

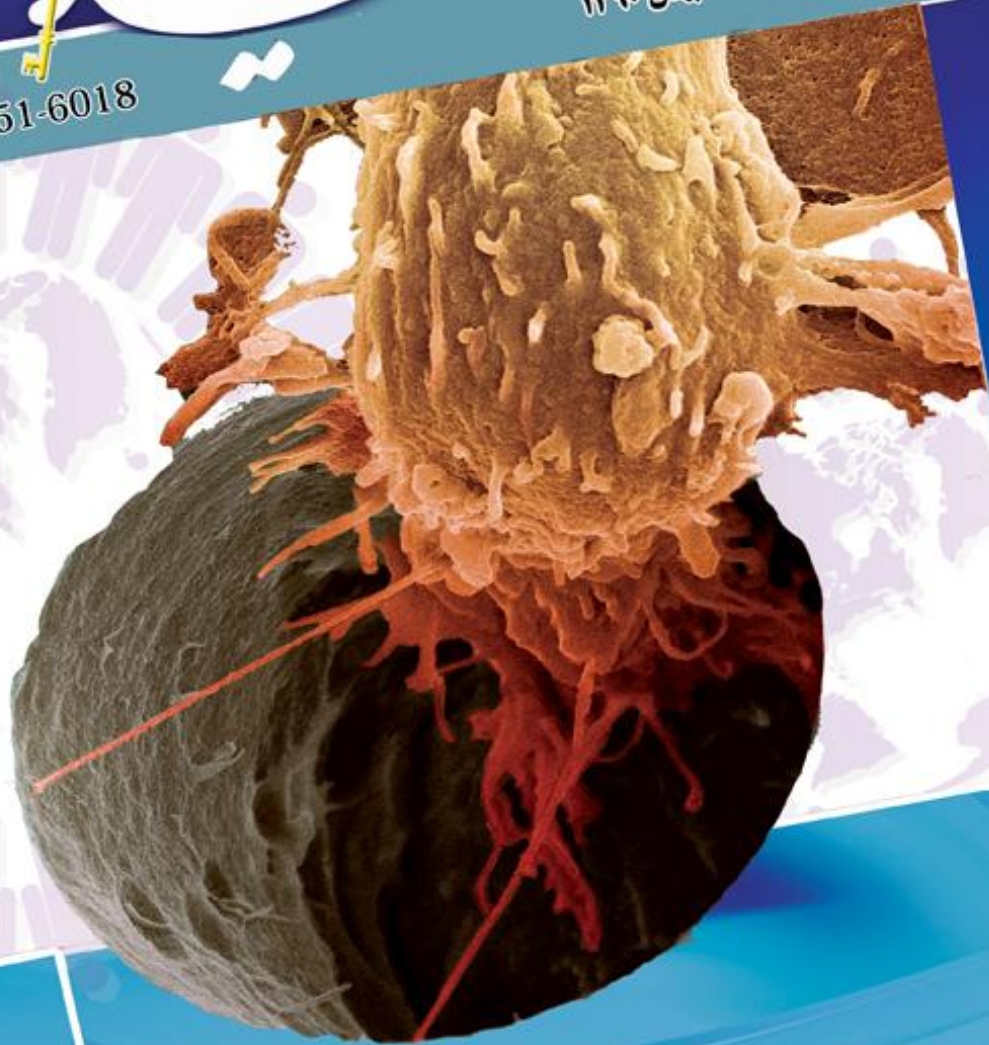


پاینامه خبری پژوهشی
مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت



سال دوم - شماره ۲۰ - بهمن ۱۳۹۰

ISSN: 2251-6018



در این شماره می خوانید:

۲

سخن نخست

۳

ثبت سرطان در استان فارس

۶

برنامه ملی سرطان در فرانسه

۹

مخارج برنامه سرطان

۱۱

روشهای امروزی و افقهای فراروی درمان سرطان

۱۴

تغذیه و سرطان

- تغذیه و افزایش خطر سرطان
- تغذیه و کاهش خطر سرطان
- غذاهای ضد سرطان

۱۷

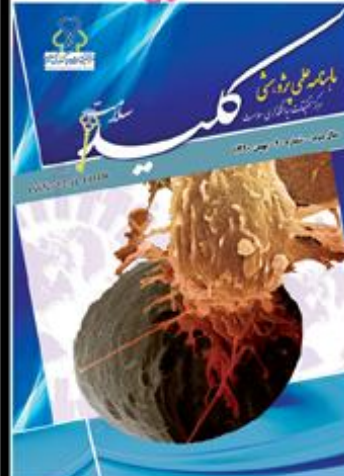
یافته های پزشکی

- اثرات احتمالی باکتری های همزیست روده بر بیماری های خود ایمنی
- مصرف کافئین ریسک ابتلا به کبد چرب غیر الکلی را کاهش می دهد
- مقایسه نتیجه جراحی با مراقبت در مراحل اولیه سرطان پروستات
- غربالگری سالیانه سرطان ریه با رادیوگرافی قفسه سینه میزان مرگ و میر آن را کاهش نمی دهد

۲۱

کنگره و سمینارهای بین المللی در زمینه سرطان

ماهنامه علمی پژوهشی
کلید سلامت



سال دوم - شماره ۲۰

بهمن ۱۳۹۰

صاحب امتیاز و مدیر مسئول:

دکتر کامران باقری لنگرانی، رئیس مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت

اعضای هیأت تحریریه:

دکتر محمود نجابت، دکتر حسن جولایی، دکتر مجید فروردین، دکتر نجمه مهارلویی

همکاران این شماره:

دکتر بهام پیمانی، دکتر مجتبی محمودی
سید مهدی احمدی، یاسر ساریخانی خرمی
دکتر مریم دهقان خلیلی

رئیس شورای سردبیری:

دکتر فریبرز غفاریسند

مدیر اجرایی:

محمد خوش سیما

طراحی و صفحه آرایی:

فرحناز ایزدی

سخن نخست

در سال های آینده سرطان یک معضل مهم اجتماعی، بهداشتی و اقتصادی برای مردم ایجاد می کند. آمار بیانگر آن است که در سال ۲۰۰۸ بیش از ۱۲ میلیون مورد جدید سرطان در سراسر جهان تشخیص داده شده است. که به ۷/۶ میلیون مورد مرگ و میر انجامیده است. بیش از نیمی از همه موارد سرطان و حدود ۶۰ درصد موارد مرگ و میرهای ناشی از آن در کشورهای در حال توسعه رخ داده است. یعنی کشورهایی که زیربنای ضعیف پزشکی در آنها اغلب به معنای آن است که سرطان یک حکم مرگ است. سرطان در ایران مانند بسیاری از مناطق دیگر دنیا در حال ازدیاد است و به نظر می رسد شتاب افزایش آن در برخی کشور ها مقداری بیشتر بوده و متأسفانه ایران نیز جزو آن کشورها (جوامع پر خطر) محسوب می شود. به علت افزایش روز افزون سرطان، به نظر می رسد مسئولین امور بهداشتی و درمانی کشور و متخصصین مربوط به سرطان، باید آمادگی لازم را در جهت مراقبت های لازم از خیل بیماران به عمل آورده و به خصوص تأکید بایستی بر روی پیشگیری از سرطان باشد. اینکه آیا سرطان قابل پیشگیری است، قطعاً جواب مثبت است. به نظر می رسد حدود ۵۰ درصد سرطان ها قابل پیشگیری هستند و با رعایت برخی موازین که مقداری از آنها به مسئولین امور بهداشتی کشور و مقداری نیز به بیماران (از نقطه نظر نوع زندگی از قبیل تغذیه و اجتناب از غذاهای مضر شناخته شده، چاقی، سیگار و الکل و انجام ورزش) بر میگردد، می توان این مهم را انجام داد. انجام این امور به خصوص در جلوگیری از بار سنگینی که از نقطه نظر معلول شدن و از بین رفتن افراد نصیب خانواده و جامعه می شود، پیشگیری سطح یک است. در وهله دوم باید به پیشگیری سطح دوم پرداخت که شامل تشخیص زودرس و معالجه در بدو بروز علائم می باشد. در این سطح غربالگری بسیار مهم است چراکه برخی افراد فاقد علائم بوده و به این وسیله می توان بیماران را شناسایی کرده، جان آنها را به راحتی نجات داده و با آن عضو را حفظ کرد. بیماران سرطانی بایستی در تمام مراحل مورد حمایت و کمک قرار گیرند و این مهم شامل نه تنها تشخیص و درمان صحیح است بلکه درمان های حمایتی شامل درمان های اقتصادی، اجتماعی، رفاهی و حتی درمانهای معنوی را نیز طلب می کند. در این زمینه از درمان های حمایتی و تسکینی بیمارانی که در مراحل پیشرفته سرطان قرار دارند، نباید غافل شد. در پایان باید گفت از خط صفر باید آغاز نماییم که مثلاً در کشور فاقد سرطان هستیم و به پیشگیری پردازیم. تا انتها که بیماران لاعلاج وجود دارند و باید به صورت یکپارچه آنها را تحت نظارت، بررسی، کمک و حمایت تیم های منسجم چند تخصصی قرار دهیم.

دکتر کامران باقری لنگرانی

رئیس مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت

ثبت سرطان در استان فارس

تهیه و تنظیم: دکتر حسین فرامرزی، دکتر زهرا خسروی زادگان، مریم السادات زرین همدلی
معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

مقدمه

سرطان ها، از مهمترین بیماریهای غیرواگیر هستند که بار بیماری عمده ای را به جامعه تحمیل می کنند. سرطان مجموعه ای پیچیده از بیماریها است و سرطان زایی (تبدیل یک سلول طبیعی به یک سلول سرطانی) فرآیندی پیچیده و چند مرحله ای است. به عبارت دیگر سرطان ها گروهی از بیماریها هستند که بصورت رشد بی رویه و خارج از کنترل تعدادی از سلولها ایجاد می شوند و حدود ۱۰۰ نوع مختلف هستند. از نظریاتی، سرطان به گروه بزرگی از بیماریها (یک صد مورد یا بیشتر) اطلاق می شود که از نظر سن شروع، سرعت رشد، وضعیت تمایز سلول، قابلیت شناسایی با اقدامات تشخیصی، تهاجم، قابلیت متاستاز، پاسخ به درمان و پیش آگهی با یکدیگر متفاوت هستند.

وضعیت سرطان در جهان و ایران

سرطان دومین عامل شایع مرگ و میر در کشورهای توسعه یافته و سومین عامل مرگ در کشورهای در حال توسعه است. در حال حاضر سرطان عامل ۱۲٪ مرگ و میر در سراسر جهان است و پیش بینی ها نشانگر آن است که تعداد مرگ و میر ناشی از سرطان در کل جهان تا ۴۵٪ طی سالهای ۲۰۰۷ تا ۲۰۳۰ افزایش خواهد داشت (از ۷/۹ میلیون به ۱۲ میلیون مرگ می رسد). در دهه ی ۱۹۶۰ نزدیک به ۲۵ درصد بار بیماری های سرطانی در کشورهای با درآمد متوسط و پایین گزارش شده بود که در سال ۲۰۱۰ به ۵۵ درصد و در سال ۲۰۲۰ به ۷۰ درصد با میزان بروزی نزدیک به بیست میلیون نفر می رسد و بیشترین تاثیر را نیز در این کشورها خواهد داشت. تغییر در سبک زندگی، کنترل نسبی بیماریهای واگیر، افزایش عوامل خطر محیطی و مسن شدن جمعیت، از عوامل افزایش بیماری سرطان در چند دهه اخیر محسوب می شوند.

با توجه به نرخ رشد فعلی بروز سرطان این گونه به نظر می رسد که تا سال ۲۰۳۰ سالیانه ۱۳ میلیون مرگ ناشی از سرطان خواهیم داشت که حداقل ۹ میلیون مورد آن در کشورهای در حال توسعه و کمتر توسعه یافته، و شانس ابتلا به سرطان برای هر فرد در سال ۲۰۵۰ بین ۵۰ تا ۶۰ درصد خواهد بود.

در ایران سرطان سومین عامل مرگ و میر است و سالانه بیش از ۳۰۰۰۰ نفر در کشور جان خود را در اثر این بیماری از دست می دهند. از طرفی با افزایش امید به زندگی و افزایش درصد سالمندی در جمعیت کشور، پیشرفت تکنولوژی و دور شدن سبک زندگی از محیط پاک، سالم و بدون آلاینده های سرطانی صنعتی انتظار می رود موارد بروز سرطان در دو دهه آینده به دو برابر افزایش یابد. بنابر پیش بینی سازمان جهانی بهداشت بروز سرطان در ایران در سال ۲۰۲۰ به ۸۵۶۵۳ مورد در کل جمعیت و میزان مرگ و میر ناشی از سرطان به ۶۲۸۹۷ مورد خواهد رسید. با توجه به منابع موجود، میزان بروز خام موارد سرطان در کشور ۱۰۰ مورد در صد هزار نفر جمعیت برآورد می شود. لذا براساس جمعیت کشور در سال ۱۳۸۴ بروز موارد سرطانی حدود ۶۸۰۰۰ مورد در سال پیش بینی می شود. طبق آخرین یافته برنامه ثبت سرطان ۷۶۱۵۹ (۹۲/۸۵٪ مورد انتظار) مورد سرطان در سال ۱۳۸۷ در کشور ثبت شده است. سیزده سرطان شایع در کشور در سال ۸۷ به شرح ذیل می باشد:

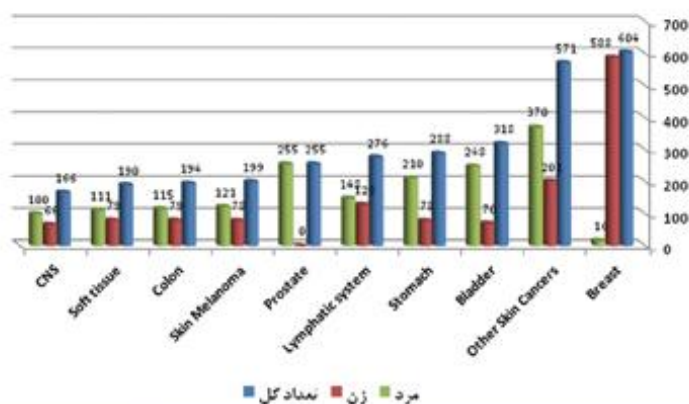
پوست، پستان، معده، روده بزرگ، مثانه، دستگاه خونساز، مری، ریه، مغز و دستگاه عصبی مرکزی، دستگاه لنفاوی، پروستات، حنجره، تیروئید

وضعیت سرطان در استان فارس

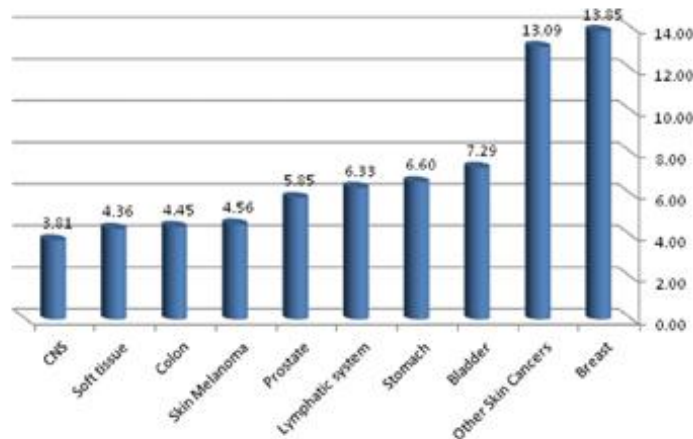
از تعداد کل ۶۱۴۵ مورد سرطان ثبت شده در سال ۱۳۸۸، موارد مربوط به خارج از استان و موارد تکراری که از منابع مختلف گزارش شده است حذف گردیده و در واقع ۴۳۶۱ مورد مربوط به موارد جدید سرطان در استان فارس می باشد. که تعداد ۲۳۴۰ مورد (۵۳/۶۶٪) مربوط به مردان و تعداد ۲۰۲۱ مورد (۴۶/۳۴٪) مربوط به زنان بوده است. لذا نسبت جنسی بروز سرطان در سال ۱۳۸۸ در استان فارس برابر ۱۱۶ می باشد یعنی در مقابل هر ۱۰۰ بیمار زن ۱۱۶ بیمار مرد وجود داشته است.

شایعترین سرطان ها بر اساس جمع کل مرد و زن به ترتیب شامل سرطان های پستان ۱۳/۸۵٪، پوست ۱۳/۰۹٪، مثانه ۷/۲۹٪، معده ۶/۶۰٪، دستگاه لنفاوی ۶/۳۳٪، پروستات ۵/۸۵٪، مایلووم پوست ۴/۵۶٪، کولون ۴/۴۵٪، بافت نرم ۴/۳۶٪، دستگاه عصبی مرکزی ۳/۸۱٪ است که در جدول زیر نشان داده شده است.

نمودار ۱۰ سرطان شایع در زنان و مردان در سال ۸۸



نمودار درصد ابتلا ۱۰ سرطان شایع سال ۸۸



برنامه ثبت سرطان

ثبت سرطان عبارت است از جمع آوری سیستماتیک، ذخیره سازی و نگهداری، تجزیه و تحلیل داده های بیماران مبتلا به سرطان که معمولاً در یک منطقه مشخص و یک جمعیت مشخص انجام می شود.

قانون ثبت و گزارش دهی اجباری سرطان در تاریخ پنجم مهرماه ۱۳۶۳ توسط مجلس شورای اسلامی تصویب شد. بر اساس این قانون کلیه موسسات درمانی، آزمایشگاههای آسیب شناسی و تشخیص طبی اعم از دولتی و غیردولتی مکلف شدند هر بافت و نمونه ای را که تحت هر عنوان «تشخیص، درمان و تجسس» از بدن انسان زنده نمونه برداری می شود، مورد آزمایش قرار دهند و در موارد سرطانی یا مشکوک به سرطان نتیجه آزمایش و اطلاعات مورد لزوم را به طور محرمانه به مرجع ذیربط اعلام نمایند. بر اساس این قانون تمامی پزشکان و موسسات درمانی مرتبط با ثبت سرطان موظف به همکاری با مرجع مربوطه می باشند.

سیستم ثبت سرطان استان فارس از سال ۱۳۷۹ تا سال ۱۳۸۶ بر مبنای پاتولوژی بوده است که داده های سرطان از کلیه مراکز پاتولوژی جمع آوری می شده است و از سال ۱۳۸۶ سیستم ثبت سرطان مبتنی بر جمعیت گردیده که داده های سرطان را از منابع بیمارستانی و غیر بیمارستانی یعنی از کلیه مراکز پاتولوژی، مدارک پزشکی بیمارستان ها، اطلاعات برنامه ثبت مرگ، بخش بیماران سرپایی بیمارستان (اتاق عمل سرپایی، اندوسکوپی و شیمی درمانی سرپایی)، مراکز همانولوژی-انکولوژی، مراکز رادیوتراپی، مراکز تصویربرداری (دولتی و خصوصی)، مطب های خصوصی (متخصصین داخلی و پوست، فوق تخصص های همانولوژی-انکولوژی و گوارش) و درمانگاه ها و کلینیک های دولتی و خصوصی بطور محرمانه جمع آوری می نمایند، و طبق ICDO کدگذاری و آنالیز می گردد که پس از جمع بندی داده های یکساله و حذف موارد تکراری می توان میزان بروز سالیانه سرطان را محاسبه نمود.

نتیجه گیری

نظام مراقبت موارد سرطانی به عنوان یکی از اولویت های اصلی نظام بهداشتی درمانی مطرح است. با دانش فعلی بشر، پیشگیری از بروز سرطان ها با کنترل عوامل خطر مقدور و تشخیص زودرس با هدف درمان قطعی در مورد بسیاری از سرطان ها امکان پذیر است. تخمین زده می شود که بیش از یک سوم تمام موارد سرطان ها قابل پیشگیری و یک سوم دیگر به شرط تشخیص زودهنگام، بالقوه درمان پذیر می باشند. در چنین شرایطی برنامه ریزی سرطان یک ضرورت بهداشتی کشور است. زیربنای برنامه ریزی کنترل سرطان ها (پیشگیری، غربالگری، درمان به موقع، خدمات تسکینی)، نظام جمع آوری، ثبت و تحلیل اطلاعات موارد جدید سرطانی است. لازم به ذکر است که نظام ثبت سرطان، یک نظام منسجم است که تنها زمانی می تواند مؤثر واقع گردد که بطور مستمر و دقیق چگونگی بروز سرطان را در کشور گزارش نماید. نظام ثبت سرطان در کشور و در استان بنا به دلایل زیر از پیچیدگی های خاص خود برخوردار بوده و می باشد:

- ۱- مهاجرت وسیع و کنترل نشده جمعیت
 - ۲- نظام ناهماهنگ خدمات درمانی و مراجعات مکرر بیمار به مراکز مختلف تشخیصی و درمانی
 - ۳- اشکال در سیستم ثبت اطلاعات هنگام پذیرش بیمار
 - ۴- اشکال در کدگذاری و کمبود متخصص در این زمینه
- لذا ضمن استمرار برنامه ثبت سرطان، ارتقاء کیفی برنامه در محورهای زیر پیشنهاد می گردد:

- ۱- آموزش
- ۲- تقویت برنامه در معاونت بهداشتی در بخش های زیر: تخصیص بودجه کافی، جذب نیرو جهت تسریع روند و افزایش دقت و جامع بودن ثبت موارد سرطان
- ۳- اختصاص امتیاز ارزشیابی به بیمارستان ها بمنظور همکاری بیشتر در ثبت و تکمیل اطلاعات

منابع

- ۱- دستورالعمل اجرایی ثبت و گزارش موارد سرطانی
- ۲- گزارش کشوری ثبت موارد سرطانی سال ۱۳۸۷
- ۳- کتاب اصول پیشگیری و مراقبت بیماری ها نظام مراقبت بیماری های غیرواکیز مجموعه دستورالعمل های کشوری
- ۴- داده های برنامه ثبت سرطان در سال ۱۳۸۸
- ۵- داده های برنامه ثبت مرگ در سال ۱۳۸۹

برنامه ملی سرطان در فرانسه

ترجمه و تنظیم: رسول صفری، مهرداد سوید
پژوهشگران گروه دانشجویی مرکز تحقیقات سیاست گذاری سلامت

چکیده

برنامه ملی سرطان در کشور فرانسه در سال ۲۰۰۲ برای دوره زمانی ۲۰۰۳ تا ۲۰۰۷ توسط رئیس جمهور ژاک شیراک شروع شد. این برنامه اهداف متعالی ای را در رابطه با ارتقاء سطح کیفی مراقبت، افزایش زنده مانی از سرطان و تغییر نگرش نسبت به این بیماری دنبال می کرد. اخیراً برنامه سرطان از ۲ جنبه مورد ارزیابی قرار گرفته است ۱- ابعاد مالی ۲- نتایج پزشکی و علمی آن. نتایج این ارزیابی مطابق انتظارات نبود اما در بعضی موارد پیشرفت هایی حاصل شده است.

۲- پیشرفت های اخیر

سرطان اولین علت مرگ و میر در فرانسه محسوب می شود. یک سوم میزان مرگ و میر در مردان و یک چهارم این میزان در زنان به علت سرطان است. در ۲۵ سال گذشته، بروز سرطان افزایش یافته اما خطر مرگ و میر حاصل از آن کاهش یافته است. میزان زنده مانی مردم فرانسه از میانگین این میزان در اروپاییان بالاتر است ولی میزان بروز آن در فرانسویان در میان بیشترین هاست. سیستم سلامت فرانسه در مورد اقدامات پیشگیرانه و هماهنگی فعالیت های مراقبتی به آن صورت قوی نیست. یکی دیگر از ویژگی های ساختاری سرطان در فرانسه این است که نابرابری های اجتماعی و جغرافیایی گسترده ای در مورد بروز و زنده مانی آن وجود دارد. برنامه سرطان برای ۲۰۰۳ تا ۲۰۰۷ با هدف تعیین یک استراتژی عمومی و هماهنگ در مقابله با سرطان و همچنین مشخص کردن ابعاد متفاوت اقدامات مداخله ای در میان مردم (پیشگیری، مشاهده (غربالگری)، درمان، ساختارهای حمایتی اجتماعی آموزشی، تحقیق) به اجرا درآمد. این برنامه شامل ۷۰ اقدام علیه سرطان می شد که در ۶ فصل طبقه بندی شده بودند. اهداف کلی این برنامه شامل موارد زیر بود: ارتقاء سطح کیفی مراقبت (به ویژه هماهنگی اقدامات مراقبتی)، افزایش زنده مانی (هدف این بود که میزان مرگ و میر در عرض ۵ سال ۲۰٪ کاهش پیدا کند به ویژه با اقدامات پیشگیرانه و غربالگری به روش جدید) و تغییر نگرش نسبت به این بیماری.

برنامه شامل اقدامات سازمانی می شد، اما همچنین باعث افزایش قابل ملاحظه ای در منابع موجود برای برنامه های پیشگیری و غربالگری، تجهیزات پزشکی بهتر، تیم های بیمارستانی و مراقبتی بیشتر و استفاده از روش های جدید و تحقیق شد. برآورد هزینه این اقدامات برای سال ۲۰۰۳، ۱۰۰ میلیون یورو و برای سال ۲۰۰۷ حداکثر ۶۴۰ میلیون یورو اعلام شد. بودجه در نظر گرفته شده قرار شد که از افزایش مالیات های تنباکو تأمین شود.

در حدود ۳۹۰۰ شغل جدید اعلام شد که در میان آنها ۱۷۰۰ پرستار و تکنسین، ۵۰۰ پزشک، ۴۰۰ شغل در رابطه اقدامات حمایتی بیماران و ۶۶۰ شغل دیگر قرار داشت. شروع برنامه سرطان ۲۰۰۳-۲۰۰۷ باعث ایجاد مؤسسه ملی سرطان فرانسه در سال ۲۰۰۴ شد تا جهت هماهنگی سیاست های ملی برای مبارزه علیه سرطان فعالیت کند. مسئولیت این مؤسسه تحت نظارت وزرای سلامت و تحقیق جمع آوری تمام افرادی که به گونه ای مهم و درگیر در مبارزه علیه سرطان در فرانسه اند بود. در رابطه با تشویق به همکاری و انتقال دانش بین تحقیق و مراقبت سلامت، ساختار ناحیه ای و بین ناحیه ای به خصوصی ایجاد شدند تا تیم های تحقیقاتی و بیمارستانی در این مراکز تخصصی و به خصوص با همکاری هم شروع به فعالیت کنند.

در سال ۲۰۰۸، دو ارزیابی مجزا جهت پیگیری نتایج اختصاص بودجه به این برنامه صورت گرفت. یکی از سنجش ها توسط دادگاه رسیدگی (Auditing Court) برای تخمین هزینه واقعی برنامه و نظارت برآنچه حاصل شده است با توجه به اهداف اختصاصی منابع انجام شد. ارزیابی دیگر توسط شورای عالی رتبه سلامت عمومی در جهت تعیین هماهنگی و همخوانی برنامه و نتایج آن با توجه به شاخص های سلامت و دیگر فاکتورهای به خصوص مربوط به مراقبت صورت پذیرفت. نتایج حاصل از این ارزیابی ها به توسعه و تدوین برنامه و استراتژی های جدید برای سال های آتی کمک خواهد کرد.

۳- ویژگی های این سیاست

میزان نوآوری	مردن و خلاق	ستنی
میزان اختلاف نظر	بحث برانگیز	مبنی بر رضایت طرفین
تأثیر سیستمی و ساختاری	اساسی	مرزی
نمایان و مشهود بودن (عمومی)	خیلی بالا	خیلی پایین
درای قابلیت انتقال	مستقل از سیستم	وابسته به سیستم

۴- هدف و آنالیز مراحل



شروع کنندگان ایده/مجریان اصلی

- تأمین کنندگان
- بیماران، مصرف کنندگان
- جامع علمی
- صنایع و شرکت های خصوصی

جایگاه ذینفعان

به طور کلی ایده ایجاد یک سیاست سلامت قوی در مبارزه علیه سرطان مورد رضایت همه قرار گرفت. اما ایجاد مؤسسه جدید ملی سرطان باعث بوجود آمدن تنش و مجادله در میان مجریان مؤسسات دیگر شد چرا که نقش مرکزی و اصلی به این مؤسسه جدید واگذار شده بود. جایگاه این مؤسسه در عملیاتی کردن برنامه در سال های اخیر به شدت مورد قضاوت و انتقاد قرار گرفته است مخصوصاً توسط دفتر رسیدگی عمومی.

مجریان و جایگاه ها

توصیف مجریان و جایگاهشان

تأمین کنندگان

بیمارستان ها	به شدت مخالف	<input type="checkbox"/>	خیلی حمایت کننده
پزشکان	به شدت مخالف	<input type="checkbox"/>	خیلی حمایت کننده
دیگر مسئولین سلامت	به شدت مخالف	<input type="checkbox"/>	خیلی حمایت کننده
بیماران، مصرف کنندگان	به شدت مخالف	<input type="checkbox"/>	خیلی حمایت کننده
اتحادیه بیماران	به شدت مخالف	<input type="checkbox"/>	خیلی حمایت کننده
جامعه علمی	به شدت مخالف	<input type="checkbox"/>	خیلی حمایت کننده
محققان در سرطان	به شدت مخالف	<input type="checkbox"/>	خیلی حمایت کننده
صنایع و شرکت های خصوصی	به شدت مخالف	<input type="checkbox"/>	خیلی حمایت کننده
صنعت داروسازی	به شدت مخالف	<input type="checkbox"/>	خیلی حمایت کننده
دیگر صنایع سلامت	به شدت مخالف	<input type="checkbox"/>	خیلی حمایت کننده

تأثیرات در سیاست گذاری و قوانین

اقدام سلامت عمومی (The Public Health) در سال ۲۰۰۴ تأیید کرد که برنامه سرطان یکی از ۵ برنامه استراتژیک سلامت در کشور بوده و به طور رسمی مؤسسه ملی سرطان را تأسیس کرد. مراحل عملیاتی کردن این پروژه در بیمارستان ها (در ۲۰۰۸) شامل افزایش استانداردهای فعالیت های مرتبط با درمان سرطان و مراقبت از افراد سرطانی براساس «یادگیری بوسیله انجام دادن» بود.

نتایج قانون گذاری

تامین کنندگان	
هیچ	بیمارستان ها
هیچ	پزشکان
هیچ	دیگر مسئولین سلامت
هیچ	بیماران، مصرف کنندگان
هیچ	اتحادیه بیماران
جامعه علمی	
هیچ	محققان در سرطان
صنایع و شرکت های خصوصی	
هیچ	صنعت داروسازی
هیچ	دیگر صنایع سلامت

مسئولیت پذیری و اجرا

منشأ برنامه تصمیم و نیرو محرکه ای قوی از جانب ریاست جمهوری وقت در جولای ۲۰۰۲ بود. یک کمیته ی جهت دهی علمی لیستی از طرح های پیشنهادی در زمینه سیاست گذاری در ژانویه ۲۰۰۳ ارائه کرد. برنامه نهایی در مارس ۲۰۰۳ منتشر شد. از سال ۲۰۰۳ تا ۲۰۰۵ پیاده سازی طرح توسط مأموریت ارزش سنجی خاص در بخش سلامت (Health Department) هماهنگ شد. زمانی که در سال ۲۰۰۴ انستیتو ملی سرطان ایجاد شد مسئولیت اجرای این برنامه را عهده دار شد.

پایش و ارزیابی

-دادگاه رسیدگی و شورای عالی بهداشت عمومی برنامه را ارزیابی می کنند.

برخلاف اینکه در برنامه ی واقعی ذکر شده بود که باید یک پیگیری منظم سالانه برای پیشرفت طرح توسط کمیته ای خاص، وجود داشته باشد این Follow up (پیگیری) سالانه در طول ۵ سال اجرای طرح انجام نشد. بعد از تغییری در اولین هیأت مدیره ی انستیتو ملی سرطان (Inca) در سال ۲۰۰۷ و بعد از ارزیابی دادگاه رسیدگی، گروه جدید انستیتو ملی سرطان اولین گزارش مشروح خود درباره ی پیاده سازی برنامه را منتشر کرد.

در سال ۲۰۰۸ دادگاه رسیدگی اجرای طرح را ارزیابی کرد اما این نکته را ملاحظه کرد که ارزیابی علمی و پزشکی در خارج از حیطه ی تخصصی خود می باشد. بنابراین وزیر بهداشت شورای عالی بهداشت عمومی را مأمور آن کرد. این ارزیابی دوم در ژانویه ۲۰۰۲ به اتمام رسید یعنی بیش از یک سال بعد از اتمام پروژه. در عین حال کارایی فعالیت های تحقیقاتی بخش بسیار مهمی از پروژه به هیچ وجه قابل ارزیابی نبود. سازمان جدید جهت ارزیابی بخش پژوهش نیز وقت لازم برای این سنجش و ارزیابی را نداشت.

هر دو ارزیابی واقعیت شورای سنجش نتایج پروژه را آشکار می کند. قطعاً تأثیرات آن بر سلامت غیر قابل ارزیابی است به این دلیل که تأثیر بر سلامتی بیانگر فرآیندی طولانی تر از زمان اجرای پروژه خواهد بود.

مخارج برنامه ی سرطان

از نقطه نظر اقتصادی، هزینه ی واقعی نه به صورت جداگانه توسط بخش سلامت و نه توسط مؤسسه های بیمه ی سلامت پایش شد. هیچ گونه قرار داد رسمی میان وزارت بهداشت و انستیتو ملی سرطان بر سر تعیین کردن اهداف انستیتو امضا نشد. دادگاه بازرسی نگرانی عمیق خود را بر سر عدم وجود اطلاعات در زمینه ی هزینه های واقعی پروژه ابراز داشت (در واقعیت افزایش مالیات دخانیات به اندازه ای که قبلاً اعلام شده بود، نبود) همچنین عدم وجود شاخص های دقیق در بسیاری از جوانب کار قضاوت در مورد نتایج را دشوار کرده است. هیأت بازرسی تخمین زده است که بودجه ی اختصاص داده شده براساس پروژه، در مورد سرطان ۴٪ افزایش داشته است (حدود ۶۰۰ میلیون یورو در سال ۲۰۰۷). فقط نصف افزایش در اشتغال زایی مختص به برنامه ی سرطان تشخیص داده شد و تأخیر قابل ملاحظه ای در دریافت تجهیزات تشخیصی و درمانی (مثل MRI، دستگاه های اسکن و پرتودرمانی) وجود داشت. دو سوم اهداف به طور کامل یا ناقص بدست آمد. شاخص هایی قرار گرفته بر پایه ی نتایج برنامه ریزی شدند برای پیگیری پیشرفت که این شاخص ها به صورت ناقص توسعه یافتند و داده های اپیدمیولوژیک که می بایست براساس پروژه تجدید شده و توسعه یابد به اندازه ی کافی گسترش نیافت که بتواند اطلاعات ضروری در زمینه ی سرطان از سال ۲۰۰۵ به بعد را فراهم کند. بنابراین برآورد تأثیر واقعی پروژه غیر محتمل بود. دادگاه مشخص کرد که برنامه تنها به یک سوم موارد از ۷۰ هدف مشخص شده رسیده است. یک سوم دیگر از اهداف به صورت ناقص کامل شده است و یک سوم باقی مانده نیز به نازگی شروع شده است و با رها شده. پیش گیری در مورد دخانیات یکی از حیطه های موفق پروژه بود که با اقدامات موفقیت آمیز مانند بالا بردن قیمت دخانیات مصرفی و معرفی منع کشیدن سیگار در مکان های عمومی حاصل گشت. شورای عالی بهداشت عمومی نیز نتایج را ارزیابی کرد و نتایج را در کل قابل توجه توصیف کرد ولی ذکر شد که ناتمام است و قابلیت پیشرفت بیشتری دارد.

شورای عالی نیز مانند دادگاه به نتایج مثبت در مورد پیگیری مصرف دخانیات اشاره کرد ولی در زمینه پیگیری و کنترل مصرف الکل و سرطان های مرتبط با شغل پیشرفت قابل ملاحظه ای دیده نشد. حجم کاری که جهت نوسازی داده های اپیدمیولوژیک ضروری بود کم تر از میزان نیاز تخمین زده بودند در عین حالی که پیشرفت قابل توجهی ملاحظه شد و پیشنهاد هایی نیز برای ادامه ی مسیر فراهم شد. برنامه های غربال گری جهت شناسایی سرطان پستان و روده ی بزرگ گسترش یافتند ولی میزان مشارکت هنوز در سطح هدفی که تعیین شده بود، نیست. هماهنگی درمان و مراقبت از بیماران سرطانی تقویت شد و توصیه های مخصوص جهت به اطلاع عموم رساندن تشخیص، داده شد اما با وجود این در سال ۲۰۰۸ گواهی عمل و معیارهای فعالیت تاحدودی دیر برای بیمارستان ها معرفی شدند و پروتکل های درمانی هنوز بین بیمارستان های مختلف یکسان نشده اند.

برخلاف تمام مشکلاتی که در حین پایش نتایج و پیشرفت پروژه وجود داشت. هیأت بازرسی و شورای عالی بهداشت عمومی، هر دو اعلام کردند که نقش مهمی در بهبود پیگیری و کیفیت مراقبت های سرطان و همچنین توصیه فعالیت های برای پیگیری سرطان و درمان بهتر داشته است.

نیاز برای برنامه ی سرطانی جدید جهت تضمین کردن ادامه دار بودن فعالیت هایی که تاکنون صورت گرفته است.

هر دو گزارش توصیه کرده اند که برنامه ی سرطان جدیدی جهت اطمینان بخشیدن به ادامه دار بودن فعالیت ها لازم است. همچنین تقاضا کرده اند که پایش و کنترل نتایج به صورت سخت گیرانه تر انجام شود. شورای عالی بهداشت عمومی پیشنهاد می دهد که یک کار تکمیلی جهت شناسایی نیازهای آماری و ایجاد سیستم اطلاعاتی جدید، انجام گیرد.

نیاز به توجه بیشتر به نابرابری در نظام سلامت

نبود وجود اقداماتی جهت کاهش نابرابری های اجتماعی و منطقه ای در شیوع و میزان مرگ و میر سرطان در برنامه ی سال ۲۰۰۷-۲۰۰۳، به عنوان یکی از ضعیف ترین نقاط پروژه به حساب آمد. گزارش شورای عالی بهداشت می دهد که با وجود پیشرفت نتایج متوسط در بسیاری از زمینه ها، احتمالاً "فاصله ی میان طبقه های مختلف اجتماعی در باره ی پروژه بیشتر شده است.

نتایج مورد انتظار

ایجاد برنامه ی جدید سرطان برای سال های ۲۰۱۳-۲۰۰۹

نتایج ارزیابی ها به عنوان یک گزارش مشورتی جهت بهبود و توسعه ی برنامه ی بعدی سرطان به کار گرفته شد. برنامه ای که بازده زمانی ۲۰۰۹-۲۰۱۳ را پوشش می دهد. برای ادامه و تقویت بعضی اقداماتی که از قبل شروع شده است به خصوص برای درمان و غربالگری بهتر، پیشنهادهایی ارائه شده همچنین اقدامات جدیدی نیز در نظر گرفته شده است مانند بهبود هماهنگی میان بیمارستان ها و پزشکان خانواده و به طور عمومی تر پزشکان بخش سیار. به علاوه گزارش مشورتی بر اهمیت مبارزه با نابرابری های نظام سلامت تأکید می کند به استناد توصیه های WHO در کنار توسعه داده های اجتماعی-اپیدمیولوژیک و اقدامات ملی و محلی هماهنگ شده. اقدامات دیگر در نظر گرفته شده در حمایت از زندگی بیماران بعد از درمان سرطان با مبارزه علیه تبعیض ها و ترویج نگرشی بهتر نسبت به بیماران سرطانی. اطلاعات بهتر درباره ی عواقب درمان و سازمان دهی بهتر جهت بازگشتن به کار و دستیابی به بیمه و وام ها. هر چندکه مراکز تحقیقاتی و سازمان هایی که به طور مشخص «مرکز سرطان» (Canceropoles) نامیده می شوند، در برنامه ی اول به خوبی ارزیابی نشدند، ولی گزارش نهایی تأکید می کند که تمامی تحقیقات سرطان باید دارای ابتکار و نوآوری باشد. بدین وسیله ی نقش «مرکز سرطان» تأیید شده و پیشنهاد هایی ارائه می شود جهت بهبود هماهنگی میان انستیتو ملی سرطان و انستیتو ملی پژوهش بهداشت و پزشکی (INSERM).

References

1. Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer. Cancer: le plan de mobilisation nationale. 2003. www.cancer.fr/v1/fichiers/public/3_brochure_plan_cancer.pdf
2. Haut conseil de la santé publique. Evaluation du plan cancer-rapport final. 2009. www.hcsp.fr/hcsp/docs/pdf/avisrapports/hcsp20090131_Evaluation_cancer.pdf
3. Cour des comptes. La mise en œuvre du plan cancer. 2008. www.ccomptes.fr/ft3C/documents/RPT/2008-RPT_Cancer_R3.pdf
4. Grunfeld, Pr J.-P. Recommandations pour le plan cancer 200-2013, pour un nouvel élan. 2009. www.cancer.fr/v1/fichiers/public/rapport_grunfeld_104pages_ssm_mars_2009_v3.pdf

تأثیرات سیاست های اتخاذ شده

تأثیرات	میزان عدالت	عدالت بیشتر	خیلی بالا	خیلی پایین
کیفیت خدمات بهداشتی اساسی	██████	██████	██████	██████
میزان عدالت	██████	██████	██████	██████
مقرون به صرفه بودن	██████	██████	██████	██████

روشهای امروزی و افقهای فراروی درمان سرطان

تهیه و تنظیم: دکتر رضا وجدانی.

فوق تخصص خون و سرطان بالغین، عضو هیئت علمی گروه داخلی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

دو سوم بیماریهای سرطانی از افراد بالای ۶۵ سال بروز می کنند. در سنین بین ۶۵ تا ۷۹ سالگی از هر ۳ مرد یک نفر و از هر ۵ زن یک نفر به سرطان مبتلا می شوند. در سال ۲۰۰۲ میلادی حدود ۱۱ میلیون بیمار سرطانی تازه تشخیص داده شده و حدود ۷ میلیون مرگ ناشی از سرطان در سراسر جهان برآورد شده است. سرطان ریه شایعترین سرطان و عامل درجه یک مرگ و میر ناشی از سرطان در سراسر دنیا محسوب شده و سرطان سینه در بین سرطان بعد از سرطان ریه قلمدار می شود. با افزایش طول عمر انسان و امید به حیات در جوامع مختلف بشری و بخصوص در کشورهای پیشرفته و در حال پیشرفت، طبیعتاً با تعداد مطلق بیشتری از انواع سرطان مواجه خواهیم بود که نیازمند برخورد تشخیص و درمان ویژه خود هستند

سرطان دومین عامل مرگ و میر انسان بعد از بیماریهای قلبی می باشد. میزان مرگ و میر ناشی از بیماریهای قلبی در کشورهای پیشرفته ای نظیر ایالات متحده آمریکا از سال ۱۹۵۰ میلادی تاکنون به میزان ۴۵٪ کاسته شده و در حال کاهش می باشد. از سال ۱۹۹۷ میلادی در این کشور، سرطان بعنوان علت درجه یک مرگ و میر در سنین زیر ۸۵ سالگی، بیماریهای قلبی را پشت سر گذاشته است. به دنبال ۷۰ سال افزایش مرگ و میر سرطانی، از سال ۱۹۹۷ شاهد شروع سیر نزولی این مرگ و میر بوده ایم مهمترین عامل خطر برای سرطان، بطور کلی عامل سن و افزایش آن است.

ترسیم نقشه درمانی سرطان

بر اساس اطلاعات حاصل از ارزیابیهای اولیه در مرحله تشخیص و مرحله بندی، یکی از دو روش کلی درمانی انتخاب می شود. ابتدا روش درمان قطعی (Curative Intent) و سپس روش درمان تسکینی (Palliative Intent).

در درمان قطعی در تومورهای مراحل ابتدایی، امکان ریشه کنی طولانی سرطان بیشتر بود. لذا از حداکثر قدرت روشهای درمانی مؤثر در این مرحله کمک گرفته می شود. در درمان تسکینی، ابعاد پیشرفته و منتشر تومور و یا توانایی فیزیولوژیک ضعیف بیمار اجازه اعمال روشهای قاطع را نداده، لذا مدیریت درمانی با هدف بهبود شرایط زندگی و کاهش درد و رنج و عوارض بیماری و با حداقل عوارض ناشی از درمان، اعمال می شود. درمانهایی که طی سالیان گذشته بر اساس سلاقی و تجربیات شخصی و بومی دانشگاهی و طب خصوصی انتخاب و اعمال می شده، امروزه جایگاه خود را به پروتکل‌های استاندارد مبتنی بر پزشکی مستند (Evidence Based Medicine) و مورد تأیید کمیته های معتبر جهانی تشخیص و درمان سرطان داده است (مراجعی نظیر NCCN، ASCO، NCI و Uptodate). درمان سرطانها امروزه اغلب در قالب تیمهای حرفه ای ترسیم و اعمال می شود (Multi Modal-ity Approach) در این تیمهای درمانی همکاری و هماهنگی نزدیک کارشناسی مانند جراح سرطان، انکولوژیست مدیکال انکولوژیست رادیوتراپی، رادیولوژیست و پاتولوژیست، نقش بسیار مهمی در ترسیم نقشه درمانی و حصول نتیجه ایده آل دارند. یک عنصر مهم در درمان سرطان، ارزیابی پاسخ به درمان می باشد که توسط معاینات بالینی دوره ای و منظم، بررسیهای رادیولوژی منظم و اندازه گیری بعضی از نشانگرهای توموری تحت عنوان مارکرهای توموری انجام می شود. این مارکرها از تولیدات بعضی از تومورها می باشند که ارزیابی و ردیابی سطح خونی یا ادراری آنان میتواند نشانه پاسخ و یا عدم پاسخ تومور به درمانهای اعمال شده باشد (بعنوان مثال اندازه گیری CA-125 در سرطان تخمدان و CEA در سرطان روده بزرگ قبل و بعد از درمان).

در بررسی و درمان بیماران سرطانی چند نکته حائز اهمیت است. ابتدا گرفتن شرح حال کامل و مبسوط و انجام معاینه بالینی در جهت تشخیص ابتدایی سرطان و علت احتمالی آن و سپس تشخیص قطعی که نیازمند نمونه گیری بافتی (Invasive Tissue Biopsy) می باشد. نکته دوم در درمان بیماران سرطانی ریه از تشخیص، بررسی و تعیین ابعاد گسترش بیماری می باشد که تحت عنوان مرحله بندی (Staging) شناخته می شود. این مرحله بندی توسط روشهای مختلف بافت شناسی و تصویر برداری (سونوگرافی، سی تی اسکن، ام آر آی و PET-Scan) انجام می گیرد. عامل سوم در مدیریت درمان بیمار سرطانی تعیین توان جسمی و فیزیولوژیک بیمار و سپس شرایط روحی وی در پذیرش و تحمل روشهای مختلف درمانی پیش روی وی می باشد که به تعبیری شاهد مهمترین نکته در ارزیابی و درمان اینگونه از بیماران قلمداد می شود. امروزه اعمال تکنیکهای درمانی شامل جراحی سرطان، شیمی درمانی، اشعه درمانی و درمانهای بیولوژیک با ایجاد درمان قطعی (Cure) در حدود دو سوم بیماران تشخیص داده شد و سرطانی همراه است. از جمله پارامترهایی که در شرایط فعلی درمان سرطان در شکل گیری استراتژی درمانی و نتیجه و پیش آگهی یک سرطان ایفای نقش می کند خصوصیات بیولوژیک و ژنتیک سلولهای توموری است. فعال شدن ژنهای سرطانی (Oncogenes)، ژنهای عامل مقاومت دارویی، ژنهای دخیل در انتشار (Metastasis) سرطان، همه از موارد بیولوژیک مهمی محسوب می شوند که نقشهای اساسی در پاسخ به درمان و پیش آگهی سرطان پیدا کرده اند. لذا در مرحله تشخیص و ارزیابی قبل از درمان سرطانها امروزه جایگاه مهمی به یافتن اختلالات ژنوم سلول سرطانی (Genome Analysis) و پیامدهای مولکولی و ایمنی شناسی آنها اختصاص داده شده که در سطور انتهایی به تفسیر بیشتر بیان خواهد شد.

سینه (Total Mastectomy) شده و به بهبود شگرف کیفیت زندگی بیماران سرطانی منجر گردیده است. در حوزه سرطانات خون و سیستم لنفاوی نظیر لوکمیا حاد و مزمن (AML, ALL, CML) و میلوم مالتیبل، بهبود ترکیبات شیمی درمانی با دوز بالا در همراهی با پیوند سلولهای بنیادی اتولوگ و آلوژن (از خود و از غیر) (Allogeneic and Autologous Hematopoietic Stem Cell Transplant) سبب شکستن سدهای مقاوم دارویی شده و با افزایش طول عمر و درمان قطعی (Cure) این سرطاناتی کشنده همراه می باشد.

درمانهای نوین و هدفمند سرطان (Novel and Targeted Therapies)

امروزه بر سر این موضوع که سرطان اساساً یک بیماری ژن سلولی است توافق نظر وجود داشته و تجمع تغییرات مولکولی در ژن سلولها اساس پیشرفت سرطان می باشد. پیشرفت تکنولوژی بررسی جزئیات DNA (DNA Sequencing) در ۵ سال اخیر بشكل اعجاب آوری معلومات ما را در زمینه بیماریهای سرطانی افزوده است. این اطلاعات باعث تغییر حیطه سرطان شناسی در سطوح مختلف شده که عبارتند از:

- ۱- امکان توضیح و تشریح نقشه های ژنتیک سلولهای سرطانی
 - ۲- موفقیت داروهای سرطانی ویژه که تغییرات مولکولی پایه ای سرطانها را هدف قرار می دهند.
 - ۳- یافتن و رصد کردن تغییرات اختصاصی DNA توموری به روشهای دقیقی در امر کنترل سرطاناتها تبدیل شده اند.
 - ۴- شناسایی ژن توموری (ژنوتیپ) که اختصاص هر تومور در هر بیمار می باشد در آینده نزدیک به درمانگرهای سرطان این امکان را می دهد که تومور هر شخصی را با داروی اختصاصی و تعبیه شده خود آن تومور جور و درمان کنند (بعبارتی درمان شخصی شخصی شده سرطان= Personalized Therapy).
- امروزه مطالعات بامقیاس وسیع در زمینه شناسایی ژنهای جهش یافته تومورهای بدخیم، امکان شناسایی ژنهای جدید و ناشناخته سرطانی را که می توانند هدف (Target) درمانهای اختصاصی قرار گیرند فراهم می آورد (Targeted Therapy).

امروزه در درمان سرطان یکی از پارامترهای محوری، ایجاد یک بستر حمایتی سازمان یافته تحت عنوان مراقبتهای پشتیبانی (Supportive Care) می باشد که در کنار تیم مزبور، بیمار را در جهت بهبود شرایط فیزیکی و روحی یاری می بخشد روشهای حمایتی که بخصوص در حیطه روش درمانی تسکین (Palliative Care) در موارد پیشرفته سرطان نقش محوری را در بهبود کیفیت زندگی و کاهش رنج بیماران ایفا می کنند. روشهای کاهنده درد، تهوع و استفراغ از درمان، حمایتهای تغذیه ای و توانبخشی از این دست مراقبتهای محسوب می شوند که تحمل و پذیرش مراحل درمانی را بشكل اعجاب آوری در مقایسه با سالیان دور بهبود بخشیده اند و امکان همزیستی با سرطان و درمان آن را به نحو شگرفی فراهم آورده اند. در روش نوین درمان سرطان، اغلب از ترکیب ابزارهای مختلف درمانی یعنی جراحی، شیمی درمانی، رادیوتراپی و بعضاً درمان مولکولی و بیولوژیک بهره گیری می شود. (Combined Therapy) در مقوله شیمی درمانی، با معرفی ترکیبات جدید در دو دهه اخیر نظیر تاکسانها (Taxanes) و بخصوص شکل گیری پروتکلهای چند دارویی (Combination Chemotherapy) و بهبود عالی روشهای حمایتی نظیر داروهای جدید ضد تهوع (Serotonin Inhibitors) و ترکیبات محرک رشد گلبولهای سفید (G-CSF, GM-CSF)، روش شیمی درمانی بخصوص در دهه اخیر به اوج رسیده و در ترکیب با روشها و تکنیکهای نوین رادیوتراپی نظیر شتاب دهنده های جدید (C-arm linear accelerator) و IMRT (Intensity-Modulated Radiation Therapy) و Image-Guided Radiation Therapy (IGRT) و Helical Tomotherapy، به کمک درمان بیماران شناخته شده است. از انواع روشهای شیمی درمانی، درمانهای قبل از عمل (Neoadjuvant) و تکمیلی (Adjuvant) بعد از عمل بوده، که در کنار افزایش طول عمر بیماران سرطانی مانع از انجام جراحیهای وسیعی نظیر برداشتن رادیکال مقعد در سرطان روده بزرگ، برداشتن کامل حنجره در سرطان حنجره و قطع عضو (آمپوتاسیون) در سرطان استخوان اندام و برداشتن کامل

افتخای فراروی درمان

(Future Perspectives)

با بهره‌گیری از تکنولوژی آنالیز ژنی با ترسیم و شناسایی الگوی اختصاصی ژن تومورهای انسانی، این امکان فراهم می‌شود که دسته‌بندی تومورها براساس ضایعات ژنتیک آنها انجام پذیرد، که هم در تشخیص دقیقتر سرطانها و هم در حیطه درمان در شکل‌گیری رژیمهای درمانی شخصی شده (Personalized Therapeutic Regimens) متناسب با الگوی ژنتیک مخصوص هر فرد نقش اساسی ایفا می‌کنند.

درمانهای هدفمندی که علاوه بر هدف‌گیری ضایعه اساسی عامل ایجاد سرطان در فرد و شکستن سد مقاومتی دارویی، بخاطر ویژگی اختصاصی بودن آنها از تأثیر و پیامدهای مخرب جهت بافتهای دیگر بدن که عارضه معمول روشهای فعلی درمان سرطان هستند عاری بوده و پراحتی و با کمترین عوارض توسط بیماران تحمل می‌شوند.

منابع:

- 1- Devita principles and practice of oncology, 9th edition
- 2- Wintrobe's clinical hematology, 12th edition
- 3- Harrison's principles of internal medicine, 17th edition



بمدت چند دهه درمان سرطان مشاهده می‌شد که بیمارانی با تومورهای مشابه از نظر بافت شناسی، نتایج درمانی متفاوتی را در عاقبت درمان نشان می‌دهند. امروزه با یافتن تفاوت تعداد و توزیع موتاسیونهای ژن سرطانی این تفاوت پیش‌آگهی و عاقبت بالینی تا حدود زیادی رمزگشایی شده است. سرطانهای ریه و روده بزرگ از مثالهای بارز کاربرد این روش نوین بررسی و درمان ژنی سرطان می‌باشند.

آنالیز ژن سرطان آدنوکارسینوم ریه منجر به شناسایی یک جهش در گیرنده تیروزین کیناز EGFR (Epidermal Growth Factor Receptor) گردید. این جهش منجر به شکل‌گیری نوع خاصی از آدنوکارسینوم ریه سلول غیر کوچک (Non Small Cell Lung Cancer) در زنان غیر سیگاری می‌شود که پیش‌آگهی خوبی داشته و به داروهای هدفمند مهارکننده EGFR-Targeted Therapy پاسخ‌پذیری می‌دهند این داروهای جدید بنام Erlotinib و Gefitinib به شکل قرصهای خوراکی مورد تأیید سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA) قرار گرفته و در این نوع خاص از سرطان ریه جایگزین شیمی‌درمانیهای معمول این بیماری شده است.

مثال دوم از این دست سرطان روده بزرگ می‌باشد که بدنبال آنالیز وسیع ژن این سرطان الگوی جهش ژنی آن بدست آمده و با بهره‌گیری از این جهش، سرطان روده بزرگ را به دو دسته مهم درمانی تقسیم کرده است:

- ۱- سرطان حاوی جهش میر KRAS (حدود ۴۰٪ سرطانهای روده بزرگ)
 - ۲- سرطانهای روده بزرگ فاقد این جهش یا نوع معمول غیر جهش یافته (Wild Type KRAS).
- نوع دوم دیده شده بخوبی به داروهای ضد EGFR که با تکنولوژی آنتی بادی مونوکلونال طراحی شده اند پاسخ داده بنابراین از پیش‌آگهی و سیر بالینی بهتری در مقایسه با نوع جهش یافته برخوردارند. داروی طراحی شده مذکور با نام Cetuximab در بازار دارویی وارد شده که توسط FDA جهت کنترل موارد پیشرفته و انتشار یافته (Metastatic) سرطان روده بزرگ تأیید شده است.

تغذیه و سرطان

تهیه و تنظیم: سید مهدی احمدی
پژوهشگر مرکز تحقیقات سیاست گذاری سلامت

تغذیه و خطر سرطان:

مانند دیگر فاکتور های محیطی، رژیم غذایی و روش زندگی بر خطر سرطان تاثیر گذار است. ترکیبات غذایی ممکن است به DNA سلولهای بدن آسیب وارد کند. همچنین این امکان وجود دارد که مواد سرطان زا در بدن وسیله آنزیم کبدی تغییر متابولیسم داده و یا از شکل گیری مواد سرطان زا در بدن پیشگیری شود. لازم به ذکر است تعادل انرژی دریافتی و نسبت رشد بر تقسیم سلولی تاثیر گذار بوده و نتیجتاً در شکل گیری جهش های ژنتیکی دارند.

تغذیه و افزایش خطر سرطان:

همانطور که در جدول ۱ نشان داده شده چاقی یک ریسک فاکتور برای شماری از انواع مختلف سرطان هاست. که می توان از سرطان شایع مانند کولون و سرطان سینه به عنوان نمونه نام برد. یکی از مکانیسم های شناخته شده در چاقی می توان به تغییر سطوح هورمونهای تاثیر گذار بر رشد سلول، نظیر هورمونهای جنسی، انسولین و چندین نوع از فاکتور های رشد اشاره کرد. به عنوان مثال در مورد سرطان سینه بعد از یائسگی، هورمون استروژن در گیر است. زنان چاق سطوح بالاتری از این هورمون را نسبت به زنان دیگر دارند زیرا بافت چربی تولید کننده این هورمون است.

هر چند مطالعات حیوانی نشان دهنده رابطه مستقیم بین دریافت چربی بالا و پیشرفت در رشد تومور است مطالعات انسانی اثرات مصرف رژیم غذایی با چربی بالا را مستقل از انرژی دریافتی و فعالیت فیزیکی نمی دانند. بسیاری از مطالعات نوع چربی مصرفی را در ایجاد سرطان دخیل می دانند. به عنوان مثال در ایجاد سرطان کولون و رکتال چربی های حیوانی بیشتر از چربی های گیاهی تاثیر گذار است. همچنین روش طبخ غذا نیز می تواند از عوامل تولید کارسینوژنها در مواد غذایی باشد. طبخ گوشت، مرغ و ماهی در دماهای بالا باعث تولید کارسینوژن ها در این نوع غذاها می شود.

سرطان اولین علت مرگ و میر بعد از بیماریهای قلبی و عروقی است. انواع مختلف سرطان در نقاط مختلف بدن بوجود آمده و نیاز به درمان های متفاوت دارند. سرطان های پیشرفته، بویژه آنها که در دستگاه گوارش به وجود می آیند می توانند به صورت جدی به وضعیت تغذیه فرد آسیب وارد کنند. توسعه سرطان که کارسینوژنیزیس نامیده می شود اغلب پروسه ای آهسته و ادامه دار برای چندین دهه است. سرطان ها معمولاً ناشی از جهش ژنتیکی هستند که تقسیم سلولی در سلولهای بدن کنترل می کنند. این جهش ژنتیکی ممکن است با جلوگیری از رشد سلولی در روند رشد سلولها مداخله کرده و مانع مرگ سلولی گردد. توده غیر معمول سلولی، تومور نامیده می شود (نتو پلاسما)، رشد کرده، در نتیجه رگهای خونی پدیدار می گردد که نیاز های تغذیه ای تومور ها را به منظور حمایت از رشد آنها حمایت کند. تومورها می توانند عمل بافتهای نرمال اطراف خود را متوقف کرده و یا ممکن است برخی از تومورها متاستاز پیدا کرده و به مناطق دیگر بدن توسعه یابند. در گذشته تصور می شد که تغذیه اثری بر سرطان ندارد. ولی امروزه محققان ثابت کرده اند که رژیم غذایی روزانه، نقش مهمی در بروز، پیش گیری و درمان انواع سرطان ها ایفا می کند. بدن ما به غذا بیش از هر چیز دیگری نیازمند است و می توان گفت که یک سوم سرطان هایی که منجر به مرگ می شود، با آنچه می خوریم در ارتباط است. تحول در عادات غذایی مردم، گسترش شهرنشینی و افزایش مصرف غذاهای آماده موجب افزایش بروز سرطانها شده است. بعضی از عواملی که در بروز سرطان مؤثرند مانند ارت یا عوامل محیطی، غیرقابل تغییرند ولی اگر نمی توانیم در عوامل محیطی خود تغییری ایجاد کنیم، می توانیم با اصلاح و متعادل ساختن الگوهای غذایی، احتمال ابتلا به سرطان را به میزان قابل توجهی کاهش دهیم. دلایل ابتلا به سرطان در کشورهای مختلف متفاوت است. در جوامع شهری و جوامع پیشرفته، مصرف بیش از حد مواد غذایی (over nutrition) و در جوامع فقیر، کمبودهای تغذیه ای (under nutri-tion) موجب بروز سرطان می شود.

تغذیه و کاهش خطر سرطان

در بسیاری از مطالعات انجام گرفته ارتباط بین مصرف میوه ها و سبزیجات در کاهش خطر ابتلا به سرطان ها به اثبات رسیده است. میوه جات و سبزیجات حاوی نوترینت‌ها و فیتوکمیکالهایی هستند که با فعالیتهای آنتی اکسیدانی خود منجر به کاهش واکنش های اکسیداتیو در سلولها و در نتیجه جلوگیری از آسیب به DNA سلولها می گردد. فیتوکمیکالها با افزایش فعالیت سیستم ایمنی توسعه فعالیت آنزیمی که غیر فعال کننده کارسینوژنها است و جلوگیری از تولید کارسینوژن ها در بدن در پیشگیری از سرطان ها نقش داشته باشند. میوه جات و سبزیجات همچنین به عنوان مواد غذایی تامین کننده فولات شناخته شده اند. فولات در سنتز سلولها و بازسازی آن نقش اساسی را بازی می کند. بنابراین دریافت ناکافی فولات منجر به آسیب DNA می شود.

جدول ۱ ریسک فاکتور های تغذیه برای سرطان

فاکتورهای تغذیه ای	سرطان
فاکتورهای افزایش دهنده خطر سرطان	
چاقی	مری - کولون - رکتوم - پانکراس - صفرا - کلیه - سینه
گوشت های قرمز و فرآوری شده	کولون - رکتوم
نمک و غذاهای نمک سود	معدة
مکمل های بتا کاروتن	مری
رژیم با کلسیم بالا	پروستات
فاکتورهای کاهش دهنده خطر سرطان	
میوه و سبزیجات غیر نشاسته ای	مری - دهان - حنجره - ریه - معده
غذاهای حاوی کاروتنوئیدها	ریه - دهان - حنجره - مری
محصولات تولیدی از گوجه	پروستات
سیر و پیاز	معدة - کولون - رکتوم
مواد غذایی حاوی ویتامین C	مری
مواد غذایی حاوی فولات	پانکراس
غذاهای حاوی فیبر	کولون - رکتوم
شیر و مکمل های کلسیم	کولون - رکتوم
افزایش فعالیت فیزیکی	کولون - سینه - رحم

جدول ۲ توصیه هایی برای کاهش خطر سرطان

حفظ وزن متعادل بدن

- دریافت انرژی غذایی مناسب همراه با فعالیت فیزیکی
- پرهیز از افزایش وزن و افزایش محیط دور کمر
- تلاش برای کاهش وزن در افراد چاق و اضافه وزن

فعالیت فیزیکی

- برای بالغین: فعالیت فیزیکی ۳۰ دقیقه روزانه حداقل ۵ بار در هفته
- برای کودکان: فعالیت فیزیکی ۶۰ دقیقه روزانه حداقل ۵ بار در هفته

انتخاب رژیم غذایی سالم

- مصرف ۵ واحد یا بیشتر از سبزیجات و میوه جات روزانه
- مصرف غلات کامل (سبوس)
- محدودیت مصرف گوشت قرمز
- محدودیت مصرف نمک و غذاهای شور



غذاهای ضد سرطان

به این دلیل مصرف توأم میوه و سبزی در سالاد باعث تقویت اثرات ضد سرطانی ترکیبات موجود در آن ها می شود. به یاد داشته باشید که لیکوپن موجود در گوجه فرنگی یک ترکیب ضد سرطانی مهم است.

یافته های پزشکی

ترجمه و تنظیم: مهرداد سوید، سوگل امیری، سیدرضا رفیع السادات، بگاه جهانی پژوهشگران واحد دانشجویی مرکز تحقیقات سیاست گذاری سلامت

اثرات احتمالی باکتریهای هم زیست روده بر بیماریهای خودایمنی

محققان آلمان نشان دادند که در موش مدل مولتیپل اسکلروز، عدم وجود باکتریهای روده از ایجاد بیماری جلوگیری می کنند. روده تمام پستانداران با باکتری های غیربیماریزا کلونیزه شده است. مدتهاست که ما می دانیم این میکروبیوم های انسانی ملوکولهای مفید مختلفی را تولید می کنند. با این حال یافته هایی که نشان می دهد این باکتریهای غیربیماری زا می توانند روی بیماریهای پستانداران مثل بیماری التهابی روده و حتی چاقی اثر گذارند، درحال افزایش است. گروهی در آلمان شواهدی بر این یافته ها افزودند مبنی بر اینکه باکتریهای هم زیست روده روی ابتلا و وخامت بعضی از بیماریهای خودایمنی اثر می گذارند. محققان از یک نژاد از موش های دورگه ای که به صورت خود بخودی به یک بیماری شبه مالتیپل اسکلروزیس مبتلا می شدند استفاده کردند . وقتی که این موشها در محیط کاملا استریل رشد میکردند هیچ کدام این بیماری را نگرفتند. هنگامی که این موشهای غیر آلوده با باکتریهای هم زیست روده (نرمال فلورا) کلونیزه شدند (در روده موشها باکتری کلونیزه شد) موشها بی درنگ به بیماری مبتلا شدند. محققان نشان دادند که کلونیزه شدن روده با باکتریهای هم زیست روده، میزان سلولهای T helper تولید کننده اینترلوکین ۱۷ را زیاد می کند. افزایش یافتن نسبت T helper ۱۷ به سلول های T تنظیم کننده (T reg) ایجاد واکنش های خود ایمنی را افزایش می دهد. این گزارش منعکس کننده ۲ مطلب جدید مهم در زیست شناسی پستانداران (احتمالاً انسان) است. نخست اینکه ممکن است باکتریهای هم زیست روده روی ابتلا به بیماری هایی اثر گذارد که روی اندام هایی غیر از روده اثر می گذارند. دوم باکتریهای روده که میزان سلولهای T helper ۱۷ را زیاد یا سلولهای T reg را کم می کنند ممکن است محرک ایجاد بیماری های خود ایمنی باشند.

توصیه سازمان بهداشت جهانی برای سلامت تغذیه قراردادن یک ظرف پر از سبزی روی سفره در هر وعده غذایی بود. بررسی ها نشان داده افرادی که از نظر ژنتیکی مستعد بروز سرطان روده بزرگ هستند، مصرف مواد فیبری از رشد و تغییر پولیپ های روده ای جلوگیری می کند. یک مطالعه بر روی کسانی که مستعد بروز سرطان روده بوده اند و نشانه هایی از تغییرات سلولی را در بافت پوششی روده داشته اند نشان داد. مصرف روزانه سبزه گرم سیوس گندم به مدت چند هفته از روند رشد و تغییرات بدخیمی در سلول های روده می کاهد. علاوه بر این مصرف غذاهای فیبری باعث کاهش بروز سرطان سینه می شود. زیرا مواد حاصل از ترکیبات فیبری می تواند در رقابت با جذب استروژن مانع جذب این هورمون در سلول های پستانی شود که در نتیجه از خطر سرطان زایی استروژن کاسته می شود. متخصصان علم تغذیه مصرف روزانه مواد فیبری را توصیه می کنند. از بهترین منابع مواد فیبری که دارای خواص ضد سرطان هستند می توان به: سیوس، گندم، لوبیا قرمز، لوبیا سفید، آرد کامل گندم، حبوبات، نخود، عدس، نان های سیوس دار و آلو اشاره کرد. هر کسی می تواند با تغییر اندکی در رژیم غذایی بدون تحمیل هزینه های بالا باعث افزایش مواد فیبری در رژیم غذایی خود شود. نتیجه صدها مطالعه نشان دهنده ارتباط مستقیم کاهش ابتلا به انواع سرطان با مصرف میوه و سبزی های تازه است. همچنین مصرف میوه و سبزی باعث کاهش تمایل افراد نسبت به مصرف مواد پرچرب می شود که این امر خود خطر بروز سرطان را می کاهد. در میان سبزی ها، خانواده چلیپاییان (تره تیزک یا شاهی) دارای بیشترین اثر ضد سرطانی هستند. از انواع سبزی های معروف این خانواده می توان به انواع کلم، کاهو، کلم پیچ، اسفناج و غیره اشاره کرد. در نظر داشته باشید گیاهانی که دارای برگ های سبز تیره هستند مانند اسفناج (به جای کاهو) برای انتخاب برتری دارند. از سبزی های مفید دیگر می توان به کلم بروکلی، گوجه فرنگی، فلفل قرمز و لوبیا سبز اشاره کرد. افزودن کمی پودر سیر به سالاد رژیم ضد سرطانی را کامل می کند. بررسی های نشان داده است که وقتی ترکیبات آنتی اکسیدان مانند ویتامین C و E و بتاکاروتن با همدیگر مصرف شوند، دارای اثرات بیشتری هستند.

چه زمانی باید تراکم سنجی استخوان تکرار شود؟

غربالگری همیشه در بازه های زمانی مشخص و معقول صورت می گیرد. تراکم سنجی استخوان (BMD) نیز از این امر مستثنی نیست. در یک مطالعه که در سال ۲۰۱۲ منتشر شد، محققان فواصل معقول برای غربالگری BMD را مورد بررسی قرار دادند. آنها ۵۰۰۰ زن (سن \leq ۶۷) بدون پوکی استخوان را وارد مطالعه کرده و مورد تراکم سنجی استخوان قرار دادند و آنها را به مدت ۱۵ سال پیگیری کردند. میزان BMD پایه به چهار دسته نرمال، استئوپنی خفیف، استئوپنی متوسط و استئوپنی شدید پیشرفته تقسیم شد. مدت زمانی که طی آن حداقل ۱۰٪ از زنان به پوکی استخوان (نمره T کمتر از -۲/۵) برای کسانی که دارای BMD پایه نرمال یا استئوپنی خفیف بودند بیشتر از ۱۵ سال بود در حالیکه این مدت برای کسانی که در ابتدای مطالعه استئوپنی متوسط داشتند ۵ سال و برای کسانی که استئوپنی متوسط تا پیشرفته داشتند ۱ سال بود. این نتایج حتی پس از حذف اثر متغیرهای مخدوش کننده از جمله سن، شاخص توده بدنی و متغیرهای مربوطه دیگر، تغییر نکردند. زمان تخمین زده شده برای اینکه ۲٪ از زنان دچار شکستگی های مهره یا لگن شوند حداقل ۱۵ سال برای کسانی که دارای BMD پایه نرمال یا استئوپنی خفیف و ۵ سال برای افرادی که مبتلا به استئوپنی متوسط تا پیشرفته بودند در نظر گرفته شد. نتایج این مطالعه تکرار تراکم سنجی استخوان در بازه های چند ساله را به چالش می کشد. چرا که حداقل ۱۵ سال زمان لازم است که افراد نرمال یا دارای استئوپنی خفیف، به استئوپروز مبتلا شوند. با این حال برای زنانی که BMD پایه آنها در محدوده مبتلا به استئوپنی است فواصل غربالگری کوتاهتری مورد نیاز است. نتایج این مطالعه باید در به روزرسانی دستورالعمل های غربالگری مورد استفاده قرار گیرد. با این حال باید در نظر داشته باشید که عوامل دیگری علاوه بر BMD بر ریسک شکستگی اثر می گذارد و همچنین در این مطالعه مشخص نشده است که چه کسانی از درمان سود می برند.

مصرف کافئین ریسک ابتلا به کبد چرب غیرالکلی را کاهش می دهد

در حال حاضر کبد چرب غیرالکلی (NAFLD) که نظاهر کبدی سندروم متابولیک محسوب می شود، شایع ترین بیماری کبدی می باشد. اگرچه تحقیقات اخیر نشان می دهند که نوشیدن قهوه نقش محافظتی در مقابل بیماری های مزمن کبدی دارد، اما اطلاعات در مورد نقش مصرف کافئین در بیماری NAFLD در دسترس نمی باشد. در این راستا محققان دانشگاه فایرفاکس آمریکا به بررسی اثرات رژیم غذایی در ریسک ابتلا به NAFLD پرداختند. در این مطالعه از پرسشنامه ای شامل ۶۲ ماده غذایی جهت جمع آوری داده ها استفاده شد. نتایج این مطالعه که در سال ۲۰۱۲ به چاپ رسیده است نشان می دهد که مصرف کافئین به صورت معنی داری در افراد سالم نسبت به افراد مبتلا به NAFLD بالاتر بود. پس از حذف متغیرهای مخدوش کننده با استفاده از مدل رگرسیون، این اختلاف همچنان معنی دار بود. نتایج همچنان نشان داد که ۵ عامل نژاد آمریکایی-آفریقایی، جنس مرد، چاقی، مصرف کافئین و میزان مصرف آب روی به صورت مستقل بر روی ریسک NAFLD تاثیر دارند. این مطالعه نشان می دهد که مصرف کافئین مستقلاً با ریسک کمتر ابتلا به NAFLD ارتباط دارد و یا به عبارت دیگر مصرف کافئین اثر محافظتی در ابتلا به NAFLD دارد. مکانیسم این اثر موضوع مطالعات آینده می باشد.

نظارت شخصی بر مصرف داروهای ضد انعقاد خوراکی

در حال حاضر با استفاده از دستگاه های تست قابل حمل، بیمارانی که داروی وارفارین مصرف می کنند، می توانند از INR خود در خانه مطلع شده و حتی می توانند نتیجه این آزمایش ها را به پزشکان خود برای تنظیم کردن دوز مورد نظر داروی وارفارین (خود آزمایی) ارسال کنند یا اینکه از یک الگوریتم مشخص برای تنظیم کردن دوز موردنظر استفاده کنند (خود مدیریت). در یک متآنالیز، محققان انگلیسی اطلاعات ۶۴۱۷ بیمار در ۱۱ کارآزمایی بالینی را مورد بررسی قرار دادند تا بتوانند نظارت شخصی و روش معمول را با هم مقایسه کنند.

بیشترین مدت پیگیری در این مطالعات ۵ سال بود. بیمارانی که به از روش نظارت شخصی نسبت به بیمارانی که به صورت مرسوم تحت مراقبت بودند، به طور قابل توجهی کمتر دچار حوادث ترومبوآمبولیک (نسبت خطر=۰/۵۱) و حوادث همورازیک (نسبت خطر=۰/۸۸) و مرگ و میر (نسبت خطر=۰/۸۲) بودند. در تمام زیرگروه‌های از پیش تعیین شده، خطر ابتلا به ترومبوآمبولی برای بیماران دارای دریچه های مکانیکی، مردان جوان تر از ۵۵ سال و بیماران شیوه خود مدیریت (نه خودآزمایی تنها) کمتر بود. در طول این پیگیری بیماران در شیوه نظارت شخصی، INR خود را نسبت به کسانی که تحت مراقبت های مرسوم بودند بیشتر مورد آزمایش قرار دادند. آیا برداشتن گره لنفاوی زیر بغل در بیماران مبتلا به سرطان پستان دارای گره لنفاوی نگهبان (Sentinel) مثبت ضروری است؟

بقای کلی (Overall survival) و بقای بدون بیماری (Disease-free survival) در زنانی که متاستاز گره لنفاوی نگهبان (SLN) در آنان گزارش شده ولی گره لنفاوی زیر بغل (ALN) آنان برداشته نشده، کاهش نیافته است. در بیماران مبتلا به سرطان سینه با عمل برداشت گره لنفاوی نگهبان (SLND) در مواردی که SLN آنان بدون تومور گزارش شده، دیگر نیازی به انجام عمل برداشت گره لنفاوی زیر بغل (ALND) نخواهد بود. با اینکه ALND برای بیمارانی که SLN آن‌ها درگیر تومور شده اقدامی استاندارد به حساب می آید؛ اما هنوز مشخص نیست با این اقدام بقای کلی بیماران افزایش می یابد. اکنون در یک کارآزمایی تصادفی آینده نگر noninferiority انجام شده توسط جراحان تومورشناسی کالج آمریکایی، این مورد، بررسی شده است. زنانی که SLND آن‌ها متاستاتیک تشخیص داده شده بود به صورت تصادفی به ۲ گروه تقسیم شدند؛ آن‌هایی که ALND روی آن‌ها انجام شد (۴۴۵ بیمار) و بیمارانی که گره لنفاوی زیر بغل آن‌ها توسط جراحی برداشته نشد (۴۴۶ بیمار). (زنان واجد شرایط کسانی بودند که تومور پستان تهاجمی (invasive) زیر ۵ سانتی متر داشته و یک یا دو SLN مثبت داشته اند .

بر روی تمام بیماران انجام شد؛ همچنین همگی آن‌ها پرتودرمانی کامل پستان بعد از جراحی Breast-conserving داشتند، به اضافه اینکه ۹۶٪ بیماران درمان سیستمیک همراه نیز دریافت کردند. در کسانی ALND به همراه SLND داشتند به طور متوسط ۱۷ مورد گره لنفاوی زیربغل برداشته شد درحالی که این تعداد در کسانی که فقط SLND داشتند به طور متوسط ۲ مورد بود ($p < 0.001$). در میان بیمارانی که ALND شده بودند، ۲۷/۴٪ آنان غده های درگیر دیگر نیز داشتند. هیچ کدام از دو مورد بقای کلی و بقای بدون بیماری در میان کسانی که ALND شده بودند تحت تأثیر قرار نگرفته بود. در یک پیگیری ۶۳ ساله بقای کلی ۵ ساله در مورد بیماران گروه ALND، ۸۱۹۷٪ بود و کسانی که فقط SLND شده بودند ۹۲/۵٪. بقای ۵ ساله بدون بیماری در کسانی که ALND شده بودند ۸۲/۴٪ و در بیماران گروه SLND به تنهایی، ۸۳/۹٪ بود. این نتایج تأثیربخش، نشان می دهند که علیرغم درگیری احتمالی گره لنفاوی زیر بغل، حذف عمل ALND تغییری بر روی بیماران از لحاظ بقای کلی و بقای بدون بیماری ایجاد نمی کند. آمار بالای زنده ماندن در این بیماران مبتلا به سرطان پستان با درگیری گره لنفی، نشان می دهد که بار و میزان تومور در ALN درگیر به طور نسبی پایین است. از نظر دیگر اهمیت و تأثیر درمان های سیستمیک و موضعی را نشان می دهد. بیشتر بیماران با درگیری SLN در گروهی که فقط SLND روی آن‌ها انجام شد، در آینده متاستازی در گره های لنفاوی دیگر نداشتند که این خود تأکیدی است بر این اندیشه در حال رشد که ALND در چنین زنانی غیر ضروری است (از عوارض ALND ادم لنفاوی در دست، سندروم های درد و اختلال در عملکرد شانه است). بر اساس همین اطلاعات بسیاری از گروه های چندرشته ای در ایالات متحده شروع کرده اند به حذف ALND در بیمارانی که SLN درگیر دارند. این بیماران در ادامه سیر درمانی خود، درمان های سیستمیک همراه به اضافه پرتودرمانی کل سینه خواهند گرفت.

بیشترین مدت پیگیری در این مطالعات ۵ سال بود. بیمارانی که به از روش نظارت شخصی نسبت به بیمارانی که به صورت مرسوم تحت مراقبت بودند، به طور قابل توجهی کمتر دچار حوادث ترومبوآمبولیک (نسبت خطر=۰/۵۱) و حوادث همورازیک (نسبت خطر=۰/۸۸) و مرگ و میر (نسبت خطر=۰/۸۲) بودند. در تمام زیرگروه‌های از پیش تعیین شده، خطر ابتلا به ترومبوآمبولی برای بیماران دارای دریچه های مکانیکی، مردان جوان تر از ۵۵ سال و بیماران شیوه خود مدیریت (نه خودآزمایی تنها) کمتر بود. در طول این پیگیری بیماران در شیوه نظارت شخصی، INR خود را نسبت به کسانی که تحت مراقبت های مرسوم بودند بیشتر مورد آزمایش قرار دادند. آیا برداشتن گره لنفاوی زیر بغل در بیماران مبتلا به سرطان پستان دارای گره لنفاوی نگهبان (Sentinel) مثبت ضروری است؟

بقای کلی (Overall survival) و بقای بدون بیماری (Disease-free survival) در زنانی که متاستاز گره لنفاوی نگهبان (SLN) در آنان گزارش شده ولی گره لنفاوی زیر بغل (ALN) آنان برداشته نشده، کاهش نیافته است. در بیماران مبتلا به سرطان سینه با عمل برداشت گره لنفاوی نگهبان (SLND) در مواردی که SLN آنان بدون تومور گزارش شده، دیگر نیازی به انجام عمل برداشت گره لنفاوی زیر بغل (ALND) نخواهد بود. با اینکه ALND برای بیمارانی که SLN آن‌ها درگیر تومور شده اقدامی استاندارد به حساب می آید؛ اما هنوز مشخص نیست با این اقدام بقای کلی بیماران افزایش می یابد. اکنون در یک کارآزمایی تصادفی آینده نگر noninferiority انجام شده توسط جراحان تومورشناسی کالج آمریکایی، این مورد، بررسی شده است. زنانی که SLND آن‌ها متاستاتیک تشخیص داده شده بود به صورت تصادفی به ۲ گروه تقسیم شدند؛ آن‌هایی که ALND روی آن‌ها انجام شد (۴۴۵ بیمار) و بیمارانی که گره لنفاوی زیر بغل آن‌ها توسط جراحی برداشته نشد (۴۴۶ بیمار). (زنان واجد شرایط کسانی بودند که تومور پستان تهاجمی (invasive) زیر ۵ سانتی متر داشته و یک یا دو SLN مثبت داشته اند .

همچنین مرگ مختص بیماری در گروه جراحی کمتر است (بروز تجمعی مرگ به خاطر سرطان پروستات در ۱۵ سال ۱۴/۶٪ در برابر ۲۰/۷٪، خطر نسبی ۰/۶۲). افزایش بقایی (survival) که در گزارش اول به آن اشاره شد به قوت خود باقی بود و تنها به گروه سنی زیر ۶۵ سال محدود می شد.

نکته شایان توجه اینکه از میان مردانی که پروستاتکتومی رادیکال انجام داده بودند، آن هایی که تومورشان رشد خارج کپسولی داشته نسبت به آن هایی که این رشد را نداشتند، خطر مرگ ۷ برابری داشتند. در این مطالعه که به خوبی اجرا شده است، نتایج بیاتگر یک افزایش در بقا برای مردان زیر ۶۵ سالی است که عمل پروستاتکتومی رادیکال به منظور برداشتن سرطان لوکالیزه پروستات انجام داده اند. اما همان طور که مورد توجه یکی از اعضای هیئت تحریریه قرار گرفته، این افزایش در بقا که با جراحی پروستاتکتومی رادیکال در مردان اسکندیناوی با سرطان کم خطر پروستات همراه بود، ممکن است در مورد مردان آمریکایی که در مراحل اولیه سرطان کم خطر پروستات به سر می برند صدق نکند. در کارآزمایی کنونی ۸۸٪ مردان اسکندیناوی تومور قابل لمس پروستات داشتند و سرطان آن ها در ۵/۲٪ موارد به وسیله اسکرین تشخیص داده شده بود. برعکس، از مردان آمریکایی که به تازگی سرطان آن ها تشخیص داده شده بود، کمتر از ۵۰٪ تومور قابل لمس داشتند و اکثر سرطان ها با اسکرین کردن تشخیص داده شده اند.

غربالگری سالیانه سرطان ریه با رادیوگرافی قفسه سینه میزان مرگ و میر آن را کاهش نمی دهد

آزمایش خلط، رادیوگرافی قفسه سینه یا هر دو برای انجام غربالگری سرطان سینه مفید نیستند. البته این یافته بر اساس نتایج مطالعات کوچک بیان گردیده است. در مطالعه بسیار بزرگی که اخیراً در آمریکا انجام گرفته است، غربالگری رادیوگرافی قفسه سینه با پروتکل معمول مقایسه شد. نزدیک به ۱۵۵۰۰۰ نفر به صورت تصادفی (در رده سنی ۵۵-۷۴ سال که ۴۵٪ آنها هیچ گاه سیگاری نبودند) برای انجام رادیوگرافی قفسه سینه سالیانه به مدت ۴ سال یا انجام درمان معمول انتخاب شدند.

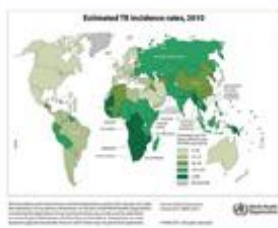
با این وجود این نتایج هنوز برای زنانی که جزء موارد زیر می باشند قابل استفاده نخواهد بود: زنانی که بیماری آن ها خود را با گره های قابل لمس نشان داده است، کسانی که شیمی درمانی قبل از عمل دریافت می کنند، کسانی که تحت ماستکتومی قرار گرفته اند، کسانی که پرتودرمانی بعد از عمل دریافت نمی کنند و یا زنانی که پرتودرمانی ناقص پستان (Partial-breast radiotherapy) انجام خواهند داد.

مقایسه نتیجه جراحی با مراقبت (Observation) در مراحل اولیه سرطان پروستات

در طی پیگیری های انجام شده که میانگین مدت آن ها ۱۲/۸ سال بوده، میزان مرگ و میر در بین کسانی که جراحی پروستاتکتومی رادیکال انجام دادند در مقایسه با کسانی که تحت مراقبت دقیق بودند، کمتر بود. در کارآزمایی قبلی که بر روی ۶۹۵ مرد با سرطان لوکالیزه پروستات انجام گرفته بود، مطالعات گروهی سرطان پروستات شماره ۴ اسکندیناوی نشان دادند که در یک پیگیری با میانگین طول مدت ۱۰/۸ سال، بیماری که به طور تصادفی مورد عمل پروستاتکتومی رادیکال قرار گرفته بودند خطر مرگ و میر و متاستاز کمتری نسبت به گروهی که فقط تحت مراقبت قرار گرفته بودند، داشتند.

در این مطالعه بیماران گروه جراحی که با عود موضعی توده روبه رو شدند (قابل لمس یا تأیید شده به وسیله هیستولوژی) تحت هورمون درمانی قرار گرفتند. بیماران گروه مراقبت که مشکلات انسدادی در تخلیه مثانه داشتند مورد عمل جراحی رزکسیون از طریق پیشابراه قرار گرفتند و کسانی که اسکن استخوان آن ها شواهدی بر وجود متاستاز را نشان می داد مورد هورمون درمانی قرار گرفتند. اکنون، این گروه از محققان نشان دادند که با پیگیری با میانگین طول مدت ۱۲/۸ سال، مرگ و میر در بین گروه جراحی کمتر از گروه تحت مراقبت بوده است (۴۷/۸٪ در برابر ۵۷/۸٪).

در سال ۲۰۱۰ میلادی ۸/۸ میلیون مورد جدید سل در دنیا بروز کرده است که ۲/۲ میلیون مورد آن "زن" بوده است، بطور کلی ۱۳٪ موارد سل در بیماران HIV مثبت بوده است. همچنین در این سال ۱/۱ میلیون مرگ ناشی از سل در بیماران HIV منفی و ۳۵۰۰۰۰ مورد مرگ ناشی از سل در بیماران HIV مثبت بوده است. بطور کلی می توان گفت که میزان مرگ و میر سل در دنیا در حال حاضر به میزان یک سوم نسبت به سال ۱۹۹۰ کاهش یافته است. میزان بروز کنونی سل در دنیا ۱۳۷ نفر بازاء هر یکصد هزار نفر می باشد که با نرخ ۱ درصدی کاهش سالانه روبرو است. بر طبق آخرین آمار ارائه شده توسط سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۰ میزان بیماریابی سل ریوی اسمیر خلط مثبت در دنیا ۶۵٪ حد انتظار و میزان موفقیت درمانی این بیماران در جهان ۸۷٪ بوده است. ۲۲ کشور در دنیا به اهداف مقرر توسط سازمان بهداشت جهانی (WHO) یعنی ۷۰٪ بیماریابی و ۸۵٪ موفقیت درمانی موارد سل ریوی اسمیر خلط مثبت رسیده اند و ۲۲ کشور از نظر سل بار زیادی را متحمل شده اند.



- در سطح منطقه مدیترانه شرقی (EMRO) که ایران جزء آن است، در مقایسه با سال ۱۹۹۰ به چه چیز دست یافته ایم؟
- میزان بروز ۱۱۱/۰۰۰،۱۰۰ (۸٪ کاهش)
- میزان شیوع ۱۷۹/۰۰۰،۱۰۰ (۳۳٪ کاهش)
- میزان مرگ و میر ۱۸/۰۰۰،۱۰۰ (۴۷٪ کاهش)
- میزان موفقیت درمان: ۸۸٪ (برای دومین سال متوالی)

بررسی از ۱۸ سال پیش شروع شده و معیاری برای حذف نمونه های مورد مطالعه وجود نداشت بجز وجود سرطان از قبل. میزان بروز سرطان ریه حدود ۲۰ در هر ۱۰۰۰۰ نفر در سال بود (در طول ۱۳ سال پیگیری). میزان بروز سرطان ریه از ۳/۱ برای غیر سیگاری ها تا ۸۳ برای افراد سیگاری متفاوت بود. از لحاظ هیستولوژی نیز بین دو گروه مورد مطالعه تفاوتی وجود نداشت. در هر یک از گروه ها حدود ۱۲۰۰ مرگ به علت سرطان ریه اتفاق افتاد و میزان مرگ و میر در دو گروه شبیه بود. نتایج این مطالعه که در سال ۲۰۱۱ در مجله JAMA به چاپ رسیده است، احتمالاً به این تفکر که انجام رادیوگرافی قفسه سینه مرگ و میر ناشی از سرطان ریه را کم می کند، پایان می دهد. زیرا انتشار نتایج مطالعه غربالگری مژی سرطان ریه (NLST) نشان داد که انجام CT در مقایسه با انجام رادیوگرافی قفسه سینه، مرگ و میر ناشی از سرطان ریه را در افراد سیگاری ۲۰ درصد کاهش می دهد. مطالعه ی اخیر همچنین مزیتی را برای غربالگری سالیانه با رادیوگرافی قفسه سینه برای افراد با ریسک بالا گزارش نکرد. با این حال انجام CT بطور روتین و معمول به تصمیمات آینده سیاست گذاران و مطالعات هزینه-فایده بستگی دارد.

سل بیماری نوپدید و بازپدید و چالشهای تشخیصی و درمانی آن به همراه آخرین وضعیت اپیدمیولوژیکی آن در دنیا، منطقه مدیترانه شرقی، ایران و استان فارس

تهیه و تنظیم: دکتر بهنام هنرور
متخصص پزشکی اجتماعی و مسئول مراقبت سل استان فارس

وضعیت موجود سل در دنیا، منطقه مدیترانه شرقی

در بین تمام بیماریهای مسری، سل کما کان اولین قاتل بالغین در کشورهای حوزه مدیترانه شرقی است و این در حالی است که سل کاملاً قابل پیشگیری و علاج است. سل سالانه ۱۱۱۰۰۰ مرگ در منطقه مدیترانه شرقی و سالانه ۲ میلیون مرگ را در دنیا سبب می شود که رنج وسختیهای خانواده بیماران مسلول و اقوام و جوامع آنها را که مستقیماً و غیر مستقیماً از این بیماری تاثیر می پذیرند را بایستی به مورد بالا افزود، وضعیتی که دیگر نبایستی به آن اجازه پیشروی داد.

کنگره های و سمینارهای بین المللی در زمینه سرطان (به ترتیب زمان برگزاری)

Congress Title	Location	Date	Website
6th National Congress of Iranian Society for Pediatric Hematology and Oncology	Ahvaz (Iran)	8-10 February 2012	www.hamayeshsazan.com/cancer90/
2012 Genitourinary Cancers Symposium	San Francisco (USA)	2-4 February 2012	www.gucasymposium.org
Pediatric Cancer Translational Genomics	Phoenix (USA)	6-8 February 2012	www.tgen.org
ASCO-German Cancer Society Joint Symposium, German Cancer Congress	Berlin (Germany)	24-25 February 2012	www.krebsgesellschaft.de
1st Joint Conference on Management of Colorectal, Breast, and Lung Cancers	Dammam (Saudi Arabia)	7-8 March 2012	www.asco-gulf.com
Clinical Research Training Program for Hematology and Oncology Investigators	Amman (Jordan)	23-24 March 2012	www.amaac.org
12th Pan Arab Cancer Congress	Tunisia (Tunisia)	25-28 April 2012	www.amaac.org
XXXIV World Congress (International Society of Hematology - ISH)	Cancun (Mexico)	25-28 April 2012	www.hematology2012.com
4th IMPAKT Breast Cancer Conference	Brussels (Belgium)	3-5 May 2012	www.esmo.org/events/breast-2012
Advancing Evidence-based Cancer Control: Linking Researchers and Communities	Houston (USA)	30 May 2011	www.mdanderson.org/conferences
The 10th International Conference of the Asian Clinical Oncology Society	Seoul (South Korea)	13-15 June 2012	www.acos2012.org
International Clinical Trials Workshop - Advance Cancer Course with the Sociedade Brasileira De Oncologia Clinica (SBOC) and NCI Global Center for Health	Sao Paulo (Brazil)	16-18 August 2012	www.sbo.org.br
NCRI Cancer Conference	Liverpool (United Kingdom)	4-7 November 2012	www.ncri.org.uk/ncriconference

The First Iranian International Conference on Women's Health
June 14 and 15, 2012
Shiraz, Iran

TOPICS:

- Healthy Aging
- Non-communicable Diseases
- Communicable Diseases
- Psychosocial Aspects of Women's Health
- Health Promotion
- Reproductive Health
- Nutrition in pregnancy, breast feeding and menopause

Abstract Submission Deadline: **March 31, 2012**

Sina and Sadra Conventional Center, Shiraz, Iran
Health Policy Research Center, Shiraz University of Medical Sciences
www.health-policy.ir
Tel: +98-711-2302799
Fax: +98-711-2309615

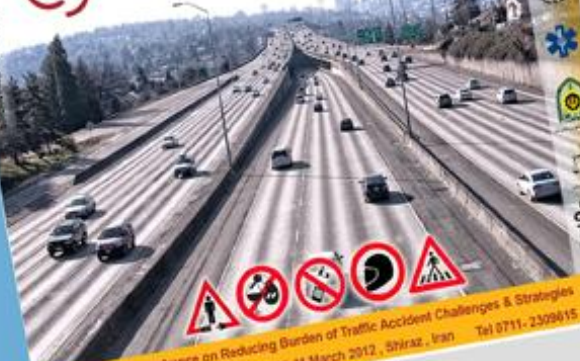
Together we can
Save millions
of lives.

2nd International Conference on Reducing Burden of Traffic Accident Challenges & Strategies



دومین سمینار بین المللی کاهش سوانح ترافیکی، چالش ها و راهکارهای پیش رو

شیراز، سالن سینا و صدرا ۲۰ و ۲۱ اسفند ماه ۱۳۹۰
مهلت ارسال مقاله: ۳۰ دیماه ۱۳۹۰



2nd International Conference on Reducing Burden of Traffic Accident Challenges & Strategies
10-11 March 2012, Shiraz, Iran Tel: 0711-2309615
www.health-policy.com

جهت دریافت الکترونیکی نشریه کلید سلامت (اشتراک رایگان الکترونیکی)
می توانید به وب سایت مرکز مراجعه و ثبت نام نمایید.

www.health-policy.ir

نشانی: شیراز/خیابان زند/دانشکده پزشکی شماره ۲/طبقه ۸
مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت

صندوق پستی: ۷۱۳۴۵-۱۸۷۷

تلفن و فکس: ۰۷۱۱-۲۳۰۹۶۱۵