કેન્સર

જનજાગૃતિ અભિયાન

ફેફસાંનું કેન્સર

૧૫થી વધુ
ફોટોગ્રાફ્સ
અને ટેબલ સાથે

ડો. ચિરાગ એ. શાહ

જનસેવા એ જ પ્રભુસેવા

FEFSANU CANCER

By Dr. Chirag A. Shah

Published by Healthcare International Multitherapy Institute

A-1, Vikram Apartment, Near Shreyas Crossing,

Under Over Bridge, Bhudarpura, Ambawadi, Ahmedabad-15.

Mo. : 9879500179

© Dr. Chirag A. Shah

પ્રથમ આવૃત્તિ : **July, 2023**

પૃષ્ઠ સંખ્યા : **40**

નકલ : **1000**

કિંમત : રૂ. **70/-**

ISBN : 978-81-963231-5-8

પ્રાપ્તિસ્થાન

પ્રકાશક : હેલ્થકેર ઈન્ટરનેશનલ મલ્ટીથેરાપી ઈન્સ્ટિટ્યૂટ

એ-૧, વિક્રમ એપાર્ટમેન્ટ, શ્રેયસ ક્રૉસિંગની પાસે,

ઓવરબ્રિજ નીચે, ભુદરપુરા, આંબાવાડી, અમદાવાદ-૧૫.

મો. ૯૮૭૯૫૦૦૧૭૯

ગૂર્જર સાહિત્ય પ્રકાશન

૧૦૨, લેન્ડમાર્ક બિલ્ડિંગ,સીમાહૉલની સામે,

૧૦૦ ફૂટ રોડ, પ્રહ્‌લાદનગર, અમદાવાદ-૩૮૦૦૧૫.

ફોન : ૦૭૯-૨૬૯૩૪૩૪૦, મો : ૯૮૨૫૨૬૮૭૫૯

ગૂર્જર સાહિત્ય ભવન

રતનપોળ નાકા સામે, ગાંધીમાર્ગ, અમદાવાદ-૩૮૦૦૦૧.

મુદ્રણ : ભગવતી ઑફસેટ

સી-૧૬, બંસીધર એસ્ટેટ, બારડોલપુરા, અમદાવાદ-૧૬.

લેખક પરિચય

ડૉ. ચિરાગ એ. શાહે અમેરિકામાં સાત વર્ષ સુધી સતત તાલીમ લીધી છે. સને ૨૦૦૨માં એડલ્ટ હીમેટોલોજી અને મેડિકલ ઓન્કોલોજીમાં અમેરિકન બોર્ડનાં પ્રમાણપત્રો મેળવ્યાં છે. અદ્યતન અને આધારભૂત જાણકારી પ્રત્યેની પ્રતિબદ્ધતાને લીધે વર્ષ ૨૦૧૨માં એમને ફરીથી હીમેટોલોજી અને મેડિકલ ઓન્કોલોજીમાં અમેરિકન બોર્ડનાં પ્રમાણપત્રો આપવામાં આવ્યા.

આ બંને પરીક્ષાઓમાં ઉત્તીર્ણ થનારા વિશ્વભરના ટોચના નિષ્ણાતોમાં તેઓ ટોપ ૨૦ પરસન્ટાઈલમાં આવ્યા છે.

તેમ છતાં, તેમને ખુશી મળે છે દર્દીઓના સંતોષમાં અને સમાજસેવામાં. એમનો મુખ્ય સિદ્ધાંત છે ‘દર્દી પહેલો’. એમના મતે કામના ત્રણ સ્તંભો છે : ‘ગુણવત્તા’, ‘નીતિમત્તા’ ‘સંભાળ’ (Quality, Ethics, Care). તેઓ ટીમબિલ્ડીંગ દ્વારા ‘પરિણામકારક સાર-સંભાળ’ (Result Oriented Care) આપે છે.

શ્યામ હીમ-ઓન્ક ક્લિનિકના તેઓ ડિરેક્ટર છે, ઉપરાંત **અપોલો હોસ્પિટલ, અમદાવાદ**ના કેન્સર-લોહીના રોગો, સ્ટેમ કોશ પ્રત્યારોપણ/બોન મેરો પ્રત્યારોપણ વિભાગના ડિરેક્ટર છે. આ બંને જગ્યાએ પ્રક્રિયા ગોઠવવામાં અને સ્ટાફને તાલીમ આપવા તે ભારે જહેમત ઊઠાવે છે. અને તેથી આજ સુધીમાં તેમણે સારવાર કરેલા હજારો દર્દીઓમાં તેઓ શ્રેષ્ઠ પરિણામ મેળવી શક્યા છે.

ડૉ. ચિરાગ એ. શાહ

શ્યામ હીમ-ઓન્ક ક્લિનિક

YouTube CHANNEL Dr. Chirag A. Shah

૪૦૨, ગેલેક્સી, ઝાંસી કી રાની બીઆરટીએસ બસ સ્ટેન્ડ સામે,

શિવરંજની અને નહેરુનગર સર્કલ વચ્ચે, સેટેલાઈટ રોડ, અમદાવાદ-૩૮૦૦૧૫

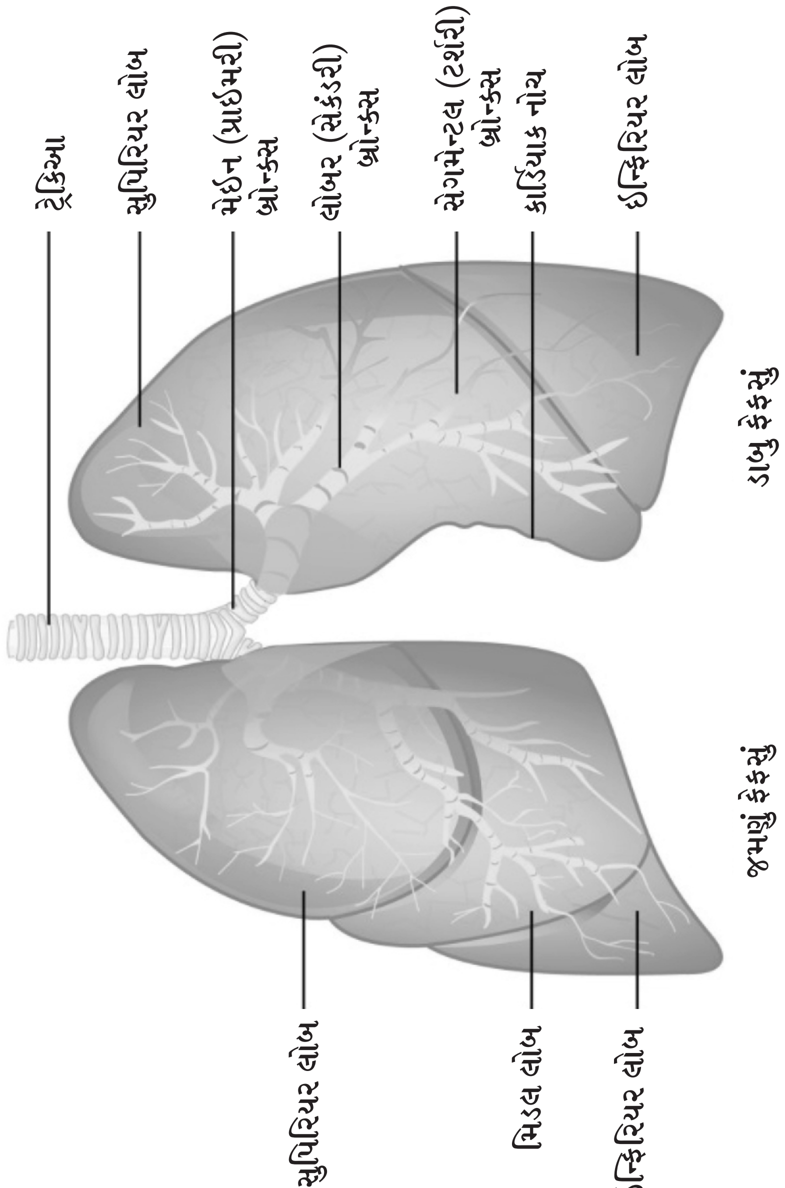
ફોન નંબર : ૦૭૯-૨૬૭૫૪૦૦૧, વેબસાઈટ : **www.shyamhemoncclinic.com**

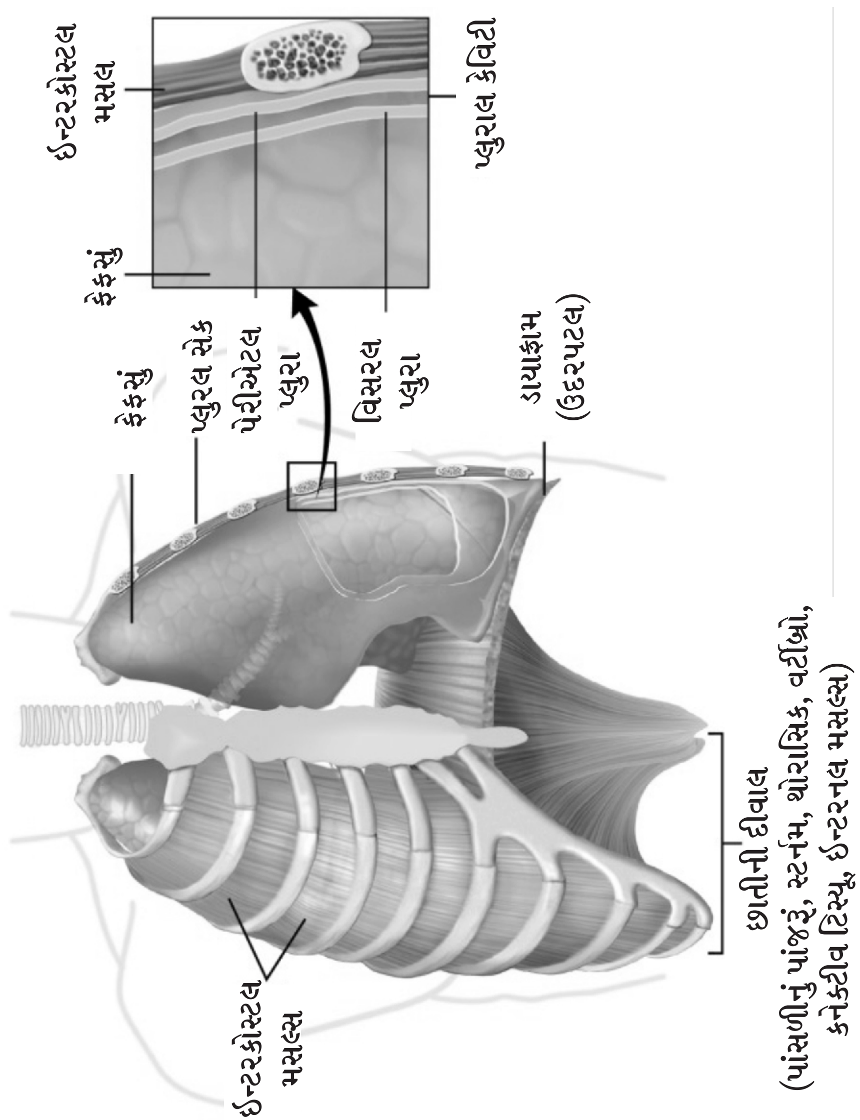
શ્યામ ઓન્કોલોજી ફાઉન્ડેશન અને કરુણાલય કેર સેન્ટર

ડૉ. ચિરાગ એ. શાહે સરખા વિચારો ધરાવતા અન્ય લોકો સાથે મળીને એક બિનસરકારી સંસ્થા ઊભી કરી છે - શ્યામ ઓન્કોલોજી ફાઉન્ડેશન. આ ફાઉન્ડેશન કેન્સર જાગૃતિ માટે નિઃશુલ્ક કેમ્પનું આયોજન કરે છે એમાં કેન્સર ડીટેકશન ટેસ્ટસ નિઃશુલ્ક કરવામાં આવે છે.

આ ઉપરાંત કરુણાલય નામનું એક અનોખું પેલિએટિવ કેર એટલે કે સહાયક સંભાળ માટેનું કેન્દ્ર પણ તેઓ ચલાવે છે. આ સંભાળ મફત આપવામાં આવે છે.

Website : www.shyamoncologyfoundation.org


ટ્રેકિઆ
સુપિરિયર લોબ
મેઈન (પ્રાઇમરી) બ્રોન્કસ
લોબર (સેકંડરી) બ્રોન્કસ
સેગમેન્ટલ (ટર્શરી) બ્રોન્કસ
કાર્ડિયાક નોચ
ઇન્ફિરિયર લોબ
ડાબું ફેફસું
જમણું ફેફસું
સુપિરિયર લોબ
મિડલ લોબ
ઇન્ફિરિયર લોબ


ઇન્ટરકોસ્ટલ મસલ
ફેફસું
પ્લુરલ કેવિટી
ફેફસું
પ્લુરલ સેક
પેરીએટલ પ્લુરા
વિસરલ પ્લુરા
ડાયાફ્રામ (ઉદરપટલ)
ઇન્ટરકોસ્ટલ મસલ્સ
છાતીની દીવાલ
(પાંસળીનું પાંજરું, સ્ટર્નમ, થોરાસિક, વર્ટીબ્રા,
કનેક્ટીવ ટિસ્યૂ, ઇન્ટરનલ મસલ્સ)

ધૂમ્રપાન ન કરો

તમાકુના ધૂમ્રપાનમાં રહેલા રસાયણો

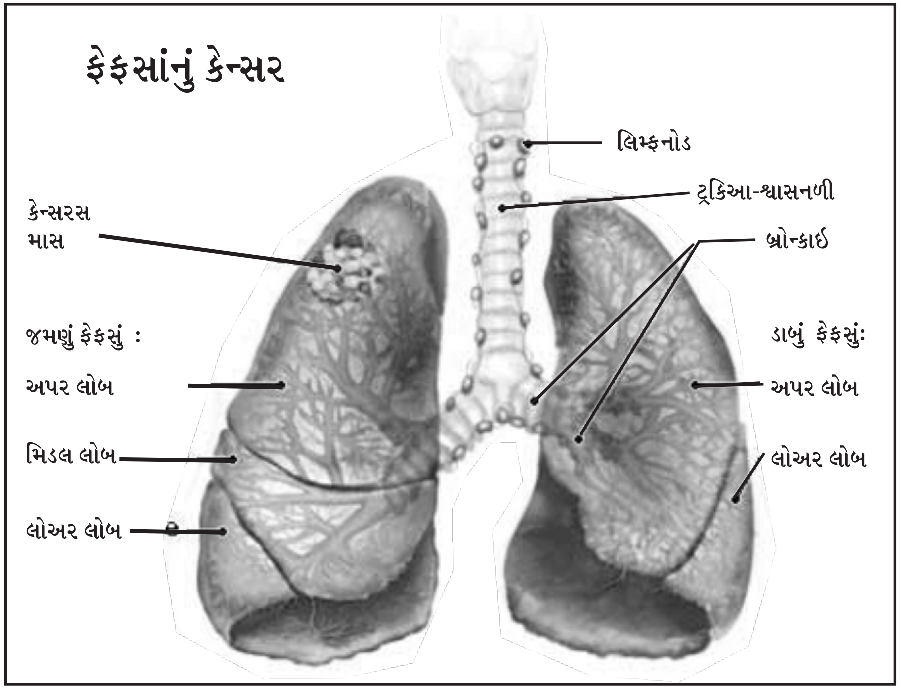
૪૦૦૦ જેટલાં રસાયણો તમાકુના ધૂમ્રપાનમાં રહેલા છે.
જેમાંથી ઓછામાં ઓછા ૬૯ જેટલા રસાયણોથી કેન્સર થઈ શકે છે.

ફેફસાંનું કેન્સર

પરિચય

ધૂમ્રપાન એ ફેફસાંના ૮૦-૯૦% જેટલાં કેન્સર માટે જવાબદાર છે.

રોજના એક પેકેટ લેખે ૪૦ વર્ષ સુધી ધૂમ્રપાનથી કેન્સરનું જોખમ ૨૦ ગણું (૨૦૦૦ ટકા વધુ) વધી જાય છે.



અમે ફેફસાંના કેન્સરના કેટલાક દર્દીઓને જોયા છે જેઓએ ક્યારેય ધૂમ્રપાન કર્યું નથી. એ કેવી રીતે બને? અને એ પણ સાચું છે કે ધૂમ્રપાન કરનાર દરેકને ફેફસાંનું કેન્સર થાય જ એવું નથી.

આપણે બીજા મુદ્દાથી શરૂઆત કરીએ. હા, ધૂમ્રપાન કરનાર દરેકને ફેફસાંનું કેન્સર થાય જ એવું નથી, પણ એ તો જાણીતું જ છે કે ફેફસાંના કેન્સર અને પીવાયેલી સિગારેટની સંખ્યા અને તે કેટલાં વર્ષ સુધી પીવાઈ છે તે બધાંની વચ્ચે સ્પષ્ટ સંબંધ છે.

એ પણ જાણીતું છે કે જો કોઈ વ્યક્તિ ધૂમ્રપાન છોડે છે, તો તેનું જોખમ ૫ વર્ષમાં ઘણું ઘટી જાય છે અને ૧૫ વર્ષમાં એમાં ૯૦ ટકા જેટલો ઘટાડો થાય છે.

એટલે જો કોઈ એમ કહેતું હોય કે હું સિગારેટ પીઉં છું કેમકે મેં એવા લોકો જોયા છે જે ધૂમ્રપાન કરે છે પણ તેમને ફેફસાંનું કેન્સર થયું નથી, તો એ બહુ મોટું જોખમ ઊઠાવે છે.

સમજો કે કોઈ મોટરસાયકલ જોખમી રીતે ચલાવતા હોય, તેઓ

હેલ્મેટ પહેરે નહીં અને કહે કે હું હજુ જીવું છું !

ઉપરાંત, યાદ રાખો કે ફેફસાંનું કેન્સર એ ઘણે ભાગે મોડું , લગભગ અસાધ્ય તબક્કે ધ્યાનમાં આવે છે. ભારતમાં અને વિશ્વમાં કેન્સરના કારણે થતા મોતમાં એ સૌથી જવાબદાર કારણો પૈકીનું એક છે.

વધુમાં, ધૂમ્રપાન એ હૃદયરોગના હુમલા માટે, ફેફસાંની નબળાઈથી થતા રોગો માટે, વંધ્યત્વ અને અન્ય ઘણા રોગો માટે કારણરૂપ છે.

જે વ્યક્તિ જાહેરમાં ધૂમ્રપાન કરે છે તે પોતાના કુટુંબ, મિત્રો, સહકાર્યકરોને પણ પરોક્ષ રીતના (પેસિવ) ધૂમ્રપાનને કારણે ફેફસાંના કેન્સરના જોખમમાં મૂકે છે. બાળકોને વધુ અસર થાય છે. તમાકુના ધૂમ્રપાનના તમામરૂપ સિગાર, પાઈપ વગેરેથી પણ જોખમ વધે છે.

અન્ય કારણો

ફેફસાંનું કેન્સર થવામાં કે એનાથી બચવામાં અન્ય અસરકર્તા કારણો છે.

(૧) જીન્સ:

વ્યક્તિનાં જીન્સ ઘણા અંશે નક્કી કરે છે કે તમાકુથી કઈ અસર થશે અને કેટલી થશે. જેમ કે સ્મોકીંગ કરનાર અમુકને કંઈ થતું નથી, અમુકને કેન્સર, અમુકને હાર્ટ એટેક, કોઈને COPD (ફેફસાં ખરાબ થઈ જવાં). કોઈને થોડાં વર્ષોમાં જ કેન્સર થઈ જાય છે, કોઈને ઘણાં વર્ષ પછી. કેન્સરની ફેમિલી હીસ્ટરી હોય તો પણ જોખમ વધે છે.

(૨) ખોરાક, જીવનશૈલી:

સારો ખોરાક, જીવનશૈલી જોખમ ઘટાડે છે. જેમ કે ખોરાકમાં વધુ ફળ, શાકભાજી.

પરંતુ વિટામીન, અન્ય સપ્લીમેન્ટથી જોખમ ઘટતું નથી. ઊલટું અમુકથી જોખમ વધે છે. જેમ કે હાઈ ડોઝ બીટા કેરોટીન સપ્લીમેન્ટ પરના એક ખૂબ મોટા રીસર્ચ સ્ટડીમાં ફેફસાંના કેન્સરનું જોખમ વધારે હતું.

અપૂરતું પોષણ, ભારતમાં જોવા મળતા ફેફસાંના કેન્સરમાં એક કારણ હોઈ શકે છે, ખાસ કરીને નાની ઉંમરે જોવા મળતા.

આગળની ચર્ચામાં એક સવાલ હતો કે સ્મોકીંગ ન કરનારાને ફેફસાંનું કેન્સર કઈ રીતે થઈ શકે ?

૧. લગભગ ૨૦ ટકા કેસમાં સ્મોકીંગ

કારણ નથી. સ્ત્રીઓમાં લગભગ ૫૦ ટકા કેસમાં. ઘણા કેસમાં કોઈ દેખીતું કારણ નથી જોવા મળતું.

૨. **હવાનું પ્રદૂષણ** - ભારતમાં ઘણું મોટું કારણ.

૩. **કોલસો, લાકડું બાળવું** - ઘરની અંદર. ભારતમાં રસોઈ, ઘરને ગરમ રાખવા ગામડાંમાં વપરાય છે. સરકાર અને અન્યના પ્રયત્નોથી આ કારણ ઘટી રહ્યું છે.

૪. **એસ્બેસ્ટોસ, રેડોન ગેસ વગેરે** બહુ ઓછા કેસ માટે જવાબદાર છે.

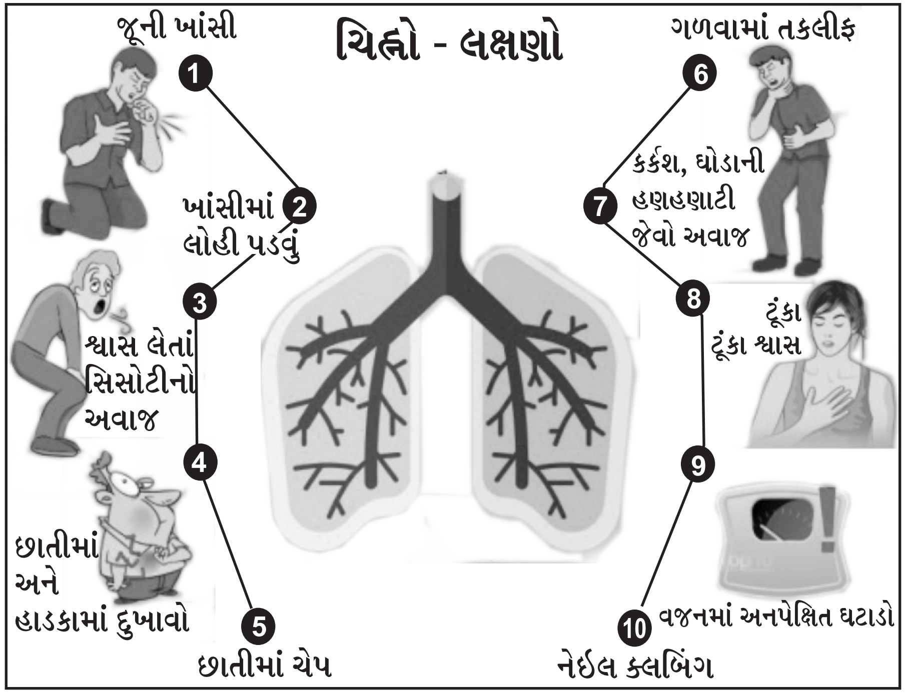
૫. **પેસીવ સ્મોકીંગ** અગત્યનું કારણ છે. બાળકો, યુવાનોમાં પેસીવ સ્મોકીંગથી કેન્સર થવાનું જોખમ ઘણું વધારે છે. એનું માપ કાઢવું અઘરું છે. પરંતુ એનાથી બચવું સ્વાભાવિક રીતે જ હિતાવહ છે - ખાસ કરીને ઓફિસમાં, મિત્રો સાથે, ઘરમાં બાકીની વ્યક્તિઓ માટે.

લક્ષણો અને નિદાન

મોટા ભાગના દર્દીઓનું નિદાન આટલું મોડું કેમ થતું હોય છે, જેથી ફેફસાંના કેન્સરમાં એકંદર મૃત્યુદર લગભગ 80-90% જેટલો થાય છે. અને વહેલી તકે નિદાન કઈ રીતે થઈ શકે?

ફેફસાંનું કેન્સર એ જીવલેણ રોગો પૈકીનું એક છે. શરૂઆતમાં લક્ષણો બદલાતાં હોય છે જેથી નિદાનમાં મોડું થાય છે. ઉપરાંત, મોટા ભાગના ભારતીયો બ્લડ ટેસ્ટ, છાતીના એક્સરે અથવા સીટી સ્કેન ટાળે છે.

એ સિવાય પણ ફેફસાંના કેન્સર અને ટીબીનાં લક્ષણો સૌથી વધુ ઓવરલેપ થતાં હોય છે. લક્ષણો અને છાતીના એક્સરેના આધારે આવા

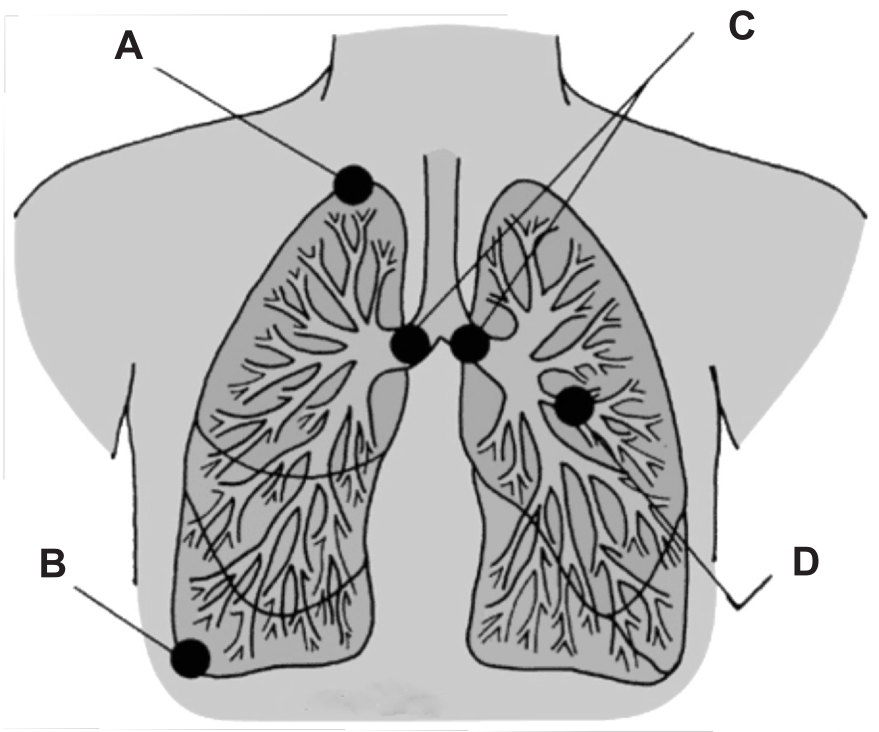


ફેફસાંના કેન્સરનાં લક્ષણો અને ચિહ્નો

૧. જૂનો કફ
૨. કફમાં લોહી પડવું
૩. વ્હીઝિંગ સાઉન્ડ - શ્વાસ લેતાં સિસોટીનો અવાજ
૪. છાતી અને હાડકાંમાં દુખાવો
૫. છાતીમાં ચેપ
૬. ગળવામાં તકલીફ
૭. કર્કશ, ઘોડાની હણહણાટી જેવો શ્વાસ
૮. ટૂંકા શ્વાસ
૯. વજનમાં અણસમજ્યો ઘટાડો
૧૦. નખ ક્લબિંગ થવા

સમયે ટી.બી.(ક્ષયરોગ)નું ખોટું નિદાન થાય છે. પછી દર્દીઓને ઊંટવૈદાની માફક, નિદાનની ખાત્રી કર્યા સિવાય ટી.બી.ની દવા આપવામાં આવે છે અને પછી મહિનાઓ બાદ ફેફસાંના કેન્સરનું નિદાન થાય ત્યારે સ્ટેજ વધી ગયું હોય છે.

વાસ્તવમાં, ટી.બી.ના ખોટા નિદાનવાળા આટલા બધા દર્દીઓ જોયા પછી મેં અને મારા સાથીઓએ



A પેનકોસ્ટ ટ્યૂમર : ખભામાં દર્દ થવું અને નીચે આગળના બાહુમાં ચાંદું પ્રસરવું હોર્નર'સ સિન્ડ્રોમ પણ દેખાય.

B વિસરલ પ્લુરાની ગાંઠો : પ્લુરલ ઈફ્યુઝન, ડલનેસ, શ્વાસનો અવાજ ઓછો થવો અથવા નહિવત્ હોવો, ટેકટાઈલ ફ્રેમિટસ

C મુખ્ય બ્રોન્કસની ગાંઠો (મોટા ભાગની ગાંઠો અહીં હોવી): સ્થાનિક ઉચ્છવાસ / શ્વાસ વ્હીઝ અથવા 'હોન્ક'

D લોબર બ્રોન્કસ (શ્વાસવાહિની) ની ગાંઠો : શ્વાસનો અવાજ ઓછો થવો અથવા નહિવત્ હોવો અને ફ્રેમિટસ; ટ્રકિઅલ સાઉન્ડ્સનું પ્રોનાઉન્સ્ડ ટ્રાન્સમિશન સાથે ટ્રકિઆનું ડેવિએશન (નસકોરાંના અવાજ સાથે શ્વાસનળી વંકાઈ જવી)

આ વિષય પર ખાસ જનજાગૃતિ માટે એક કાર્યક્રમ પણ કર્યો હતો.

ફેફસાંના કેન્સરનું સૌથી સામાન્ય લક્ષણ છે કફ, ભૂખ ઓછી લાગવી, વજનમાં ઘટાડો, ઝીણો તાવ, ખાંસીમાં લોહી. આ લક્ષણો ટી.બી.માં જોવા મળે છે.

છાતીના એક્સ-રેમાં પણ ઘણીવાર કેન્સર કે ટીબી કહેવું અઘરું હોય છે.

પાકું નિદાન કરવા માટે યોગ્ય તપાસ જરૂરી છે. એમાં છાતીનું સીટી સ્કેન, તે પછી બ્રોન્કોસ્કોપી, અથવા સીટી સ્કેન ગાઈડેડ એફએનએસી અથવા બાયોપ્સી અથવા પ્લૂરલ ઈફ્યુઝન સાયટોલોજીનો સમાવેશ થાય છે. આ નાનકડો પ્રયાસ એક જીવન બચાવે છે, અને નિદાન વહેલી તકે કરીને દર્દીની ઘણી પરેશાની ઓછી કરે છે.

કેટલાક દર્દીઓ છાતીમાં દુખાવો, એસવીસી (સુપીરિયર વેના કાવા) સિન્ડ્રોમ, પ્રસાર (મેટાસ્ટેસિસ)ના કારણે હાડકાંનો દુખાવો, અવાજ બેસી જવો (લેરિન્જીયલ નર્વ દબાવાને લીધે) જેવાં વધુ ટિપીકલ લક્ષણો સાથે આવે છે. છાતીનો એક્સ-રે દેખીતી ગાંઠ અથવા સ્પાઈન/પાંસળીનો હુમલો દર્શાવે છે.

પ્રસંગોપાત, દર્દીઓ પેરેનીઓપ્લાસ્ટિક સિન્ડ્રોમ સાથે આવે છે. એનો અર્થ છે, ગાંઠને કારણે લક્ષણો પ્રત્યક્ષ રીતે ન લાગે, પણ પરોક્ષ રીતે રસાયણો / સાયટોકીન્સના સ્રાવને કારણે હોઈ શકે. સૌથી સામાન્ય છે, હાઈપરકેલ્સિમીયા,હાઈપરટ્રોફિક પલ્મોનરી ઓસ્ટિઓઆર્થ્રોપથી, હાઇપોનેટ્રેમિયા, કુશિંગ સિન્ડ્રોમ, સેરેબેલર ડીજનરેશન...

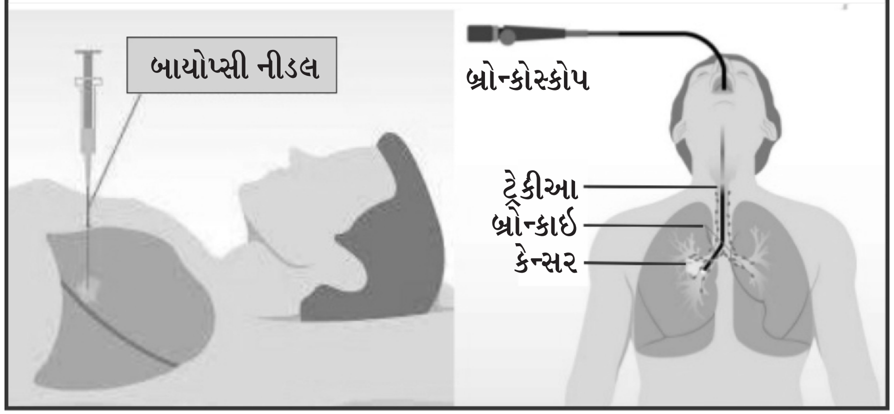
એ યાદ રાખવું અગત્યનું છે કે નવી ખાંસી અથવા ઉપર દર્શાવેલ લક્ષણો ૩-૪ અઠવાડિયાંથી વધુ સમયથી હોય, તો છાતીનો એક સાદો એક્સ-રે જરૂર કરવો જોઈએ.

આવા દર્દીઓ વિવિધ પ્રકારની સારવાર લેતા હોય છે, જેમાં છાતીના એક્સરે સિવાય કે ક્યારેક તો લોહીના એક પણ પરીક્ષણ વગર વિવિધ ઘરેલૂ ઉપાયો/એલોપથીની દવાઓ વગેરે ઘણા સમય સુધી લેતા હોય છે.

કેન્સરના વહેલી તકે નિદાન કરવા માટે (કે અન્ય ગંભીર બીમારીઓ માટે પણ) ૩-૪ અઠવાડિયાંથી વધુ સમયથી કોઈ પણ લક્ષણો હોય તો અમુક ઓછામાં ઓછી તપાસ કરવી જ જોઈએ. જેમ કે બ્લડ ટેસ્ટ, એક્સ-રે, સોનોગ્રાફી.

પરીક્ષણના પ્રકારો

ફેફસાંના કેન્સરની નિદાન પ્રક્રિયામાં બાયોપ્સીઝ



બાયોપ્સી

એક વાર ફેફસાંના કેન્સરની શંકા થઈ એટલે ખાત્રી કરવા માટે બાયોપ્સીની અથવા સાયટોલોજીની જરૂર પડે છે. મોટા ભાગના કેસોમાં એફએનએસી (ફાઈન નીડલ એસ્પિરેશન સાયટોલોજી) કરતાં એક મોટી બાયોપ્સી જેમ કે ટુકટ કરવી જોઈએ.

એફએનએસી અગાઉ પૂરતી હતી, પણ હવેના દિવસોમાં, કેટલાક એડવાન્સ પરીક્ષણો માટે વધારે ટિસ્યૂઝની જરૂર પડે છે. આ પરીક્ષણો કયા પ્રકારની થેરાપી(સારવાર) પસંદ કરવી જોઈએ તે નક્કી કરવા માટે અગત્યનાં છે.

કેટલીક વાર, બ્રોન્કોસ્કોપી અથવા સીટી ગાઈડેડ બાયોપ્સી બંને ઉપાયથી ગાંઠ સુધી પહોંચી ન શકાય. આવા કેસમાં બાયોપ્સી મેળવવા માટે અન્ય પદ્ધતિ વપરાય છે.

૧. ટીબીએનએ (ટ્રાન્સબ્રોન્કિઅલ નીડલ એસ્પિરેશન/બાયોપ્સી)
૨. ઈબીયુએસ (એન્ડોબ્રોન્કિયલ અલ્ટ્રાસાઉન્ડ ગાઈડેડ બાયોપ્સી),
૩. વાટ્સ (વિડીયો આસિસ્ટેડ થોરાસિક સર્જરી),
૪. મીડિયાસ્ટિનોસ્કોપી

પેથોલોજી

કેન્સરની બાયોપ્સી પરથી થતા મુખ્ય બે પ્રકારના ટેસ્ટ છે.

૧. હીસ્ટોલોજી ૨. એડવાન્સ ટેસ્ટ

દા.ત. મોલેક્યુલર હીસ્ટોલોજી એટલે માઈક્રોસ્કોપમાં કેન્સરનો દેખાવ. મુખ્ય બે પ્રકાર : સ્મોલ સેલ અને નોનસ્મોલ સેલ.

સ્મોલ સેલ કેન્સરના કેસ ઓછા હોય છે. અને પ્રમાણ ઘટતું જાય છે. પણ આ વધુ ઝડપથી ફેલાતું કેન્સર છે.

નોન સ્મોલ સેલમાં સૌથી વધુ જોવા મળે છે, એડિનોકાર્સીનોમા. ત્યારબાદ સ્કેવમસ સેલ કેન્સર. પહેલાં સ્મોલ સેલ અને સ્કેવમસ સેલનું પ્રમાણ જે હતું એના કરતાં ઘટી રહ્યું છે. એનું કારણ ચોક્કસપણે ખબર નથી પણ વૈજ્ઞાનિકો એમ માને છે કે સ્મોકીંગની પદ્ધતિ બદલાવાથી આ અસર થઈ છે.

લાર્જ સેલ કેન્સર પણ થોડા અંશે જોવા મળે છે.

હીસ્ટોલોજી નિદાનની ચોક્સાઈ વધારવા માટે ઘણીવાર IHC (ઇમ્યુનો હીસ્ટો કેમીસ્ટ્રી) ટેસ્ટ પણ કરવામાં આવે છે.

હીસ્ટોલોજી પછી અન્ય અગત્યના ટેસ્ટ છે જે કેન્સરના કોષોની વર્તણૂક વિષે વધુ માહિતી આપે છે. જેમ કે EGFR, ALK, ROSI, PDL વગેરે.

આ ટેસ્ટ માત્ર પ્રોગ્નોસીસ જ નહીં પરંતુ સારવાર નક્કી કરવામાં પણ મદદરૂપ છે. વધુ માહિતી આપણે આગળ જોઈશું.

સ્ટેજિંગ

કેન્સરના વિવિધ સ્ટેજની વાત માટે આગળ વધતાં પહેલાં ફરી એક વાર યાદ કરાવવાનું કે યોગ્ય નિદાન ખૂબ જરૂરી છે. ટીબીના કેસ ઓછા થઈ રહ્યા છે જ્યારે ફેફસાંનું કેન્સર વધી રહ્યું છે. પાકું નિદાન કર્યા વિના ટીબી હશે જ એમ માની સારવાર કરવી દરેક કેસમાં યોગ્ય નથી.

ટીબી જેવી જ લાગતી ગાંઠ કેન્સરની હોઈ શકે. અન્ય ઈન્ફેક્શન પણ હોઈ શકે. જેમકે અમારે એક આવા કેસમાં ફાઈનલ નિદાન ટીબીને બદલે સ્ટ્રોંગીલોઈડ્સ નીકળ્યું - બ્રોન્કોસ્કોપી દ્વારા. અન્ય એક કેસમાં નોકાર્ડીઆ ઈન્ફેક્શનમાં કેન્સર જેવી જ દેખાતી ગાંઠ હતી.

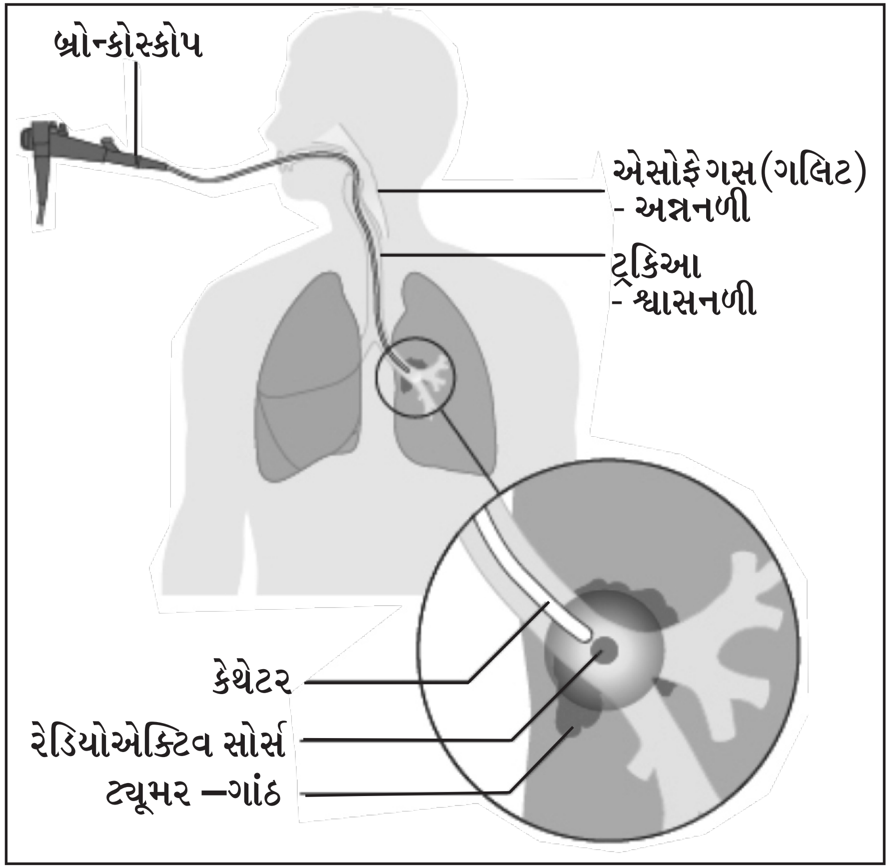
સ્ટેજિંગ નક્કી કરવામાં ઈમેજિંગ સ્ટડીનો શું રોલ હોય છે?

સ્ટેજિંગ નક્કી કરવા માટે સામાન્ય રીતે PET-CT ખાસ કરવામાં આવે છે.

જો કે ઘણીવાર છાતી, પેટ કે હાડકાંનો CT કરવામાં આવે છે. ખૂબ એડવાન્સ કેસમાં મગજનો MRI કરવાની સલાહ પણ આપવામાં આવે છે.

કેન્સરની સારવાર કરતાં પહેલાં મુખ્ય જાણકારી જે અત્યંત જરૂરી છે : બાયોપ્સી દ્વારા કેન્સરનો પ્રકાર અને કેન્સરનું સ્ટેજ - કેન્સર કેટલે સુધી ફેલાયેલું છે.

અલગ-અલગ સ્ટેજની સારવાર અલગ હોય છે. એટલે ચોક્કસ સ્ટેજ જાણવું ખૂબ અગત્યનું છે.



સીટી સ્કેન (CT Scan)

ઓછામાં ઓછું છાતી અને પેટના ઉપરના ભાગનો સીટી સ્કેન જરૂરી છે.

જો દર્દીને હાડકાંમાં ક્યાંય દુખાવો અથવા લોહી તપાસમાં આલ્કલાઈન ફોસ્ફેટેઝ વધુ આવે તો બોન સ્કેન પણ જરૂરી છે. ક્યારેક ચોક્કસ સ્ટેજ જાણવું અઘરું થઈ શકે છે. જેમકે મિડીયાસ્ટિનમમાં નાની લિમ્ફનોડ, થોડા પ્રમાણમાં ફેફસાંમાં ભરાયેલું પાણી (પ્લુરલ ઈન્ફ્યુઝન)

પેટ (પીઇટી) - સીટી સ્કેન (PET-CT)

પેટ-સીટી સ્કેન વિશે વિગતે જણાવશો?

કેન્સરના ચોક્કસ સ્ટેજ જાણવાની બાબતમાં આ સૌથી સારો ટેસ્ટ છે. આ ટેસ્ટને લીધે ઘણા વહેલાં સ્ટેજમાં લાગતાં કેન્સર ચોથા સ્ટેજમાં છે એવું જાણી શકાય છે. આને લીધે બિનફાયદાકારક મોટી સારવાર જેમકે ઓપરેશન, રેડિયેશન ટાળી શકાય છે. કારણ કે ચોથા સ્ટેજમાં આ બે સારવાર કામ લાગતી નથી, પરંતુ સાદા સીટીસ્કેનમાં ઘણા કેસમાં ચોથું સ્ટેજ પકડાતું નથી. બીજા કે ત્રીજા સ્ટેજનું નિદાન થાય છે.

પેટ સીટી સ્કેનમાં પેટ (PET) અને સીટી સ્કેનનું રીપોર્ટીંગ સાથે કરવામાં આવે છે. જે પહેલાં અલગ-અલગ મળતું હતું. સાથે રિપોર્ટીંગથી નિદાનની ચોકસાઈ ઘણી વધી છે. જેમકે પેટ સ્કેનમાં દેખાતા હોટસ્પોટનું સીટી સ્કેન દ્વારા ચોક્કસ લોકેશન જાણી શકાય છે. જે સારવારના પ્લાનિંગ માટે ખૂબ જરૂરી છે.

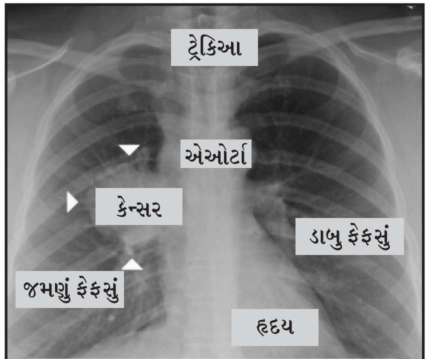
આ સ્કેન એક જ વારમાં આખા શરીરની તપાસ કરે છે. જેથી અલગ-અલગ ટેસ્ટ કરવા પડતા નથી. જેમકે બોન સ્કેન, સીટી સ્કેન. પરંતુ મગજની ઘણી નાની ગાંઠ માટે એમઆરઆઈ (MRI) વધુ સારો ટેસ્ટ છે.

જ્યાં શક્ય હોય ત્યાં સારવાર શરૂ કરતાં પહેલાં પેટ સીટી સ્કેન કરવો જોઈએ. ખાસ કરીને જો અન્ય તપાસમાં સ્ટેજ ૧ થી ૩ ની વચ્ચે લાગતું હોય. ઉપર આપણે જોયું એમ ૧ થી ૩ સ્ટેજમાં અને ચોથા સ્ટેજમાં સારવારમાં બહુ જ મોટો ફરક છે. માટે આ ચોક્કસ નિદાન બહુ અગત્યનું છે.

હા ! આગળની તપાસમાં ચોથું સ્ટેજ નક્કી થઈ ગયું હોય તો પેટ સીટી સ્કેનની જરૂર ઓછી થઈ જાય છે. જેમકે કોઈ દર્દી સીટી સ્કેન કરાવીને આવ્યા હોય અને એમાં હાડકાંમાં, કે લીવરમાં ફેલાયેલો રોગ દેખાતો હોય તો ચોથા સ્ટેજનું નિદાન થઈ ગયેલું જ છે.

સ્ટેજ ૧, ૨, ૩ વચ્ચેના ફરકની ઝીણી વિગતો આપણી ચર્ચાના અવકાશની બહાર છે. એ બહુ લાંબો અલગ વિષય છે. એમાં અન્ય ટેસ્ટ, ખાસ કરીને મલ્ટીડિસીપ્લીનરી ટ્યુમર બોર્ડ વગેરે જરૂરી છે.

સ્ક્રીનીંગ



ફેફસાંનું સ્મોલ સેલ કેન્સર

મને તો એમ હતું કે સ્ટેજ નક્કી કરવાનું ઘણું સહેલું હશે. આપણે સારવારની વાત કરતાં પહેલાં વહેલાં નિદાન માટેના ટેસ્ટની વાત કરી શકીએ? જેમ બ્રેસ્ટ કેન્સરમાં મેમોગ્રામ છે તેમ આ કેન્સરમાં કોઈ ટેસ્ટ નથી ? મોટા ભાગના નિદાન ચોથા સ્ટેજમાં થાય છે?

ફેફસાંનું કેન્સર, કેન્સરથી થતા સૌથી વધુ મૃત્યુ માટે જવાબદાર છે. છતાં અનેક સંશોધનો પછી પણ કોઈ સારો ટેસ્ટ વહેલું નિદાન કરવા સક્ષમ નથી. એક ટેસ્ટ થોડાં વર્ષો પહેલાં માન્ય થયો છે પણ ઘણાં કારણોસર આ ટેસ્ટ વધુ વપરાશમાં નથી.

આ ટેસ્ટ છે - LDCT - લો ડોઝ સીટી સ્કેન. ૫૩,૦૦૦ દર્દીઓ પર થયેલા LCS = Lung Cancer Screening આ સંશોધન (NLST - National Lung Screen Trial) માં કેન્સરથી થતાં મૃત્યુદરમાં ઘટાડો જોવા મળ્યો છે. લગભગ ૨૦% સુધી. જે બહુ ધૂમ્રપાન કરતી વ્યક્તિઓ છે (Heavy Somking) એમને દર વર્ષે, સળંગ ૩ વર્ષ સુધી, આ LDCT સ્કેન કરવામાં આવે છે. આ સ્કેનમાં સાદા સીટી સ્કેન કરતાં ઓછું રેડિયેશન આવે છે અને ડાઈ વાપરવામાં આવતી નથી (Non Contrast CT Scan).

હેવી સ્મોકર એટલે જેમણે ૩૦ પેક વર્ષ (30 pack year) થી વધુ ધૂમ્રપાન કર્યું છે અને ઉંમર ૫૫ વર્ષથી વધુ છે એવા દર્દીઓનો સમાવેશ થયો હતો. LDCT સામાન્ય સીટીસ્કેન કરતાં ત્રીજા ભાગનું જ રેડિયેશન આપે છે.

આ પ્રકારના સ્કેનનું ચોક્કસ પરીક્ષણ કરવા માટે ટ્રેઈનિંગ જરૂરી છે. ઉપરાંત આવા સ્કેનનો ગેરફાયદો છે - જે કોઈ પણ સ્ક્રીનીંગ ટેસ્ટને લાગુ પડે છે. કેન્સરની શક્યતા બતાવે તે ભાગની બાયોપ્સી કરવી પડે - જે ક્યારેક સાદી ગાંઠ કે અન્ય ફેરફાર પણ હોઈ શકે (False positive test).

ફોલ્સ પોઝીટીવ ટેસ્ટથી બિનજરૂરી બાયોપ્સી, ક્યારેક વધુ મોટી પ્રોસીજર અને એનાં કોમ્પ્લીકેશન, ખર્ચ વગેરે પણ ભોગવવાનો વારો આવી શકે. એટલે આ ટેસ્ટ બધાને માટે કરવાની સલાહ આપી શકાય એમ નથી.

જે વ્યક્તિ ફાયદા-ગેરફાયદા સમજી શકે અને છતાં પણ ઈચ્છા હોય, એમને માટે આ ટેસ્ટ કરાવી શકાય.

આગાહીસૂચક (પ્રેડીક્ટીવ) પરીક્ષણો

આપણે સારવારની વાત કરીએ તે પહેલાં, આગાહીસૂચક (પ્રેડીક્ટીવ) પરીક્ષણો વિષે કંઈ કહેશો?

મોટા ભાગના ઓન્કોલોજી ટેસ્ટ નિદાન અથવા પ્રોગ્નોસીસ માટે હોય છે. પ્રોગ્નોસીસ એટલે કેન્સર મટવાની શક્યતા કે જીવનગાળો કેટલો રહેશે એની સંભાવના.

મોટા ભાગના પ્રેડીક્ટીવ ટેસ્ટ કેન્સરમાં નવા છે. આ ટેસ્ટ કોઈ ચોક્કસ સારવાર લાગુ પડવાની શક્યતા છે કે નહીં તે બતાવે છે.

દા.ત. EGFR (ઈજીએફઆર) મ્યુટેશન હોય તો જ જેફીટીનીબ જેવી દવા કામકરે.

ALK મ્યુટેશન હોય તો જ ક્રિઝોટીનીબ જેવી દવા કામ કરે. આવાં મ્યુટેન ન હોય તો આ દવા કામ કરવાની શક્યતા નહીંવત્ થઈ જાય. (સ્તન કેન્સર માટે વર્ષોથી આવો એક ટેસ્ટ છે. ER - ઈસ્ટ્રોજન રીસેપ્ટર પોઝીટીવ હોય તો હોર્મોન થેરાપી કામ કરે.)

આ પરીક્ષણો ૧૦૦% ગેરંટી નથી. જેમકે EGFR મ્યુટેશન હોય તો જેફીટીનીબ જેવી દવા ૧૦૦માંથી લગભગ ૭૦ દર્દીમાં અસરકારક થાય, બધા દર્દીને નહીં, પરંતુ જો મ્યુટેશન ન હોય તો ૧૦૦માંથી ૧૦માં પણ કામ ન કરે.

વાહ, આ તો આશ્ચર્યજનક છે. એન્ટીબાયોટીકસ માટેના કલ્ચર સેન્સીટીવીટી ટેસ્ટ જેવી વાત છે.

પ્રારંભિક તબક્કાના કેન્સરની સારવાર

હવે પ્રારંભિક તબક્કા (વહેલા સ્ટેજ)ના કેન્સરની સારવાર વિશે વાત કહેશો?

વહેલું સ્ટેજ એટલે સ્ટેજ ૧, ૨.

જેમાં રોગ મિડીયાસ્ટિનમ (Medeastinum) સુધી નથી પહોંચ્યો. આ સ્ટેજની મુખ્ય સારવાર ઓપરેશન છે. ક્યારેક ઓપરેશન દરમિયાન જાણ થાય કે રોગ મિડીયાસ્ટિનમમાં પણ પહોંચી ગયો છે. પેટસીટી (PET-CT) સ્કેનને લીધે મોટા ભાગના કેસમાં ઓપરેશના પહેલાં જ હવે મિડીયાસ્ટિનમમાં રોગ હોય તો ખબર પડી જાય છે.

ઓપરેશનમાં કાં તો ન્યુમોનેક્ટોમી (એક બાજુનું આખું ફેફસું કાઢવું) અથવા લોબેક્ટોમી (એક લોબ કાઢવો) કરવામાં આવે છે. એક લોબથી ઓછું ઓપરેશન જવલ્લે જ કરવામાં આવે છે. કારણ કે એમાં ઉથલો મારવાની શક્યતા ઘણી વધુ છે. આવાં ઓપરેશનને વેજ (Wedge) રીસેક્શન અથવા સેગમેન્ટક્ટોમી કહેવાય છે.

અન્ય અગત્યના મુદ્દા :

(૧) સ્ટેજ ૧ અ - માત્ર ઓપરેશન

(૨) સ્ટેજ ૧ બ - (૪ સેમીથી મોટી ગાંઠ), (૩) ૨ અ, ૨ બ : ઓપરેશન બાદ કીમોથેરાપીથી રીઝલ્ટમાં ઘણો સુધારો થાય છે. ૪-૧૫% નો સર્વાઇવલમાં સુધારો (4-15% overall sarvival improvment).

અહીં એ સમજવું અગત્યનું છે કે મોટા ભાગના કેન્સરમાં ઓપરેશન પછી અપાતી કીમોથેરાપી(કિમોથેરેપી)થી ૫ થી ૧૦% ઓવરઓલ સર્વાઇવલમાં સુધારો હોય છે. બીજી રીતે કહી શકાય કે દર ૧૦૦ દર્દીએ ૫-૧૦ વધુ દર્દી જીવીત રહે છે - જેમકે માત્ર ઓપરેશનથી કાયમી મટવાની શક્યતા ૫૦% હોય તો કીમોથેરાપી આપવાથી આ શક્યતા પ્રમાણે ૬૦% દર્દી ક્યોર થાય.

સરખામણી માટે જોઈએ તો હૃદયરોગમાં ઈમરજન્સીમાં કરાતી એન્જીઓપ્લાસ્ટી લગભગ ૫% ઓવરઓલ સર્વાઇવલ વધારે છે. સ્ટ્રેપ્ટોકાઇનોઝ ઈજેક્શન ૨% ઓવરઓલ સર્વાઇવલ વધારે છે.

આ પ્રકારની કીમોથેરાપીમાં સીસપ્લાટીન (cisplatin) બીજી કોઈ કીમોથેરાપી સાથે વપરાય છે. આ બીજી દવા પેમીટ્રેક્સેડ (Pemetrexed), જેમસાઇટાબીન, ડોસીડેક્સેલ, પેક્લીટેક્સેલ, વીનોરેલબીન કે ઈટોપોસાઇડ હોઈ શકે છે. કાર્બોપ્લાટીન બને ત્યાં સુધી નથી વાપરવામાં આવતી. પણ દર્દી સીસપ્લાટીન સહન ન કરી શકે એમ હોય ત્યારે વાપરી શકાય છે.

(૩) ૨૦૨૦ની સાલમાં ન્યુ ઈંગ્લેન્ડ જર્નલ ઓફ મેડીસીનમાં આવેલા સંશોધનમાં હવે કીમોથેરાપી સિવાયનો પણ એક ઉપાય છે. જે દર્દીઓનું ટ્યુમર ઈજીએફઆર મ્યુટેશન ધરાવતું હોય તેમને ઓસીમર્ટીનીબ (Osimertinib) નામની દવા આપવાથી ઘણો ફાયદો જોવા મળ્યો છે.

(૪) ઓપરેશન બાદ રેડિયેશન થેરાપીનાં પરિણામ સારા જોવા મળ્યાં નથી. આ સામાન્ય રીતે વપરાતી પદ્ધતિ નથી.

(૫) ઓપરેશન પહેલાં કીમોથેરાપી આપવી પણ સામાન્ય પદ્ધતિ નથી.

(૬) ફેફસાંની કેપેસીટી : દર્દી ઓપરેશન (એક ફેફસું કાઢવાનું) સહન કરી શકશે કે નહીં તે જાણવા માટે અલગ-અલગ ટેસ્ટ કરવામાં આવે છે જેમકે PG (પલમોનરી ફન્કશન ટેસ્ટ), DLCO (ડિફ્યુઝન કેપેસીટી), અટક્યા વિના એક દાદરો ચઢી જવાની ક્ષમતા વગેરે.

આમાંનો એક બહુ અગત્યનો ટેસ્ટ છે FVC (ફોર્સ્ડ વાઈટલ કેપેસીટી) - આ કેપેસીટી ૧ લિટરથી વધુ હોવી જરૂરી છે - ઓપરેશન પછી આટલી કેપેસીટી બચવી જોઈએ. આટલી કેપેસીટી ન બચે તો દર્દીને શ્વાસની ગંભીર અથવા જીવલેણ તકલીફ થાય એવી શક્યતા ઘણી વધી જાય છે.

ઓપરેશન પહેલાં અમુક પગલાં દ્વારા આ કેપેસીટીમાં થોડો ઘણો વધારો કરી શકાય છે. જેમકે ફેફસાંની કસરતો, વજન ઉતારવું, ધૂમ્રપાન બંધ કરવું, ઈન્ફેક્શનની સારવાર, સારું પોષણ, બ્રોન્કોડાઈલેટર વગેરે દવાઓ.

(૭) ઘણા દર્દીઓની ફેફસાંની કેપેસીટી અથવા અન્ય બીમારીઓને લીધે (જેમકે હૃદયરોગ) ફેફસું કાઢવા જેવા મોટા ઓપરેશન શક્ય નથી બનતા. આવા દર્દીઓ માટે આશીર્વાદરૂપ છે - રેડિયેશન. ખાસ કરીનો નવી ટેકનીક SBRT (સ્ટીરીઓટેક્ટીક બોડી રેડિયેશન થેરાપી).

નાની સાઈઝના ટ્યુમર - લગભગ ૭ સેમીથી નીચે - એસબીઆરટી ટેકનીકથી લગભગ ઓપરેશન જેટલી જ શક્યતા સાથે ક્યોર કરી શકાય છે. મોટા ટ્યુમર માટે સ્ટાન્ડર્ડ રેડિયેશન પદ્ધતિ સૂચવાય છે.

એડવાન્સ સ્ટેજમાં સારવાર

એડવાન્સ સ્ટેજમાં સારવાર કઈ રીતે થાય છે?

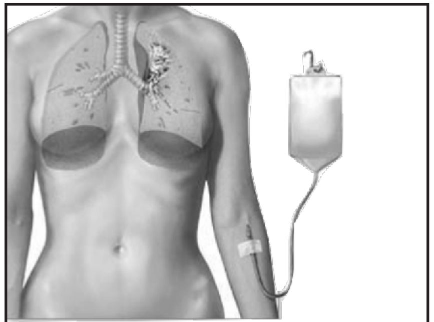
હવે આપણે ત્રીજા સ્ટેજના કેન્સરની વાત કરીએ. ત્રીજું સ્ટેજ પોતે એક ઘણું જટિલ અને રસપ્રદ સ્ટેજ છે. ત્રીજું સ્ટેજ નક્કી કરવાની રીતમાં પણ વર્ષો જતાં ફેરફારો થયા છે.

આ સ્ટેજના મુખ્ય મુદ્દા નીચે પ્રમાણે છે :

(૧) ત્રીજું સ્ટેજ એટલે મુખ્યત્વે કેન્સર મિડીયાસ્ટિનલ નોડ સુધી પહોંચવું અથવા ટી ૪ સ્ટેજની ગાંઠ હોવી.

(૨) ત્રીજા સ્ટેજના બે ભાગ છે - અ અને બ. ૩ બ ને સૂકા અને ભીના એમ બે ભાગમાં વહેંચાય છે. ભીના ૩ બ (Wet 3 B) નો અર્થ છે જેમાં પ્લુરલ અથવા પેરીકાર્ડીઅલ ઈફ્યુઝન (પાણી) છે. નવી સ્ટેજીંગ પદ્ધતિમાં ભીના ૩ બ ને ચોથા સ્ટેજમાં જ ગણવામાં આવે છે. આ એક સારી વાત છે કારણ કે આમ પણ સારવાર ચોથા સ્ટેજ પ્રમાણે જ અપાતી હતી.

(૩) સ્ટેજ ૩ અ (અને ક્યારેક ૩ બ)ની સારવાર ઓપરેશન દ્વારા શક્ય છે, પરંતુ આ ખૂબ જટિલ ઓપરેશન છે.



ફેફસાંના કેન્સરની સારવારમાં શસ્ત્રક્રિયા (સર્જરી) પહેલાં, પછી કે તેને બદલે કિમોથેરાપીનો એકલી અથવા રેડિયેશન સાથે ઉપયોગ થાય છે.

મોટા ભાગની હોસ્પિટલ પાસે આવાં ઓપરેશન કરતી ટીમ હોતી નથી.

ઘણાં ઓપરેશન દરમિયાન જાણવા મળે છે કે સ્ટેજ ખરેખર વધુ છે (આકસ્મિક મળી આવતી એન ૨ લેવલની ગાંઠ આ સ્ટેજ વધવાનું સૌથી મોટું કારણ છે). આવા કેસમાં દર્દીને ઓપરેશનનો ફાયદો થતો નથી.

મિડીયાસ્ટિનમમાં રહેલી કેન્સરની ગાંઠ કાઢવું ઘણું જોખમભર્યું છે અને ઘણીવાર પૂરું કરી શકાતું નથી. ઉપરાંત આ ઓપરેશન પછી પણ દર્દીને રેડિયેશન અને કીમોથેરાપી લેવાં પડે છે. આટલા મોટા ઓપરેશન પછી કીમોરેડિયેશન સારવાર શારીરિક રીતે પણ ઘણી અઘરી થઈ પડે છે, ક્યારેક જોખમી પણ થઈ જાય છે.

સદ્‌ભાગ્યે પેટ સીટી સ્કેનથી સ્ટેજ વધુ ચોક્કસ રીતે જાણી શકાય છે. એટલે ઘણા ૩ બ કે ૪ માં ઓપરેશન થતાં અટકાવી શકાય છે.

ઉપરાંત કીમોરેડિયેશન પદ્ધતિનાં પરિણામ હવે ઘણાં સારાં છે - લગભગ ઓપરેશન જેટલાં જ.

ઉપરનાં કારણોસર આ સ્ટેજમાં ઓપરેશનનું જોખમ બહુ ઓછા ડૉક્ટર કે દર્દી લેવા માંગે છે. ભારતમાં વહેલાં સ્ટેજમાં બહુ ઓછા ફેફસાંના કેન્સર પકડાય છે. એટલે આપણે ત્યાં આ સ્ટેજના સર્જન પણ બહુ જ ઓછા છે.

(૪) અગાઉ જણાવ્યા પ્રમાણે ત્રીજા સ્ટેજમાં ઘણી વિવિધતા છે. આવી એક વિવિધતા છે - પાનકોસ્ટ ટ્યુમર (PANCOAST) આની સારવારમાં સામાન્ય રીતે કીમોરેડિયેશન પછી ઓપરેશન કરવામાં આવે છે.

(૫) ત્રીજા સ્ટેજના દર્દીને ઓપરેશન પછી કીમોથેરાપી અથવા ટારગેટેડ થેરાપી (ઓસીમર્ટીનીબ) આપવી જરૂરી છે. જેમ આપણે સ્ટેજ ૧ બ કે ૨ માં કરીએ તે જ પ્રમાણે.

(૬) સિન્ક્રોનસ પ્રાઈમરી (Synchronous) : બંને ફેફસાંમાં એક સાથે પહેલાં સ્ટેજની ગાંઠ હોવી. ટેકનીકલ, બે ફેફસાંમાં ગાંઠ હોય તો ચોથું સ્ટેજ કહેવાય. પરંતુ ક્યારેક દર્દીને એકસાથે બંને બાજુ વહેલા સ્ટેજની પ્રાઈમરી ગાંઠ હોય છે. આવા કેસમાં સઘન તપાસ બાદ બીજે ક્યાંક પણ ગાંઠ ન મળે તો બંને બાજુની સારવાર વહેલા સ્ટેજની ગાંઠની જેમ કરીને ઘણા દર્દીઓને ક્યોર કરી શકાય છે.

(૭) ત્રીજા સ્ટેજના મોટા ભાગના દર્દીઓમાં વપરાતી સારવાર છે. કીમોરેડિયશન. સામાન્ય રીતે બંને સાથે આપવામાં આવે છે - જેનાં પરિણામ વારાફરતી આપવા કરતાં વધુ સારાં છે.

રેડિયેશન લગભગ ૫-૬ અઠવાડિયાં ચાલે છે. આ દિવસોમાં સામાન્ય રીતે દર અઠવાડિયે એક વાર કીમોથેરાપી આપવામાં આવે છે. એટલે લગભગ ૬ ડોઝ થાય. કાર્બોપ્લેટીન અને પેકલીટેક્સલ સૌથી વધુ વપરાતી દવાઓ છે. અન્ય દવાઓ છે સીસપ્લાટીન અને ઈટોપોસાઈડ - આ દવાઓની આડઅસરો થોડી વધુ છે. આમ આ કીમોરેડિયેશનની પૂરી સારવાર હોસ્પિટલમાં દાખલ થયા વિના કરી

શકાય છે. કેટલાક નિષ્ણાતો નોન સ્ક્વેમસ હીસ્ટોલોજીમાં સીસપ્લાટીન સાથે પેમીટ્રેક્સેડ પણ આપે છે.

ત્રીજા સ્ટેજની સારવાર નક્કી કરવામાં મલ્ટી ડીસીપ્લીનરી ટ્યુમર બોર્ડ ખૂબ જરૂરી છે. કારણ આપણે ઉપર જોયું એમ ઘણી જટિલતા અને અલગ-અલગ સારવાર પદ્ધતિઓ છે.

વહેલા તબક્કાના દર્દીઓની ટકાવારી

કમભાગ્યે ભારતમાં ૯૦% દર્દીઓ ફેફસાંના કેન્સરના ત્રીજા કે ચોથા સ્ટેજમાં જ મળે છે. એમાં પણ મોટેભાગે ચોથા સ્ટેજમાં જ મળે છે.

વિકસિત દેશોમાં પણ લગભગ ૨૦% દર્દીઓ પહેલા કે બીજા સ્ટેજમાં મળે છે. એટલે મોટા ભાગના સંશોધનો પણ ચોથા સ્ટેજના દર્દીઓમાં જ થાય છે.

સારા સમાચાર એ છે કે ૧૯૯૦ આસપાસ ચોથા સ્ટેજના દર્દી માટે મિડીયન સર્વાઈવલ ૧ વર્ષથી નીચે હતું. જે બે દાયકામાં વધીને ૨-૩ વર્ષ થયું છે. અને ઘણા કેસમાં ૪-૫ વર્ષથી વધુ પણ જોવા મળે છે.

આ સુધારા પાછળનું મુખ્ય કારણ છે ટારગેટેડ થેરાપી. ઉપરાંત કીમોથેરાપી, સપોર્ટીવ દવાઓના સુધારા, મેઈન્ટેનન્સ થેરાપી વગેરે. રેડિયેશન પદ્ધતિમાં પણ ઘણા સુધારા થયા છે જે ત્રીજા સ્ટેજના દર્દીઓ માટે આશીર્વાદરૂપ નીવડ્યા છે.

આ બધા સુધારાને લીધે ઘણા વૃદ્ધ, નબળા દર્દીઓને પણ કેન્સરની સારવાર આપી શકાય છે. એવી જ રીતે તાજેતરમાં ઈમ્યુનોથેરાપી દવાઓએ પણ આ વર્ગ માટે એક મોટી શક્યતા ઊભી કરી છે. ઈમ્યુનોથેરાપી દવાઓ હવે કોઈપણ ઉંમરના દર્દીઓ માટે બહુ જ અગત્યનો વિકલ્પ છે.

એક ૮૫ વર્ષનાં બા એક વર્ષથી વધુ સમયથી મારી પાસે કીમોથેરાપી અને ઈમ્યુનોથેરાપી સારવાર લઈ રહ્યા છે. બીજા એક ૮૫ વર્ષનાં બા ઘણા મહિનાથી ટારગેટેડ થેરાપી લઈ રહ્યા છે.

દસેક વર્ષ પહેલાં આવું વિચારવું પણ શક્ય ન હતું કે આટલી ઉંમરના દર્દીઓની કેન્સરની સારવાર કરી શકાય!

ચોથા સ્ટેજની સારવાર

ચોથા સ્ટેજની સારવાર અંગે કહેશો?

મોટા ભાગના દર્દીઓનું નિદાન આ સ્ટેજમાં જ થાય છે. એટલે સૌથી વધુ સંશોધન પણ આ સ્ટેજમાં જ થાય છે. ચોથું સ્ટેજ એટલે કાયમી ન મટી શકે, ક્યોર ન થઈ શકે. એનો અર્થ ઘણા લોકો એમ કરે છે કે હવે કંઈ ન થઈ શકે. દર્દીને ઘરે લઈ જાઓ, સેવા કરો. સાદી ભાષામાં છોડી દો.

દાયકાઓ સુધી ફેફસાંના કેન્સરની આ સ્ટેજની સારવાર ખાસ અસરકારક ન હતી અને સહન કરવામાં પણ અઘરી હતી. એટલે સ્વાભાવિકપણે આવી નકારાત્મક વિચારસરણી થઈ ગઈ હતી.

પરંતુ છેલ્લા લગભગ ૧૦-૧૫ વર્ષમાં ઘણા નવાં સંશોધનો થયા છે. દવાઓ સહન કરવામાં સહેલી, વધુ અસરકારક, વધુ અનુકૂળ થઈ છે. સર્વાઈવલ (જીવનગાળો) પણ બેવડાયો છે.

આ નવા વિકાસ, ડેવલપમેન્ટ વિષે વધુ કંઈ જણાવશો?

જરૂર. પહેલાં અમારે બાયોપ્સીમાં માત્ર સ્મોલ સેલ કે નોનસ્મોલ સેલ જાણવું જ જરૂરી હતું. કારણ કે સારવારના ઉપાયો ઓછા હતા. એ જમાનામાં મોટી બાયોપ્સીની પણ જરૂર ન હતી. માત્ર FNAC (ફાઈન નીડલ એસ્પીરેશન)થી પણ ચાલી જતું.

હવે જે ફેરફારો આવ્યા એમાં તપાસ માટે વધુ ટીસ્યુની જરૂર પડે છે. એટલે હવે ટ્રુ કટ (TRU CUT) બાયોપ્સી જરૂરી છે.

(૧) હવે નોનસ્મોલ સેલમાં પણ કઈ હીસ્ટોલોજી છે એ જાણવું અગત્યનું છે. જેમકે સ્ક્વેમસ સેલ હોય તો સીસપ્લાટીન કે કાર્બોપ્લેટીન સાથે જેમ સાઈટાબીન વધુ સારી અસર કરે છે. પરંતુ એડિનોકાર્સીનોમા હોય તો પેમીટ્રેક્સેડ વધુ અસરકારક છે.

(૨) મેઈન્ટેનન્સ થેરાપી એટલે કે શરૂઆતની ૪-૬ સાયકલ પછી આગળ લાંબા સમય સુધી આપી શકાય એવી સારવાર કે જે રોગને વધુ લાંબો સમય કાબૂમાં રાખી શકે. જેમકે એડિનોકાર્સીનોમામાં પેમીટ્રેક્સેડ ઘણા મહિનાઓ, ક્યારેક વર્ષો સુધી અસરકારક રહે છે. અને મોટા ભાગના દર્દીઓ સારી રીતે સહન કરી શકે છે.

સ્ક્વેમસ સેલ કેન્સરના દર્દીઓને આ જ રીતે જેમસાઇટાબીન અથવા ડોસીટેક્સલ લાંબો સમય આપી શકાય છે. જેમસાઇટાબીનની આડઅસર ઓછી છે.

નોન સ્કવેમસ સેલ હીસ્ટોલોજીમાં બેવાસીઝુમાબ નામની ટારગેટેડ થેરાપી મેઇનટેનન્સમાં આપી શકાય છે. આ દવા કાર્બોપ્લેટીન અને પેક્લીટેક્સલ કીમોથેરાપી સાથે પહેલાં ૪-૬ સાયકલ આપવામાં આવે છે.

ઈમ્યુનોથેરાપી દવાઓ પણ મેઈન્ટેનન્સમાં અપાય છે. આ દવાઓ વિષે આગળ વધુ વાત કરીશું.

(૩) સૌથી અગત્યનો ફેરફાર આવ્યો ટારગેટેડ થેરાપીથી. સૌ પહેલાં EGFR મ્યુટેશન સામે જેફીટીનીબ નામની ગોળી આવી ૨૦૦૩ની સાલમાં.

આ દવાએ ફેફસાંના કેન્સરની સારવારને ધરમૂળથી બદલી નાખી. રોજ માત્ર એક ગોળી ઘરે લેવાની અને નહિવત્ આડઅસર. અને છતાંય કીમોથેરાપી કરતાં વધુ અસરકારક. આ એક સ્વપ્ન જેવું હતું.

લગભગ ૨૫% એડિનોકાર્સીનોમાના દર્દીઓમાં EGFR મ્યુટેશન જોવા મળે છે. સ્ત્રીઓમાં અને જેમણે ધૂમપાન ક્યારેય નથી કર્યું. (અથવા તો ઘણા સમયથી છોડી દીધું છે), આવા દર્દીઓમાં ૨૫% થી પણ ઘણી વધારે શક્યતા હોય છે.

આ દવા જેફીટીનીબથી સામાન્ય રેશ (Rash) થઈ શકે છે. ચામડી પર ગરમી નીકળવા જેવું, સામાન્ય રીતે ખીલ થયા હોય એમ. મોટેભાગે ખાસ ગંભીર નહીં ક્યારેક વધુ થાય તો અન્ય દવાઓથી સહેલાઈથી કાબૂ કરી શકાય અને સમય સાથે ઓછી થાય. ઉપરાંત આ રેશ જેટલી વધુ એટલી કેન્સર પર વધુ અસર !

અન્ય આડઅસરોમાં સામાન્ય ડાયેરીયા, થાક, એસજીપીટીમાં વધારો, ભૂખ ઓછી લાગવી. ગંભીર અસરો જવલ્લે જ જોવા મળે. આ જ કેટેગરીમાં અન્ય દવાઓ પણ પછીના વર્ષોમાં આવી. અર્લોટીનીબ, એફાટીનીબ.

(૪) કમનસીબે આમાંની કોઈ પણ દવાઓ ચોથા સ્ટેજમાં કાયમી ઉકેલ નથી. કીમોથેરાપી, ટારગેટેડ થેરાપી દરેકનો અમુક સમય પછી રેઝીસ્ટન્સ ડેવેલપ થઈ જાય છે. કેન્સર હઠીલું બની જાય છે.

જેફીટીનીબ વગેરે દવાઓ (EGFR ઈનહીબીટર) એવરેજ ૮-૧૬ મહિના રોગ કાબૂમાં રાખે છે. આ એવરેજ છે. પરંતુ અમુક દર્દીઓ ૪-૫ વર્ષ કે તેથી પણ વધુ સમય સુધી સારા રહે છે. દરેક સીનીયર ઓન્કોલોજિસ્ટની પ્રેક્ટિસમાં આવા પેશન્ટ હોય છે, કે જે એવરેજથી ઘણા વધુ આગળ નીકળે છે.

આ દવાઓની કિંમત શરૂઆતમાં મહિને રૂ. ૧ લાખ હતી. જે હવે ઘટીને જુદી જુદી બ્રાન્ડ માટે દર મહિને રૂ. ૪૦૦૦ થી ૧૨૦૦૦ની આસપાસ થઈ ગઈ છે.

(૫) વધુ સંશોધનોથી એ જાણવા મળ્યું કે EGFR ઈનહીબીટર દવાઓ સામે રેઝીસ્ટન્સ થવાનું કારણ છે T790m મ્યુટેશન. આ મ્યુટેશન સામે દવા શોધાઈ - ઓસીમર્ટીનીબ (Osimertinib) જે લગભગ ૮૦% દર્દીમાં કામ કરે છે. અલબત્ત મહિનાઓ સુધી, વર્ષો નહીં. ૨૦૧૫માં આ દવા આવી.

આ દવા હવે શરૂઆતના તબક્કામાં જ EGFR મ્યુટેશનના દર્દીઓ માટે વાપરી શકાય એવું સંશોધન થયું છે. એનાં પરિણામ જેફીટીનીબથી વધુ સારા મળે છે. હાલ આ દવા મોંઘી છે. પરંતુ સમય સાથે એમાં પણ ઘટાડો થશે.

ફેફસાંના કેન્સરમાં ટારગેટેડ થેરાપી

ફેફસાંના કેન્સરમાં વિવિધ સારવારથી મહિલા ચોથા સ્ટેજમાં પણ ઘણું જીવી

એક ૬૭ વર્ષીય સ્ત્રીને ઢીંચણના ઓપરેશન અગાઉના પરીક્ષણમાં ફેફસાંમાં ગાંઠની જાણ થઈ. તેની પીઈટી-સીટી સ્કેન ચકાસણી કરવામાં આવી અને જણાયું કે તેમને શસ્ત્રક્રિયા ન થઈ શકે તેવો ચોથા સ્ટેજનો રોગ છે.

એમને જેફીટીનીબ (ઈજીએફ આર ઈન્હીબીટર)ની ટારગેટેડ થેરાપી શરૂ કરવામાં આવી. જેફીટીનીબ લીધાના સાત દિવસ પછી ફરી પીઈટી-સીટી સ્કેન કરવામાં આવ્યું. એમાં કદ ૧ સેમી ઘટેલું જોવા મળ્યું અને એસયુવી ૧૭ થી ૭ જેટલું ઘટેલું જોવા મળ્યું, તે પણ માત્ર ૭ દિવસની સારવારમાં. એમને જેફીટીનીબ નામની આ રોજની માત્ર ૧ ગોળીથી લગભગ ૪ વર્ષ રોગ કાબૂમાં રહ્યો - કોઈ કિમોથેરાપી વિના.

અન્ય ટારગેટેડ દવાઓ

ચોથા સ્ટેજની સારવારમાં EGFR સિવાય અન્ય કોઈ ટારગેટેડ દવાઓ ખરી?

જરૂર. ટારગેટ શોધવાની નવી પદ્ધતિઓ વગેરે સંશોધનોને કારણે દર વર્ષે લગભગ નવા ટારગેટ જાણવા મળે છે. નવી પદ્ધતિ જેવી કે પીસીઆર (PCR), ફીસ (FISH).

હવે તો NGS પદ્ધતિથી (NGS - Next Generation Sequencing) આખાને આખા જીનનું એનાલીસીસ થઈ શકે છે.

નવી પદ્ધતિઓની વધુ ચોક્સાઈને કારણે જૂનાં મ્યુટેશન, જેમકે EGFR, ચૂકી જવાની શક્યતા પણ ઓછી થઈ છે.

કેટલાક નવાં મ્યુટેશન હજુ શું અસર કરે છે એ જાણકારી નથી અથવા એની સામે દવા શોધાઈ નથી.

EGFR પછી સૌથી વધુ અગત્યનું મ્યુટેશન છે - ALK. આ મ્યુટેશન એડિનોકાર્સીનોમાના માત્ર ૫% દર્દીમાં જોવા મળે છે. પરંતુ આટલા ટૂંકા સમયમાં આ મ્યુટેશન સામે ઓછામાં ઓછી ૪ ટારગેટેડ થેરાપી છે.

સૌ પહેલાં આવી Crizotinib ક્રિઝોટીનીબ - ૨૦૧૧માં. આ પણ એક ગોળી છે, જે ઘરે જ લેવાની છે. આડઅસર પણ ઘણી ઓછી છે, કે જેના લીધે દવા જવલ્લેજ બંધ કરવી પડે. ઉબકા, ઉલટી, ડાયેરીયા, લીવર પર અસર, નાડી ધીમી ચાલવી વગેરે.

ત્યારબાદ આવી સેરીટીનીબ, એલેકટીનીબ - બંને દવાઓ ક્રિઝોટીનીબ રેઝીસ્ટન્સ થયા પછી પણ કામ કરે છે.

અહીં એક અગત્યની વાત યાદ રાખવા જેવી છે. જેમની હીસ્ટોલોજી એડીનોકાર્સીનોમા ન હોય એમને પણ ક્યારેક મ્યુટેશન ટેસ્ટ કરવાની સલાહ આપવામાં આવે છે. ખાસ કરીને સ્ત્રીઓ. ધૂમ્રપાન ન કર્યું હોય એવા લોકો, જેની બાયોપ્સી નાની હોય (જેમાં એડીનોકાર્સીનોમા ભાગ ચૂકી જવાનો ડર હોય).

EGFR, ALK બે મ્યુટેશન ઉપરાંત ROS-I નું પણ પરીક્ષણ હવે સામાન્ય રીતે સાથે જ કરી લેવામાં આવે છે. ROS-I મ્યુટેશન સામે ALK મ્યુટેશન સામેની દવાઓ જ કામ કરે છે.

ઉપરાંત ઘણા બીજા મ્યુટેશન છે જેની સામે દવાઓ શોધાઈ ચૂકી છે અથવા સંશોધનો ઘણા આગળ વધી ચૂક્યાં છે. અને ટૂંક સમયમાં સ્ટાન્ડર્ડ સારવાર તરીકે ગણાશે એવી શક્યતા છે.

ઘણા દેશોમાં કે સેન્ટરમાં આ મ્યુટેશનની તપાસ બધા દર્દીમાં અત્યારથી કરવામાં આવે છે. આ મ્યુટેશન્સ છે :

MET, RET, BRAF, Her 2 વગેરે.

ફેફસાંના કેન્સરમાં ઇમ્યુનોથેરાપી

તાજેતરમાં કેન્સરમાં ઈમ્યુનો-થેરાપી વિષે ઘણું સાંભળવા મળે છે. તો શું ફેફસાંના કેન્સરમાં પણ આ દવાઓ વપરાય છે?

જરૂર. ફેફસાંના કેન્સરની સારવારમાં હવે ચેક પોઈન્ટ ઈનહીબીટર નામની ઈમ્યુનોથેરાપી દવાઓનો ઘણો મોટો ફાળો છે.

ઈમ્યુનોથેરાપી એટલે આપણી પોતાની રોગપ્રતિકારક શક્તિને કેન્સર સામે લડવા માટે પ્રેરતી કે સક્રિય કરતી પદ્ધતિ. આપણા શરીરમાં પહેલેથી જ કેન્સર થતું અટકાવવા, ફેલાતું અટકાવવા વગેરે માટે રોગપ્રતિકારક શક્તિના ઘણા અલગ-અલગ પાસાં કામ કરે છે.

આવું એક પાસું છે “ચેક પોઈન્ટ”. ટી સેલ્સ નાના લિમ્ફોસાઈટ કેન્સર કોષોને શોધીને સાફ કરી નાખે છે. આ કોષો પર પીડી-૧ નામનું રીસેપ્ટર હોય છે. અમુક કેન્સર કોષો પીડીએલ-૧ નામનું પ્રોટીન બનાવી આ રીસેપ્ટરને બ્લોક કરી દે છે. આ રીસેપ્ટર બ્લોક થતાં ટી લિમ્ફોસાઈટની આંખ પર જાણે કે પટ્ટી બંધાઈ જાય છે. એટલે તેઓ કેન્સર કોષ નજીકમાં હોવા છતાં એમને જોઈ શકતા નથી.

૨૦૧૪માં પહેલી બે દવાઓ આવી - પેમ્બ્રોલીઝુમાબ (PEMBROLIZUMAB) અને નીવોલુમાબ (NIVOLUMAB).

આ દવાઓ પીડી-૧ રીસેપ્ટર સામે એન્ટીબોડી છે. સાદી ભાષામાં કહીએ તો આ દવાઓ ટી લિમ્ફોસાઈટ પરના આ રીસેપ્ટરને ખોલે છે. એટલે કે એમની આંખો પરની પટ્ટી ખોલે છે.

આ બંને દવાઓથી ઘણા સારાં પરિણામ મળ્યાં છે. ઓવરઓલ

સર્વાઈવલમાં પણ વધારો થયો છે. બધી જ હીસ્ટોલોજી સ્કવેમસ અને નોનસ્કવેમસ બંનેમાં કામ કરે છે.

શરૂઆતમાં કીમોથેરાપી કામ કરતી બંધ થાય પછી વાપરવા માટે અપ્રુવલ(પરવાનગી) હતું, પરંતુ વધુ સંશોધનોએ સાબિત કર્યું છે કે આ દવાઓ શરૂઆતથી જ વાપરી શકાય છે. કીમોથેરાપી સાથે અથવા એકલી પણ.

આ બહુ સારા સમાચાર છે. કારણ ઘણા દર્દીઓની શારીરિક પરિસ્થિતિ કીમોથેરાપી લઈ શકે એમ હોતી નથી. હવે આ દવાઓ એકલી આપવા માટે પણ અપ્રુવલ(પરવાનગી) ધરાવે છે.

બંને દવાઓની આડઅસર પણ કીમોથેરાપી કરતાં ઘણી ઓછી છે અને લગભગ કોઈ પણ ઉંમરની વ્યક્તિ સહન કરી શકે એમ છે. આ દવાઓની મુખ્ય આડઅસર છે - રોગપ્રતિકારક શક્તિની વધુ પડતી સક્રિયતા. આને લીધે શરીરના કોઈ પણ ભાગમાં સોજો આવી શકે છે. ૫% કેસમાં આ સોજો ઘણો ગંભીર થઈ શકે છે. અને ક્યારેક એ અંગને કાયમી નુકસાન કરી શકે છે.

આ સોજો હોર્મોન ગ્રંથિઓ (થાયરોઈડ, પીચ્યુટરી, સ્વાદુપિંડમાં ઈન્સ્યુલિન બનાવતા કોષો વગેરે), ફેફસાં, લીવર આંતરડાં, સ્નાયુ વગેરે પર અસર કરી શકે છે. મોટા ભાગના કેસમાં આ સોજો થાય તો પણ ઓછી માત્રામાં હોય છે અને સ્ટીરોઈડ દવાના કોર્સથી જતો રહે છે.

હાલ આ દવાઓનો ખર્ચ મહિનાના લગભગ રૂ.૨ લાખ જેટલો છે. પરંતુ સમય સાથે અન્ય દવાઓની જેમ ઘટશે.

બીજી અમુક દવાઓ પીડીએલ-૧ પ્રોટીન સામે અસર કરે છે. આ પ્રોટીનને બ્લોક કરીને પીડી-૧ રીસેપ્ટરને મુક્ત રાખે છે. આવી બે દવાઓ જે હવે વપરાશમાં છે - એટેઝોલીઝુમાબ (ATEZOLI-ZUMAB) અને ડુરવાલુમાબ (DURVALUMAB).

અન્ય અનેક દવાઓ પણ આ બંને કેટેગરીમાં સંશોધનના આગળના સ્ટેજમાં છે.

આમ ફેફસાંના કેન્સરની સારવારના ઉપયોગમાં ધરખમ વધારો થયો છે.

ચોથા સ્ટેજની સારવાર ટૂંકમાં અને પેલીએટીવ કેરનો રોલ

આટલા બધા ઉપાયો સમજવા અઘરા છે. આને આપ થોડું ટૂંકાણમાં કહી શકશો?

જરૂર. કેન્સર નિષ્ણાતો માટે પણ બધા ઉપાયોનું ધ્યાન રાખવું અઘરું બન્યું છે. કારણ દર થોડા મહિને કંઈ અગત્યની નવી માહિતી સંશોધનોમાં બહાર આવે છે. આ ક્ષેત્રમાં કામ કરતા નિષ્ણાતોમાં આને લીધે ઘણી સકારાત્મકતા પણ આવી છે. આ નવા ઉત્સાહની સાથે સાથે નિષ્ણાતો આ પણ જાણે છે :

(૧) ફેફસાંનું ચોથા સ્ટેજનું કેન્સર કાયમી મટાડી શકાતું નથી. બધા જ પ્રયત્નો જીવનગાળો વધતા ઓછા અંશે વધારી શકે છે પણ ક્યોર કરી શકતા નથી.

માટે આપણી સાધન સંપત્તિ રોગથી બચવામાં વાપરવી સૌથી વધુ જરૂરી છે. ધૂમ્રપાનથી બચવું, પેસીવ સ્મોકીંગથી બચવું, પ્રદૂષણમાં ઘટાડો, રસોઈમાં કોલસાનો ઉપયોગ ટાળવો વગેરે.

યુવાનો પર ધ્યાન આપવું જેથી બંધાણીઓ ઓછા થાય, કેમકે વ્યસન લાગ્યા પછી છોડવું ઘણું અઘરું છે. મોટા ભાગના સંશોધનોમાં ધૂમ્રપાન છોડવાનો લાંબા ગાળાનો સફળતાનો દર માત્ર ત્રીસેક ટકા જ છે.

સદ્ભાગ્યે સરકારી નીતિ પણ બદલાઈ રહી છે. જેમકે તમાકુની બનાવટો મોંઘી કરવી, જાહેર સ્થળોએ ધૂમ્રપાન અંગે કડક નિયંત્રણ, સિનેમા હોલ, ટેલિવિઝન વગેરે પર ધૂમ્રપાનનાં જોખમો અંગે વારંવાર માહિતી આપવી.

જે લોકો ધૂમ્રપાન સંપૂર્ણ છોડી શકતા નથી એ લોકો ધૂમ્રપાનનું પ્રમાણ ઓછું કરે તો પણ એમને ફાયદો થાય છે. જેમકે ઓછી સંખ્યામાં બીડી સિગારેટ પીવી, થોડી પીને નાખી દેવી વગેરે.

(૨) દર્દીની નબળાઈ : ફેફસાંના કેન્સરના ઘણા દર્દીઓ નિદાન સમયથી જ ખૂબ નબળા હોય છે, જે કોઈ કીમોથેરાપી સહન ન કરી શકે. નવી દવાઓ આવા ઘણા દર્દીઓને જોકે આપી શકાય એમ હોય છે. (લગભગ ૩૦% દર્દીઓમાં EGFR, ALK વગેરમાંનું એક મ્યુટેશન જોવા મળે છે. અન્ય લગભગ ૩૦% દર્દીઓ ઈમ્યુનોથેરાપી માટે અનુરૂપ હોય છે.)

(૩) મોડેસ્ટ સર્વાઈવલ : આ બધા સંશોધનોથી સરેરાશ જીવનગાળો બમણો થયો એ હકીકત છે, પરંતુ તે હજુ પણ લગભગ ૨ વર્ષ જ છે. એટલે ભલે એકલદોકલ દર્દીઓ ૪-૫ વર્ષ કે વધુ જીવી જાય પરંતુ મોટા ભાગના દર્દીઓનું જીવન હજુ પણ ઘણું ટૂંકું છે.

(૪) કિંમત : જીવનગાળો વધારવાનો ખર્ચ નાનોસૂનો નથી. કીમોથેરાપી અને ટારગેટેડ થેરાપી હવે ઘણા સસ્તા થયા છે, પરંતુ ગરીબીરેખાની નીચેના દર્દીઓ માટે કે ઈન્સ્યોરન્સ ન ધરાવતા ઘણા દર્દીઓ માટે હજુ પણ આ ખર્ચ વધુ છે. જોકે લોકોમાં હવે મેડીક્લેઈમ ઈન્સ્યોરન્સ બાબતે જાગૃતિ વધી રહી છે. અને ઘણી સરકારી યોજનાઓ આ સારવારને આવરી લે છે.

પરંતુ હજુ પણ ભારત સરકાર દ્વારા આરોગ્ય પાછળ થતો ખર્ચ નિરાશાજનક છે - જીડીપીના માત્ર ૧.૫% આસપાસ. આપણા જેવા મોટાભાગના દેશો આરોગ્ય માટે લગભગ ૫% ફાળવે છે.

બહુ જ નવી સારવારનો ખર્ચ હજુ પણ ઘણો જ વધારે છે. જેમકે ઈમ્યુનોથેરાપી, ALK મ્યુટેશન સામેની ટારગેરેડ થેરાપી, EGFR સામે નવી દવા ઓસીમર્ટીનીબ વગેરે.

(૫) પેલીએટીવ કેર એ ફેફસાંના કેન્સરના ચોથા સ્ટેજના દર્દીઓ માટે બહુ જ અગત્યની સારવાર છે. અને ઘણા આવા દર્દીઓ માટે તો એકમાત્ર સારવાર છે.

સ્ટાન્ડર્ડ દવાઓની સાથે પણ આ કેર આપવી અગત્યની છે. એનાથી જીવનની ગુણવત્તા (Quality of life)માં પણ ઘણો સુધારો થાય છે. ઉપરાંત અમુક મોટા સંશોધનમાં એ પણ જોવા મળ્યું છે કે સારી પેલીએટીવ કેરથી જીવનગાળામાં પણ વધારો થાય છે.

સારી પેલીએટીવ કેર

આ નાના અને પ્રામાણિક સારાંશ માટે આપનો ખૂબ-ખૂબ આભાર. સારી પેલીએટીવ કેર એટલે શું અને આપણા દર્દીઓને એ કઈ રીતે મળી શકે ?

હા દરેક ડૉક્ટરને પેલીએટીવ કેરના સામાન્ય પાસા વિષે માહિતી હોવી જરૂરી છે. ઉપરાંત દર્દીને વધુ સારવાર માટે ક્યાં મોકલી શકાય, વધુ માર્ગદર્શન પોતે પણ ક્યાંથી મેળવી શકે એ માહિતી પણ જરૂરી છે.

સારા કેન્સર ટ્રેઈનિંગ પ્રોગ્રામમાં પેલીએટીવ કેર અગત્યનો ભાગ છે. પરંતુ એ સિવાયના ડૉક્ટરની ટ્રેઈનિંગમાં પેલીએટીવ કેર વિષે લગભગ કોઈ જ્ઞાન અપાતું નથી. આ વિષય હજુ આપણે ત્યાં ખાસ ધ્યાનમાં આવ્યો નથી.

સદ્‌ભાગ્યે મોટા શહેરોમાં, કેન્સર સેન્ટરોમાં પેલીએટીવ કેરની સમજ વધી રહી છે. મોરફીન વગેરે દવાઓ અને અન્ય પાસા પર ધ્યાન આપવાની શરૂઆત થઈ ગઈ છે. ઉપરાંત શહેરોમાં હવે પેલીએટીવ કેરની તાલીમ પામેલા નિષ્ણાતો પણ મળે છે.

ઉપરાંત પેલીએટીવ કેર સારવાર જ આપતા અલગ કેન્દ્રો પણ ખૂલવા લાગ્યા છે. આવાં કેન્દ્રો લગભગ મફતમાં જ સારવાર આપે છે. એટલે હવે ગરીબ દર્દીઓને પણ રીબાવાની જરૂર નથી. આવાં કેન્દ્રો ક્યાં આવેલાં છે તે ઈન્ટરનેટ પરથી શોધી શકાય છે. ઉપરાંત કેન્સર ક્ષેત્રમાં કામ કરતી સંસ્થાઓ (NGO), સેવાભાવી વ્યક્તિઓ વગેરે પાસે પણ જાણકારી મળી શકે.

હાલ અમદાવાદમાં આવાં કેન્દ્રો છે GCRI, વાસણા ખાતે; કરૂણાલય, સેટેલાઈટ વિસ્તારમાં. જામનગર, આણંદ વગેરેમાં પણ આવાં કેન્દ્રો ખૂલ્યાં છે.

ફેફસાંના કેન્સરના ચોથા સ્ટેજના દર્દીઓને ઘણી તકલીફો હોઈ શકે છે, જેમકે દુઃખાવો, ખાંસી, શ્વાસ ચઢવો, વારંવાર પાણી ભરાવું, અશક્તિ, મગજમાં કેન્સર ફેલાતાં લકવાની અસર, ખાંસીમાં વધુ પ્રમાણમાં લોહી આવવું વગેરે. ઉપરાંત ચિંતા, ડીપ્રેશન, સગાંવહાલા પરની અસરો, આધ્યાત્મિક ચિંતાઓ (મર્યા પછી મારું શું થશે ? આ મારા પાપનું પરિણામ છે ? વગેરે) આવા માનસિક, સામાજિક વગેરે પાસાંઓ

કેન્સરના દર્દીઓ માટે પેલિએટિવ કેર

પણ પેલીએટીવ કેર આપતા કેન્દ્રમાં આવરી લેવાય છે.

આવા કેન્દ્રનો લાભ લેવાના ઘણા રસ્તા છે. અમુક દર્દી માત્ર સારવાર લખાવી જાય છે, દવા લઈ જાય છે, પોતાના ડૉક્ટર પર ચિઠ્ઠી લખાવી જાય છે કે કઈ રીતે પોતાને ત્યાં સારવાર કરવી, કોઈ થોડા કે વધુ દિવસ કેન્દ્રમાં દાખલ થાય છે, કોઈ માત્ર છેક છેલ્લા દિવસોમાં દાખલ થાય છે વગેરે.

કોઈ પણ દર્દીએ છેલ્લા દિવસો સુધી રાહ જોવાની જરૂર નથી. નિદાન થાય ત્યારથી પેલીએટીવ કેરની સંભાળ દર્દીના જીવનની ગુણવત્તા ઘણી સુધારી શકે છે.

સમાજમાં અને ડૉક્ટરોમાં પણ પેલીએટીવ કેર અંગે ઘણી ગેરસમજ પ્રવર્તે છે. જેમકે મોરફીનની આડઅસરો અંગે, વ્યસન થવા અંગે, દુઃખાવાની સારવારમાં રેડિયેશન થેરાપીનો ફાળો, ખાંસીમાં લોહી આવતું હોય એની સારવારમાં રેડિયેશન થેરાપીનો ફાળો; માનસિક તકલીફોની સારવાર વગેરે.

ઉપરાંત મોરફીન અંગેના વર્ષો જૂના કાયદાને કારણે પણ આ દવાઓ સહેલાઈથી મળતી નથી અથવા ડૉક્ટરો લખતાં પણ ડરે છે.

વાંચકો ખાસ નોંધ લે કે પેલીએટીવ કેર આપતા મોટા ભાગના કેન્દ્ર સંપૂર્ણ નિઃશુલ્ક અથવા તો ખૂબ રાહત દરે સારવાર આપે છે. આમ આવા દર્દીઓ ગરીબ હોય તો પણ એમણે રીબાવાની કોઈ જરૂર નથી.

પેલીએટીવ કેર એ વૈજ્ઞાનિક

સિદ્ધાંતો પર આધારિત, સંશોધનોથી પ્રમાણિત સારવાર છે. પશ્ચિમના દેશોમાં પેલીએટીવ કેરમાં એમડીની ડિગ્રી પણ મળે છે. એટલે આ કંઈ 'દર્દી સાથે સારી રીતે વાત કરવી, સંભાળ રાખવી, ઊંઘ કે દુઃખાવાની દવા આપવી' એટલી મર્યાદિત પદ્ધતિ નથી.

મોટા સંશોધનોમાં એ પણ જણાયું છે કે આવી સારવારથી કેન્સરની મોંઘી દવાઓની જેમજ જીવનગાળો પણ વધી શકે છે. પણ સૌથી અગત્યની વાત છે કે જે ૧-૨ વર્ષ કે મહિનાઓનું જીવન બચ્યું છે એની ગુણવત્તા ખૂબ સારી થઈ શકે છે. મોટાભાગના દર્દીઓ માટે આ વધારે અગત્યની ઈચ્છા હોય છે.

ભારતમાં ઘણા મોટા કેન્સર સેન્ટર અને સંસ્થાઓ આ ક્ષેત્રમાં તાલીમ આપે છે. જેમકે ગુજરાતમાં GCRI, ટાટા કેન્સર હૉસ્પિટલ, મુંબઈ. ઉપરાંત પેલીયમ ઈન્ડીયા (Pallium India) નામની એક સંસ્થા ખૂબ જ મોટા પાયે દેશભરમાં આ કામ કરે છે.

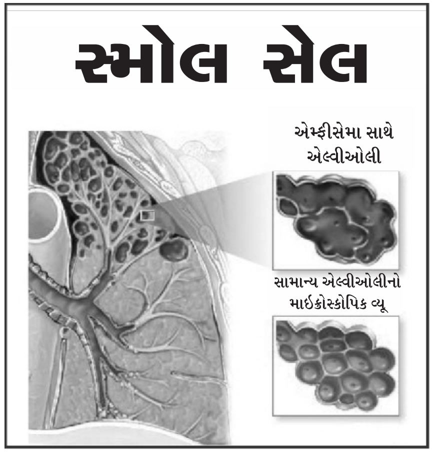
સ્મોલ સેલ અને અન્ય અસામાન્ય હીસ્ટોલોજી

નોનસ્મોલ સેલ કેન્સરની જે વાત આપણે અત્યાર સુધી કરી, એમાં અને સ્મોલ સેલ કેન્સર વચ્ચે શું તફાવત છે?

સ્મોલ સેલ કેન્સરનું પ્રમાણ ઘટતું જાય છે. કદાચ ફીલ્ટર્ડ સીગારેટના વપરાશને કારણે. પરંતુ ચોક્કસ કારણ જાણવામાં આવ્યું નથી.

આ કેન્સરની સારવારમાં ખાસ કંઈ નવું સંશોધન નથી. એટલે એની ચર્ચા પણ ઓછી થાય છે. જીવનગાળો પણ વર્ષોથી ખાસ બદલાયો નથી.

શરૂઆતની તપાસ અગાઉ જણાવ્યા મુજબ જ છે. પેટ સીટી સ્કેન વગેરે. પરંતુ સ્ટેજ નક્કી કરવાની પદ્ધતિ



એકદમ અલગ છે. અહીં બે જ સ્ટેજ છે:

Limited (મર્યાદિત ક્ષેત્રમાં) અને Extensive (ફેલાયેલું).

મર્યાદિત એટલે જેને રેડિયેશનના

ક્ષેત્રમાં આવરી શકાય અથવા ઓપરેશનથી કાઢી શકાય. જોકે આ કેન્સરમાં ઓપરેશન બહુ ભાગ્યે જ શક્ય હોય છે. સિવાય કે હેલ્થ ચેક અપ વગેરેમાં આકસ્મિક પકડાયું હોય તો જ એટલા વહેલા સ્ટેજમાં મળી આવે.

મોટાભાગના દર્દીને નિદાન સમયે જ મિડીયાસ્ટિનમમાં રોગ હોય છે એટલે સામાન્ય રીતે કીમોથેરાપી અને રેડિયેશનની સારવાર જ કરવામાં આવે છે. રેડિયેશન સાથે અપાતી કીમોથેરાપીમાં સીસપ્લાટીન અને ઇટોપોસાઇડ સૌથી વધુ વપરાતી દવાઓ છે. આ સારવારથી થોડા દર્દીઓને રોગ કાયમ માટે પણ મટી જાય છે.

પરંતુ કમભાગ્યે મોટાભાગના દર્દીઓ ફેલાયેલા (Extensive) સ્ટેજમાં જ પકડાય છે. એમાંયે મુખ્યત્વે ખૂબ ફેલાયેલા સ્ટેજમાં. આવા દર્દીઓનું જીવન ભાગ્યે જ એક વર્ષ કરતાં વધુ થઈ શકે છે.

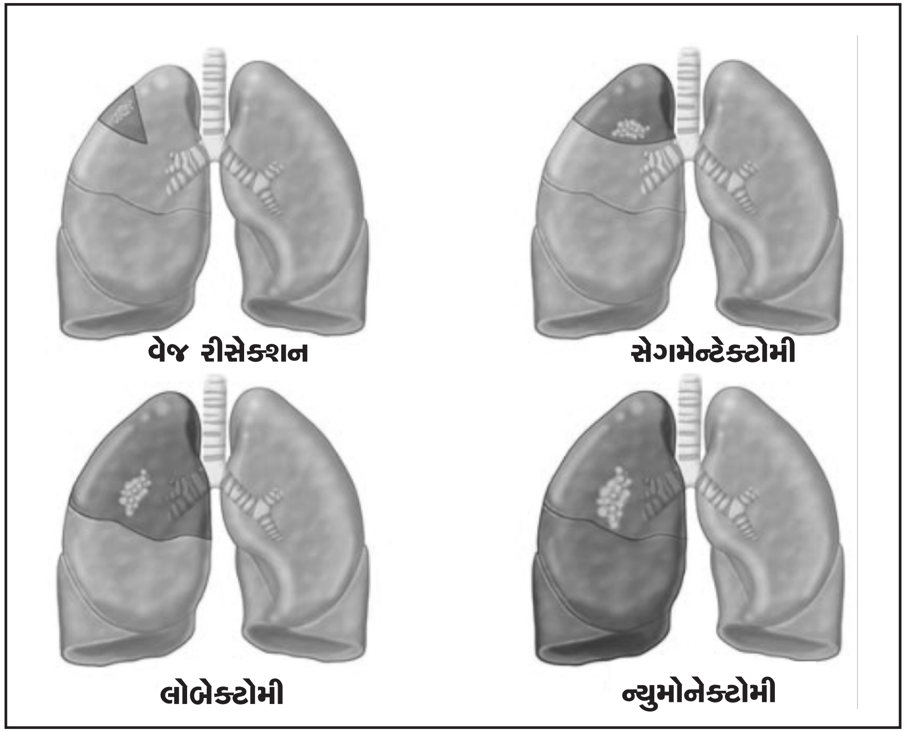
સીસપ્લાટીન અને ઇટોપોસાઇડ દવાઓ આ સ્ટેજમાં પણ સૌથી વધુ વપરાય છે. શરૂઆતમાં તો પરિણામ આશ્ચર્યજનક રીતે સારું લાગે એટલું હોય છે. રોગ જાણે કે ઓગળી જાય છે. પરંતુ થોડા જ મહિનામાં પૂરેપૂરો પાછો આવી જાય છે અને ત્યારબાદ પરિણામ બહુ સારા નથી હોતા. મગજમાં રોગ ફેલાવાની શક્યતા પણ ઘણી વધુ હોય છે.

મર્યાદિત (Limited) સ્ટેજમાં અમુક નિષ્ણાત કીમોરેડિયેશન પછી મગજને પણ રેડિયેશન આપે છે. રોગ ન દેખાતો હોય ત્યારે પણ મગજને રેડિયેશન આપવાની આ પદ્ધતિને PCI - Prophylactic Cranial Irradiation કહે છે. આ પદ્ધતિથી મગજમાં કેન્સર ફેલાવાની શક્યતામાં ઘટાડો થાય, પરંતુ ઓવરઓલ સર્વાઈવલ પર આ સારવારની અસર વિષે મતભેદ છે. બે મુખ્ય સંશોધનમાં એકમાં ફાયદો દેખાય છે, એકમાં નથી દેખાયો. જેમાં ફાયદો છે એમાં પણ નાનો છે.

રોગ સીસપ્લાટીન ઇટોપોસાઇડ પછી પાછો આવે ત્યારે અન્ય કીમોથેરાપી અથવા પેલીએટીવ કેરની સલાહ આપવામાં આવે છે. અન્ય કીમોથેરાપીમાં આઈરીનોટીકાન, એપીરુબીસીન, ટોપોટીકાન વગેરે આપી શકાય છે. ખાસ કરીને જો દર્દીની શારીરિક ક્ષમતા સારી હોય.

ઘણા નિષ્ણાતો સીસપ્લાટીનને

ફેફસાંના કેન્સર માટે થતી વિવિધ પ્રકારની સર્જરી



બદલે કાર્બોપ્લેટીન વાપરે છે. આડઅસરની દૃષ્ટિએ કાર્બોપ્લેટીન વધુ સારી દવા છે અને પરિણામમાં લગભગ ખાસ ફરક નથી.

નાવા સંશોધન પ્રમાણે ઈમ્યુનોથેરાપી અને કીમોથેરાપી સાથે આપવાથી પરિણામમાં થોડો સુધારો થાય છે. પરંતુ ઓવરઓલ સર્વાઈવલમાં સુધારો નથી. એટલે આટલી મોંઘી દવા આ ક્ષેત્રમાં ખાસ વપરાતી નથી. એટેઝોલીઝુમાબ, ડુરવાલુમાબ પર આ સંશોધનોમાં થોડી સફળતા મળેલી છે.

સ્મોલ સેલ સિવાય અન્ય ખાસ કોઈ હીસ્ટોલોજી ખરી?

હા. કાર્સીનોઇડ ટ્યુમર થોડા ઘણા અંશે જોવા મળે છે. આ ટ્યુમર્સ ન્યુરોએન્ડોક્રાઇન કોષોમાંથી ઉદ્ભવે છે. શરીરના અન્ય ઘણા ભાગોમાં ન્યુરોએન્ડોક્રાઇન ટ્યુમર્સ જોવા મળે છે. સૌથી વધુ પેટમાં, બીજા નંબરે ફેફસાંમાં.

ફેફસાંમાં આ ટ્યુમર્સ કાર્સીનોઇડ ટ્યુમર્સ તરીકે ઓળખાય છે.

મોટેભાગે બહુ જ ધીમે વધે છે. અપવાદરૂપ દર્દીઓમાં વધુ ઝડપથી વધે છે.

શક્ય હોય ત્યાં ઓપરેશનથી સારવાર કરવામાં આવે છે. પરંતુ ફેલાયેલા કેન્સરમાં (ચોથા સ્ટેજમાં) દવાઓથી સારવાર થાય છે. દવાઓ પેટના ન્યુરોએન્ડોક્રાઇન ટ્યુમર્સમાં વપરાય તો જ છે - જેમકે ઓક્ટ્રીઓટાઇડ, એવરોલીમસ, અને હાઇ ગ્રેડ કેન્સરમાં કીમોથેરાપી. કીમોથેરાપીમાં સીસપ્લાટીન અને ઇટોપોસાઇડ સૌથી વધુ વપરાય છે.

ફેલાયેલા કેન્સરમાં, ખાસ કરીને હાડકાંના દુઃખાવા કરતી ગાંઠમાં રેડિયેશન અસરકારક છે. દુઃખાવામાં સારી રાહત આપે છે જે ઘણા મહિનાઓ સુધી ટકી રહે છે. આ રેડિયેશન માત્ર થોડા દિવસ કે એક જ દિવસમાં પણ આપી શકાય છે.

આ ટ્યુમર્સ લીવરમાં ફેલાવાનું સામાન્ય છે. બાકી કેન્સરથી અલગ લાક્ષણિકતા છે - હોર્મોનનો સ્ત્રાવ. આ કેન્સર અનેક પ્રકારના હોર્મોન્સ, કેમીકલ્સનો સ્ત્રાવ કરી શકે છે. જે લોહીમાં ભળી અનેક પ્રકારની લાક્ષણિક તકલીફો ઊભી કરી શકે છે.

લીવરમાં ફેલાયેલા ટ્યુમર્સની સારવારમાં અલગ-અલગ પદ્ધતિઓ વપરાય છે. ઓપરેશન (જો એકાદ-બે ગાંઠ હોય), આરએફએ (RFA), હીપેટીક આર્ટરી એમ્બોલાઇઝેશન, ક્રાયો એબ્લેશન વગેરે.

કેન્સર
જનજાગૃતિ અભિયાન
વિવિધ કાર્યક્રમો

કેન્સર અંગે સાચી સમજ
પબ્લિક સ્પીકિંગ કાર્યક્રમ અને મેડિકલ કેમ્પ
બેનર્સ, પોસ્ટર્સ, પેમ્ફલેટ સાથે

કેન્સર અંગેના પુસ્તકોનો અમૂલ્ય ખજાનો

1. કેન્સર વિશે જાણો-પોકેટબુક
2. કેન્સરથી ગભરાશો નહીં
3. લોહીનું કેન્સર
4. પાચનતંત્રનું કેન્સર
5. સ્તન કેન્સર
6. કેન્સર મટી શકે છે
7. મોં અને ગળાનું કેન્સર
8. સ્ત્રીઓને થતાં કેન્સર
9. ફેફસાંનું કેન્સર
10. Know about cancer પોકેટબુક
11. Cancer Can be Cured
12. Cancer No Fear No Worry
13. Cancer Simplified for you
14. Breast Cancer
15. Head and Neck Cancer
16. Blood Cancer
17. Gastrointestinal Cancer
18. Gynecological Cancers
19. Lung Cancer
20. कैंसर के बारे में जानिए - પોકેટબુક
21. कैंसर से डरना कैसा ?
22. पाचनतंत्र का कैंसर
23. रक्त कैंसर
24. मुँह और गले का कैंसर
25. स्तन कैंसर
26. गायनेकोलोजिकल कैंसर