποπτου όζου, ανάλογα πάντα με την περίπτωση. Μία εναλλακτική προσέγγιση είναι η παρακολούθηση του όζου ανά τρίμηνο με αξονική τομογραφία θώρακα για ένα χρόνο και μετά ανά εξάμηνο για έναν ακόμη χρόνο. Μια διαδικασία που φορτίζει τον ασθενή και το περιβάλλον του με άγχος και ανασφάλεια.

Τα συμπτώματα

Τα συμπτώματα του καρκίνου του πνεύμονα δεν είναι χαρακτηριστικά. Εμφανίζονται και σε άλλα συχνότερα νοσήματα και στην αρχή τουλάχιστον είναι τόσο κοινά, που ο άρρωστος δεν τους δίνει σημασία. Τα συνηθέστερα είναι ο βήχας, ο πόνος στο θώρακα και τα αιμόφυρτα πτύελα ή μικρή αιμόπτυση. Ο βήχας είναι το συχνότερο σύμπτωμα του καπνιστού, ιδίως τα πρωινά, και γι' αυτό παραβλέπεται από τον ασθενή, αλλά, όταν αλλάζει ένταση, διάρκεια και άλλους χαρακτήρες, συνήθως κάτι συμβαίνει. Ο πόνος στον θώρακα συνήθως είναι βύθιος, συχνά μη εντοπισμένος και παραμένει σε όλες τις στάσεις του σώματος. Όταν επιδεινωθεί, δεν αφήνει τον άρρωστο να ψυχάσει. Τα αιμόφυρτα πτύελα ή η μικρή αιμόπτυση κιντοποιούν τον άρρωστο και όταν επα-

να λαμβάνονται οδηγείται σίγουρα στον γιατρό του. Σπάνια, εμφανίζεται σημαντική αιμόπτυση που επιβάλλει εισαγωγή στο νοσοκομείο.

Αντίθετα από την παρουσία αίματος στα πτύελα που φοβίζει, σπάνια επισκέπτεται τον γιατρό του ο καπνιστής που βήχει, ακόμα και αν έχει πόνο. Άλλωστε, η συνηθισμένη χρόνια βρογχίτιδα προκαλεί βήχα πολλούς μήνες τον χρόνο ή και μόλις, ενώ οι διάφορες ρινομύξες, η ιγμορίτιδα, το άσθμα κ.λπ. έχουν κοινό σύμπτωμα το βήχα.

Τα λιγότερο συχνά συμπτώματα, όπως η δύσπνοια, η επίμονη βραχνάδα στη φωνή, η δυσφαγία, η απώλεια βάρους, ο πυρετός που δεν πέφτει με τα αντιβιοτικά ή / και η επιδείνωση των προηγούμενων που ήδη αναφέρθηκαν, οδηγούν τον άρρωστο στον γιατρό σχεδόν πάντα. Στις περιπτώσεις αυτές ο καρκίνος συνήθως είναι σε τέτοιο στάδιο ώστε οι ενδείξεις ριζικής αντιμετώπισης περιορίζονται. Τα συμπτώματα από μεταστάσεις σε διάφορα όργανα ποικίλουν ανάλογα με τα όργανα στα οποία έχει γίνει η μετάσταση (διαταραχές συμπεριφοράς, μνήμης, ημιπάρεση, ημιπληγία, κατάγματα, απίσχνανση, ίκτερος, έντονοι πόνοι στο σκελετό).

Πώς γίνεται η διάγνωση

Η πρώτη εξέταση που ζητείται από ασθενείς που εμφανίζουν συμπτώματα από το αναπνευστικό τους είναι η ακτινογραφία θώρακα. Αν βρεθούν παθολογικά ευρήματα στην ακτινογραφία θώρακα, πρέπει να ελεγχθούν καλύτερα. Τότε γίνεται και αξονική τομογραφία θώρακα. Είναι εξαιρετικά σπάνιες οι περιπτώσεις καρκίνου του πνεύμονα με αρνητική αξονική τομογραφία θώρακα σε ασθενείς που εμφανίζουν συμπτώματα. Στην αξονική τομογραφία θώρακα εντοπίζεται η νόσος και η επέκτασή της μέσα στο θώρακα ή στο θωρακικό

Ο καρκίνος του πνεύμονα σκοτώνει τους περισσότερους ανθρώπους, από κάθε άλλο καρκίνο, κάθε χρόνο, όμως, συγχρόνως, είναι ο καρκίνος που προλαμβάνεται αποτελεσματικά

τοίχωμα.

Για να τεθεί η διάγνωση του καρκίνου, απαιτείται η αποστολή στο εργαστήριο δείγματος από τη βλάβη. Η θέση της βλάβης στην αξονική και τα συμπτώματα του ασθενή καθορίζουν και τη σειρά των εξετάσεων που θα ακολουθήσουν για να τεθεί η διάγνωση. Συνήθως ο έλεγχος ξεκινάει με τη διαγνωστική βρογχοσκόπηση. Η βρογχοσκόπηση, όταν πραγματοποιείται από έμπειρο βρογχοσκόπο, είναι μια ασφαλής και καλά ανεκτή εξέταση. Διεργείται με ήπια αναισθησία (μέθη), χωρίς να είναι πάντα απαραίτητη η νοσηλεία του ασθενή. Το λεπτό (πιο λεπτό από το μικρό μας δαχτυλάκι) και εύκαμπτο βρογχοσκόπιο φέρει μία mini κάμερα στην άκρη του και κάνει δυνατή την εξέταση του εσωτερικού των βρόγχων και τη λήψη βιοψιών και ξεσμάτων από τις βλάβες που βλέπει ο πνευμονολόγος κατά τη διάρκεια της εξέτασης. Η εξέταση διαρκεί λιγότερο από μισή

ώρα. Αν η νόσος έχει προσβάλει τους αδένες ανάμεσα στους δύο πνεύμονες, εκτελείται μέσα από το βρογχοσκόπιο παρακέντηση του βρόγχου και λήψη υλικού των προσβεβλημένων αδένων.

Αν η βλάβη βρίσκεται πολύ κοντά στο τοίχωμα του θώρακα, δεν μπορεί να βοηθήσει το βρογχοσκόπιο. Τότε απαιτείται για τη λήψη υλικού η παρακέντηση της βλάβης από έξω και μέσω του θωρακικού τοιχώματος, υπό την καθοδήγηση του αξονικού τομογράφου. Η διαδικασία είναι ανώδυνη και ασφαλής. Αν υπάρχει υγρό στο θώρακα, τότε η διάγνωση μπορεί να τεθεί και από παρακέντηση του υγρού.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, κυρίως όταν η νόσος είναι σε αρχικό στάδιο και εμφανίζεται με τη μορφή μικρού οζιδίου, απαιτείται χειρουργική αφαίρεση του όζου για να τεθεί η διάγνωση. Σε περίπτωση διηθητικής νόσου μέσα στον αυλό των βρόγχων, η κυτταρολογική εξέταση των πτυέλων πολύ συχνά είναι θετική. Σε ερευνητικό στάδιο



Όσο περισσότερα χρόνια καπνίζει κάποιος, ακόμα και αν καπνίζει λίγα τσιγάρα, τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος να εμφανίσει καρκίνο του πνεύμονα

βρίσκονται εξετάσεις που ανιχνεύουν στον εκπνεόμενο αέρα τοξικές ουσίες που παράγουν οι καρκινοπαθείς. Έχουν, επίσης, αναπτυχθεί νέες τεχνικές (αυτοφθορισμός), που μπορούν κατά τη διάρκεια της βρογχοσκόπησης να αναγνωρίσουν τη γέννηση του καρκίνου μέσα στον αυλό του βρόγχου, όταν αυτός είναι ακόμα φαινομενικά άθικτος. Γενικά, γίνεται προσπάθεια να μπει διάγνωση με τον απλούστερο, λιγότερο επεμβατικό και καταληληλότερο τρόπο, αλλά χωρίς καθυστέρηση.

Τύποι καρκίνου - σταδιοποίηση

Η επιβεβαίωση από το εργαστήριο του καρκίνου του πνεύμονα συνοδεύεται από την πληροφορία σχετικά με τον τύπο του. Σε γενικές γραμμές, ανάλογα με το είδος των κυττάρων που συνθέτουν τον όγκο, ο καρκίνος του πνεύμονα μπορεί να είναι μικροκυτταρικός ή μη μικροκυτταρικός. Η διάκριση αυτή είναι σημαντική γιατί παίζει ρόλο στη θεραπευτική αντιμετώπιση και στην πρόγνωση.

Ο μικροκυτταρικός καρκίνος του πνεύμονα, εκτός από σπάνιες περιπτώσεις, έχει φανεί ότι δεν ανταποκρίνεται στη χειρουργική επέμβαση, ενώ, αντίθετα, είναι πολύ ευαίσθητος στη χημειοθεραπεία και την ακτινοβολία.

Ο μη μικροκυτταρικός καρκίνος που

διαίρεται σε υποτύπους (ηλιακώδες, αδενοκαρκίνωμα, μεγαλοκυτταρικό), αντιμετωπίζεται αναλόγως της έκτασής του και της γενικής κατάστασης του ασθενούς είτε χειρουργικά είτε μη χειρουργικά, όπως θα αναφερθεί στη συνέχεια.

Λέγοντας σταδιοποίηση εννοούμε την κατάταξη ενός όγκου σε ένα από τα τέσσερα στάδια βαρύτητας. Το μέγεθος, η ακριβής εντόπιση και η σχέση του όγκου με τα παρακείμενα όργανα, η ύπαρξη ή όχι διηγκυσμένων λεμφαδένων, πνευμονικής συλλογής και η παρουσία ή όχι μεταστάσεων είναι τα στοιχεία από τα οποία εξαρτάται η σταδιοποίηση ενός όγκου. Η σταδιοποίηση οδηγεί το γιατρό στην επιλογή της θεραπευτικής αγωγής και προβλέπει την εξέλιξη της νόσου.

Για τη σταδιοποίηση του καρκίνου του πνεύμονα γίνονται πρόσθετες εξετάσεις μετά την αρχική διάγνωση. Οι εξετάσεις επιλέγονται ανάλογα με τα συμπτώματα του ασθενή, αλλά και με βάση τη συχνότητα προσβολής από τη νόσο των διαφόρων οργάνων. Σε αυτές συνήθως περιλαμβάνονται η αξονική τομογραφία κοιλίας και εγκεφάλου, το σπινθηρογράφημα οστών και αν κριθεί απαραίτητο η τομογραφία εκπο-

μής ποζιτρονίων (PET). Η PET είναι μια σύγχρονη εξέταση για το σύνολο του οργανισμού που βοηθά στην επιλογή της αγωγής και στη σταδιοποίηση.

Θεραπεία

Οι τρεις κλασικοί τρόποι θεραπείας είναι η χειρουργική αφαίρεση της βλάβης, η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία. Μεμονωμένα ή συνδυαζόμενες δίνουν συχνά πολύ καλά αποτελέσματα. Στο μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα σταδίου I, η χειρουργική εξαίρεση ισοδυναμεί κατά κανόνα με ίαση. Στις άλλες περιπτώσεις η επιλογή της καταλληλότερης θεραπευτικής αγωγής γίνεται με βάση τον τύπο του καρκίνου, την έκταση και εντόπιση της νόσου (στάδιο), τη γενική κατάσταση και την επιθυμία του πάσχοντα. Στη λήψη της απόφασης για την ενδεικνυόμενη κατά περίπτωση θεραπευτική επιλογή συμμετέχουν γιατροί διαφόρων ειδικοτήτων (πνευμονολόγοι, ογκολόγοι, χειρουργοί, ακτινοθεραπευτές, παθολογοανατόμοι).

α. Χειρουργική θεραπεία: Είναι η πρώτη μας επιλογή όταν η διάγνωση γίνεται νωρίς και εφόσον ο ασθενής είναι σε καλή βιολογική κατάσταση. Συνήθως αφαιρείται ένας λοβός ή ο πνεύμονας, αλλά σε ηλικιωμένους ασθενείς μπορεί να αφαιρεθεί και μόνο το τμήμα που πάσχει. Συχνά και αναλόγως του τύπου και του σταδίου της κακοήθειας, το χειρουργείο ακο-

λουθείται από συμπληρωματική χημειοθεραπεία ή και ακτινοβολία. Άλλες πάλι φορές μπορεί να χρειαστεί πρώτα να περιοριστεί το μέγεθος του όγκου με χημειοθεραπεία ή ακτινοβολία και στη συνέχεια να ακολουθήσει χειρουργική εξαίρεση.

β. Χημειοθεραπεία: Μπορεί να αποτελέσει τον ακρογωνιαίο λίθο της θεραπείας ή να συνδυαστεί με τις άλλες μεθόδους. Η έρευνα έχει οδηγήσει στην ανακάλυψη πολύ αποτελε-





σματικών νέων φαρμάκων. Συνήθως χορηγούνται περισσότερα από ένα χημειοθεραπευτικά φάρμακα σε διάφορους συνδυασμούς. Εξίσου σημαντική είναι η υποστηρικτική αγωγή που δίνεται στις οργανωμένες ογκολογικές κλινικές, με σκοπό την πρόληψη των παρενεργειών των ισχυρών αυτών φαρμάκων. Έτσι, προβλήματα που στο παρελθόν επηρέαζαν σημαντικά την ποιότητα ζωής του ασθενούς, όπως ναυτία και έμετοι, λοιμώξεις λόγω πτώσης της άμυνας, ακόμα και η τριχόπτωση μπορούν πλέον να προληφθούν αποτελεσματικά. Η επιλογή των φαρμάκων και οι δόσεις που θα χορηγηθούν εξαρτώνται κατά κύριο λόγο από τον ιστολογικό τύπο του καρκίνου, τη γενική κατάσταση της υγείας του ασθενή και τα πιθανά συνοδά νοσήματα. Τα τελευταία χρόνια η εξέλιξη των τεχνικών της μοριακής βιολογίας βοήθησε στην ακόμα καλύτερη μελέτη των χαρακτηριστικών του όγκου και την ολοένα και περισσότερο εξατομικευμένη αγωγή για την αντιμετώπιση της νόσου.

γ. Ακτινοθεραπεία: Πρόκειται για τη χορήγηση υψηλών δόσεων ακτινοβολίας με σκοπό τη θανάτωση των καρκινικών κυττάρων. Συνήθως γίνεται με καθημερινές συνεδρίες λίγων μόνο λεπτών, για λίγες εβδομάδες, και είναι τελείως ανώδυνη. Οι παρενέργειες που συνήθως είναι ή-

πιες, οφείλονται στην καταστροφή και μερικών υγιών κυττάρων εκτός των καρκινικών. Είναι σημαντική η επιλογή του ακτινοθεραπευτικού κέντρου. Η πρόοδος της τεχνολογίας έχει οδηγήσει στη δημιουργία μηχανημάτων ασφαλέστερων, που ακτινοβολούν τον όγκο με μεγαλύτερη ακρίβεια, περιορίζοντας έτσι τις βλάβες των υγιών ιστών.

Υποστηρικτική - ανακουφιστική αγωγή

Εξίσου σημαντική με τη χορήγηση ειδικής ογκολογικής αγωγής είναι και η παροχή συνεχούς υποστηρικτικής και ανακουφιστικής αγωγής. Ο ασθενής θα πρέπει να υποστηρίζεται ψυχολογικά και τα συστήματα υγείας θα πρέπει να είναι οργανωμένα κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να παρέχουν άμεσα υπηρεσίες υγείας στους πάσχοντες, όποτε αυτές ζητηθούν. Πρέπει να αντιμετωπίζονται από τους θεράποντες γιατρούς έγκαιρα και κατά το δυνατόν αποτελεσματικά οι πιθανές επιπλοκές από τη θεραπεία ή τη νόσο, με τη συνδρομή πάντοτε ογκολόγου, πνευμονολόγου και ενδεχομένως άλλων γιατρών ειδικών στην παθολογία των συστημάτων που προσβάλλονται. Επίσης, πρέπει να είναι συνεχής η φροντίδα ελέγχου των συμπτωμάτων της νόσου για την ουσιαστική βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Μέτρα προφύλαξης

Ο καρκίνος του πνεύμονα παρουσιάζει μια παραδοξότητα ως νοσολογική οντότητα. Από τη μία, όπως αναφέρθηκε, είναι η μορφή καρκίνου που σκοτώνει τους περισσότερους ανθρώπους από κάθε άλλη μορφή καρκίνου ανά έτος, από την άλλη, είναι η μορφή καρκίνου που μπορεί να προληφθεί αποτελεσματικά. Το 90% των περιπτώσεων καρκίνου του πνεύμονα οφείλεται στο κάπνισμα. Αν κάποιος δεν καπνίζει, ουσιαστικά εμφανίζει ελάχιστο κίνδυνο να πάθει καρκίνο του πνεύμονα, ενώ, αν κάποιος διακόψει το κάπνισμα, εμφανίζει σταδιακά ολοένα μικρότερο κίνδυνο.

Ο αριθμός των τσιγάρων που κάποιος καπνίζει αποτελεί έναν αναγνωρισμένο παράγοντα κινδύνου. Όσο περισσότερα τσιγάρα καπνίζει κάποιος τόσο πιθανότερο είναι να πάθει καρκίνο του πνεύμονα. Πρέπει να γνωρίζουν όλοι οι καπνιστές ότι δεν υπάρχει ασφαλές κάπνισμα. Πρόσφατα, μεγάλες διεθνείς μελέτες έχουν δείξει ότι είναι εξίσου σημαντικός παράγοντας κινδύνου, ίσως σημαντικότερος από τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζει ανά ημέρα ένας καπνιστής, ο συνολικός χρόνος καπνίσματος. Όσο περισσότερα χρόνια καπνίζει κάποιος, ακόμα και αν καπνίζει λίγα τσιγάρα, τόσο μεγαλύτερος ο κίνδυνος να εμφανίσει καρκίνο του πνεύμονα.

Η διακοπή του καπνίσματος αποτελεί το μοναδικό τρόπο πρόληψης του καρκίνου του πνεύμονα. Στην Ελλάδα λειτουργούν με διεθνή πρότυπα Ιατρεία Διακοπής Καπνίσματος που βοηθούν αποτελεσματικά τους καπνιστές να απαλλαγούν από την καταστροφική αυτή εξάρτηση. Δυστυχώς, το επίσημο ελληνικό κράτος θεωρεί τα φάρμακα, που αποδεδειγμένα βοηθούν τους καπνιστές να επιτύχουν το στόχο τους, φάρμακα «life style» και δεν καλύπτει το κόστος τους, ενώ προτιμά να δαπανά τεράστια ποσά για την αντιμετώπιση των πασχόντων από καρκίνο του πνεύμονα.