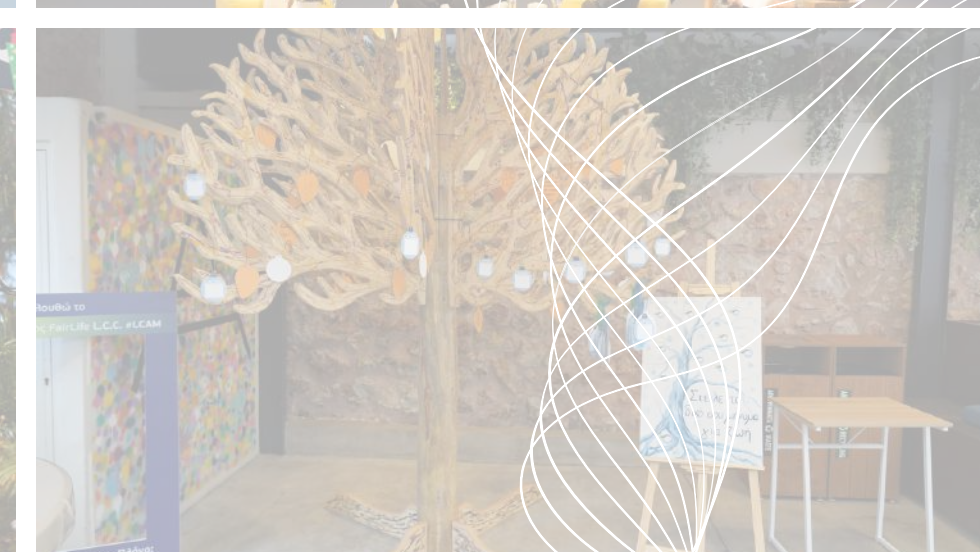
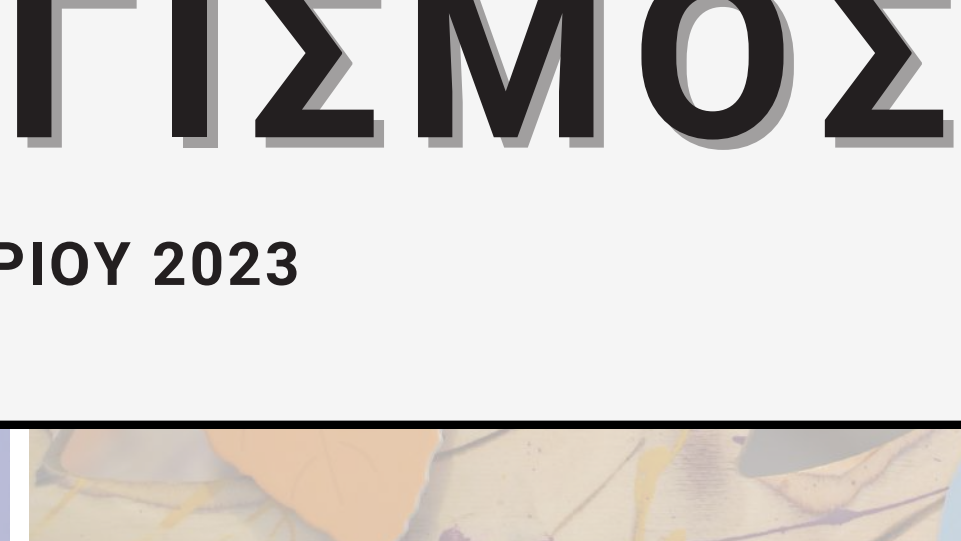
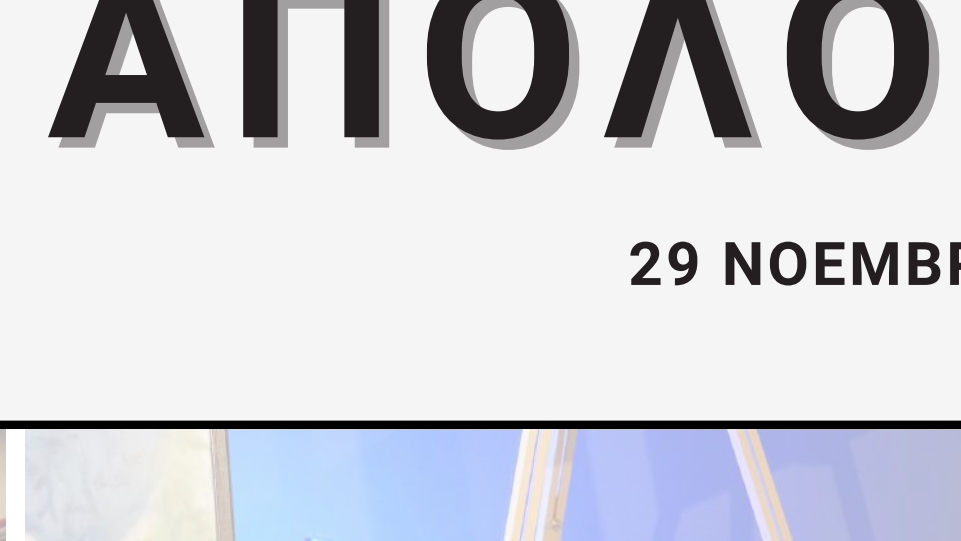
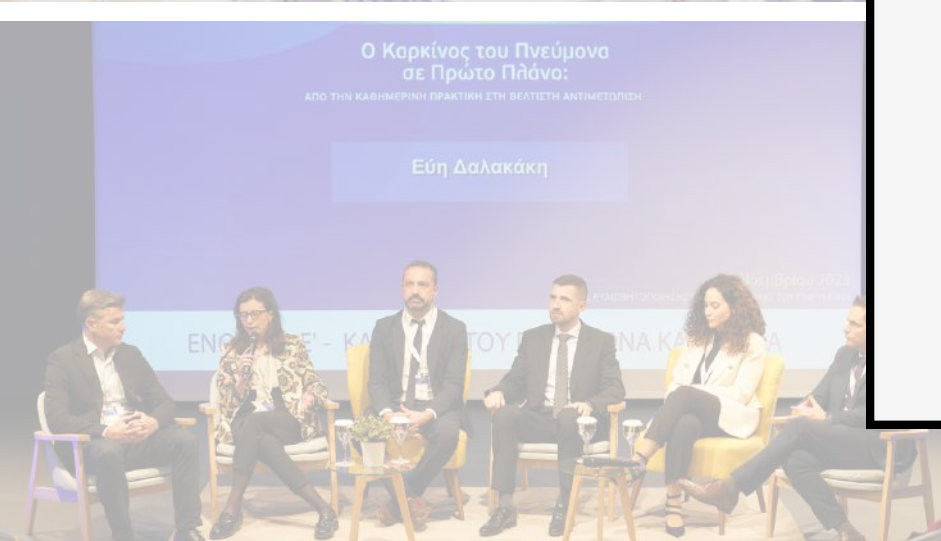


3ο Ετήσιο Συνέδριο ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ

29 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2023



Το Συνέδριο σε νούμερα

Ομιλητές & Σχολιαστές

53

Διαδικτυακές & δια ζώσης συμμετοχές

+ 3.130

Επισκέψεις στο Website

2.800

Newsletters

14

Υποστηρικτές

7

Εθελοντές

21

Αιγίδες

18



ΧΡΗΣΙΜΟΙ ΣΥΝΔΕΣΜΟΙ



**Απολογιστικό
Δελτίο Τύπου**



**Trailer
Συνεδρίου**



**Webpage
Συνεδρίου**



**Live Streaming
Συνεδρίου**



Καλωσόρισμα

Κορίνα Πατέλη-Bell

Πρόεδρος FairLife Φροντίδα και Πρόληψη για τον καρκίνο του πνεύμονα

Καλημέρα σας. Θεοφιλέστατε Επίσκοπε Ταλαντίου, κύριε Επιφάνιε, εκπρόσωπε του Μακαριότατου Αρχιεπισκόπου Αθηνών και Πάσης Ελλάδος κύριου Ιερωνύμου, αξιότιμε κύριε Υπουργέ, αξιότιμε κύριε καθηγητά, αξιότιμοι προσκεκλημένοι και όσοι μας παρακολουθείτε διαδικτυακά - πρέπει να σας πω ότι είχαμε πάνω από 950 εγγραφές να μας παρακολουθήσουν διαδικτυακά και περίπου 120 -130 διά ζώσης, το οποίο θεωρώ ότι είναι ένα πάρα πολύ σημαντικό νούμερο. Φίλες και φίλοι της FairLife. Για 3η συνεχόμενη χρονιά είμαστε εδώ σύμμαχοι στο κοινό αγώνα, την υπεύθυνη ενημέρωση για την πρόληψη και την ευαισθητοποίηση απέναντι στον καρκίνο του πνεύμονα. Το Συνέδριο της FairLife έχει μετεξελιχθεί σε θεσμό. Η διοργάνωση του Συνεδρίου τον μήνα Νοέμβριο μήνα ευαισθητοποίησης για τον καρκίνο του πνεύμονα συμπίπτει και με τα γενέθλια της FairLife.

Πριν από 3 χρόνια ήρθαμε κοντά -μια ομάδα ανθρώπων - με όραμα να κάνουμε τον πόνο της απώλειας σπόρο αγάπης, ενσυναίσθησης και ενέργειας για ένα κόσμο ελεύθερο από το βάρος της ασθένειας. Ξέρω ότι αυτό μπορεί να ακούγεται ουτοπικό, αλλά είναι πραγματικά ένα όραμα. Στην πορεία μας συναντήσαμε πολλά εμπόδια μα και άλλες τόσες χαρές. Κυρίως όμως μάθαμε πολλά από τους ασθενείς, τους φροντιστές τους και τις οικογένειές τους που βιώνουν τον καρκίνο του πνεύμονα στην Ελλάδα και όχι μόνο. Μάθαμε από την δύναμη τους, τις ανάγκες τους και την πίστη τους για τη ζωή. Σε αυτούς λοιπόν τους γενναίους ανθρώπους είναι αφιερωμένη στη σημερινή εκδήλωση. Στους αγαπημένους...Ήταν και οι 2 πολύ αγαπημένοι, πρέπει να ομολογήσω, με την Μαίρη δουλέψαμε στο LuCE της ΕΕ και ο Διαμαντής ήταν κοντά μας σε προηγούμενες ημερίδες και webinars, ένας άνθρωπος με πολύ, με πολύ μεγάλο θάρρος, πολύ μεγάλη δύναμη. Σε αυτούς λοιπόν, τους ανθρώπους που έφυγαν τελευταίες μέρες από κοντά μας, αλλά και σε εκείνους που δεν προλάβαμε να γνωρίσουμε, σε όλους αυτούς τους μαχητές της ζωής που βιώνουν τον καρκίνο του πνεύμονα είναι αφιερωμένη η σημερινή ημέρα.



Καλωσόρισμα



Κορίνα Πατέλη-Bell

Πρόεδρος FairLife Φροντίδα και Πρόληψη για τον καρκίνο του πνεύμονα

Επιτρέψτε μου σε αυτό το σημείο να ευχαριστήσω από καρδιάς τον Θεοφιλέστατο Επίσκοπο Ταλαντίου κύριο Επιφάνιο που βρίσκεται σήμερα κοντά μας, εκπροσωπώντας τον Μακαριώτατο Αρχιεπίσκοπο Αθηνών και Πάσης Ελλάδος κύριο Ιερώνυμο. Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω τους 50 και πλέον εκπροσώπους φορέων από την επιστημονική και ερευνητική κοινότητα, τους συλλόγους ασθενών, τους φορείς της πολιτείας. Ευχαριστώ πολύ που είστε κοντά μας κύριε Θεμιστοκλέους, ευχαριστώ πολύ και την κυρία Γκάγκα και τον υπουργό που μας μετέφερε το μήνυμά του. Είναι πραγματικά μεγάλη τιμή για μας που συμμετέχετε ως ομιλητές και σχολιαστές στο σημερινό συνέδριο. Έχουμε ανάγκη από την πολύτιμη εμπειρία, τις γνώσεις και τις προτάσεις σας.

Σήμερα όμως είμαστε εδώ για να φέρουμε τον καρκίνο του πνεύμονα σε πρώτο πλάνο, να μιλήσουμε για την εικόνα της νόσου στην Ελλάδα του 2023, να προσδιορίσουμε το τοπίο γύρω από τη διάγνωση και τον ρόλο της διεπιστημονικής ομάδας, να ενημερωθούμε για τα νεότερα δεδομένα και τα επόμενα βήματα στην εφαρμογή του προσυμπτωματικού ελέγχου στη χώρα μας, να συζητήσουμε για τις προσδοκίες που έχει ο ασθενής σε μία πρώιμη διάγνωση με βάση τις σύγχρονες καινοτόμες θεραπείες, να μάθουμε τους τρόπους αντιμετώπισης της μεταστατικής νόσου μέσα από την καινοτομία, καινοτομία που θα πρέπει να βασιστεί στη βιωσιμότητα όλων των εταίρων, καθώς γνωρίζουμε ότι κάποιες παγιωμένες πολιτικές στον χώρο του φαρμάκου μπορεί να απειλούν την πρόσβαση ασθενών σε νέες καινοτόμες θεραπείες.

Να προτείνουμε λύσεις για την ποιότητα ζωής των ασθενών. Να ευαισθητοποιήσουμε για τις επιπτώσεις από το στίγμα του καπνιστή. Ο καρκίνος του πνεύμονα συνεχίζει να είναι ένας σκληρός και συχνά απρόβλεπτος αντίπαλος. Τα νούμερα είναι πραγματικά αμείλικτα, καθώς κάθε ώρα ένας συνάνθρωπός μας χάνεται στην Ελλάδα από τον καρκίνο του πνεύμονα.

Είναι βέβαια μια πρόκληση. Πώς θα σταθούμε απέναντι σε όλα αυτά; Με πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση.

Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι αόρατος και σιωπηλός. Και ο προσυμπτωματικός έλεγχος με την αξονική τομογραφία θώρακος χαμηλής δόσης ακτινοβολίας είναι το καλύτερο εργαλείο που έχουμε σήμερα στα χέρια μας. Επίσης, πολύ σημαντικό είναι η περιβαλλοντική παιδεία, η διακοπή καπνίσματος, η αφύπνιση της νέας γενιάς είναι οδηγός για την πρόληψη. Γνωρίζουμε ότι πριν από λίγους μήνες κατατέθηκε στο υπουργείο το ΠΕΚΠ, η προτεινόμενη διαδικασία προσυμπτωματικού ελέγχου και αναμένουμε να δούμε πώς αυτό θα εξελιχθεί στην πορεία. Έχουμε πίστη και στήριξη στην ιατρική έρευνα. Είναι ξεκάθαρο ότι η πρόοδος και η καινοτομία είναι με το μέρος μας. Κατανοούμε καλύτερα τη βιολογία του καρκίνου και αυτό μας δίνει ένα σημαντικό προβάδισμα. Ελπίδα για μελλοντική ίαση. Απόλυτη λοιπόν στήριξη στην έρευνα με δράση και όραμα. Είναι επίσης δεδομένο ότι δεν υπάρχει χώρος για εφησυχασμό.

Καλωσόρισμα



Κορίνα Πατέλη-Bell

Πρόεδρος FairLife Φροντίδα και Πρόληψη για τον καρκίνο του πνεύμονα

Στην FairLife προσπαθούμε να βρούμε κάποιους εναλλακτικούς τρόπους προσέγγισης για να ευαισθητοποιήσουμε τους συμπολίτες μας. Μιλάμε για την υγεία των πνευμόνων, βάζοντας την προστασία του περιβάλλοντος στην εξίσωση. Το φετινό καλοκαίρι και οι φυσικές καταστροφές μας έφεραν πρόσωπο με πρόσωπο με το μέλλον. Η κλιματική κρίση είναι και μια κρίση υγείας και αυτό μας αφορά όλους. Με σεβασμό στο δικαίωμα της υγείας.

Η FairLife όπως όλοι το ξέρετε, έχει ανθρωποκεντρική προσέγγιση. Ο ασθενής πρέπει να βρίσκεται στο επίκεντρο των αποφάσεων και των εξελίξεων και να έχει έγκυρη και ισότιμη πρόσβαση στην ενημέρωση στις διαγνωστικές εξετάσεις, στις καινοτόμες θεραπείες, καθώς και στις κλινικές μελέτες. Χωρίς αποκλεισμούς και διακρίσεις. Με συνεργασία.

Στον καρκίνο του πνεύμονα όλοι οι εμπλεκόμενοι φορείς οφείλουμε να είμαστε σε κοινή γραμμή πορείας. Σύμπλευση, στοχοθεσία, χωρίς όρους και όρια. Η πολιτεία οφείλει -και αισθανόμαστε ότι είναι αρωγός μαζί μας και έτσι μπορούμε να πετύχουμε περισσότερα.

Η FairLife στα 3 χρόνια έχει δημιουργήσει μια σχέση αλληλέγγυα με όλους τους φορείς. Σχηματίσαμε ένα παραγωγικό Think Tank και μέσα από ένα ζωντανό διάλογο ανταλλάσσουμε εμπειρίες, δεδομένα για να σταθούμε επάξια στους ασθενείς και στις οικογένειες που καθημερινά καλούνται να δώσουν το δικό τους αγώνα. Το ευρωπαϊκό σχέδιο για την υγεία είναι σαφές, πρόληψη, επικοινωνία, ευαισθητοποίηση.

Μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις που έχει να αντιμετωπίσει το Υπουργείο Υγείας είναι η μεταστροφή στην ευζωία. Οφείλουμε να αδράξουμε από κοινού την ευκαιρία που μας δίνεται και στον χώρο της υγείας για κυκλική ουδετερότητα, για ποιοτικές συνθήκες ζωής σε πνευματικό και ψυχοσωματικό πλαίσιο. Θα ήθελα πριν κλείσω να μοιραστώ μαζί σας τα αποτελέσματα μιας έρευνας, η οποία πραγματοποιείται για 4η χρονιά σε διάφορες χώρες της Ευρώπης και της Αμερικής ,γενικότερα, είναι μια παγκόσμια έρευνα. Η Ελλάδα συμμετείχε για πρώτη φορά μέσω της συνεργασίας που έχουμε με το GLCC. Όπως μπορείτε να δείτε, η έρευνα αυτή αφορά τη στάση του κοινού απέναντι στον καρκίνο, το βαθμό της επίγνωσης σχετικά με τα συμπτώματα και τη γνώμη του σχετικά με την ένταξη του προσυμπτωματικού ελέγχου.

Όπως θα δείτε, 37,8% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι δεν γνώριζαν κάποιο σύμπτωμα. ενδεικτικό με τη νόσο, το 40,5% συμφώνησε ότι έτρεφε λιγότερη συμπάθεια για τους ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα σε σχέση με άλλες μορφές καρκίνου και αναφορικά με την ένταξη του προσυμπτωματικού ελέγχου, το 91,3% συμφώνησε ότι είναι μια αναγκαιότητα. Και αυτό το ποσοστό είναι από τα υψηλότερα μεταξύ των 29 χωρών που συμμετείχαν σε αυτή την έρευνα. Θεωρώ λοιπόν ότι έχουμε πολλή δουλειά να κάνουμε.

Καλωσόρισμα



Κορίνα Πατέλη-Bell

Πρόεδρος FairLife Φροντίδα και Πρόληψη για τον καρκίνο του πνεύμονα

Πιστεύουμε ότι για τον καρκίνο του πνεύμονα δεν υπάρχει άλλος χρόνος να χάσουμε. Κλείνοντας, θα μου επιτρέψετε να εκφράσω την ειλικρινή μου ευγνωμοσύνη στο Δ.Σ. της FairLife, στην διεπιστημονική μας ομάδα, στους εθελοντές και φίλους της FairLife, στους πρεσβευτές μας, στους υποστηρικτές μας, τους εκπροσώπους των ΜΜΕ που είναι καθημερινά μαζί μας σε αυτό τον αγώνα. Χρειάζεται όραμα, επιμονή και δύναμη για να συνεχίσουμε.

Και, ξέρετε, αισθάνομαι ότι δεν είναι απλώς θέμα δικαιοσύνης. Δεν είναι φόρος τιμής στους ανθρώπους που χάσαμε. Είναι θέμα ζωής για τους τωρινούς και μελλοντικούς ασθενείς, αλλά και παρακαταθήκη για τις επόμενες γενιές.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω τους συνεργάτες και τους εθελοντές που στήριξαν το σημερινό συνέδριο και να μοιραστώ μαζί σας ένα σύντομο επετειακό βίντεο για τα 3 χρόνια της FairLife, Σας ευχαριστώ πολύ.

Θεωρώ πολύ σημαντικό ο καθένας μας να αφήνει ένα φωτεινό σημείο σε αυτό το πέρασμα και αυτό επιδιώκουμε εμείς με όλους εσάς στην FairLife, γιατί χωρίς εσάς δεν μπορούμε να κάνουμε τίποτα."

Σας ευχαριστώ πολύ.

Θα μου επιτρέψετε να κλείσω με αυτό το μήνυμα.

"Ο χρόνος δεν περνάει εύκολα. Ο χρόνος υπήρχε, υπάρχει και θα υπάρχει για πάντα. Εμείς περνάμε γρήγορα μέσα από το χρόνο."

Χαιρετισμοί



Θεοφ. Επίσκοπος Ταλαντίου, κ. Επιφάνιος

Εκπρόσωπος του Μακαριωτάτου Αρχιεπισκόπου Αθηνών και πάσης Ελλάδος κ. Ιερωνύμου Β

Εκ μέρους του μακαριωτάτου Αρχιεπισκόπου μας, Αθηνών και Πάσης Ελλάδος, τον οποίο έχω την ιδιαίτερη τιμή να εκπροσωπώ σε αυτό το συνέδριο, να αναγνώσω τον χαιρετισμό του μακαριωτάτου αρχιεπισκόπου μας προς το 3ο συνέδριο της FairLife.

"Χαιρετίζω την έναρξη του τρίτου ετήσιου συνεδρίου, το οποίο διοργανώνει ο κοινωνικός φορέας FairLife φροντίδα και πρόληψη για τον καρκίνο του πνεύμονα και έχει ως γενικό του τίτλο "Ο καρκίνος του πνεύμονα σε πρώτο πλάνο- από την καθημερινή πρακτική στη βέλτιστη αντιμετώπιση. Η συνεχής επιμόρφωση των επιστημόνων και μάλιστα των ιατρών είναι αυτονόητη απαίτηση της εποχής μας. Οφείλουμε να διακονούμε τον άνθρωπο με γνώση και επιστήμη και ασφαλώς στην περίπτωση της ιατρικής, η εξασφάλιση της γνώσης, η κατάκτηση της θα λέγαμε καλύτερα, επιτυγχάνεται με την συνεχή ενημέρωση, τροφοδότηση και ανατροφοδότηση πληροφορίας και με τον επιστημονικό έλεγχο σε διεθνές περιβάλλον.

Το θέμα του καρκίνου εξάλλου, όπως εξαιρετικά δε του καρκίνου του πνεύμονα αποτελεί ιδιαίτερη επιστημονική πρόκληση και απαιτεί την πλέον έγκαιρη διάγνωση και την ταχύτερη κατά το δυνατόν και αποτελεσματική θεραπεία. Πέραν δε των καθαρών ιατρικών παραμέτρων, αντικειμενικός στόχος είναι και η ευαισθητοποίηση και ενημέρωση του κόσμου, καθώς επίσης και η ορθή συμπαράσταση στον πάσχοντα με ενσυναίσθηση και αγάπη. Συγχαίρω τον κοινωνικό φορέα FairLife φροντίδα και πρόληψη για τον καρκίνο του πνεύμονα, για τη διοργάνωση του παρόντος συνεδρίου και την πολυεπίπεδη δραστηριοποίηση στο πεδίο του καρκίνου του πνεύμονα. Και εύχομαι ο κύριος ημών Ιησούς Χριστός να ευλογήσει πλουσίως τις εργασίες του Συνεδρίου.

Μετ'ευχών διαπύρων.

Ο Αρχιεπίσκοπος Αθηνών και Πάσης Ιερώνυμος, ο Β'."



Χαιρετισμοί

Μιχάλης Χρυσοχοϊδης
Υπουργός Υγείας

Καλησπέρα σας κυρίες και κύριοι αγαπητοί συμμετέχοντες. Δυστυχώς ανειλημμένες υποχρεώσεις δεν μου επιτρέπουν να παρευρίσκομαι σήμερα μαζί σας. Αποτελεί όμως μεγάλη χαρά και τιμή για μένα να χαιρετίσω το τρίτο συνέδριο της FairLife για τον καρκίνο του πνεύμονα, καθώς επίσης και μια ευκαιρία να δηλώσω τη στήριξή μου και τη συμπαράστασή μου στις δράσεις και τις πρωτοβουλίες που αναλαμβάνετε. Ο Νοέμβριος είναι αφιερωμένος στη μάχη κατά του καρκίνου του πνεύμονα, που αποτελεί, όπως είναι γνωστό, την πιο θανατηφόρα μορφή καρκίνου, παγκοσμίως. Πρωτοβουλίες σαν τη σημερινή αποτελούν μια εξαιρετική ευκαιρία ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του κοινού μέσω της ανάδειξης σημαντικών πτυχών και διαστάσεων του καρκίνου του πνεύμονα, από την πρόληψη και την αξία της έγκαιρης διάγνωσης έως την αποτελεσματική θεραπεία, την αποκατάσταση και την επάνοδο στην κανονικότητα. Τη μάχη κατά του καρκίνου δίνουν καθημερινά όλο το χρόνο οι ασθενείς και οι οικογένειές τους, στον αγώνα τους συστρατεύονται οι επαγγελματίες της υγείας που στελεχώνουν το εθνικό σύστημα υγείας, εξαιρετικοί επιστήμονες, οι οποίοι με όλα τα μέσα που διαθέτουν, προσπαθούν να εξασφαλίσουν στους ασθενείς την ανάσα που τους χρειάζεται, τη ζωή που τους αξίζει.

Το Υπουργείο Υγείας έχει καθήκον να αναλάβει όλα τα μέτρα και να υλοποιήσει τις πολιτικές και στρατηγικές επιλογές που απαιτούνται για να αντιμετωπιστεί συνολικά και ολιστικά ο καρκίνος.

Προς την κατεύθυνση αυτή και αυτή τη δέσμευση εργαζόμαστε και πορευόμαστε κάθε μέρα μεθοδικά προκειμένου να οργανώσουμε πολιτικές για το σκοπό αυτό. Στόχος μας είναι να εξασφαλίσουμε υγεία και ευημερία για όλους τους συμπολίτες μας και ανεμπόδιστη πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Σας ευχαριστώ πολύ για την πρόσκληση. Βρίσκομαι εδώ στη διάθεσή σας, έτοιμος να ακούσω και να καταγράψω τα προβλήματα και τις προτάσεις σας, ώστε να σχεδιάσουμε και να υλοποιήσουμε πολιτικές που θα προάγουν την υγεία στο μέλλον. Είμαστε όλοι μαζί σε αυτή την προσπάθεια.

Καλή επιτυχία εύχομαι στο συνέδριο σας, στο συνέδριο της FairLife. Αλλά και κάθε μελλοντική δράση σας και πρωτοβουλία να στέφεται από αποτελέσματα και συνέχεια στις επιτυχίες. Ο καρκίνος του πνεύμονα μπορεί να εξασθενίσει και να νικηθεί χάρη στον αγώνα και τη σθεναρή θέληση όλων μας.

Σας ευχαριστώ.

Χαιρετισμοί

Μάριος Θεμιστοκλέους
Υφυπουργός Υγείας

Σεβασμιότατε, κύριε Υπουργέ, κύριοι συνάδελφοι, φίλοι και φίλες. Θα αρχίσω τον χαιρετισμό και θα συνεχίσω από τα λόγια του αρχιεπισκόπου και του Υπουργού Υγείας και έχετε ήδη εξαιρετους επιστήμονες, οπότε δεν θα μείνω στους αριθμούς και στην επιδημιολογία του καρκίνου, αλλά το πόσο πλέον ο καρκίνος ως χρόνια νόσο επηρεάζει τις ζωές μας, την υγεία μας, την οικογένειά μας και όλον τον κοινωνικό περίγυρο. Το Υπουργείο Υγείας και χάρη στις προσπάθειες - και ήμασταν τυχεροί ως κυβέρνηση της κυρίας Γκάγκα που είναι εξειδικευμένη επιστήμονας στον συγκεκριμένο τομέα - έχει ήδη αρχίσει την εκπόνηση εθνικού σχεδίου δράσης για τον καρκίνο σε μια προσπάθεια, όπως ανέφερε η Υπουργός για την ολιστική αντιμετώπιση του. Και η ολιστική αντιμετώπιση του περιλαμβάνει την ενημέρωση. Έχουμε δει ότι πολλές φορές οι πολίτες δεν είναι ενημερωμένοι - τα αποτελέσματα κάποιας έρευνας θα παρουσιαστούν και στο συνέδριο αυτό - δεν είναι ενημερωμένοι για τα συμπτώματα, τα οποία θα μπορούν να οδηγήσουν σε μια έγκαιρη διάγνωση, και έγκαιρη διάγνωση σημαίνει καλύτερο αποτέλεσμα και πολλές φορές σημαίνει ίαση. Ο δεύτερος άξονας είναι ο άξονας της πρόληψης. Η κυβέρνηση, και με τα χρήματα του Ταμείου Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας, εκπονεί αυτή τη στιγμή το μεγαλύτερο σχέδιο και δράσεις πρόληψης από την ιστορία της δημιουργίας του Εθνικού Συστήματος Υγείας, με χρήματα που ξεπερνούν τα 450 εκ. Το "Σπύρος Δοξιάδης" ήδη έχει αρχίσει το πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού και το επόμενο χρονικό διάστημα θα δούμε και τις υπόλοιπες προληπτικές δράσεις. Όσον αφορά τον τομέα της διάγνωσης και θεραπείας και εκεί που είναι η στόχευσή μας με 2 βασικούς άξονες, πρώτον, να παρέχουμε ποιοτικότερες υπηρεσίες υγείας, ευκολότερη πρόσβαση στους ασθενείς και στο σύστημα υγείας, αλλά και στις καινοτόμες θεραπείες.



Χαιρετισμοί



Μάριος Θεμιστοκλέους
Υφυπουργός Υγείας

Σε αυτό τον άξονα κινούμαστε ήδη, στη δημιουργία χρήσης ψηφιακών εργαλείων - ολοκληρωμένος ψηφιακός φάκελος που είναι παράλληλος με τον ψηφιακό φάκελο του ασθενή ύψους 30 εκατομμυρίων - ολοκληρώνεται ο διαγνωσμός και θα έχει παραδοθεί σε εμάς μέχρι το τέλος του 2025 και με τα ψηφιακά του εργαλεία θα μπορέσουμε ή θα μπορέσουν καλύτερα οι επαγγελματίες υγείας να προσφέρουν καλύτερες υπηρεσίες στους ασθενείς. Σκεφτείτε αυτή τη στιγμή να μπορούμε να καθορίσουμε και να βοηθήσουμε ίσως τη μεγαλύτερη δυσκολία που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς κατά τη διάρκεια της πορείας τους εντός του συστήματος από το ένα τμήμα στο άλλο, να μπορούμε με τη χρήση ψηφιακών εργαλείων που τα έχουμε χρησιμοποιήσει και στο εμβολιαστικό σύστημα, να μπορούμε να βοηθήσουμε τους ασθενείς, έτσι ώστε να παρέχουμε ποιοτικότερες υπηρεσίες υγείας. Το δεύτερο είναι οι κλινικές μελέτες με τον επενδυτικό νόμο του clawback ευνοούμε και δίνουμε κίνητρα στις φαρμακευτικές εταιρείες, έτσι ώστε να αναπτύξουν κλινικές μελέτες

εδώ, με το κίνητρο να πάρουν μέρος πίσω του clawback, κάτι το οποίο δίνει πρόσβαση στις καινοτόμες θεραπείες στους ασθενείς, όπως επίσης και τη δημιουργία ψηφιακής πλατφόρμας για τις κλινικές μελέτες που θα δώσει τη γνώση και στους επαγγελματίες υγείας, αλλά και στους πολίτες για το τι γίνεται. Αυτά είναι τα βήματα τα οποία θα αποτελέσουν, όπως έχω πει και στην αρχή, το εθνικό σχέδιο δράσης για τον καρκίνο, με κυριότερο στόχο να φτάσουμε στην εγκαίριότερη πρόληψη, στην εγκαίριότερη διάγνωση και στην παροχή υψηλότερων ποιοτικών υπηρεσιών υγείας στους ογκολογικούς ασθενείς. Εύχομαι κάθε επιτυχία στο συνέδριο, να εξαίρω την πρωτοβουλία της FairLife ως φορέα αλλά και του συνεδρίου αυτού - είναι η 3η χρονιά που γίνεται - και για όλες τις υπόλοιπες δράσεις που αφορούν στην ευαισθητοποίηση του κοινού και την υποβοήθηση των επαγγελματιών υγείας.

Και να ευχηθώ κάθε επιτυχία στην ημερίδα σας!



Χαιρετισμοί



Σωτήρης Τσιόδρας

Καθ. Παθολογίας Λοιμώξεων ΕΚΠΑ, Διευθ. 4ης Παθολ. Κλινικής Αττικών, Πρ. Εταιρ. Λοιμώξεων, Πρ. Εθν. Επιτρ. Δημόσιας Υγείας

Χαίρομαι πολύ που είμαι μαζί σας. Μου ζητήθηκε να απευθύνω αυτόν τον συμβολικό χαιρετισμό. Να σας πω ότι σαν διευθυντής κλινικής στο Αττικό, το 1/3 των ασθενών μας είναι ασθενείς με κακοήθεια και από αυτούς το 85% με μεταστατική κακοήθεια. Είναι κάτι που το αντιμετωπίζω στην καθημερινή πράξη. Θέλω να εκφράσω τους θερμούς χαιρετισμούς σε όλους εσάς, στο 3ο συνέδριό σας, της FairLife. Ιδρύθηκε σε μια δύσκολη στιγμή. Είναι τιμή μου να βρίσκομαι στο πλευρό ατόμων που αφιερώνονται τόσο σθεναρά στην προαγωγή της φροντίδας στον καρκίνο του πνεύμονα. Και φυσικά κάθε αρωγή από την πολιτική ηγεσία είναι φοβερά σημαντική. Θα δώσω έμφαση στην ενθαρρυντική μαρτυρία της Προέδρου σας. Ο προσωπικός της αγώνας, οι προκλήσεις που αντιμετώπισε στον αγώνα του συζύγου της με τον καρκίνο του πνεύμονα, του Simon Bell, είναι βαθιά συγκινητικός και κάλεσμα για δράση. Η ακλόνητη δέσμευση να μετατρέψετε το προσωπικό σας τραύμα σε ευκαιρία για θετική αλλαγή είναι εξαιρετικό παράδειγμα προς μίμηση για όλους εμάς. Η τραγική του ιστορία παρά τα προβλήματα, άνοιξε το δρόμο για την ίδρυση αυτού του φορέα, που αποτελεί ένα σημείο ελπίδας για όσους αντιμετωπίζουν αυτή τη δύσκολη νόσο.

Από τη δική μου πλευρά, ως Πρόεδρος της Εθνικής Επιτροπής Δημόσιας Υγείας του Κράτους, η οποία υπάγεται στο Υπουργείο Υγείας, αναγνωρίζω το ζωτικό ρόλο που παίζουν πρωτοβουλίες όπως η δική σας στην ανύψωση των προτύπων φροντίδας, στην προώθηση της ευαισθητοποίησης και στην παροχή κρίσιμης υποστήριξη σε ασθενείς και τις οικογένειές τους. Και φυσικά σε αυτό, όπως ανέφερε ο υπουργός μας, έχετε την απόλυτη συμπαράσταση και της επιστήμης και της πολιτείας. Θα ήθελα και εγώ να υπογραμμίσω τη σημασία, τελειώνοντας, της εισαγωγής πρωτογενούς πρόληψης που αφορά το κάπνισμα πρώτα απ όλα αλλά και σε περιβαλλοντικές επιδράσεις. Γίνεται τεράστιος λόγος για το ραδόνιο. Δεν ξέρω αν το έχετε δει στη βιβλιογραφία. Του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του πνεύμονα. Είναι στην τελική φάση συζητήσεων το ειδικό πρόγραμμα, το οποίο έχει κατατεθεί με την ηγεσία του Υπουργείου Υγείας από ειδική συμβουλευτική ομάδα της Επιτροπής Δημόσιας Υγείας του Κράτους. Θα αποβεί ζωτικής σημασίας για τον εντοπισμό περιπτώσεων στα αρχικά στάδια, βελτιώνοντας σημαντικά τα αποτελέσματα της θεραπείας.



Χαιρετισμοί



Σωτήρης Τσιόδρας

Καθ. Παθολογίας Λοιμώξεων ΕΚΠΑ, Διευθ. 4ης Παθολ. Κλινικής Αττικών, Πρ. Εταιρ. Λοιμώξεων, Πρ. Εθν. Επιτρ. Δημόσιας Υγείας

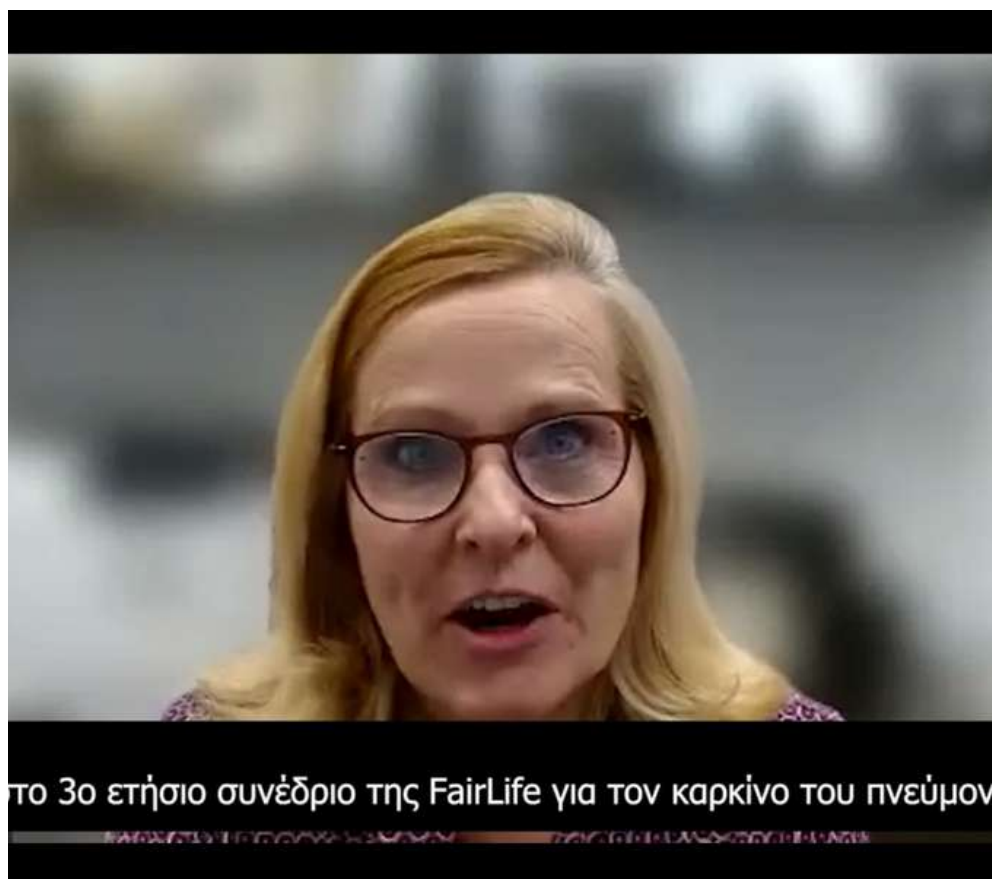
Είναι το πρώτο αίτιο θανάτων, αναφέρθηκε, με περίπου 1,8 εκατομμύρια θανάτους ανά έτος, με τα τελευταία δεδομένα του ΠΟΥ, να διαγιγνώσκεται σε προχωρημένο στάδιο της νόσου. Τελευταία δεδομένα - Οκτώβριος του '23 - δείχνουν δυστυχώς μια αύξηση σε νέες γυναίκες 35-54 ετών. Δεν ξέρουμε τον λόγο. Είναι σημαντικό πρόβλημα, θα το συζητήσουνσίγουρα οι πιο ειδικοί από μένα κατά τη διάρκεια του συνεδρίου. Χρήση νέων διαγνωστικών μεθόδων, μοριακές μέθοδοι, κρίσιμοι για την προσαρμογή των σχεδίων θεραπείας - οι ασθενείς πρέπει να λαμβάνουν την πιο προηγμένη διάγνωση, ώστε να καθοδηγείται σωστά η θεραπεία τους - και βέβαια την πρόσβαση σε καινοτόμες θεραπείες μέσω πρωτοκόλλων και διευκόλυνσης πρόσβασης σε κλινικές δοκιμές. Αυτές οι κλινικές δοκιμές, έχει αποδειχθεί στο παρελθόν, ότι μπορεί να αλλάξουν την κλινική πορεία της νόσου. Η θνητότητα από τον καρκίνο του πνεύμονα που ήταν τραγική πριν λίγα χρόνια έχει μειωθεί αρκετά.

Σε αυτή την κοινή προσπάθεια, τελειώνοντας, ας θυμόμαστε το ταξίδι του Simon, ως κινητήρια δύναμη για αλλαγή. Η ίδρυση του κέντρου σας και οι συναντήσεις στα συνέδριά σας δείχνουν ότι από την προσωπική απώλεια μπορούμε να χαράξουμε ένα δρόμο για ένα φωτεινότερο μέλλον. Για όσους πλήττονται από τον καρκίνο του πνεύμονα.

Να συνεργαστούμε, να δώσουμε ελπίδα, στήριξη σε όσους αντιμετωπίζουν αυτή την πρόκληση. Σας ευχαριστώ για το θάρρος σας, κυρία Πατέλη Bell, ευχαριστώ όλους εσάς για τη δέσμευσή σας στην εθελοντική αυτή προσπάθεια. Να συνεχίσουμε να στεκόμαστε ενωμένοι στη μάχη κατά του καρκίνου του πνεύμονα, ώστε να κάνουμε μαζί όλη τη διαφορά. Σας εύχομαι ένα εποικοδομητικό και αποτελεσματικό συνέδριο.



Χαιρετισμοί



Karen Kelly

(MD), CEO IASLC, Professor Emeritus University of California, Davis

Καλημέρα σας, για όσους δεν με γνωρίζουν, είμαι η Karen Kelly, παθολόγος ογκολόγος και διευθύνων σύμβουλος του IASLC. Με μεγάλη μου χαρά σας καλωσορίζω όλους στο 3ο ετήσιο συνέδριο της FairLife για τον καρκίνο του πνεύμονα, με τίτλο "Ο καρκίνος του πνεύμονα σε πρώτο πλάνο". Πράγματι, το 2023, είμαστε σε πρώτο πλάνο, με σημαντική πρόοδο στις θεραπείες για τη νόσο σε πρώιμο στάδιο. Θέλω να υπενθυμίσω σε όλους ότι ενώ η πρόοδος στην επιστήμη έχει καθοριστική σημασία, αυτό που πραγματικά χρειαζόμαστε είναι η διάδοση και η εφαρμογή αυτής της γνώσης για να μειώσουμε τη θνησιμότητα από τον καρκίνο του πνεύμονα. Το σημερινό συνέδριο έχει την ευκαιρία να διαδώσει τη γνώση, να αναπτύξει τον διαδραστικό διάλογο, και αυτό είναι ζωτικής σημασίας για την κοινή μας αποστολή. Η φωνή σας είναι ισχύ, έχει επιρροή, όχι μόνο για τη συζήτηση των θεμάτων αλλά και για την προώθηση της δράσης. Πρέπει να αντληθούμε τις προκλήσεις και να βρούμε λύσεις, ώστε κάθε ασθενής να έχει εγγυημένη πρόσβαση σε αποτελεσματικές θεραπείες. Αλλά η συνηγορία δεν είναι από μόνη της αρκετή. Ναι μεν, είναι το επίκεντρο στις συζητήσεις μας, αλλά δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι πρέπει να μιλάμε και για τις παρενέργειες, τα προσωπικά εμπόδια και την οικονομική σταθερότητα.

Η πορεία αναφορικά με τις θεραπείες είναι εξαιρετική και είμαστε όλοι κατενθουσιασμένοι, ιδανικά όμως, αυτό που θέλουμε είναι να προλαμβάνουμε τη νόσο και να μπορούμε τουλάχιστον να την εντοπίζουμε νωρίτερα. Χαίρομαι πολύ που η FairLife είχε την τιμή να συνυπογράψει την Χάρτα της κοινωνικής πρωτοβουλίας "Ανάσα Ζωής", που υλοποιείται από την Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία. Μέσα από παρόμοιες συνεργασίες, θα καταφέρουμε ταχύτερα, μέσα στον 21ο αιώνα, να καταπολεμήσουμε τους θωρακικούς καρκίνους. Όπως έχω δηλώσει στο Παγκόσμιο Συνέδριο 2023 στη Σιγκαπούρη, το IASLC δρομολογεί ένα νέο, πολύ τολμηρό, σχέδιο δράσης για το μέλλον. Σίγουρα όμως δεν μπορούμε μόνοι μας να τα καταφέρουμε, γι αυτό χρειαζόμαστε τη βοήθειά σας. Χρειαζόμαστε τους ανθρώπους της FairLife και όλους εσάς. Καθώς θα προχωράμε, πρέπει να μαθαίνουμε ο ένας από τον άλλον, να εμπνέουμε ο ένας τον άλλον. Εύχομαι να χαρείτε το συνέδριο και ανυπομονώ να σας δω όλους στο San Diego, στο WCLC 2024, στην 50η επέτειό μας. Θα χαρώ πολύ να γιορτάσουμε μαζί όσα έχουμε πετύχει μέχρι σήμερα και να χαιρετίσουμε όλα αυτά που θα καταφέρουμε στο μέλλον. Σας ευχαριστώ.

Χαιρετισμοί



Δημήτρης Κοντοπίδης

President European Lung Foundation



29 Νοεμβρίου 2023

Καλημέρα σε όλους.

Καταρχήν θα ήθελα να δώσω συγχαρητήρια στην FairLife και στην Κορίνα Πατέλη, μιας και η πρωτοβουλία αυτή που έχει ξεκινήσει εδώ και 3 χρόνια, έρχεται να καλύψει ένα κενό στην ενημέρωση των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα, γίνεται με ένα πολύ φρέσκο τρόπο. Και πολλές φορές αυτό είναι που μετράει, μετράει να φτάσει το μήνυμα, μιας και οι επιστήμονες και η επιστήμη κάνουν τεράστια άλματα, αλλά αν δεν φτάσει το μήνυμα στον ασθενή, τότε δεν προλαβαίνει να το αξιοποιήσει.

Είμαι εδώ με 2 καπέλα. Το πρώτο καπέλο του προέδρου του ELF, στο οποίο έχω αναλάβει πριν μερικούς μήνες. Το ELF είναι ένας οργανισμός που έχει ιδρυθεί το 2000, έχει γραφεία στις Βρυξέλλες και στην Αγγλία, συνεργάζεται στενά με το ERS, με τους επιστήμονες σε ευρωπαϊκό επίπεδο σχετικά με τα αναπνευστικά νοσήματα και στόχος του είναι να κάνει ό,τι μπορεί για να διατηρεί την υγεία των πνευμόνων του κάθε πολίτη και ιδίως στις ευρωπαϊκές χώρες. Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι ένας από τους βασικούς πυλώνες ως θεραπευτική κατηγορία και νόσημα, αλλά πέρα από αυτό υπάρχουν και κάποια οριζόντια θέματα, τα οποία απασχολούν όλους τους ασθενείς που έχουν προβλήματα με τον πνεύμονα-αναπνευστική ανεπάρκεια.

Έτσι λοιπόν, πολλές φορές οι αιτίες μπορεί να είναι ένα κληρονομικό νόσημα ή τα γονιδιά μας, πολλές φορές όμως είναι επίκτητες ιδιότητες και το τι κάνουμε στη διάρκεια της ζωής μας, άρα παίζει μεγάλο ρόλο να συγκεντρώνεται αυτή η γνώση, να γίνονται συνεργασίες σε ευρωπαϊκό επίπεδο και στις επιμέρους χώρες να συντονίζονται οι προσπάθειες. Έτσι λοιπόν ως πρόεδρος του ELF χαιρετίζω αυτή την προσπάθεια. Η FairLife έγινε ενεργό μέλος και νομίζω εντός λίγο καιρού θα έχουμε και άλλες ευχάριστες ανακοινώσεις που θα συσφίξουν ακόμη περισσότερο οι σχέσεις και μάλιστα το ELF αναπτύσσει κάποια χρηματοδοτικά εργαλεία, τα οποία θα μπορούν να αναπτυχθούν σε εθνικό επίπεδο και είναι ενήμερη και ενεργό μέλος η Ελληνική Πνευμονολογική εταιρεία και ο κύριος Λουκίδης.

Τώρα το δεύτερο σχόλιο και κυρίως να μοιραστώ κάποιες σκέψεις ως ασθενής που έχω αναπνευστική ανεπάρκεια, όχι βέβαια από τον καρκίνο του πνεύμονα, αλλά από την κυστική ίνωση, στην οποία ήμασταν και λίγο τυχεροί. Και ήμασταν τυχεροί, γιατί θυμάμαι στην εφηβεία αυτό που μου είχε πει ο γιατρός μου όταν ανησυχούσε ότι θα πεθάνω, γιατί καταλήγαμε σε πολύ νεαρή ηλικία, οι ασθενείς από αναπνευστική ανεπάρκεια. Μου είχε πει: "Δημήτρη τα στατιστικά λένε όντως ότι θα πεθάνεις στα 20, κάπου εκεί είναι το προσδόκιμο, αλλά είναι με τις υπάρχουσες θεραπείες".

Χαιρετισμοί

Δημήτρης Κοντοπίδης

President European Lung Foundation

Εγώ τότε δεν το είχα καταλάβει αυτό. Και αυτό που εννοούσε ήταν ότι κάθε φορά αλλάζουν τα δεδομένα, αλλάζουν οι συνθήκες και θα πρέπει να είμαστε πολύ προσεκτικοί στο πώς διαβάζουμε τα στατιστικά. Και για να μου δώσει θάρρος μιας και εγώ στην εφηβεία αρνιόμουν να διαβάσω, να δώσω πανελλήνιες, μου έλεγε: "Αν γίνει στραβή και ζήσεις, τι θα κάνεις; Δώσε τις εξετάσεις και θα είμαστε εδώ να τα συζητήσουμε". Είμαι από τους τυχερούς που έγινε η στραβή και έζησα και είμαι εδώ μαζί σας και έγινε η στραβή, που μάλλον την κάναμε να ισιώσει, μιας και όταν ξεκινήσαμε, δεν είχαμε εξειδικευμένες μονάδες και τα 10 χρόνια χαμηλότερο προσδόκιμο σε ασθενείς με αναπνευστικά νοσήματα και κυστική ίνωση ήταν, όχι λόγω της πάθησης, αλλά λόγω της έλλειψης εξειδικευμένων υποδομών και θεραπείες. Άρα, χτίσαμε κομμάτι κομμάτι αυτά τα βήματα, τα οποία θα μας κάνουν να επιβιώσουμε σήμερα, ούτως ώστε να είμαστε έτοιμοι όταν έρθουν αυτές οι καινοτόμες θεραπείες και κυρίως να είμαστε έτοιμοι να μπορούν να αποζημιωθούν. Κάπου εκεί νομίζω βρίσκονται και οι ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα. Ολοένα και περισσότερο κυκλοφορούν οι καινοτόμες θεραπείες.

Άρα αυτό που θα βοηθήσει τους ασθενείς να έχουν αυτή την ισότιμη πρόσβαση, το δικαίωμα στη ζωή, - την απεριόριστη ανάσα που λέμε και εμείς οι ασθενείς με κυστική ίνωση - τι είναι; Να έχουν σωστή ενημέρωση, έγκαιρη ενημέρωση και αποζημίωση των καινοτόμων θεραπειών.

Τι μπορούμε να κάνουμε εμείς; Μια από αυτές τις δράσεις είναι αυτή που είστε σήμερα προσκεκλημένοι. Καλούνται επιστήμονες με μεγάλο εύρος γνώσης και αρχίζουν και μας παρουσιάζουν ποια είναι τα επόμενα βήματα.

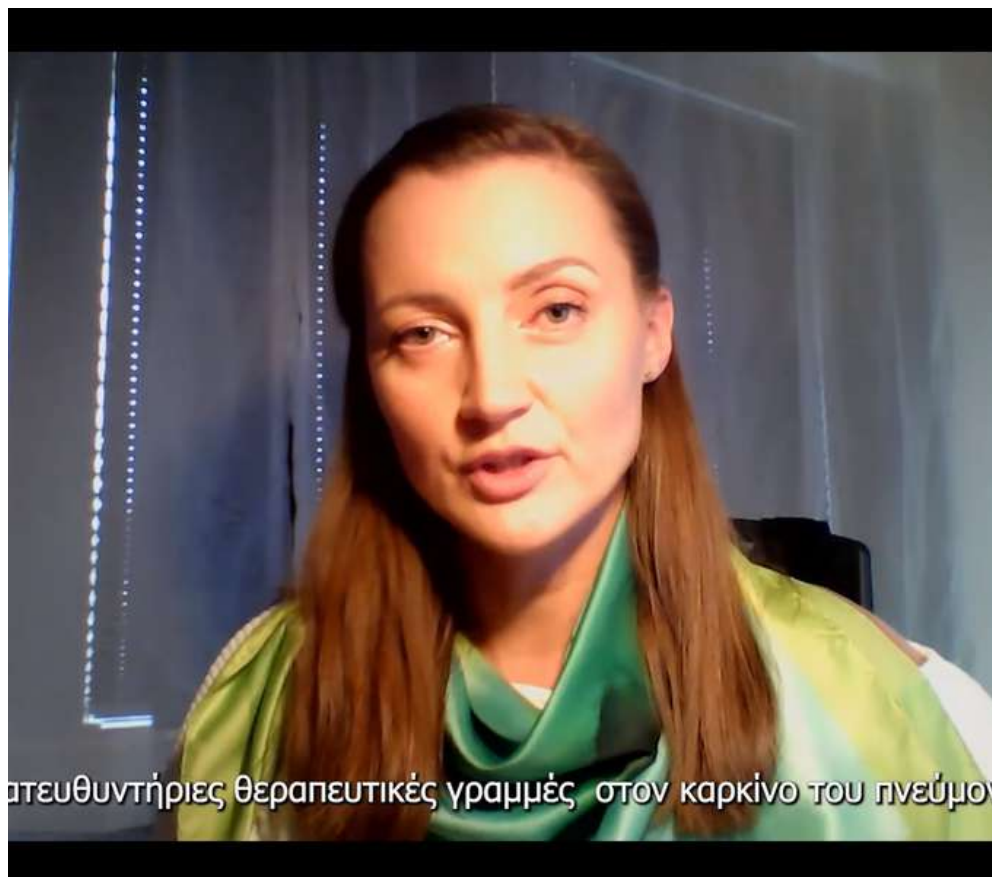
Ταυτόχρονα, όμως, πρέπει ο ασθενής να έχει έναν ενεργό ρόλο και αυτό είναι το δεύτερο καπέλο που έχω, μιας και είμαι ιδρυτής του Patient Hub. Τι προσπαθούμε να κάνουμε εκεί; Οι ασθενείς από κάθε θεραπευτική κατηγορία πρέπει να έχουν το self management της υγείας τους. Να καταλαβαίνουν τι είναι αυτό που τους επηρεάζει αρνητικά, τι είναι αυτό που θα τους βοηθήσει, τους ενδυναμώνουμε για να μπορούν να συμμετέχουν ισότιμα στις αποφάσεις που αφορούν την υγεία τους και αν ήθελα να αφήσω κάτι από μένα σε αυτή την ωραία εκδήλωση από μέρους των ασθενών είναι ότι όλες οι θεραπείες δεν κάνουν για όλους και μάλιστα ο τρόπος με τον οποίο λαμβάνεις τη θεραπεία πάλι δεν είναι ο ίδιος για όλους, άρα μιλάμε για εξατομικευμένες θεραπείες που αυτές θα μπορούν και στη συνέχεια τους να έχουν τη συμμόρφωση. Τι χρειαζόμαστε σε αυτό; Τον ασθενή να συμμετέχει σε όλη τη διαδικασία της ενημέρωσης, του σχεδιασμού των προγραμμάτων. Αυτά είχα να μεταφέρω και εγώ. Άμεσα λοιπόν, έχω κάτι κοινό, είμαι ασθενής που παλεύει με αναπνευστική ανεπάρκεια. Αυτό που λείπει σε όλους τους ασθενείς είναι η ταλαιπωρία με τα διάφορα προβλήματα που έχει ο πνεύμονας.

Και ίσως κάτι μικρό που είναι λίγο πιο κοντά. Έχασα κι εγώ τον πατέρα μου στα 17 από καρκίνο πνεύμονα, ήταν στα 41 τότε, είμαι κι εγώ 41 σήμερα. Και αυτό το ελπιδοφόρο που μπορώ να μεταφέρω είναι ότι οι θεραπείες προχωράνε, κι όσο πιο ενήμεροι είμαστε κι έχουμε πρόσβαση σε αυτές, τότε θα μπορούμε να έχουμε "απεριόριστη ανάσα" και να μας κόβει η ζωή την ανάσα και όχι οι διάφορες δυσκολίες. Καλή συνέχεια.

Συγχαρητήρια για την εκδήλωση.

Και είμαστε εδώ όλοι μαζί.

Χαιρετισμοί



Ewelina Szmytke

Vice President Lung Cancer Europe (LuCE)

Καλημέρα σε όλους, ονομάζομαι Ewelina Szmytke, είμαι η αντιπρόεδρος του Lung Cancer Europe, ενός ευρωπαϊκού οργανισμού- ομπρέλα, που αποτελεί τη φωνή των ανθρώπων που βιώνουν τον καρκίνο του πνεύμονα στην Ευρώπη.

Είναι μεγάλη μας χαρά που υποστηρίζουμε και φέτος τη FairLife στη διοργάνωση του ετήσιου συνεδρίου για τον καρκίνο του πνεύμονα στην Ελλάδα, γιατί πιστεύουμε ότι είναι μια μεγάλη ευκαιρία να ευαισθητοποιήσουμε τους πολίτες για το νέο πρόσωπο του καρκίνου του πνεύμονα και για το πώς έχει αλλάξει με την πάροδο των ετών. Είναι επίσης μια μεγάλη ευκαιρία να μοιραστούμε πληροφορίες υψηλής ποιότητας σχετικά με τις υπάρχουσες κατευθυντήριες θεραπευτικές γραμμές στον καρκίνο του πνεύμονα, αλλά και να συζητήσουμε τα εμπόδια που υπάρχουν στην υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα και τις πιθανές λύσεις. Και έχοντας κατά νου τις λύσεις, είναι πολύ σημαντικό που βρίσκονται στην αίθουσα τόσα πολλά διαφορετικά ενδιαφερόμενα μέρη, διότι μόνο έτσι μπορούμε να δημιουργήσουμε την καλύτερη δυνατή και αποτελεσματική στρατηγική που θα εφαρμοστούν σε εθνικό επίπεδο.

Η συνεργασία μπορεί να οδηγήσει σε μια σπουδαία αλλαγή και είναι ζωτικής σημασίας να βαδίσουμε προς μια καλύτερη ποιότητα ζωής αλλά και να αποστιγματίσουμε την ασθένεια. Θα ήθελα λοιπόν να σας ευχηθώ ένα αποδοτικό συνέδριο και θέλω πραγματικά να συγχαρώ την FairLife και την Κορίνα Πατέλη Bell που κατάφεραν να συγκεντρώσουν τόσους πολλούς διαφορετικούς φορείς στην αίθουσα, γιατί αυτό μπορεί πραγματικά να ωφελήσει και να αποτελέσει παράγοντα επιτυχίας και αλλαγής στην αντιμετώπιση του καρκίνου του πνεύμονα στην Ελλάδα. Να έχετε μια καλή μέρα και ένα επιτυχημένο συνέδριο.

Σας ευχαριστώ.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΕ
ΤΗΝ ΕΝΟΤΗΤΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ



Μίνα Γκάγκα

MD, PhD, FERS, FCCP Πνευμονολόγος, Διευθ. Α' Πνευμον. Κλινικής, "ΥΓΕΙΑ", τ. Αναπλ. Υπουργός Υγείας



29 Νοεμβρίου 2023

Θεοφιλέστατε, κυρία Πατέλη, φίλοι και συνάδελφοι, μιλάω φυσικά σαν γιατρός, γιατί αυτό είναι το πρώτο μου καπέλο. Μιλάω επίσης σαν ένας άνθρωπος που έχει ασχοληθεί πάρα πολύ με την πολιτική της υγείας αλλά και την ιατρική εκπαίδευση ως πρόεδρος της Ευρωπαϊκής Πνευμονολογικής Εταιρείας, γενική γραμματέας της διαπίστευσης της πνευμονολογίας πανευρωπαϊκά και τα 2 χρόνια στο υπουργείο. Ο καρκίνος του πνεύμονα λοιπόν εξακολουθεί να είναι ο πιο θανατηφόρος καρκίνος ακόμη, παρά το γεγονός ότι έχουν γίνει μεγάλες πρόοδοι. Και σας δείχνω δεδομένα παγκόσμια, από το Global Cancer Observatory, 2,21εκ. ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα το 2020 και υπολογίζονται ότι θα είναι 3,63 εκ., νέες περιπτώσεις το 2040. Οι θάνατοι αντίστοιχα ήταν 1,800.000 το 2020 και θα είναι πάνω από 3 εκ. το 2040. Είναι μια πραγματική πανδημία. Τα ελληνικά δεδομένα: 8.900 νέοι ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα στην Ελλάδα το 2020 και υπολογίζουμε ότι θα είναι περίπου 11.000 το 2040. Και θάνατοι, 7.500 και περισσότεροι το 2020 και υπολογίζεται πάνω από 9,5 χιλιάδες το 2040. Άρα, είναι ένα πραγματικό μεγάλο πρόβλημα που αφορά τον ίδιο τον ασθενή, την οικογένεια του, τους φίλους του, τους δικούς του. Και με τι ξεκινάμε;

Με πρόληψη που είναι πάντα καλύτερη για κάθε νόσημα, είναι καλύτερη γιατί παύει να έχει ο ασθενής το άγχος και το φόβο της ασθένειας, παύουν να το έχουν οι δικοί του και φυσικά για κάθε 1 ευρώ που ξοδεύουμε σε πρόληψη, παίρνουμε 10 ευρώ στο μέλλον σε οικονομία – που τα ξοδεύουμε όλοι, όχι μόνο το κράτος- αφήνοντας έξω το άγχος, το στρες και το αποτέλεσμα που δεν είναι πάντα καλό. Άρα έχουμε την πρωτογενή πρόληψη που σημαίνει να αποφύγουμε τους παράγοντες κινδύνου που θα δούμε για τον καρκίνο του πνεύμονα, τη δευτερογενή πρόληψη που είναι να μπορέσουμε να ανακαλύψουμε τη νόσο έγκαιρα και αυτό για τον καρκίνο του πνεύμονα γίνεται με το screening. Γιατί μπορεί στο μαστό να έχουμε ψηλάφηση, σε άλλους καρκίνους που μπορούμε εύκολα να τους δούμε ή να τους ψηλαφήσουμε, ο καρκίνος δυστυχώς του πνεύμονα είναι μέσα σε ένα κλειστό θωρακικό κλωβό που δεν μπορούμε να το δούμε, παρά μόνο απεικονιστικά, άρα χρειαζόμαστε screening. Και μετά τη δευτερογενή πρόληψη, έχουμε την τριτογενή πρόληψη που είναι αφενός θεραπευτικά σχήματα όλων των ειδών για να μπορέσουμε να μειώσουμε ή και να εξαλείψουμε τελείως τη νόσο και αφετέρου η πρόληψη, το πρόγραμμα παρακολούθησης από κει και πέρα για να προλάβουμε μια νέα επανεμφάνιση.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μίνα Γκάγκα

MD, PhD, FERS, FCCP Πνευμονολόγος, Διευθ. Α' Πνευμον.
Κλινικής, "ΥΓΕΙΑ", τ. Αναπλ. Υπουργός Υγείας

Πρωτογενής πρόληψη και παράγοντες κινδύνου: το κάπνισμα σαφώς δεν πρέπει να είναι στίγμα, δεν παύει όμως να είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας κινδύνου για τον πνεύμονα και η εκστρατεία για το μη κάπνισμα είναι πολύ σημαντική. Το αλκοόλ, η παχυσαρκία, εμβόλια δίνουμε για άλλους καρκίνους, για τον έρπητα και για την ηπατίτιδα που συνδέεται η ίωση με καρκίνο στο ήπαρ, η μόλυνση του περιβάλλοντος είναι πάρα πολύ σημαντική και η κρίση του περιβάλλοντος που είναι πολύ σημαντική όπως και η εργασιακή μόλυνση και φυσικά η ραδιενέργεια και το ραδόνιο που αναφέρθηκε ήδη από τον κύριο Τσιόδρα και κληρονομικοί γενετικοί παράγοντες και προηγούμενα νοσήματα, όπως ανέφερε ο κος Κοντοπίδης για τον πνεύμονα. Το να έχεις άλλο νόσημα όπως π.χ. η ΧΑΠ, κάτι που βέβαια και αυτό συνδέεται με το κάπνισμα ή να έχεις περάσει πολλές πνευμονίες στο παρελθόν, συνδέεται με έναν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα. Το κάπνισμα είναι πραγματικά ο πρώτος παράγοντας κινδύνου και να ρωτάμε τους ασθενείς αν καπνίζουν, όχι γιατί θέλουμε να δώσουμε στίγμα αλλά γιατί είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας κινδύνου. Το ραδόνιο, ο αμίαντος, η επαγγελματική έκθεση και περιβαλλοντική έκθεση, γενετικά -σαφώς όποιος έχει στην οικογένεια ανθρώπους με καρκίνο πνεύμονα που εμφανίστηκε πριν τα 60 χρόνια, υπάρχουν τύποι δηλαδή που μεταφέρονται γενετικά.

Το να υπάρχει προηγούμενη νόσος στον πνεύμονα, διάχυτες πνευμονοπάθειες και η προηγούμενη ακτινοβολήση στον πνεύμονα, όπως επίσης και κάποια φάρμακα που χρησιμοποιούσαμε κυρίως παλιότερα. Δείχνω πάλι το slide για τον καρκίνο, γιατί μου αρέσει πάρα πολύ αυτή η ταμπέλα που είναι στην Καλιφόρνια, που λέει ότι το κάπνισμα δεν αφορά μόνο τον καπνιστή, αλλά αφορά και όλους τους άλλους γύρω του, γιατί όσο επικίνδυνο είναι το ενεργητικό κάπνισμα, σχεδόν άλλο τόσο είναι το παθητικό, άρα ιδιαίτερα κοντά σε παιδιά δεν καπνίζουμε. Και επίσης είναι πολύ σημαντικό να περάσουμε αυτή τη νοοτροπία στα παιδιά των σχολείων, η διαφήμιση για τα τσιγάρα απευθύνεται σε παιδιά ηλικίας 9 έως 13 χρόνων. Πρέπει να το θυμόμαστε, είναι πάρα πολύ σημαντικό να προφυλάξουμε τα νέα παιδιά, γιατί το κάπνισμα αρχίζει σε νεαρή ηλικία. Δευτερογενής πρόληψη: το πρώτο πράγμα είναι να αποφασίσουμε ποιος είναι ο πληθυσμός που πρέπει να μπει σε ένα πρόγραμμα screening, δεν χρειάζεται να μπουν όλοι ούτε είναι βιώσιμο. Να θυμίσω ότι το screening συνδέεται πάντα με κάποιο φόβο, με κάποιο άγχος, δηλαδή κάθε φορά που ο ασθενής είναι να κάνει την εξέταση έχει ένα στρες, τι θα δείξει η εξέταση - το παθαίνουν οι γυναίκες που έχουν να κάνουν μαστογραφία, οι ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα που έχουν να κάνουν αξονικές- άρα, πρέπει να είμαστε σίγουροι ότι αυτός ο πληθυσμός πραγματικά θα έχει αποτέλεσμα, θα κερδίσει από τις προληπτικές εξετάσεις γιατί έχει κίνδυνο και ο κίνδυνος μειώνεται. Αφού αποφασίσουμε για τον πληθυσμό και κάνουμε την ενημέρωση, ώστε να έρθει ο κόσμος στο πρόγραμμα πρόληψης, πρέπει να αποφασίσουμε κάθε πότε θα κάνουμε αυτή την εξέταση. Ναι, θα κάνουμε αξονική τομογραφία χαμηλής ευκρίνειας. Πρέπει να την κάνουμε κάθε χρόνο; Αν δεν έχει ευρήματα ο άρρωστος, θα μεγαλώσουμε τα διαστήματα; Θα ακούσετε περισσότερα από την πνευμονολογική εταιρεία σε λίγο. Τα πρωτόκολλα πρέπει να είναι σαφή, η προτυποποίηση πρέπει να είναι σαφής και η ομάδα που θα παρακολουθήσει αυτές τις εξετάσεις πρέπει να έχει εξειδίκευση, δηλαδή δεν μπορεί κάθε γιατρός ακτινολόγος να δει εξίσου καλά τη μαστογραφία, την αξονική θώρακα ή στιδήποτε άλλο υπάρχει για τον προληπτικό έλεγχο.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

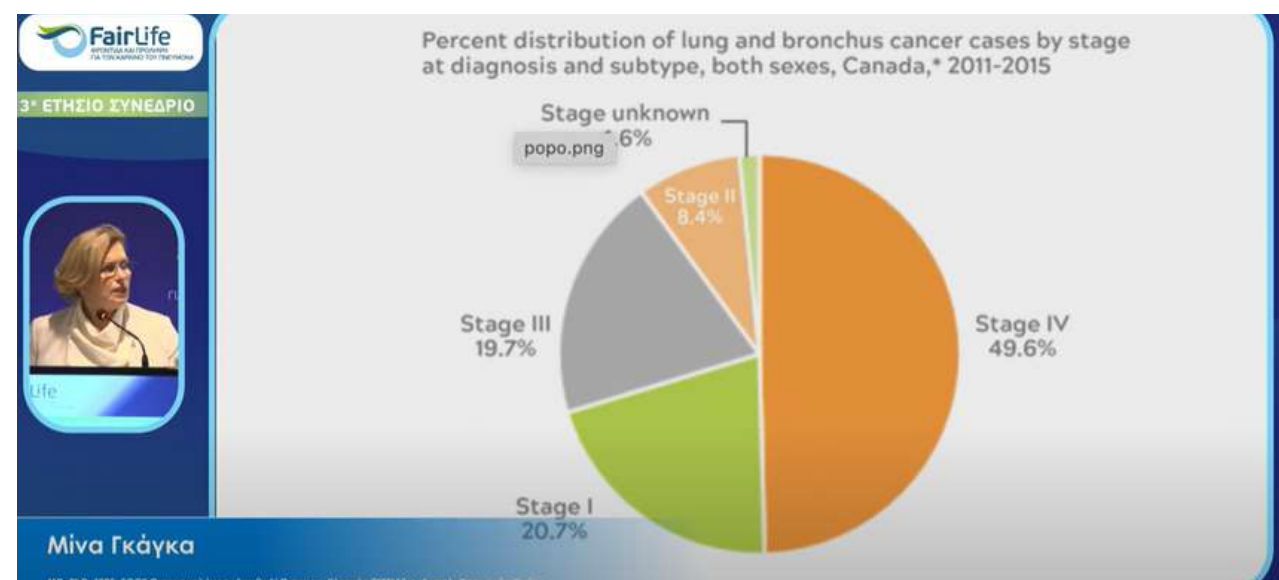
**Μίνα Γκάγκα**

MD, PhD, FERS, FCCP Πνευμονολόγος, Διευθ. Α' Πνευμον. Κλινικής, "ΥΓΕΙΑ", τ. Αναπλ. Υπουργός Υγείας

Άρα, οι ομάδες πρέπει να είναι συγκεκριμένες με ανθρώπους που ξέρουν, κλινικούς και εργαστηριακούς μαζί για να μπορεί να γίνει πραγματικά το καλύτερο αποτέλεσμα για τον άρρωστο. Και να αξιολογείται, δηλαδή έχουμε πραγματικά τα αποτελέσματα που θέλουμε από το πρόγραμμα; Κάθε πράγμα που κάνουμε στην ιατρική πρέπει να το φροντίζουμε από την αρχή καλά και να το αξιολογούμε με σωστές διαδικασίες. Εδώ σας δείχνω τι προγράμματα προληπτικού ελέγχου υπάρχουν στην Ευρώπη, σε ορισμένες χώρες, η Ουγγαρία παραδείγματος χάρη έχει πρόγραμμα για τον καρκίνο που καλύπτει το 38% των γυναικών, στην Ολλανδία αντίστοιχα το 75%. Όσοι αποφασίζουν να μπουν στο πρόγραμμα και παρακολουθούνται από κει και πέρα και αυτό αλλάζει, δηλαδή στην Ουγγαρία 91% , στην Ολλανδία είναι 98% . Άρα το πώς τρέχει στο πρόγραμμα και το πώς το αποδέχεται ο πληθυσμός είναι επίσης πολύ σημαντικό και πρέπει να το θυμόμαστε. Η Ρουμανία, π.χ. δεν έχει καθόλου. Στην Ελλάδα ξεκίνησε ήδη το πρόγραμμα για τον καρκίνο του μαστού. Τώρα να σας πω λίγο για τον καρκίνο του πνεύμονα, για τα πρωτόκολλα θα ακούσετε από την Πνευμονολογική Εταιρεία.

Στην Ευρώπη γενικά για τον καρκίνο του πνεύμονα έχουμε περιορισμένης κλίμακας προγράμματα και δυστυχώς και το resolution που πέρασε στην Ευρωπαϊκή Ένωση δεν είναι αυτό που θα θέλαμε όλοι, δηλαδή δεν έχει πολύ έντονη σύσταση για να γίνει πρόγραμμα για τον καρκίνο του πνεύμονα. Ένα καλό πρόγραμμα που τρέχει είναι αυτό στην Αγγλία, που επειδή ο κόσμος δεν πήγαινε, πήρανε μεγάλες φορητές μονάδες, και τις βάλανε έξω από σούπερ μάρκετ, έξω από κέντρα για να μπορούν και οι άνθρωποι που έχουν ανάγκη να μπαίνουν στα προγράμματα πάντα σε συνδυασμό με πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος, γιατί είναι καπνιστές. Στην Ελλάδα, λοιπόν ξεκινάει- και θα ακούσετε περισσότερα- το εθνικό πρόγραμμα για τον καρκίνο του πνεύμονα σε συνεργασία ΕΠΕ και Υπουργείου Υγείας. Και έχουμε ξεκινήσει επίσης ένα πιλοτικό πρόγραμμα, το SOLACE που είναι κάτω από την Ευρωπαϊκή Ένωση και που αφορά γυναίκες γιατί είναι ένας ειδικός πληθυσμός και επίσης ανθρώπους που είναι δύσκολο να τους φτάσεις, δηλαδή είτε άνθρωποι που μένουν, παραδείγματος χάρη, στην ορεινή Κρήτη, θα σας πω τώρα σε απόσταση μιάμισης ώρας με το αυτοκίνητο από το νοσοκομείο, που δεν πάνε εύκολα στον γιατρό, που δεν μπαίνουν σε πρόγραμμα, ειδικούς πληθυσμούς, όπως είναι οι Ρομά.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ



Μίνα Γκάγκα

MD, PhD, FERS, FCCP Πνευμονολόγος, Διευθ. Α' Πνευμον. Κλινικής, "ΥΓΕΙΑ", τ. Αναπλ. Υπουργός Υγείας

Έτσι όπως είμαστε σήμερα, δυστυχώς ο καρκίνος σε στάδιο I που θεωρητικά είναι σαφώς ιάσιμο είναι 20% με τις καλύτερες προϋποθέσεις, σε στάδιο 2 και 3 επίσης σχετικά χαμηλά τα ποσοστά, σε στάδιο 4 περίπου οι μισοί. Το στάδιο 4 μπορεί να γίνει πιο μακροχρόνιο πια, να γίνει χρόνια νόσος, αλλά η ίαση είναι μάλλον δύσκολη. Ξεκινάμε λοιπόν στον πνεύμονα, επειδή δεν μπορούμε να τον πιάσουμε και να τον καταλάβουμε, όταν έχουμε συμπτώματα είναι σχετικά αργά πια, σπάνια μας δίνει συμπτώματα έγκαιρα, ώστε να μπορέσει να είναι ιάσιμο. Ξεκινάμε με απεικόνιση, η απεικόνιση γίνεται είτε μέσω screening που σας είπα ήδη είτε ένα τυχαίο εύρημα. Και σας δείχνω εδώ μια ακτινογραφία που έγινε γιατί η ασθενής πονούσε στον ώμο, έχει μια μικρή σκίαση που μπορούσε να χαθεί στην ακτινογραφία, ο γιατρός ήταν ικανός και την είδε, έγινε αξονική και βλέπετε ότι υπάρχει αυτή η μάζα δεξιά που σαφώς ήταν θετικό μετά από PET CT.

Άρα ξεκινάμε την απεικόνιση και σήμερα η απεικόνιση έχει πάρα πολλά τρόπους να γίνει: η απλή ακτινογραφία που δεν θεωρείται το καλύτερο μέσο για να διακριθεί σε έναν καρκίνο στον πνεύμονα, φυσικά τον βλέπεις όταν είναι προχωρημένος, η αξονική τομογραφία, μπορούμε να κάνουμε visual βρογχοσκόπηση αν και προτιμάμε πάντα να κάνουμε μια κανονική βρογχοσκόπηση και το PET CT που μας δείχνει όχι μόνο αν υπάρχουν αδένες αλλά και ποιο είναι το ακριβές μέγεθος της νόσου σε σχέση με άλλες σκιάσεις που μπορεί να είναι ατελεκτασία. Αφού δούμε αυτό, κάνουμε σταδιοποίηση και βέβαια παράλληλα και διάγνωση ιστολογική. Η σταδιοποίηση γίνεται με PET, όπως σας είπα οι πάνω εικόνες δείχνουν τη μάζα. Από κάτω, εκεί που δεν το περιμένεις ανάβει ένας λεμφαδένας που χωρίς το PET δεν θα το καταλαβαίναμε και τέλος μάς επιτρέπουν να καταλάβουμε πού είναι η νόσος και πού είναι ιστός που δεν είναι καρκινικός. Και μπορούμε από εκεί και πέρα να προχωρήσουμε σε βρογχοσκόπηση και λήψη ιστού - που σήμερα πια υπάρχουν και άλλοι τρόποι, όπως δια βελόνης βιοψία, μεσοθωρακοσκόπηση - αλλά για τον πνεύμονα το μεγαλύτερο μέρος των διαγνώσεων μπαίνει με βρογχοσκόπηση και βρογχοσκόπηση EBUS που δίνει σε έναν χρόνο 2 πράγματα: και τη διάγνωση και τη σταδιοποίηση του μεσοθωρακίου που είναι πολύ σημαντικό, αλλάζει τελείως ο τρόπος που μπορούμε να αντιμετωπίσουμε τον ασθενή, όταν δεν έχει λεμφαδένες στο μεσοθωράκιο και έχει μια σκίαση, όταν έχει πυλαίους λεμφαδένες, όταν έχει λεμφαδένες πιο κεντρικά στο μεσοθωράκιο. Μετά την βιοψία και θέλουμε σήμερα πια ιστό για να μπορέσουμε να δώσουμε πιο σωστή θεραπεία για κάθε άρρωστο, γίνεται ιστολογική διάγνωση - πλακώδες αδενοκαρκίνωμα μη μικροκυτταρικό - αλλά και η μοριακή διάγνωση που είναι σήμερα απαραίτητη - στη μέση βλέπετε τη χρώση για PDL1 που μας ενδιαφέρει για την ανοσοθεραπεία και κάτω τις στοχευμένες θεραπείες που είναι σε ένα μικρό ποσοστό αρρώστων, αλλά με πάρα πολύ καλά αποτελέσματα και λιγότερες παρενέργειες - όταν τα έχουμε όλα αυτά, ξεκινάμε την αντιμετώπιση του αρρώστου που φυσικά ξεκινά ήδη από την υποψία της νόσου, με τον τρόπο που λέμε στον άρρωστο τα νέα, είτε κουβεντιάζουμε για την υποψία της νόσου, είτε κουβεντιάζουμε για την τελική διάγνωση.



ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μίνα Γκάγκα

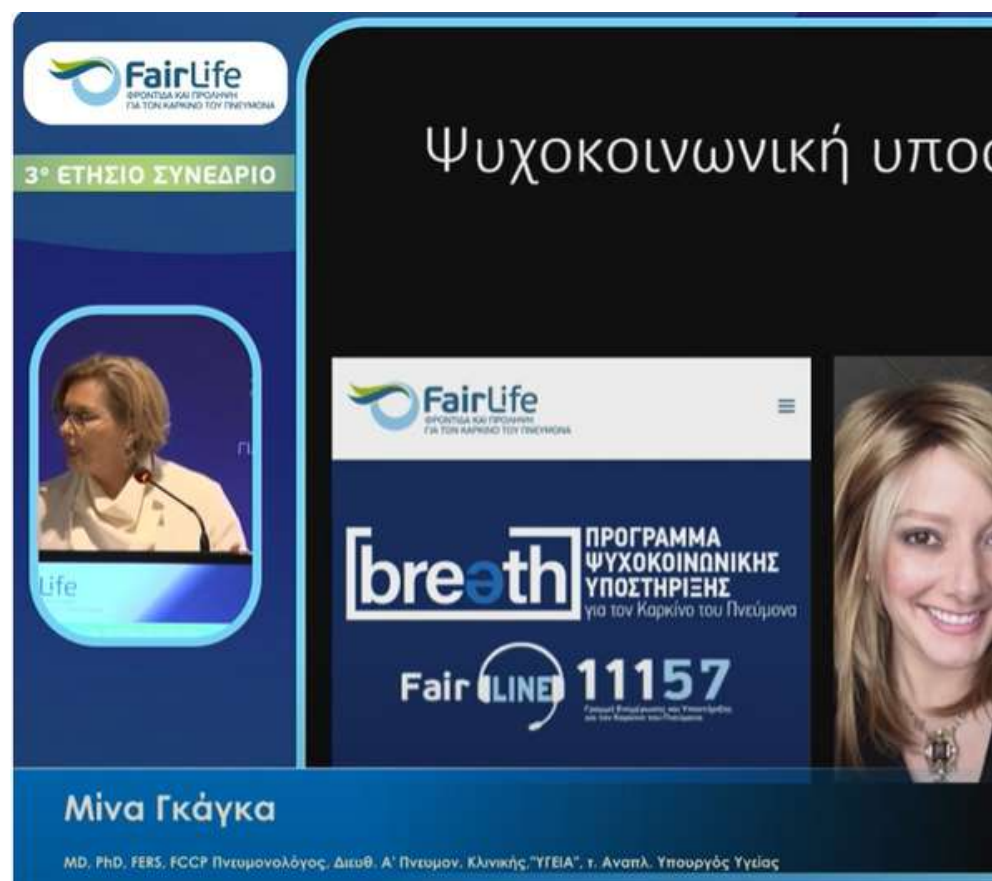
MD, PhD, FERS, FCCP Πνευμονολόγος, Διευθ. Α' Πνευμον.
Κλινικής, "ΥΓΕΙΑ", τ. Αναπλ. Υπουργός Υγείας

Γι αυτό είναι πάρα πολύ σημαντικό να υπάρχει μια ομάδα ανθρώπων που παρακολουθεί τον άρρωστο από την πρώτη μέρα της νόσου και η ομάδα αυτή είναι ο προσωπικός τους γιατρός που μπορεί να είναι παθολόγος, πνευμονολόγος ή ο ακτινολόγος, ο παθολογοανατόμος, όλοι οι γιατροί μαζί με τον ψυχο-ογκολόγο, μαζί με τον με τον ψυχολόγο, μαζί με τον κοινωνικό λειτουργό - οι άρρωστοι έχουν πολλά προβλήματα, άρα το πρώτο πράγμα είναι πως λέμε τα νέα στον ασθενή και στην οικογένειά του, χωρίς να τον διαλύσουμε. Το δεύτερο και είναι πολύ σημαντικό είναι να ξέρουμε τον άρρωστο. Και να ξέρω τον άρρωστο σημαίνει ότι αν έχει άλλα νοσήματα που πρέπει να με κάνουν να σκεφτώ διαφορετικά τη θεραπεία, διαβήτης, μυοπάθεια, ότι άλλο μπορείτε να φανταστείτε, αλλά κυρίως ποια είναι τα προβλήματα του, ποιες είναι οι θέσεις του, ποιες οι προτιμήσεις του. Γιατί η αγωγή σήμερα πια είναι προσωποποιημένη και το προσωποποιημένη δεν είναι μόνο αν δίνουμε το ένα ή το άλλο φάρμακο, είναι τι θέλει ο άρρωστος και τι είναι ιατρικά σωστό να πάρει ο άλλος μέσα στα πλαίσια των προτιμήσεών του. Αποφασίζουμε λοιπόν αν πάμε για ριζική θεραπεία, αν πάμε για παρηγορική θεραπεία, δίνουμε πάντα υποστηρικτική θεραπεία σε κάθε άρρωστο από την πρώτη μέρα της υποψίας.

Παρακολουθούμε τον άρρωστο στενά και έχουμε πάντα στο νου μας την τριτογενή πρόληψη που σημαίνει ότι φροντίζουμε και να μειωθεί η νόσος και να μην επανεμφανιστεί η νόσος.

Το παλιό μοντέλο που κάναμε αν θέλετε αυτό που λεγόταν παλιά παρηγορική θεραπεία ήταν όταν έφτανε ο κόμπος στο χτένι και ο άρρωστος δεν πήγαινε καλά και άρχιζε να έχει δύσπνοια, πόνο ή ήταν σε προθανάτια κατάσταση, δίναμε παρηγορική αγωγή και τον βλέπαμε. Αυτό έχει αλλάξει τελείως. Από την μέρα της υποψίας υπάρχει υποστήριξη στον άρρωστο και η ίδια ομάδα που παρακολουθεί τον άρρωστο- αυτό είναι πάρα πολύ σημαντικό- από την ώρα της υποψίας σε όλη τη διάρκεια της νόσου, είτε αυτή πάει καλά και χρειάζεται απλώς παρακολούθηση για τα επόμενα χρόνια είτε δεν πηγαίνει καλά, χρειάζεται τους ίδιους ανθρώπους. Δεν είναι δυνατόν ένας άρρωστος που χειροτερεύει, να φεύγει από το γιατρό που τον παρακολουθεί και να πηγαίνει σε μια άλλη ομάδα, σαν να του λες "τώρα εγώ τελείωσα με σένα, πήγαινε σε κάποιον άλλον". Και πάντα είναι η ομάδα. Οι κατηγορίες που μπορούμε να υποστηρίξουμε τον άρρωστο είναι πάρα πολλές, γιατί άρρωστοι που έχουν σοβαρά νοσήματα, είτε αυτό είναι καρκίνος ή μια βαριά κυστική ίνωση ή στιδήποτε άλλο που επηρεάζει τη ζωή του καθημερινά και μπορεί να είναι απειλητική για τη ζωή, έχει φυσικά συμπτώματα και έχει φυσιολογικά συμπτώματα έχει κοινωνικά προβλήματα και έχει και πνευματικά προβλήματα, άρα είμαστε όλοι εκεί από την πρώτη μέρα. Και να δείξω λίγο την υποστηρικτική θεραπεία: όταν είμαστε καλά, είμαστε αμέριμνοι, καθόμαστε και αισθανόμαστε ότι είμαστε σε στέρεο έδαφος. Όταν έχουμε μια διάγνωση, όπως ένας καρκίνος του πνεύμονα, αισθανόμαστε ότι το έδαφος αρχίζει και γκρεμίζεται κάτω από τα πόδια μας και με την υποστήριξη που έχουμε από την ομάδα, όλο αυτό αρχίζει και στερεώνεται ξανά και μπορούμε να είμαστε καλύτερα.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

**Μίνα Γκάγκα**

MD, PhD, FERS, FCCP Πνευμονολόγος, Διευθ. Α' Πνευμον. Κλινικής, "ΥΓΕΙΑ", τ. Αναπλ. Υπουργός Υγείας

Να πω για την ψυχοκοινωνική υποστήριξη και να πω ότι η FairLife ήδη έχει πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, να πω επίσης ότι πέρα από την ψυχοκοινωνική υποστήριξη που είναι πολύ σημαντική, το αισθητικό κομμάτι ειδικά για τις γυναίκες αλλά και για τους άντρες είναι πολύ σημαντικό. Πήγα στο Βέλγιο για να πάρω μέρος σε ένα ογκολογικό συμβούλιο και δίπλα μου μπήκε μια γυναίκα με στολή, με ένα κοριτσάκι και σκέφτηκα ότι πάει τη νοσηλεία στους αρρώστους. Στο καρτσάκι είχε περούκες και ψεύτικες βλεφαρίδες και σκιές κι αυτό ήταν κομμάτι της θεραπείας, κομμάτι της φροντίδας για τον ασθενή με καρκίνο που ήταν στο ογκολογικό νοσοκομείο. Αυτό λοιπόν είναι πολύ σημαντικό. αν τα θυμόμαστε όλα αυτά και αν δουλεύουμε όλοι μαζί. Να πω επίσης ότι είναι εξαιρετικά σημαντικό η φωνή του του ασθενούς, όχι μόνο του ίδιου του ασθενούς αλλά του Patient Advocate, που έρχεται και μιλάει για το πρόβλημα και μας δίνει τη νόσο από τα δικά του μάτια, γιατί αυτό είναι το πιο σημαντικό. Τελικά δουλεύουμε για τους αρρώστους. Εδώ είναι η Μάριελ Χένινγκ, μας είχε μιλήσει το 2018 στο summit της ERS, ήταν εξαιρετική, είναι μια σαραντάρα γυναίκα με 2 παιδιά, μη καπνίστρια, είχε

μια διάγνωση με καρκίνο πνεύμονα που ευτυχώς ήταν καλά στο ROS1, με πολλά προβλήματα παρόλα αυτά. Και βλέπετε πως υπάρχουν ασθενείς που δεν έχουν καπνίσει ποτέ πράγματι και κάνουν καρκίνο πνεύμονα και είναι τελείως αναπάντεχο. Και υπάρχουν τρόποι να τους βοηθήσουμε όλους, είναι πολύ σημαντικό να δούμε το πρόβλημα του κάθε ασθενούς και να είμαστε ευαισθητοποιημένοι.

Εδώ θα δείξω τον Δημήτρη Κοντοπίδη, που μας μίλησε μόλις που επίσης είναι ένας πολύ σημαντικός άνθρωπος που βοηθάει τους γιατρούς και τους φροντιστές υγείας και όλους τους επαγγελματίες υγείας να καταλάβουν το πρόβλημα του ασθενούς από τη δική του μεριά αλλά και να βοηθήσει σημαντικά και τις πολιτικές υγείας. Αν λοιπόν τα κάνουμε όλα αυτά και συνεργαζόμαστε όλοι μαζί και φυσικά με τις ασφαλιστικές εταιρείες, με τα υπουργεία, με τις εταιρείες βιοτεχνολογίας, με τις φαρμακευτικές, είμαστε πάντα εδώ για εσάς.

Σας ευχαριστώ πολύ.

ΠΡΟΛΗΨΗ

ΚΑΙ ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΕ
ΤΗΝ ΕΝΟΤΗΤΑ

ΠΡΟΛΗΨΗ & ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ



Ελευθέριος Ζέρβας

Πνευμονολόγος, Συντονιστής Διευθ. 7ης Πνευμονολογικής Κλινικής Νοσοκομείο Γ.Ν.Ν.Θ.Α «Η ΣΩΤΗΡΙΑ», ΓΓ ΕΠΕ

Καλησπέρα σε όλους και από μένα. Να ευχαριστήσω και εγώ προσωπικά την κυρία Πατέλη για την πρόσκληση και την FairLife για την υποστήριξη που έχουμε και τη συνεργασία με την Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία. Μιλώντας και ως μέλος του ΔΣ της ΕΠΕ. Σε αυτό το τραπέζι λοιπόν, θα μιλήσουμε για τα δεδομένα και τις προκλήσεις που έχουμε για τον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου του πνεύμονα. Εγώ δεν θα πω πολλά, η ομιλία μου είναι σύντομη για να ακολουθήσει στη συνέχεια η παρουσίαση της πολύ μεγάλης πρωτοβουλίας που έχει γίνει από την πλευρά της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας σε μια διεπιστημονική προσέγγιση για τον προληπτικό, για τον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου του πνεύμονα, για να μπουν ελληνικές οδηγίες.

Αυτή είναι η δήλωση σύγκρουσης συμφερόντων μου. Θα ακούσετε κάποια πράγματα που πιθανόν θα έχετε ακούσει και πριν, αλλά η επανάληψη είναι μήτηρ μαθήσεως. Ακούσατε ότι ο καρκίνος του πνεύμονα έχει το υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας από όλους τους καρκίνους παγκοσμίως. Τα ποσοστά τα ανέφερε και πριν η κυρία Γκάγκα, ένα πολύ σημαντικό στοιχείο είναι ότι στον καρκίνο του πνεύμονα, επειδή είναι μια νόσος γενικά που σκοτώνει, ο αριθμός της εμφάνισης των νέων διαγνώσεων σχεδόν ισούται με τον αριθμό των θανάτων ετησίως,

δηλαδή έχουμε περίπου 2 εκατομμύρια διαγνώσεις και περίπου 1,6 εκατομμύρια θανάτους από καρκίνο του πνεύμονα ετησίως. Και αυτά όπως είδατε, αναμένεται να αυξηθούν στην πορεία. Και βέβαια δεν πρέπει να ξεχνάμε, αν και δεν πρέπει να είναι στίγμα, αλλά κύρια αιτία είναι το τσιγάρο- 8 στους 10 καρκίνους οφείλονται στο κάπνισμα- και μολονότι με την μερική θα έλεγα εφαρμογή του αντικαπνιστικού νόμου στην Ελλάδα, τα τελευταία χρόνια έχουν μειωθεί τα ποσοστά από αυτά τα τραγικά που είχαμε τα τελευταία χρόνια, ακόμα και σήμερα, ένας στους 4 Έλληνες είναι καπνιστής.

Αυτό είναι από τα υψηλότερα ποσοστά σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Και κάτι άλλο που δεν πρέπει να ξεχνάμε και να το έχουμε στο μυαλό μας για να το αντιμετωπίσουμε στην πορεία, είναι η ανησυχητική εκθετική αύξηση που υπάρχει στη χρήση των εναλλακτικών μορφών καπνίσματος, το άτμισμα, το θερμαινόμενο τσιγάρο κυρίως στους εφήβους, είναι μια επιδημία που έρχεται νομίζω, τα ποσοστά από μελέτες που έχουν γίνει και σε ελληνικό επίπεδο δείχνουν ότι ένας στους 2 εφήβους έχουν δοκιμάσει ή έχουν μπει στη διαδικασία να μπουν σε αυτές τις διαδικασίες "εναλλακτικής" μορφής καπνίσματος.

ΠΡΟΛΗΨΗ & ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ελευθέριος Ζέρβας

Πνευμονολόγος, Συντονιστής Διευθ. 7ης Πνευμονολογικής
Κλινικής Νοσοκομείο Γ.Ν.Ν.Θ.Α «Η ΣΩΤΗΡΙΑ», ΓΓ ΕΠΕ

Και το δεύτερο κομμάτι πολύ σημαντικό είναι η ατμοσφαιρική ρύπανση, ειδικά τα σωματίδια PM 2,5, τα μικρά σωματίδια δηλαδή, από μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες που είναι τα τελευταία χρόνια και στην Ευρώπη αλλά και στην Ασία, έχει αναγνωριστεί ότι είναι ένας βασικός παράγοντας κινδύνου για καρκίνο του πνεύμονα, ειδικότερα στους μη καπνιστές. Άρα, όταν μιλάμε για πρωτογενή πρόληψη - πρωτογενής πρόληψη σημαίνει να προλάβουμε την εμφάνιση της ασθένειας - πρέπει να επικεντρωθούμε ως επιστημονικές εταιρείες και ως πολιτεία σε προγράμματα διακοπής ή μη έναρξης του καπνίσματος καλύτερα, και μείωση της ατμοσφαιρικής ρύπανσης. Αν τώρα ο καρκίνος εμφανιστεί, το άλλο μεγάλο πρόβλημα του καρκίνου του πνεύμονα είναι ότι τα ποσοστά πενταετής του επιβίωσης εξακολουθούν, παρά τις μεγάλες και πολύ σημαντικές εξελίξεις που έχουν γίνει στο θεραπευτικό κομμάτι, να είναι πάρα πολύ χαμηλά. Τα δεδομένα που έχουμε από την Αμερική, που έχει πάρα πολύ καλά στατιστικά στοιχεία, είναι ότι η πενταετής επιβίωση με το ζόρι φτάνει το 20% ακόμα και σήμερα. Κι αυτό τον συγκρίνεις με άλλους καρκίνους, όπως είναι ο καρκίνος του μαστού, του παχέος εντέρου ή του προστάτη που τα ποσοστά φτάνουν και το 80 και το 90% στην πενταετή επιβίωση είναι εξαιρετικά προβληματικό. Και αυτό οφείλεται κατά κύριο λόγο, γιατί όπως σας είπε και πριν η κυρία Γκάγκα, η διάγνωση σε πάνω από το 50% των περιπτώσεων γίνονται στο προχωρημένο στάδιο της νόσου, στο στάδιο 4, όταν παρά τις θεραπείες που έχουμε στα

χέρια μας, εκεί τα ποσοστά δυστυχώς επιβίωσης δεν μπορούν να φτάσουν αυτά που είδατε πριν για τους άλλους καρκίνους. Άρα, η πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του πνεύμονα, η δευτερογενής, δηλαδή πρόληψη, μιλώντας, με προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου, θα μας βοηθήσει να ανιχνεύσουμε τη νόσο σε πιο πρώιμα στάδια, στα στάδια ένα και 2, που εκεί με τη χειρουργική παρέμβαση και τελευταία και με την εισαγωγή θεραπειών περιεγχειρητικά κυρίως και ανοσοθεραπείας, μπορούν να μας δώσουν και θα μας βοηθήσουν να φτάσουμε τα ποσοστά θνητότητας που έχουν οι άλλοι καρκίνοι. Να ξεπεράσουμε δηλαδή το 50 και το 60 και το 70%. Αν η νόσος διαγνωστεί στα στάδια ένα και 2.

Και πια η μείωση της θνητότητας από καρκίνο του πνεύμονα είναι αποδεδειγμένη από μεγάλες κλινικές μελέτες. Δεν θα μπω στην NLST και στην Nelson που είναι οι βασικές μελέτες στην Ευρώπη και στην Αμερική, που έχουν δείξει την αποτελεσματικότητα, εδώ σας δείχνω τα αποτελέσματα από μια μετα ανάλυση από το Cochrane data base που είναι μια βάση δεδομένων που συγκεντρώνει όλες τις μελέτες που γίνονται παγκοσμίως, τις τυχαίοποιημένες και δίνει συγκεντρωτικά αποτελέσματα που έχουν δείξει και έχουν αποδείξει ότι ο προσυμπτωματικός έλεγχος στον καρκίνο του πνεύμονα με τη χρήση LDCT μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της θνητότητας από καρκίνο του πνεύμονα σε βάθος 10ετίας βέβαια στο 20%.

ΠΡΟΛΗΨΗ & ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ελευθέριος Ζέρβας

Πνευμονολόγος, Συντονιστής Διευθ. 7ης Πνευμονολογικής Κλινικής Νοσοκομείο Γ.Ν.Ν.Θ.Α «Η ΣΩΤΗΡΙΑ», ΓΓ ΕΠΕ



Και με αυτά τα δεδομένα στην διάθεση τους, πολλές χώρες, κυρίως η Αμερική πρώτη, πριν από μία δεκαετία, παίρνοντας τα αποτελέσματα από την NSLT, τη μεγάλη μελέτη που έδειξε την μείωση της θνητότητας με τη χρήση της LDCT ως εργαλείο προσυμπτωματικού ελέγχου, υιοθέτησε σε εθνικό επίπεδο τον προσυμπτωματικό έλεγχο στην ομάδα κινδύνου σε ενήλικες 55 έως 80 ετών με ιστορικό καπνίσματος 30 πακέτων ετών που συνέχιζαν να καπνίζουν ή είχαν διακόψει το κάπνισμα τα 15 τελευταία χρόνια. Και θα δείτε ποιες είναι οι προτάσεις, οι δικές μας για τις ομάδες κινδύνου που μπορούν να ενταχθούν σε αυτό το πρόγραμμα και προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου αρχίζουν να υιοθετούνται. Είναι σωστό αυτό που είπε κυρία Γκάγκα στην Ευρώπη δειλά τα τελευταία χρόνια, λίγες χώρες έχουν ξεκινήσει να έχουν εθνικά προγράμματα, νομίζω 2 μόνο, θα μας τα πει η κυρία Χαρδαβέλλα στη συνέχεια. Αλλά γίνεται μια μεγάλη συζήτηση για ένταξη αυτών των προγραμμάτων σε εθνικό επίπεδο και στην Ευρώπη και έχουν αρχίσει να υπάρχουν χώρες που το έχουν υιοθετήσει τόσο στη Βόρεια Αμερική, στην Ασία αλλά και στη Νότια Αφρική και στην Αγγλία. Ο μεγαλύτερος περιορισμός που είχαμε ως τώρα ήταν η ευαισθησία και ειδικότητα της μεθόδου, γιατί με τα εργαλεία που έχουμε στη διάθεσή μας υπάρχουν "πολλά" θετικά αποτελέσματα, δηλ. ευρήματα από τον πραγματικό έλεγχο που μπορεί να φτάνουν σε μελέτες έως και το 20%, όμως τελικά καρκίνος αποδεικνύεται λιγότερο από το 1% σε αυτές, στις ομάδες και στις μελέτες που έχουν γίνει. Αλλά είχαμε πολλά ψευδώς θετικά αποτελέσματα που με τη βοήθεια καινούριων τεχνικών, με τη βοήθεια προτυποποιημένων προγραμμάτων και του AI και την εισαγωγή τους στον προσυμπτωματικό έλεγχο νομίζουμε ότι αυτό θα βελτιωθεί στην πορεία. Και βεβαίως ένα άλλο εμπόδιο που είχε τεθεί ήταν το κομμάτι της έκθεσης στην ακτινοβολία, αλλά με την εφαρμογή του LDCT που είναι μια χαμηλής ακτινοβολίας, αξονική και στην πορεία αυτό που έρχεται το Ultra Low CT που είναι ακόμα μικρότερη ακτινοβολία – η δόση ισούται, όπως θα μας πει η κυρία Ταβερναράκη στη συνέχεια, με λίγες ακτινογραφίες – αυτά τα προβλήματα θα λυθούν στην πορεία.

ΠΡΟΛΗΨΗ & ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ελευθέριος Ζέρβας

Πνευμονολόγος, Συντονιστής Διευθ. 7ης Πνευμονολογικής
Κλινικής Νοσοκομείο Γ.Ν.Ν.Θ.Α «Η ΣΩΤΗΡΙΑ», ΓΓ ΕΠΕ

Και το βασικό είναι να υιοθετηθεί από την πολιτεία ένα τέτοιο πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου σε εθνικό επίπεδο. Αυτά είναι μια λίστα από μια πρόσφατη δημοσίευση πέρυσι από το Health Policy του 2022. Ποιοι είναι οι παράγοντες που παίρνουν από 10 χώρες που έχουν υιοθετήσει τα προγράμματα; Ποια στοιχεία παίρνουν ως βασικά στοιχεία για να υιοθετηθεί αυτό το πρόγραμμα οι πολιτικοί που έχουν τη δυνατότητα να το κάνουν αυτό; Και θα δείτε ότι είναι πράγματα, τα οποία τα έχουμε στη διάθεσή μας ή μπορούμε να τα έχουμε, δηλαδή την κλινική απόδειξη ότι έχουμε μείωση της θνητότητας, να τρέξει σε ένα εθνικό επίπεδο ένα πρόγραμμα σχέσης κόστους-οφέλους για αυτό που θα κάνουμε, να υπάρχει ευαισθητοποίηση και να υπάρχει καταγραφή των υποδομών που έχουμε στη διάθεσή μας και πώς μπορούν να χρησιμοποιηθούν αυτές, να υπάρξει εκπαίδευση και έλεγχος ποιότητας -στο πρόγραμμα που έχουμε καταθέσει υπάρχουν αυτά τα δεδομένα- και βεβαίως να έχει η πολιτεία την ευαισθητοποίηση και την θέληση να επενδύσει σε ένα τέτοιο πρόγραμμα, γιατί τα αποτελέσματα αυτού του προγράμματος δεν θα τα δεις τώρα, δεν θα τα δεις ένα χρόνο, θα τα δεις μακροχρόνια, άρα πρέπει να επενδύσουμε στο μακροχρόνιο πρόγραμμα, στα μακροχρόνια αποτελέσματα προληπτικών παρεμβάσεων, όπως είναι ο προσυμπτωματικός έλεγχος του καρκίνου του πνεύμονα. Και κλείνοντας, για να δείτε πώς κινείται η διεθνής κοινότητα, ακούσατε πριν για την διεθνή εταιρεία ελέγχου του

καρκίνου του πνεύμονα, που είναι μία από τις πιο σημαντικές εταιρείες παγκοσμίως, πώς φτιάχνει τώρα το πρόγραμμα για το πώς θα κινηθούν τα δεδομένα στον προληπτικό έλεγχο του καρκίνου του πνεύμονα για την επόμενη πενταετία από το 2023 στο 2027 στην πορεία. Εμείς ακόμα βρισκόμαστε στο νηπιακό στάδιο και μπαίνουμε στη διαδικασία, αλλά εδώ συζητάμε πράγματα που θα γίνουν στην πορεία. Πώς θα ανιχνεύσουμε και πώς θα βάλουμε και μη καπνιστές και ποιες ομάδες από αυτούς θα ελέγξουμε για τον καρκίνο του πνεύμονα, να τους εντάξουμε στον προσυμπτωματικό έλεγχο, πώς θα εντάξουμε το artificial intelligence μέσα εκεί για να ελαττώσουμε τα θετικά, τα ψευδώς θετικά αποτελέσματα και να δώσουμε καλύτερα αποτελέσματα; Πώς θα κάνουμε προσβάσιμα σε όλο τον κόσμο τα δεδομένα του προσυμπτωματικού ελέγχου; Άρα υπάρχει ένα μονοπάτι όπου κινείται η διεθνής κοινότητα για τα επόμενα χρόνια. Πολύ σημαντικό και νομίζω ότι πρέπει και εμείς να ξεκινήσουμε να βηματίζουμε σε αυτό το μονοπάτι για να ακολουθήσουμε και να έχουμε τα καλά αποτελέσματα. Και βέβαια, για να κλείσω εδώ να δώσω το λόγο στην κυρία Χαρδαβέλλα για να σας πει τι κάνουμε εδώ στην Ελλάδα, πώς μπορούμε να το εφαρμόσουμε στην Ελλάδα; Αυτό, γιατί είναι μια πολύ σημαντική προσπάθεια με βασικό συντελεστή σε αυτό την κυρία Χαρδαβέλλα. Ευχαριστώ πολύ.

ΠΡΟΛΗΨΗ & ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ



Γεωργία Χαρδαβέλλα

MD, MSc, PhD, Πνευμονολόγος Γ.Ν.Ν.Θ.Α "Σωτηρία", Πρ. Ομάδας Καρκίνου Πνεύμονα, Ευρ. Πνευμον. Εταιρεία, Συντον. Ομάδας Καρκίνου Πνεύμονα ΕΠΕ

Ευχαριστώ πολύ για τα καλά λόγια, κύριε Ζέρβα, ευχαριστώ πάρα πολύ για την πρόσκληση, ιδιαίτερα την κυρία Πατέλη και θέλω να πω ότι έχει φύγει πλέον η FairLife από το μόντο που είχε θέσει πρώτη η κυρία Πατέλη και είπε, ο πόνος έγινε σπόρος, είμαστε στη φάση που ο σπόρος έχει μεγάλη ανθοφορία και σύντομα νομίζω θα αρχίσει να έχει και πολλούς πολλούς καρπούς.

Θα σας πω 3 νούμερα τα οποία επανέλαβαν και οι προηγούμενοι ομιλητές για το πόσο μεγάλο είναι το πρόβλημα του καρκίνου του πνεύμονα στη χώρα. Έχουμε κάθε χρόνο τουλάχιστον 9000 διαγνώσεις καρκίνου πνεύμονα, καινούργιους ασθενείς, δηλαδή κάθε χρόνο έχουμε πάνω από 7000 ασθενείς μας, οι οποίοι φεύγουν από τον καρκίνο πνεύμονα, μια ολόκληρη κωμόπολη δηλαδή εξαφανίζεται κάθε χρόνο και ξέρουμε από τα αρχεία του νοσοκομείου σωτηρία του νοσοκομείου Σωτηρία, του Αγίου Σάββα και του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου στη Λάρισα, ότι πάνω από τους μισούς, όταν έρχονται σε εμάς είναι σε προχωρημένο στάδιο της νόσου, άρα δεν μιλάμε για ριζική θεραπεία.

Η Ελλάδα λοιπόν, με όλα αυτά τα προβλήματα με τον καρκίνο του πνεύμονα που είναι ο πιο συχνός και πιο θανατηφόρος, πιο πολύ και από τον καρκίνο του μαστού,

δυστυχώς δεν έχει σε αυτή τη φάση ένα εθνικό πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο πνεύμονα.

Αναγνωρίζοντας λοιπόν αυτό το πρόβλημα του καρκίνου πνεύμονα στη χώρα και γνωρίζοντας ότι τρέχουν όλες αυτές οι επιστημονικές εξελίξεις, όχι μόνο σε ευρωπαϊκό αλλά και σε παγκόσμιο επίπεδο, όπως μας είπε ο κύριος Ζέρβας, η Ελληνική Πνευμονολογική εταιρεία αποφασίζει να αναλάβει δράση και να δημιουργήσει, αν θέλετε, ένα κέντρο εξελίξεων στην Ελλάδα, προσπαθώντας να εντάξει τη χώρα σε αυτήν την πορεία που έχουν ήδη ξεκινήσει άλλες χώρες του εξωτερικού. Βγαίνει λοιπόν μπροστά, αν μου επιτραπεί η έκφραση, η Ελληνική Πνευμονολογική εταιρεία και δημιουργεί μια ευρεία διεπιστημονική ομάδα, η οποία αποτελείται από 35 πνευμονολόγους, αποτελείται από 6 ακτινολόγους- μέλη της ελληνικής Ακτινολογικής Εταιρείας με εκπροσώπηση από το Δ.Σ. Αποτελείται επίσης από 11 χειρουργούς θώρακα, οι οποίοι είναι μέλη της Ελληνικής Εταιρείας Χειρουργών Θώρακος Καρδιάς και Αγγείων.

Έχουμε μαζί μας στην ομάδα αυτή των 55, ένα βιβλιοθηκονόμο, έναν νοσηλευτή και μια επισκέπτρια υγείας που έχουν την έδρα τους στο νοσοκομείο "Σωτηρία".

ΠΡΟΛΗΨΗ & ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ



Γεωργία Χαρδαβέλλα

MD, MSc, PhD, Πνευμονολόγος Γ.Ν.Ν.Θ.Α "Σωτηρία", Πρ. Ομάδας Καρκίνου Πνεύμονα, Ευρ. Πνευμον. Εταιρεία, Συντον. Ομάδας Καρκίνου Πνεύμονα ΕΠΕ

Ευθύς εξαρχής και οι 55 επαγγελματίες υγείας είμαστε σε στενή συνεργασία με την ΕΛΛΟΚ, την Ελληνική Ομοσπονδία Καρκίνου, γιατί σκεφτόμαστε σαν επαγγελματίες υγείας ότι δεν έχει κανένα νόημα οποιαδήποτε προσπάθεια αν απ την αρχή δεν έχουμε τις απόψεις των ασθενών, πόσο μάλλον αυτών, οι οποίοι έχουν νοσήσει από καρκίνο στο παρελθόν, άρα έχουν όλο το βίωμα του καρκίνου, όχι μόνο του καρκίνου του πνεύμονα κι έχουν περάσει μέσα από το ελληνικό σύστημα υγείας, είτε δημόσια είτε ιδιωτικά, άρα γνωρίζουν τους περιορισμούς. Αυτή την προσπάθεια υποστηρίζει η Ελληνική Ογκολογική εταιρεία, η Ελληνική εταιρεία Παθολόγων Ογκολόγων Ελλάδος υποστηρίζει η FairLife ευθύς εξαρχής και η ΕΛΕΚΑΠ. Και ξεκινάει λοιπόν ένα ταξίδι το οποίο κράτησε 2 χρόνια. Βλέπετε εδώ ότι παραπάνω από τους μισούς ασκούμε το έργο μας στο ιατρικό αποκλειστικά στο ΕΣΥ. Κάποιοι το ασκούν αποκλειστικά ιδιωτικά και κάποιοι και ιδιωτικά και στο ΕΣΥ, άρα έχουμε ανθρώπους από όλους τους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας στη χώρα, Άρα ακούγονται όλες οι φωνές και βλέπετε εδώ ότι η γεωγραφική μας κατανομή είναι από όλα τα γεωγραφικά διαμερίσματα, άρα λαμβάνουμε υπόψη μας τους περιορισμούς, τους γεωγραφικούς που έχουμε σαν χώρα.

Κάνουμε λοιπόν 3 πράγματα και κινούμαστε επί 2 χρόνια γύρω από τους εξής 3 άξονες. Ο πρώτος είναι η θέσπιση ελληνικών κατευθυντήριων οδηγιών για τον προσυμπτωματικό έλεγχο στον καρκίνο του πνεύμονα. Μια τεράστια προσπάθεια με πολλές βιβλιογραφικές αναζητήσεις, μια προσπάθεια που προσπαθήσαμε να βρούμε, τα οποία επιδημιολογικά δεδομένα έχουμε στη χώρα για τον καρκίνο του πνεύμονα και την έχουμε καταθέσει για δημοσίευση σε επιστημονικό περιοδικό. Ο δεύτερος άξονας ήταν μια προτυποποιημένη διαδικασία για το πώς θα εφαρμοστεί ο προσυμπτωματικός έλεγχος καρκίνου πνεύμονα στη χώρα, άρα δηλαδή το πού θα γίνεται, ποιος θα τον κάνει, ποιες είναι οι προϋποθέσεις. Να οριοθετηθεί όλο αυτό και να μπει σε ένα πλαίσιο και το τρίτο είναι η ενημέρωση του κοινού. Η διαδικασία λοιπόν- βλέπετε το εξώφυλλο της δεξιά στην οθόνη σας- κατατέθηκε στις αρχές του υπουργείου τον Μάιο του 2023 και έγινε και μια συνέντευξη τύπου με αφορμή την παγκόσμια μέρα κατά του καπνίσματος, οπότε θα αναμένουμε ουσιαστικά την αντίδραση- ελπίζουμε θετική- της πολιτείας σε αυτό.

ΠΡΟΛΗΨΗ & ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Γεωργία Χαρδαβέλλα

MD, MSc, PhD, Πνευμονολόγος Γ.Ν.Ν.Θ.Α "Σωτηρία", Πρ. Ομάδας Καρκίνου Πνεύμονα, Ευρ. Πνευμον. Εταιρεία, Συντον. Ομάδας Καρκίνου Πνευμονα ΕΠΕ

Αυτό που είπαμε σαν διεπιστημονική ομάδα, αφού κοιτάξαμε τα επιστημονικά δεδομένα, τα διεθνή, αλλά είδαμε και τα νούμερα του καρκίνου πνεύμονα στη χώρα και τις ηλικίες των ασθενών, είναι ότι η πρότασή μας και η σύστασή μας είναι ότι οι ομάδες υψηλού κινδύνου στην Ελλάδα είναι τα άτομα 50 ως 80 ετών, οι οποίοι είναι νυν καπνιστές τουλάχιστον 20 πακέτα έτη ή κάπνιζαν στο παρελθόν τουλάχιστον τόσο, αλλά έχουν διακόψει εντός της τελευταίας δεκαπενταετίας και δεν έχουν ιστορικό καρκίνου πνεύμονα ή οποιασδήποτε άλλης κακοήθειας την τελευταία πενταετία.

Γιατί αυτοί είναι ασθενείς που θα πρέπει να μπαίνουν σε άλλο πλάνο ογκολογικής παρακολούθησης. Προσυμπτωματικός έλεγχος καρκίνου πνεύμονα είναι ουσιαστικά αξονική τομογραφία θώρακος χαμηλής δόσης ακτινοβολίας και διασύνδεση των ατόμων υψηλού κινδύνου που καπνίζουν με τα ιατρεία διακοπής καπνίσματος για να μπορούν να κόψουν το κάπνισμα. Η πρότασή μας είναι για προσυμπτωματικό έλεγχο ανά 2 έτη, όχι ανά έτος, όπως έχουν προτείνει και εφαρμόζουν σε αυτή τη φάση οι Αμερικανοί, αλλά βάζουμε στο τραπέζι για πρώτη φορά την εξατομικευμένη διαστρωμάτωση κινδύνου. Για να δούμε αν για τον συγκεκριμένο υποψήφιο πρέπει να μειωθεί αυτή η ψαλίδα των 2 ετών, άρα από τα άτομα υψηλού κινδύνου, αυτά που είναι πιο υψηλού κινδύνου, προτείνουμε προσυμπτωματικό έλεγχο σε ετήσια βάση, αυτά που είναι στο χαμηλότερο άκρο, δηλαδή πιο χαμηλού, προτείνουμε ανά διετία.

Η προτυποποιημένη διαδικασία αφορά πάρα πολλούς άξονες, το πώς θα αναγνωρίσουμε και θα παραπέμπουμε τα άτομα υψηλού κινδύνου στα κέντρα προσυμπτωματικού ελέγχου, ποιο θα είναι το μονοπάτι του υποψηφίου και με χαρά σας λέω ότι είναι η πρώτη φορά που έχει γίνει αυτό στη χώρα μας, να υπάρχει μονοπάτι υποψηφίου και ήταν πολύ σημαντικός ο ρόλος και η βοήθεια της ΕΜΟΚ σε αυτό. Η διαδικασία διαχείρισης των ύποπτων ευρημάτων, δηλαδή κάνουμε προσυμπτωματικό έλεγχο, τι θα κάνουμε μετά αυτά τα ευρήματα, αυτά που είναι ύποπτα, αλλά υπάρχουν και άλλα που δεν είναι ύποπτα για κακοήθεια, αλλά πάλι κάτι πρέπει να κάνουμε. Το οριοθετούμε και αυτό. Οριοθετούμε τις τεχνικές προδιαγραφές και την εκπαίδευση όλων των εμπλεκόμενων επαγγελματιών υγείας στον ΠΕΚΠ, προτυποποιούμε την ακτινολογική διάγνωση – κι ήταν καταλυτικός ο ρόλος της Ακτινολογικής ομάδας που ήταν μαζί μας - και βάζουμε κριτήρια ποιότητας και ελεγκτικούς μηχανισμούς διαχείρισης. Δηλαδή πρέπει να πληρούνται ορισμένα κριτήρια ποιότητας και πρέπει κάποιος να τα ελέγχει και πρέπει κάποιος να έχει και τη διαχείριση του προγράμματος. Όλα αυτά τα έχουμε οριοθετήσει. Άρα λοιπόν, έχουμε συγκεκριμένες προτάσεις στην διαδικασία που έχει κατατεθεί στο Υπουργείο για το πώς θα αναγνωρίσουμε τα άτομα υψηλού κινδύνου.

Και για αυτό αξιοποιούμε τα ψηφιακά εργαλεία που ευτυχώς αναπτύχθηκαν στην Ελλάδα με την περίοδο Covid.

ΠΡΟΛΗΨΗ & ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

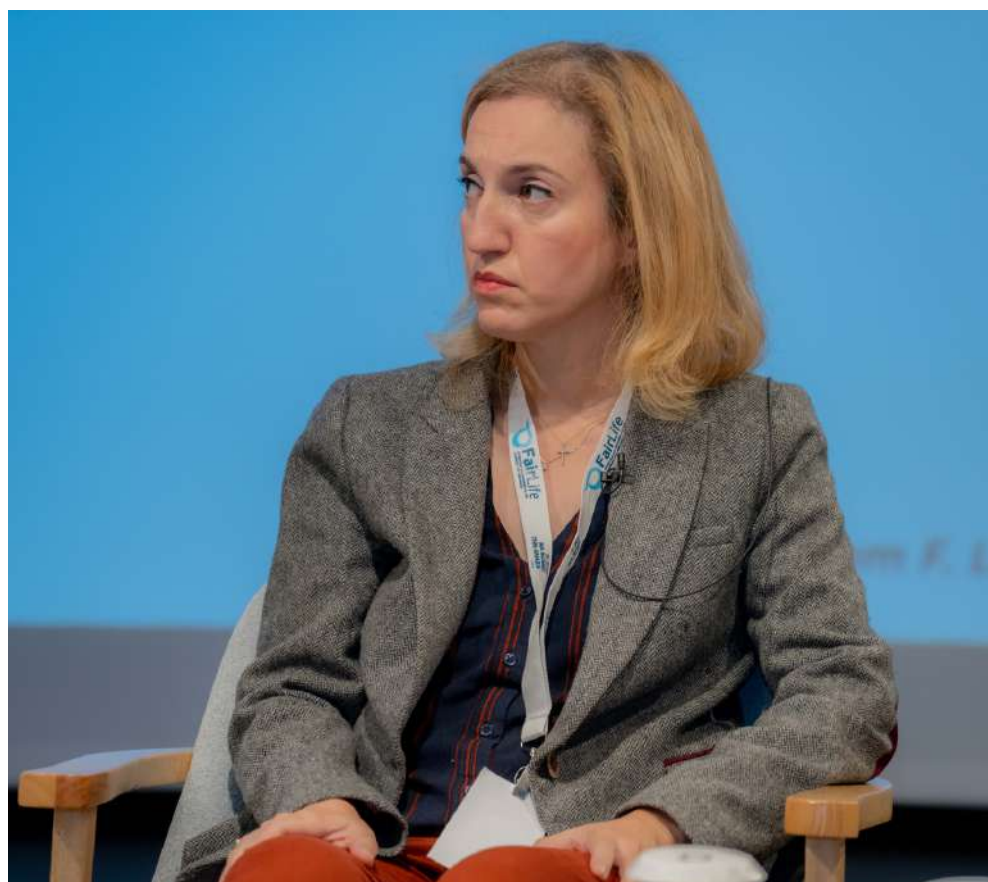
Γεωργία Χαρδαβέλλα

MD, MSc, PhD, Πνευμονολόγος Γ.Ν.Ν.Θ.Α "Σωτηρία", Πρ. Ομάδας Καρκίνου Πνεύμονα, Ευρ. Πνευμον. Εταιρεία, Συντον. Ομάδας Καρκίνου Πνευμονα ΕΠΕ

Άρα, ηλεκτρονική πλατφόρμα συνταγογράφησης, μητρώο εμβολιασμού και πολλά άλλα. Οριοθετούμε τον τρόπο με τον οποίο πρέπει να γίνεται η ενημέρωση στα άτομα υψηλού κινδύνου και ποιος θα την κάνει και πώς θα την κάνει. Δεν μιλάμε μόνο για επιστημονικές εταιρείες, μιλάμε για κοινωνικούς φορείς, όπως είναι η FairLife, μιλάμε για ενώσεις ασθενών και με πολλούς τρόπους μαζί με αυτούς και ψηφιακούς και οριοθετούμε και τον τρόπο που θα προσεγγίζουμε τα άτομα υψηλού κινδύνου. Και έρχεται αυτό λίγο να συνδεθεί με το στίγμα του καπνιστή που αναφέρθηκε και στην αρχή της σημερινής εκδήλωσης. Προτυποποιούμε όμως τον τρόπο. Δεν είναι η λογική "Έλα από το ιατρείο, να σου γράψω μια αξονική και πήγαινε να την κάνεις και θα δούμε". Ξεφεύγουμε τελείως από αυτή τη λογική. Για να μπορέσουμε όμως αυτή τη λογική να την υποστηρίξουμε, πρέπει όλοι εμείς, οι επαγγελματίες υγείας να εκπαιδευτούμε. Το οριοθετούμε λοιπόν και αυτό μέσα σε αυτή την προσπάθεια, μέσα σε αυτή τη διαδικασία και ορίζουμε 2 εκπαιδευτικά προγράμματα πρώτου και δευτέρου επιπέδου. Το πρώτο επίπεδο είναι αυτό στο οποίο συμμετέχουν όλοι οι επαγγελματίες υγείας, χωρίς να υπάρχουν στεγανά ανάμεσα στις ειδικότητες, δηλαδή δεν παραπέμπουν, δεν αναγνωρίζουν για προσυμπτωματικό έλεγχο μόνο οι πνευμονολόγοι, μόνο οι οικογενειακοί γιατροί. Μετά από πολύ μεγάλη έτσι διαβούλευση μεταξύ μας, αποφασίσαμε ότι θα πρέπει να είναι ανοιχτό σε όλους, γιατί όσο πιο ανοιχτό, τόσο πιο μεγάλη θα είναι η επιτυχία του προγράμματος.

Και τώρα είμαστε στη φάση που οριοθετούμε το πρώτο επίπεδο εκπαίδευσης, το δεύτερο που θα σας πω παρακάτω είναι για τα άτομα, για τους ειδικούς επαγγελματίες υγείας που θα είναι στα κέντρα ΠΕΚ. Άρα λοιπόν, η διαδικασία ορίζει ότι μετά τη λήψη ενημερωμένης απόφασης που θα γίνεται από εκπαιδευμένο επαγγελματία Υγείας, γίνεται ηλεκτρονική συνταγογράφηση και η ηλεκτρονική αποστολή των στοιχείων του υποψηφίου στο κέντρο. Αυτή είναι η προτυποποιημένη φόρμα που θέλει λιγότερο από ένα λεπτό για να συμπληρωθεί. Φεύγουμε από τη λογική του έχουμε υποψηφίους με φακέλους, με σακούλες, με χαρτιά, να πηγαίνουν από ιατρεία σε νοσοκομεία και το ανάποδο. Όλοι μας το βλέπουμε αυτό. Οι επαγγελματίες υγείας καθημερινά και όσοι είναι ασθενείς επίσης το έχουν βιώσει. Φεύγουμε λοιπόν από αυτή τη λογική, το προτυποποιούμε και δίνεται ραντεβού εξέτασης από το κέντρο ΠΕΚ στον υποψήφιο και γνωστοποιείται και στον παραπέμποντα γιατρό, άρα ο παραπέμπων γιατρός έχει feedback για το τι έχει γίνει, ακολουθεί το ραντεβού της εξέτασης, όπου ο υποψήφιος κάνει την αξονική τομογραφία θώρακος χαμηλής δόσης ακτινοβολίας και ακολουθεί ραντεβού, όπου ενημερώνονται για τα αποτελέσματα, γίνεται η διαστρωμάτωση κινδύνου για να καθοριστεί αν θα μπει σε διετές ή μονοετές πρόγραμμα και καθορίζεται το καινούργιο ραντεβού και διασυνδέεται, εάν είναι νυν καπνιστής ο υποψήφιος με το ιατρείο διακοπής καπνίσματος.

ΠΡΟΛΗΨΗ & ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ



Γεωργία Χαρδαβέλλα

MD, MSc, PhD, Πνευμονολόγος Γ.Ν.Ν.Θ.Α "Σωτηρία", Πρ. Ομάδας Καρκίνου Πνεύμονα, Ευρ. Πνευμον. Εταιρεία, Συντον. Ομάδας Καρκίνου Πνευμονα ΕΠΕ

Εάν υπάρχουν παθολογικά ευρήματα ύποπτα και πρέπει να ξεκινήσει η διερεύνηση, όλα αυτά ξεκινάνε σε εκείνο το ραντεβού με πολύ προτυποποιημένο τρόπο.

Υπάρχει registry, υπάρχει αρχείο καταγραφής. Έχουμε μεγάλο θέμα με αυτό στη χώρα. Όλοι το γνωρίζετε, όμως λέμε ότι πρέπει όλα αυτά να συλλέγονται για να μπορούμε στη συνέχεια να αποτιμήσουμε και την επιτυχία του προγράμματος. Δεν θα σας κουράσω με αυτό. Είναι ένα flow chart που είναι το μονοπάτι του υποψηφίου -τι γίνεται από τη στιγμή που τον προσεγγίζει ο επαγγελματίας υγείας μέχρι τη στιγμή του κλινικού ραντεβού. Βλέπετε, η εκπαίδευση είναι προαπαιτούμενη για να μπορούμε να συμμετέχουμε σε αυτά τα προγράμματα ΠΕΚ και εδώ είναι η διαχείριση, ο αλγόριθμος διαχείρισης των ευρημάτων και υπάρχουν και πάρα πολλά άλλα τέτοια flow charts που αφορούν στο τι κάνουμε τα πνευμονικά οζίδια, στο τι κάνουμε άλλου είδους ευρήματα. Όλα να είναι προτυποποιημένα και να έχουμε όλοι την σπάντα φροντίδα. Κριτήρια ποιότητας έχουμε ορίσει.

Δεν θα σας κουράσω. Είναι πάρα πολύ σημαντικό να τηρούνται αυτά και κάποιος να τα παρακολουθεί και αυτό το έχουμε ορίσει σαν διαδικασία. Άρα λοιπόν πρόκειται για μια ολοκληρωμένη διεπιστημονική προσπάθεια, πίσω από την οποία έχουν δουλέψει πάρα πολύ επί 2 χρόνια 55 επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι δέχτηκαν ανοιχτή πρόσκληση και ήρθαν στην ομάδα αυτή και εντάχθηκαν.

Έχουν θεσπιστεί επιστημονικές οδηγίες και προτυποποιημένη διαδικασία εφαρμογής, η οποία, όπως σας είπα, έχει κατατεθεί στο Υπουργείο και θα περιμένουμε την απόφαση της Πολιτείας. Για πρώτη φορά εμπλέκονται ενεργά οι ασθενείς και έχουν λόγο και ήταν πολύ μεγάλη βοήθεια που μας έδωσαν. Είναι σε εξέλιξη η διαμόρφωση των προγραμμάτων εκπαίδευσης αυτή τη στιγμή από τις επιστημονικές εταιρείες και αναμένουμε την απόφαση της πολιτείας. Σας ευχαριστώ.

ΠΡΟΛΗΨΗ & ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ



Στέλιος Λουκίδης

MD, PhD, FCCP, FERS, Καθηγητής
Πνευμονολογίας Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ,
Πρόεδρος ΕΠΕ

Καλημέρα σε όλους.

Χαίρομαι ιδιαίτερα που έστω και διαδικτυακά είμαι μαζί σας-έχω ένα προσωπικό οικογενειακό ζήτημα που δεν μου επιτρέπει να φύγω από το νοσοκομείο στην παρούσα φάση. Θέλω να πω ότι αυτή η διαδικασία έχει ξεκινήσει, όπως είπε η κυρία Χαρδαβέλλα και ο , κύριος Ζέρβας, πριν από 2 χρόνια. Αυτό που έχει μεγάλη σημασία και πρέπει να γνωρίζουμε όλοι είναι ότι κατατέθηκε στο Υπουργείο και συγκεκριμένα στην υπηρεσιακή υπουργό την κυρία Κοτανίδου, λίγο πριν παραδώσει τον Ιούλιο του 2023. Έκτοτε δεν υπάρχει κάτι που να έχει ζητηθεί από την πολιτεία ώστε να συζητηθεί.

Το δεύτερο πράγμα είναι ότι η όλη αυτή διαδικασία κατατέθηκε και στην Επιτροπή Δημόσιας Υγείας και συγκεκριμένα στον Πρόεδρο της Επιτροπής, τον καθηγητή, τον κύριο Τσιόδρα, αλλά και στον Πρόεδρο του ΕΟΔΥ, τον κύριο Χατζηχριστοδούλου, με σκοπό να είναι ενήμεροι και αυτοί.

Δεν υπάρχει προς το παρόν κάποια επαφή, έχει γίνει αίτημα. εννοείται για συνάντηση, αλλά δεν υπάρχει καμία απάντηση.

Νομίζω ότι εδώ υπάρχει μια συνολική προσπάθεια όλων των ειδικοτήτων που εμπλέκονται σε αυτό που λέγεται καρκίνος του πνεύμονα, με σκοπό να μπορέσουμε όλοι να δώσουμε κάτι καλύτερο στους ανθρώπους αυτούς και το κάτι καλύτερο είναι να προλάβουμε τη νόσο όσο πιο νωρίς γίνεται και να μπορούμε να την αντιμετωπίσουμε καλύτερα. Γιατί όλοι όσοι ασχολούμεθα σε κλινικό επίπεδο με τον καρκίνο του πνεύμονα ξέρουμε το πρόβλημα ότι είναι ότι στην πλειοψηφία των περιπτώσεων οι ασθενείς έρχονται πολύ αργά.

Άρα, είναι επιτακτική ανάγκη πλέον η πολιτεία να πάρει αυτήν την πρωτοβουλία και να δει πώς μπορεί να θεσμοθετήσει μέσα στο σύστημα υγείας αυτόν τον προληπτικό έλεγχο. Οι περαιτέρω κουβέντες, είτε η δικιά μου είτε οποιουδήποτε άλλου, παρουσιάζοντας συνεχώς τον προσυμπτωματικό έλεγχο και την αξία του προσυμπτωματικού ελέγχου, δεν θα έχει καμία σημασία αν δεν πάρει την πρωτοβουλία η πολιτεία. Αυτό είναι και το δικό μου μήνυμα και πάλι ευχαριστώ πάρα πολύ για την πρόσκληση. Και ειδικά την κυρία Πατέλη, που έχουμε μια άριστη συνεργασία με την Ελληνική Πνευμονολογική εταιρεία.

ΠΡΟΛΗΨΗ & ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ



Έλενα Λινάρδου

MD, PhD, Παθολόγος - Ογκολόγος, Δ/ντρια Δ' Ογκολογικής Κλινικής, "Metropolitan", Μέλος Επιτροπής Εκπαίδευσης IASLC

Καλημέρα και από μένα σε όλους. Έχω μερικές διαφάνειες γιατί ήθελα να κάνω ένα σύντομο σχολιασμό εκ μέρους της ομάδας της FairLife, που ανέλαβε κάποιες πρωτοβουλίες με την υποστήριξη της FairLife τα τελευταία 2 χρόνια. Και ήθελα λίγο να σας μιλήσω, να τις βάλω και αυτές στη συζήτηση, παρότι τις έχουμε ξανασυζητήσει στο παρελθόν.

Πρακτικά λοιπόν, νομίζω ότι όλοι θα συμφωνήσουμε πλέον ότι η συζήτηση στην τρίτη ετήσια συνάντηση της FairLife, δεν είναι πια αν πρέπει να κάνουμε προσυμπτωματικό έλεγχο, αλλά πώς θα εφαρμοσθεί επιτέλους αυτό που τα τελευταία 2 ή 3 χρόνια συζητάμε όλοι οι ειδικοί που εμπλέκονται στον καρκίνο του πνεύμονα. Πώς θα εφαρμοστεί και στη χώρα μας τουλάχιστον πιλοτικά ο προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του πνεύμονα. Και νομίζω ότι τα ακούσατε ήδη. Το μόνο που θα πω είναι ότι δυστυχώς παραμένουμε στην Ευρώπη- παρότι τα νούμερα βελτιώνονται πάρα πολύ -τα τελευταία χρόνια παραμένουμε ένα από τα καπνιστικά hotspots της Ευρώπης. Δυστυχώς επίσης, έχουμε τα χειρότερα νούμερα όσον αφορά τους νέους καπνιστές που επίσης πρέπει να λάβουμε υπόψη μας και έχει ληφθεί υπόψη και στα μοντέλα και στα προτυποποιημένα προγράμματα που έχουν κατατεθεί στην πολιτεία.

Το γεγονός ότι στη χώρα υπάρχει ένας πολύ νέος πληθυσμός υψηλού κινδύνου, επομένως ένας πληθυσμός που για πολλά χρόνια θα είναι υψηλού κινδύνου και αυτό πρέπει να ληφθεί πολύ σοβαρά υπόψη στους σχεδιασμούς των προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου. Με την υποστήριξη της FairLife, πέρσι δημοσιεύτηκε η πρώτη μελέτη στη χώρα από την ομάδα του Κυριάκου Σουλιώτη, του Καθηγητή Πολιτικής Υγείας από το Ινστιτούτο Πολιτικής Υγείας του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, με τη συνδρομή της κυρίας Εύης Χατζηανδρέου, που είναι αντιπρόεδρος της FairLife και με πολύ μεγάλη εμπειρία στην Πολιτική Υγείας και βέβαια με τη συνδρομή, όπως πιθανώς μπορείτε να δείτε στα acknowledgements και τα ονόματα μιας μεγάλης ομάδας κλινικών ειδικών από τους οποίους πήραμε τα δεδομένα της χώρας με βάση τη γνώση και την εμπειρία τους, ούτως ώστε να φτιαχτεί αυτό το μοντέλο. Και γιατί χρειαστήκαμε αυτή την ομάδα των ειδικών; Γιατί δυστυχώς δεν έχουμε Αρχεία Νεοπλασιών στη χώρα, οπότε δεν υπάρχουν τρόποι να βρει κανείς δεδομένα για την πορεία ενός ασθενούς με καρκίνο του πνεύμονα.

ΠΡΟΛΗΨΗ & ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Έλενα Λινάρδου

MD, PhD, Παθολόγος - Ογκολόγος, Δ/ντρια Δ' Ογκολογικής Κλινικής, "Metropolitan",
Μέλος Επιτροπής Εκπαίδευσης IASLC

Η μελέτη αυτή στην ουσία τι έκανε; Στην ουσία αναπτύξαμε ένα μοντέλο, όπου πήραμε έναν υποθετικό πληθυσμό 100.000 γυναικών και ανδρών υψηλού κινδύνου, με βάση τα κριτήρια που ακούσατε δηλαδή ηλικίας 50 έως 80 ετών, καπνιστές, ή τέως καπνιστές, και το μοντέλο τους παρακολουθεί σε έναν οριζοντα πενταετίας με βήματα ανά 3 μήνες. Παρακολουθεί στην ουσία τις πιθανότητες που έχουν αυτοί οι άνθρωποι υψηλού κινδύνου να περάσουν από το ένα στάδιο υγείας, στο άλλο, δηλαδή χωρίς καρκίνο, με καρκίνο, εν ζωή ή θάνατο. Και στη συνέχεια, όλο αυτό μπαίνει σε ένα μοντέλο και υπολογίζει πώς θα επηρεαστεί αυτή η πορεία, αν αύριο εφαρμόσουμε προσυμπτωματικό έλεγχο στη χώρα στο 100% των ατόμων υψηλού κινδύνου. Και αυτό που βρήκαμε από αυτό το μοντέλο- και είναι ένα μοντέλο το οποίο δημοσιεύεται για πρώτη φορά με ελληνικά δεδομένα- και συμφωνεί απόλυτα με τις μελέτες που ήδη ακούσατε. Τι μας δείχνει; Μας δείχνει ότι αν αύριο είχαμε αυτό το προτυποποιημένο πρόγραμμα που μας παρουσίασε νωρίτερα η κυρία Χαρταβέλλα από την Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία, αν είχαμε λοιπόν αυτό το πρόγραμμα αύριο διαθέσιμο για τους έλληνες υψηλού κινδύνου, θα μειώναμε στη χώρα μας κατά 24,61% τους θανάτους από καρκίνο πνεύμονα, θα μειώναμε τα χρόνια ζωής που χάνονται από καρκίνο πνεύμονα στην Ελλάδα κατά 30,9% και θα είχαμε μια πολύ σημαντική στροφή προς διαγνώσεις μικρότερων, πρωιμότερων σταδίων και καταλαβαίνετε ότι αν έναν καρκίνο του πνεύμονα τον διαγνώσεις σε ένα στάδιο I ή σε ένα στάδιο II, μπορείς να τον χειρουργήσεις, μπορείς να εφαρμόσεις

πολύ πιο αποτελεσματικές θεραπείες. Επομένως, αυτό είναι άλλο ένα τεράστιο όφελος του προσυμπτωματικού ελέγχου. Και ο προσυμπτωματικός έλεγχος, όπως ήδη έχουμε πει χιλιάδες φορές, αλλά ακούστηκε και σήμερα, δεν είναι ένα τεστ. Δεν ζητάμε από την πολιτεία να θεσμοθετήσει τη συνταγογράφηση της αξονικής τομογραφίας χαμηλής δόσης ακτινοβολίας. Δεν ζητάμε να είναι εφικτό να συνταγογραφήσουμε την αξονική. Δεν είναι αυτό το ζητούμενο, δεν είναι αυτό προσυμπτωματικός έλεγχος, όπως δεν το ζητάγαμε τόσα χρόνια που υπήρχε η μαστογραφία και μας λέγανε "Μα συνταγογραφείται η μαστογραφία!" Ε και; Δεν υπήρχε προσυμπτωματικός έλεγχος, δεν υπήρχε πρόγραμμα που ο ασθενής θα κληθεί, θα εξεταστεί σε ειδικό κέντρο και τα αποτελέσματά του θα αξιολογηθούν, θα διασυνδεθεί γρήγορα με ότι χρειάζεται και θα γίνει επανάκληση. Το πρόγραμμα σημαίνει μια συνέχεια, σημαίνει μια διαδικασία η οποία περιλαμβάνει οπωσδήποτε τη δράση ανάλογα με το εύρημα. Η FairLife επίσης υποστήριξε μια άλλη πρωτοβουλία για την οποία σας έχουμε μιλήσει και άλλες φορές- αυτή είναι μια ελληνική πρωτοβουλία- είναι το πρώτο στη χώρα οργανωμένο προτυποποιημένο πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου που τρέχει εδώ και 2 χρόνια και υποστηρίζεται από την FairLife. Το πρόγραμμα αυτό στην ουσία προσφέρεται δωρεάν σε συμπολίτες μας με χαμηλό οικονομικό εισόδημα, άνεργους ή ανασφάλιστους, μέσω αυτής της συνεργασίας με τον όμιλο HHG και την FairLife και στην ουσία περιλαμβάνει αυτά που ακούσατε ήδη.

ΠΡΟΛΗΨΗ & ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ



Έλενα Λινάρδου

MD, PhD, Παθολόγος - Ογκολόγος, Δ/ντρια Δ' Ογκολογικής Κλινικής, "Metropolitan", Μέλος Επιτροπής Εκπαίδευσης IASLC

Δηλαδή, άνδρες ή γυναίκες 50 έως 80 ετών, μπορούν να έρθουν, εφόσον είναι καπνιστές ενεργοί ή έχουν διακόψει τα τελευταία 15 χρόνια, αξιολογούνται αν έχουν ένα δείκτη pack years μεγαλύτερο ή ίσο του 20 ή συμμετέχουν σε αυτή τουλάχιστον την πρωτοβουλία τη δική μας, ανεξαρτήτως καπνιστικού ιστορικού, εφόσον υπάρχει ατομικό ιστορικό άλλου καρκίνου ή καρκίνου του πνεύμονα στην οικογένεια.

Τι κάνουμε πρακτικά σε αυτό το πρόγραμμα εδώ και 2 χρόνια; Κάνουμε ένα εβδομαδιαίο εξωτερικό ιατρείο κάθε Δευτέρα. Εκτιμούμε τον κίνδυνο με βάση τα διεθνή κριτήρια. Συζητούμε με τον ασθενή, εντάσσεται, αφού υπογράψει ενημερωμένη συγκατάθεση, καταγράφεται σε μια βάση δεδομένων. Και πολύ βασικό, όπως ήδη ακούσατε, συνδέεται με το ιατρείο διακοπής καπνίσματος ή και το ιατρείο ΧΑΠ. Ακολουθεί η αξονική τομογραφία χαμηλής δόσης ακτινοβολίας, που δεν είναι μια τυχαία αξονική που μπορεί να γίνει σε ένα οποιοδήποτε ακτινολογικό, όπως ακούσαμε νωρίτερα και από την κυρία Γκάγκα. Αλλά είναι μια αξονική, που θα ακούσουμε και στη συνέχεια, χαμηλής δόσης που χρειάζεται όμως software κατάλληλο για την επεξεργασία της, που συνήθως υποστηρίζεται από προγράμματα τεχνητής νοημοσύνης, άρα δεν μπορεί να γίνει παντού και δεν μπορεί να γίνει από οποιονδήποτε. Χρειάζεται μια διεργασία, χρειάζεται μια τεχνογνωσία.

Ακολουθεί λοιπόν στο πρόγραμμά μας ένα Συμβούλιο Διεπιστημονικό, το οποίο γίνεται επίσης μια φορά τη βδομάδα. Τη μία Δευτέρα έρχεται ο ασθενής, μέσα στη βδομάδα, γίνεται το Συμβούλιο με τα αποτελέσματα και την άλλη Δευτέρα ξαναέρχεται για να πάρει το αποτέλεσμα του. Επί παθολογικών ευρημάτων, καταγράφουμε και δημιουργούμε ένα πλάνο του τι θα κάνουμε στη συνέχεια, περαιτέρω διαγνωστική εκτίμηση, αντιμετώπιση και δίνεται σύσταση και παραπομπή στον ασθενή και ενημερώνεται για τα αποτελέσματα. Παίρνει μια γνωμάτευση που περιλαμβάνει το συμπέρασμα και το πλάνο, υπογεγραμμένη από όλο το Διεπιστημονικό Συμβούλιο και φυσικά αν η αξονική θώρακος είναι φυσιολογική, έχει το ραντεβού του για τον επόμενο χρόνο.

Αυτή είναι η εθελοντική ομάδα του προγράμματος "Πνευμόνων Υγεία" που βλέπετε ότι έχει και αυτό το πολύ ωραίο όνομα, που κατά τη γνώμη μου θα έπρεπε να βαφτισθεί το πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου συνολικά στη χώρα. Γιατί ακολουθεί ένα πρότυπο από την Αγγλία, στο οποίο το screening δεν φωνάζει τους ανθρώπους να έρθουν να εξεταστούν για τον καρκίνο, αλλά τους ζητά να έρθουν για την ευεξία των πνευμόνων τους. Είναι ένα wellness program και όχι ένα cancer screening program, το οποίο έχει τεράστια σημασία για το πώς θα προσεγγίσουμε τα άτομα υψηλού κινδύνου και γιατί έχει τεράστια σημασία;

ΠΡΟΛΗΨΗ & ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Έλενα Λινάρδου

MD, PhD, Παθολόγος - Ογκολόγος, Δ/ντρια Δ' Ογκολογικής Κλινικής, "Metropolitan", Μέλος Επιτροπής Εκπαίδευσης IASLC

Έχει τεράστια σημασία, γιατί στη χώρα πια, όπως ήδη ακούσατε, διαθέτουμε όλα αυτά που χρειαζόμαστε για να έρθει ο πραγματικός έλεγχος σε εθνικό επίπεδο. Διαθέτουμε τεκμηρίωση και εμπειρία, έχουμε επιστημονικές αποδείξεις, έχουμε την τεχνογνωσία, έχουμε την επιστημονική επάρκεια, έχουμε υποστήριξη από εταιρίες, έχουμε καταγεγραμμένες και κατατεθειμένες προτάσεις από την άνοιξη και τέλος έχουμε τα πληροφοριακά συστήματα και έχουμε και την ψηφιακή υγεία. Όλα αυτά λοιπόν που διαθέτουμε, πρέπει να αρχίσουμε να το χρησιμοποιούμε. Τι χρειαζόμαστε; Χρειαζόμαστε τα κέντρα. Αν δείτε στο προτυποποιημένο πρόγραμμα που μας παρουσίασε η κυρία Χαρδαβέλλα, έχει πολύ μεγάλη σημασία το γεγονός ότι αυτά δεν μπορούν να γίνουν οπουδήποτε. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος πρέπει να γίνει σε κέντρα προσυμπτωματικού ελέγχου, τα οποία πρέπει να αναγνωριστούν, πρέπει να αξιολογηθούν, πρέπει να πιστοποιηθούν. Και πρέπει να μη φοβόμαστε να τα αξιολογούμε. Κεντρικά λοιπόν, πρέπει να οργανωθεί ένας έλεγχος ποιότητας για την πιστοποίηση και την αξιολόγηση αυτών των κέντρων, γιατί μόνο έτσι θα μπορούμε να έχουμε πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου με αξία και στο χρόνο. Και βέβαια πρέπει να εκπαιδευτούμε όλοι, όπως ήδη ακούσατε, και πάρα πολύ σημαντικό να ενημερωθούν όλοι οι εμπλεκόμενοι. Πρέπει να πάμε και να διασυνδεθούμε με τους γιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Πρέπει να ενημερώσουμε και να εκπαιδεύσουμε όλες τις ειδικότητες. Γιατί; Όλοι βλέπουν έναν δυνητικά υποψήφιο, όπως ακούσατε για ένα τέτοιο πρόγραμμα.

Και τελειώνοντας, θα πω ότι όλα αυτά δεν θα έχουν καμία αξία αν δεν μπορέσουμε να εξασφαλίσουμε την πρόσβαση στον προσυμπτωματικό έλεγχο για όλους. Και αυτή η πρόσβαση για όλους απαιτεί την αναγνώριση και την πολύ συγκεκριμένη προσέγγιση των ευάλωτων πληθυσμών διεθνώς. Παρότι τα προγράμματα στην Αμερική τρέχουν πάρα πολλά χρόνια και είναι συνταγογραφημένα και καλύπτονται, μόνο ένα πάρα πολύ μικρό ποσοστό που δεν ξεπερνάει το 10%- πολύ λιγότερο νομίζω - είναι το ποσοστό των ανθρώπων που είναι υψηλού κινδύνου και πηγαίνουν για screening. Άρα όλη η προσπάθεια είναι να τους αναγνωρίσουμε, να πάμε κοντά τους και να μπορέσουμε να τους φέρουμε στο screening. Να τους καλέσουμε και να τους ξανακαλέσουμε και βέβαια να μην ξεχνάμε το στίγμα, διότι ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα του καπνιστή είναι ακριβώς ο φόβος και γι αυτό πρέπει να ακολουθήσουμε, όπως έγινε και από το προτυποποιημένο πρόγραμμα της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας, τα μονοπάτια αυτά που μας περιέγραψε η κυρία Χαρδαβέλλα, έχουν περιγραφεί και έχουν στηθεί σε άλλες χώρες με πάρα πολύ καλό αποτέλεσμα και αυτό πρέπει να κάνουμε. Πρέπει να πάρουμε τα καλά από εκεί που έχουν δημιουργηθεί, να τα φέρουμε στη χώρα μας, να τα προσαρμόσουμε και να μπορέσουμε να στήσουμε επιτέλους, να φέρουμε τον προσυμπτωματικό έλεγχο, να γίνει πραγματικότητα. Τελειώνοντας λοιπόν, θα πω ότι το μήνυμα της FairLife, από τις πρωτοβουλίες που έχει αναπτύξει τα τελευταία 2 χρόνια, είναι ότι πλέον έχει περάσει η ώρα, δεν είναι η ώρα, αλλά έχει περάσει η ώρα για να ενταχθεί ο προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του πνεύμονα στο Εθνικό Πρόγραμμα Πρόληψης, στο εθνικό πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου. Και θέλω να πιστεύω ότι όλοι μαζί θα ενώσουμε τις δυνάμεις μας με την προσπάθεια που έχει ήδη γίνει για να υπάρξει απάντηση. Και πραγματικά ο προσυμπτωματικός έλεγχος και ο καρκίνος του πνεύμονα είναι προτεραιότητα. Αυτά από εμένα.

ΠΡΟΛΗΨΗ & ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ



Jesme Fox

Medical Director, Roy Castle Lung Cancer Foundation, UK and Secretary, Global Lung Cancer Coalition

Πρώτα να ευχαριστήσω την Κορίνα και την FairLife για την ευκαιρία που μου δίνετε να μιλήσω για την εμπειρία από το Ηνωμένο Βασίλειο. Εμείς κάνουμε έρευνα εδώ και αρκετά χρόνια και παρόλα αυτά έχουμε πολλές μελέτες για τον προσυμπτωματικό έλεγχο, οι οποίες βρίσκονται σε εξέλιξη. Έχουμε επίσης αρκετά πιλοτικά προγράμματα. Νομίζω το πιο γνωστό πιλοτικό πρόγραμμα είναι εκείνο του Μάντσεστερ για τον καρκίνο του πνεύμονα. Ήταν το πιο επιτυχημένο. Αυτό το πιλοτικό πρόγραμμα οδήγησε σε περισσότερους προσυμπτωματικούς ελέγχους. Στο υπόλοιπο Ηνωμένο Βασίλειο είχαμε το TLHC και ελπίζουμε ότι ως το 2029 αυτό το πρόγραμμα δεν θα αφορά πλέον μόνο την Αγγλία, αλλά ολόκληρο το Ηνωμένο Βασίλειο. Εκείνη τη χρονιά θεωρούμε ότι θα υπάρχει 100% κάλυψη. Όσον αφορά τους στοχευμένους προσυμπτωματικούς ελέγχους που θα απευθύνονται σε άτομα υψηλού κινδύνου, Το TLHC λοιπόν ξεκίνησε το 2019, έπειτα ξέσπασε η πανδημία. Επομένως χρειάστηκαν πραγματικά μεγάλες προσπάθειες την τελευταία τετραετία, προκειμένου να συνεχίσουμε να έχουμε προσυμπτωματικούς ελέγχους. Αυτή τη στιγμή έχουμε 42 περιοχές σε όλη την Αγγλία, οι οποίες καλύπτονται. Αρχικά, επικεντρωθήκαμε στα άτομα με υψηλό κίνδυνο και στις περιοχές με υψηλή επίπτωση καρκίνου του πνεύμονα.

Καλέσαμε λοιπόν τους ανθρώπους σε αυτές τις περιοχές να συμμετέχουν στον προσυμπτωματικό έλεγχο. Απευθυνθήκαμε σε καπνιστές, πρώην καπνιστές, σε ανθρώπους που δεν κάπνισαν ποτέ. Αυτοί οι άνθρωποι λοιπόν, κλήθηκαν να συμμετάσχουν σε προσωπικό έλεγχο για να αξιολογηθεί ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα. Οι προσκλήσεις αυτές γίνονταν τηλεφωνικώς. Αρχικά προσπαθήσαμε να τις κάνουμε διά ζώσης, αλλά λόγω της πανδημίας χρειάστηκε να χρησιμοποιήσουμε το τηλέφωνο, διότι ήταν ένα μέσο πολύ πιο εύκολο, πολύ πιο εύχρηστο και πολύ πιο οικονομικό. Έτσι λοιπόν, προσφέραμε μια LDCT στους ανθρώπους υψηλού κινδύνου. Ο δικός μου οργανισμός συμμετέχει ιδιαίτερα ενεργά σε αυτό το πρόγραμμα. Επιπλέον, απευθυνθήκαμε στην κοινότητα μέσα από εκστρατείες ενημέρωσης, προκειμένου να παροτρύνουμε το γενικό πληθυσμό να συμμετάσχει ενεργά σε αυτό το πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου και έτσι μπορέσαμε να απευθυνθούμε και σε ευάλωτους πληθυσμούς. Δεν γνωρίζω τα δημογραφικά χαρακτηριστικά στην Ελλάδα, αλλά στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι άνθρωποι με τα υψηλότερα ποσοστά καπνίσματος βρίσκονται στις πιο ευάλωτες ομάδες σε συγκεκριμένες περιοχές χαμηλού εισοδήματος.

ΠΡΟΛΗΨΗ & ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Jesme Fox

Medical Director, Roy Castle Lung Cancer Foundation, UK and Secretary,
Global Lung Cancer Coalition

Το πρωτόκολλο είναι πραγματικά ιδιαίτερα σημαντικό, προκειμένου να διασφαλίζουμε ότι υπάρχουν πρότυπα τα οποία τηρούνται καθολικά. Και υπάρχουν επίσης και λεπτομέρειες στο πρωτόκολλο, οι οποίες διασφαλίζουν και τη συμμόρφωση. Έτσι μπορούμε να είμαστε βέβαιοι ότι αυτό που παρέχουμε μέσω του προγράμματος είναι ποιοτικό.

Νομίζω ότι αυτές τις εικόνες τις είδατε και νωρίτερα. Είναι κινητές μονάδες αξονικών τομογραφιών. Αρχικά θεωρήσαμε ότι θα χρειαστούμε τέτοιες κινητές μονάδες σε 1 ή 2 περιοχές, αλλά τελικά χρειαστήκαμε περισσότερες διότι μας διευκολύνουν. Και εδώ βλέπουμε τα αποτελέσματα έως τώρα. Πρόκειται για δεδομένα από τα τέλη Αυγούστου. Είναι τα πιο πρόσφατα δεδομένα που έχουμε. Έως τώρα έχουμε καλέσει περισσότερα από 1.000.000 ανθρώπους να συμμετάσχουν στο πρόγραμμα. Και έχουν δεχτεί την πρόσκληση 385.000 περίπου από αυτούς τους ανθρώπους. Έχουμε πραγματοποιήσει 271.000 αξονικές τομογραφίες, ενώ έχουμε διαγνώσει 2.700 καρκίνους του πνεύμονα και το σημαντικό είναι το 60% αυτών των διαγνώσεων αφορούσαν στάδιο I και το 14% στάδιο II. Επομένως, θεωρούμε έτσι να πετύχουμε μακροχρόνια την μετατόπιση των ασθενών σε πρωιμότερα στάδια της νόσου κατά τη διάγνωση τους. Αυτό είναι κάτι το οποίο μας συναρπάζει. Και θεωρούμε ότι όταν το πρόγραμμα εφαρμοστεί σε ολόκληρο το Ηνωμένο Βασίλειο θα είναι ακόμη πιο ενθαρρυντικά τα αποτελέσματα. Είναι καλό να μπορούμε να μάθουμε και από την εμπειρία των άλλων. Γι' αυτό και θέλω να σας παροτρύνω να επισκεφθείτε τον ιστότοπο που βλέπετε στη σελίδα, στη διαφάνεια, προκειμένου να μπορέσετε να μάθετε περισσότερα από άλλα εγχειρήματα.

Νομίζω ότι μπορείτε επίσης να αξιοποιήσετε τους υπέρμαχους, τους πρέσβεις του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του πνεύμονα, οι οποίοι θα δραστηριοποιούνται τοπικά αλλά και εθνικά. Επίσης, πρέπει να ξεκινήστε εντοπίζοντας τις περιοχές με υψηλότερο κίνδυνο, με υψηλότερη θνησιμότητα, λόγω καρκίνου του πνεύμονα. Θα πρέπει να έχετε ένα πρότυπο πρωτόκολλο. Θα πρέπει να μπορείτε να απευθυνθείτε στους πληθυσμούς που είναι δύσκολο να επικοινωνήσετε μαζί τους. Θα πρέπει να βγείτε εκεί έξω, να μπορέσετε να βρείτε ποιοι είναι οι καπνιστές, ποιοι είναι οι πρώην καπνιστές στην κοινότητα, ούτως ώστε να διασφαλίσετε ότι είναι οι κατάλληλοι άνθρωποι, οι οποίοι εντοπίζονται και προσέρχονται στον προσυμπτωματικό έλεγχο.

Επίσης, κάτι ακόμη που διαπιστώσαμε είναι ότι οι ασθενείς οι οποίοι εντοπίζονται νωρίς πραγματικά μπορούν να αποτελέσουν έμπνευση για εμάς, ενώ μπορούν να εμπνεύσουν και τους άλλους και να τους παροτρύνουν να έρθουν και εκείνοι για προσυμπτωματικό έλεγχο. Επίσης, άκρως σημαντικό είναι να έχουμε και υπηρεσίες διακοπής του καπνίσματος, διότι έτσι γίνεται και πιο οικονομικό και αποδοτικό το πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου. Επιπλέον, να διασφαλίζει στην ποιότητα.

Και κάτι που ξεχνάμε πάντα στις υπηρεσίες υγείας είναι να χαιρόμαστε τις επιτυχίες μας. Εδώ βλέπουμε τον Bill. Ο Bill είναι κάποιος, ο οποίος διαγνώστηκε πολύ νωρίς χάρη στο πρόγραμμα. Ο ίδιος λοιπόν, έχει υπάρξει δραστήριος υπέρμαχος του προγράμματος.

Και κλείνοντας, νομίζω ότι το βασικό μήνυμα είναι πως ο προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του πνεύμονα αποδίδει. Είναι μια συναρπαστική εποχή αυτή που ζούμε, διότι μπορούμε πραγματικά να εντοπίσουμε τους ανθρώπους σε πρώιμο στάδιο και έτσι να τους δώσουμε την κατάλληλη θεραπεία. Ευχαριστούμε πολύ.

Α' ΕΝΟΤΗΤΑ

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Οι εξατομικευμένες καινοτόμες θεραπείες υπόσχονται ελπίδα, αρκεί να διασφαλίζεται η ισότιμη και συμπεριληπτική πρόσβαση. Η καθυστέρηση έγκαιρης διάγνωσης καθώς και η απώλεια πολύτιμου χρόνου γύρω από τη διάγνωση αναφέρθηκαν ως σημαντικές προκλήσεις ενώ η διεπιστημονική προσέγγιση των ασθενών σε όλη την πορεία της νόσου έγινε κοινά αποδεκτή από το σύνολο των επιστημόνων που συμμετείχαν στην Α' Ενότητα.

WATCH NOW



ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ



Νίκος Τσουκαλάς

MD, MSc, PhD Παθολόγος - Ογκολόγος, MSc Βιοπληροφορική, Διευθ. Ογκολογικής Κλινικής, 401 ΓΣΝΑ, Επιστ. Συνεργάτης «Ερρίκος Ντυνάν»

ΚΚαλησπέρα. Λοιπόν, ευχαριστώ πολύ για την τιμητική πρόσκληση, την FairLife και την οργανωτική και επιστημονική επιτροπή και προσωπικά την κυρία Κορίνα Πατέλη για όλη αυτή την προσπάθεια που γίνεται στη βελτίωση των συνθηκών διάγνωσης και θεραπείας των ασθενών με καρκίνο πνεύμονα. Πιστεύω είναι μια πολύ σημαντική προσπάθεια που έρχεται να συμπληρώσει κενά, τα οποία υπάρχουν από τις υπηρεσίες υγείας. Το θέμα που θα μιλήσουμε είναι η διάγνωση του καρκίνου του πνεύμονα και όσο κάποιος μπορεί να πιστεύει ότι είναι κάτι εύκολο, τι έχει αλλάξει στη διάγνωση του καρκίνου του πνεύμονα; Τα πράγματα είναι γνωστά από το πανεπιστήμιο πιθανόν. Και όλα είναι εύκολα γιατί το συζητάμε. Πιστεύουμε ακριβώς το αντίθετο. Εντυπωσιάζομαι πολλές φορές που υπάρχουν ασθενείς, οι οποίοι είναι καπνιστές, χρόνιαι καπνιστές και εμφανίζονται σε ένα γενικό ιατρείο, γιατί πονάει ένα σημείο του σώματός τους αρκετό καιρό. Και κανένας συνάδελφος δεν σκέφτεται να στείλει μια ακτινογραφία θώρακος και μπορεί να έχουν πάρει του κόσμου τα παυσίπινα. Ακόμα να έχουν πάρει ενέσεις κορτιζόνης ή οτιδήποτε. Πρόσφατα είχαμε ζήσει και μία περίπτωση που χειρουργήθηκε για τον πόνο στην περιοχή και από το χειρουργείο αυτό διαπιστώθηκε ότι υπήρχε ένα παθολογικό κάταγμα.

Και μετά από κει έγινε έλεγχος, ούτε καν πάρθηκε βιοψία και είδαμε ότι υπήρχε μια τεράστια μάζα στον πνεύμονα. Αυτό λοιπόν είναι το πρώτο μήνυμα που θέλω να μείνει ότι θα πρέπει όλοι οι συνάδελφοι γιατροί όλων των ειδικοτήτων και κυρίως οι γενικοί γιατροί, παθολόγοι, ορθοπεδικοί πολλές φορές, ειδικά σε ασθενείς, οι οποίοι είναι καπνιστές αρκετά χρόνια.

Πολλές φορές μας λένε, εσείς είστε ογκολόγοι, εμείς δεν θέλουμε να σκεφτόμαστε τον καρκίνο του πνεύμονα. Ίσως πρέπει να σκεφτόμαστε πρώτα αυτό, να τον αποκλείσουμε με μία απλή εξέταση και μετά να συνεχίσουμε στις άλλες πιθανές αιτίες που είναι πιο απλές. Αυτό λοιπόν δεν είναι ένα περιστατικό που σας αναφέρω. Είναι πολλά περιστατικά και πιστεύω ότι όλοι οι συνάδελφοι έχουμε να πούμε εδώ αυτό το οποίο θέλω να πω με δύο κουβέντες, την καθυστέρηση που υπάρχει από το πρώτο σύμπτωμα μέχρι τη διάγνωση του καρκίνου του πνεύμονα.

Άμα δούμε αναδρομικά στους ασθενείς μας, θα δείτε ότι υπάρχει μια μεγάλη καθυστέρηση. Υπάρχουν κάποιοι ασθενείς που είναι ένα ποσοστό ίσως να είναι οι μισοί ασθενείς, που ευτυχώς θα τους δει ένας συνάδελφος, ο οποίος θα πάρει ένα καλό ιστορικό, θα αναλύσει όλα τα δεδομένα και θα πει ποια είναι η πρώτη πιθανή αιτία αυτού του προβλήματος που έχει ο ασθενής, π.χ. ενός πόνου σε ένα σημείο, σε ένα οστό.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Νίκος Τσουκαλάς

MD, MSc, PhD Παθολόγος - Ογκολόγος, MSc Βιοπληροφορική, Διευθ.
Ογκολογικής Κλινικής, 401 ΓΣΝΑ, Επιστ. Συνεργάτης «Ερρίκος Ντυνάν»

Η πρώτη αιτία μπορεί να είναι και ο καρκίνος του πνεύμονα. Ας κάνουμε 2 απλές εξετάσεις.

Άρα λοιπόν ο καρκίνος του πνεύμονα είναι κάτι το οποίο είναι παρόν. Υπάρχουν 2 μεγάλες κατηγορίες, ο μη μικροκυτταρικός καρκίνος του πνεύμονα και ο μικροκυτταρικός. Και υπάρχουν και κάποιες άλλες υποκατηγορίες. Την εποχή που ήμασταν στον Άγιο Σάββα, μας αρκούσαν οι 2 πρώτες κατηγορίες, ήταν πολύ απλή η αντιμετώπιση του καρκίνου του πνεύμονα. Τώρα έχει γίνει πολύ πιο σύνθετη και αυτό είναι για το καλό των ασθενών.

Ποια είναι τα συμπτώματα του καρκίνου του πνεύμονα;

Μπορεί να είναι ειδικά ή και μη ειδικά. Ειδικά μπορεί να είναι ένας επίμονος βήχας. Π.χ. ένας ασθενής που είναι καπνιστής και έχει ένα βήχα επίμονο ή συχνές λοιμώξεις που υποτροπιάζουν, καλό θα είναι να ψάξουμε και με μια απεικονιστική εξέταση αν υπάρχει κάτι άλλο πέρα από το να έχει πολλές λοιμώξεις και να παίρνει για 3 μήνες αντιβιώσεις.

Μπορεί να έχει αιμόπτυση, ο πόνος που σας ανέφερα χαρακτηριστικά, αυτό που αναφέραμε, ο πόνος στον ώμο. Ο τελευταίος ασθενής μας χειρουργήθηκε για αυτό, φτιάχτηκε ο ώμος, όμως ο καρκίνος του πνεύμονα ήταν εκεί. Και τώρα λαμβάνει θεραπεία ως πρώτης γραμμής μεταστατικός καρκίνος του πνεύμονα. Η μεταβολή της φωνής και υπάρχουν και μη ειδικά, απώλεια όρεξης, πυρετός, υπερβολική κόπωση. Αυτό λοιπόν είναι το πρώτο μήνυμα, να μην ξεχνάμε τον καρκίνο του πνεύμονα σε συγκεκριμένες ηλικίες, με συγκεκριμένο ατομικό ιστορικό. Πώς γίνεται η διάγνωση του μη μικροκυτταρικού καρκίνου πνεύμονα;

Κλασικά, αυτά που μάθαμε από το πανεπιστήμιο, τα οποία έχει πει και ο Ιπποκράτης, μιλάμε με τον ασθενή, παίρνουμε ένα ιστορικό, βάζουμε όλα τα κουτάκια και γίνεται ένα πάζλ και οδηγούμαστε σε αυτό που λέμε μαζί με την κλινική εξέταση, αφού εξετάσουμε τον ασθενή, διαφορετική διάγνωση. Ο ασθενής έχει ένα σύμπτωμα, αδυναμία, κουράζεται ή πυρετό ή βήχα και λέμε ποιες είναι οι πιθανές αιτίες: λοίμωξη, καρκίνος πνεύμονα, ψυχολογική πίεση οτιδήποτε. Τα βάζουμε με τη σοβαρότητα που πιστεύουμε και οδηγούμαστε στις ανάλογες εξετάσεις. Ποιες είναι οι εξετάσεις λοιπόν που πρέπει να ζητήσουμε για τον καρκίνο του πνεύμονα;

Η πιο απλή είναι η ακτινογραφία θώρακος, η οποία τα προηγούμενα χρόνια βοηθούσε πάρα πολύ ακόμα και τώρα έχει την αξία της. Η αξονική τομογραφία θώρακος, η αξονική τομογραφία και η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου για την πλήρη σταδιοποίηση για να αποκλείσουμε να έχουμε μεταστάσεις και βεβαίως τα τελευταία χρόνια ο συνδυασμός της πυρηνικής ιατρικής και της ακτινολογίας, το PET, το οποίο μας βοηθάει στην μεγαλύτερης ευαισθησίας σταδιοποίηση του μη μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονα. Η τελική διάγνωση όμως, αυτά όλα είναι υποψίες, τα οποία το ένα έρχεται και συμπληρώνει το άλλο και καταλήγουμε σε μεγαλύτερη πιθανότητα ότι ο ασθενής έχει έναν καρκίνο, μια νεοπλασία στον πνεύμονα είναι η λήψη βιοψίας. Αυτό λοιπόν είναι κάτι πολύ σημαντικό. Είναι ένα κομβικό σημείο. Θα πρέπει να υπάρχει ομάδα, η οποία να συζητάει για τον ασθενή και να βρίσκει για τον συγκεκριμένο ασθενή ποια είναι η βέλτιστη μέθοδος για να πάρουμε ένα δείγμα από τη βλάβη που βλέπουμε είτε σε μια μεταστατική εστία είτε στον καρκίνο του πνεύμονα, για να τεθεί η διάγνωση που έχουμε ως πιο πιθανή στη διαγνωστική μας σκέψη.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ



Νίκος Τσουκαλάς

MD, MSc, PhD Παθολόγος - Ογκολόγος, MSc Βιοπληροφορική, Διευθ. Ογκολογικής Κλινικής, 401 ΓΣΝΑ, Επιστ. Συνεργάτης «Ερρίκος Ντυνάν»

Και οι τεχνικές ποιες είναι; Η κλασσική βρογχοσκόπηση από τους συναδέλφους πνευμονολόγους, η βιοψία του πνεύμονα με τη βοήθεια των συναδέλφων ακτινολόγων υπό αξονικό, η βιοψία της βλάβης, ουσιαστικά με τη βοήθεια του υπερηχογραφήματος, αυτό που ξέρουμε όλοι ως EBUS, η βιοψία μέσω του οισοφάγου, πάλι με τη βοήθεια του υπερηχογραφήματος και η μεσοθωρακοσκόπηση.

Όλα αυτά, όπως καταλαβαίνετε, δεν υπάρχουν διαθέσιμα όλα μαζί, ακόμα και στα νοσοκομεία της Αθήνας, δεν μπορεί κάποιος να τα βρει όλα αυτά σε ένα νοσοκομείο της Αθήνας. Φανταστείτε σε μια επαρχιακή πόλη. Αυτός λοιπόν, είναι ένας άλλος πολύ σημαντικός παράγοντας καθυστέρησης στη διάγνωση. Πολλές φορές, συνάδελφοι προσπαθούν να βρουν λύσεις από την επαρχία ή δυσκολεύονται και μπορεί να προηγηθούν κάποιες από αυτές τις διαγνωστικές παρεμβάσεις, χωρίς κάποιο ουσιαστικό αποτέλεσμα. Θα πρέπει να γίνεται λοιπόν ενδελεχής κουβέντα στο Ογκολογικό Συμβούλιο για το ποια είναι η καλύτερη μέθοδος λήψης βιοψίας για τον συγκεκριμένο ασθενή με βάση αυτά τα οποία βλέπουμε στις απεικονιστικές εξετάσεις. Και για να μην πάρω περισσότερο χρόνο, αφού πάρουμε την βιοψία, οι συνάδελφοι παθολογοανατόμοι - η βάση της ιατρικής και της ογκολογίας πιστεύω - θα διαβάσουν στο μικροσκόπιο και θα μας πούνε τι νόσημα έχει ο ασθενής, καρκίνο πνεύμονα, μη μικροκυτταρικό αδενοκαρκίνωμα ή οτιδήποτε άλλο. Αυτό παλιά αρκούσε, πλέον δεν αρκεί. Και εδώ αρχίζει ένας μεγάλος γολγοθός των ασθενών πλέον, διότι θα πρέπει να γίνει ένας μοριακός έλεγχος αυτής της βλάβης το οποίο σε ένα μεγάλο βαθμό δεν καλύπτεται από τα ασφαλιστικά ταμεία ή τέλος πάντων θα πρέπει να γίνουν διάφορες

προσπάθειες με διάφορα προγράμματα και η Εταιρεία Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδος έχει προγράμματα στα οποία έχει βοηθήσει σημαντικά στον τομέα αυτό, για να μπορέσουμε να δούμε ποιο συγκεκριμένο υπότυπο του καρκίνου πνεύμονα έχει ο συγκεκριμένος ασθενής, βεβαίως για να αποφασιστεί η κατάλληλη θεραπεία.

Τελειώνω, συνοψίζω εδώ αυτά τα οποία σας ανέφερα. Ιστορικό, κλινική εξέταση, διαγνωστικές εξετάσεις, κατάλληλα επιλεγμένες, ιστολογική επιβεβαίωση, μοριακή ανάλυση, ένα μεγάλο δύσκολο κεφάλαιο και ο σχεδιασμός της θεραπείας. Ο σχεδιασμός θεραπείας θα πρέπει να γίνεται από το Ογκολογικό Συμβούλιο, όχι από έναν άνθρωπο και στο ογκολογικό Συμβούλιο θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη όλα αυτά που βλέπετε. Η ηλικία, η γενική εικόνα του ασθενή, το ιστορικό, το ιστορικό καπνίσματος, τα αποτελέσματα των εξετάσεων. Και αυτή είναι η τελευταία διαφάνεια. Ποιοι συμμετέχουν στο Συμβούλιο αυτό; Όλοι αυτοί οι συνάδελφοι.

Δυστυχώς, ακόμα και τα Ογκολογικά Συμβούλια ίσως να μην εφαρμόζονται ως καθημερινότητα και ρουτίνα, όπως γίνονται σε άλλα συστήματα υγείας σε όλα τα νοσοκομεία της χώρας μας, σε αρκετά εφαρμόζονται και αυτό είναι επίσης ένα σοβαρό πρόβλημα. Ευχαριστώ πολύ.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ



Γρηγόρης Στρατάκος

MD, PhD, FCCP Καθηγητής Πνευμονολογίας,
Υπεύθ. Μονάδας Επεμβατικής Πνευμονολογίας,
Α' Παν/μιακή Κλινική ΕΚΠΑ, Ν.Ν.Θ.Α. "Σωτηρία"

Καλημέρα σε όλους, ζητώ συγγνώμη που δεν είμαι κοντά σας, αλλά το πρόγραμμα της μέρας δεν μου το επέτρεπε. Δυστυχώς είχαμε κάποια περιστατικά με καρκίνο του πνεύμονα, δυστυχώς. Και έχω την χαρά να συζητώ μαζί σας διαδικτυακά. Να δούμε λίγο τις διαφάνειες μου και στο μεταξύ να συγχαρώ την κυρία Πατέλη Μπελ και όλους τους συνεργάτες της FairLife για την πρωτοβουλία. Νομίζω ότι ο κ. Τσουκαλάς είπε αρκετά πράγματα. Θα προσπαθήσω να μην επαναλάβω όσα ειπώθηκαν ήδη.

Έχω μοιράσει λίγο την παρουσίαση που θα κάνω σε 2 επισκέψεις. Σκέφτηκα ότι βλέπω 2 φορές τους ασθενείς, μια όταν πρωτογνωρίζομαστε και μία όταν θα τους κάνω την παρέμβαση. Έρχεται ο άρρωστος με κάποια συμπτώματα. Δεν υπάρχει τίποτα σαν το ιστορικό, το οποίο θα πρέπει να είναι εξαντλητικό και αναλυτικό και βεβαίως δεν μπορεί να μην συνοδεύεται από απεικονιστικές εξετάσεις. Δεν υπάρχει άρρωστος χωρίς αξονική τομογραφία. Εγώ έχω χρόνια πολλά να δω έναν άρρωστο χωρίς αξονική τομογραφία, δηλαδή δεν δέχομαι να δω ραντεβού αν δεν έχει φέρει ο άνθρωπος την αξονική του, δεν υπάρχει σήμερα άρρωστος χωρίς αξονική τομογραφία. Το ξαναλέω δεύτερη φορά. Φανταστείτε ότι αξονική τομογραφία κάνουμε στους ασυμπτωματικούς ασθενείς, για να κάνουμε screening.

Δεν είναι δυνατό να έρχεται με βήχα ο άρρωστος, με βράγχος φωνής, με δύσπνοια προσπάθειας, με πόνο στο θώρακα, με αιμόπτυση, με απόχρεμψη – 5-6 συμπτώματα έχουμε, αυτά είναι, δεν έχει άλλα – και να μην έχει αξονική τομογραφία θώρακος και να παίρνει αντιβίωση και να του λέμε να επανέλθει σε 2 μήνες και να βγάλει μια ακτινογραφία. Αυτά είναι αδιανόητα πράγματα. Πρέπει στην πρώτη επίσκεψη ο άρρωστος με τα συμπτώματα που μας έχει πει στο τηλέφωνο, να φέρει την αξονική τομογραφία ή θα πρέπει το ίδιο απόγευμα που τον βλέπουμε, να κάνει αξονική τομογραφία και να τη δούμε.

Θα πρέπει να τη βλέπουμε αυτόνομα. Θα πρέπει να είμαστε σε θέση να διαβάζουμε τις αξονικές τομογραφίες του ασθενούς μας αυτόνομα.

Εφόσον υποψιαστούμε την παρουσία κάποιας βλάβης στον πνεύμονα και υποψιαστούμε ότι αυτό έχει βάσιμους λόγους να είναι κακοήθεια, βεβαίως το PET είναι απαραίτητο όχι για τη διάγνωση, όχι για τη σταδιοποίηση, αλλά για να δούμε το σχεδιασμό της διαγνωστικής μας παρέμβασης, να δούμε από πού θα πάρουμε υλικό, να δούμε αν έχει απομακρυσμένες εστίες, να δούμε αν έχει οστά, να δούμε αν έχει επινεφρίδιο, να δούμε έχει δέρμα, να δούμε αν έχει νεφρά, να δούμε αν έχει βλάβη αλλού, σε άλλο σημείο του σώματος και αυτό θα μας βοηθήσει να διαλέξουμε από ποιο σημείο θα επιλέξουμε να πάρουμε το διαγνωστικό υλικό.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Γρηγόρης Στρατάκος

MD, PhD, FCCP Καθηγητής Πνευμονολογίας, Υπεύθ. Μονάδας Επεμβατικής Πνευμονολογίας, Α' Παν/μιακή Κλινική ΕΚΠΑ, Ν.Ν.Θ.Α. "Σωτηρία"

Διότι πρέπει να είναι σαφές και στους ασθενείς και σε εμάς όλους, δεν είναι διάγνωση η παρουσία μίας χωροκατακτητικής εξεργασίας στον πνεύμονα δεν είναι διάγνωση η παρουσία ενός όγκου στον πνεύμονα, είναι μια σκιά, βλέπουμε μια σκιά στον πνεύμονα, βλέπουμε έναν όγκο στο πνεύμονα. Αυτό δεν είναι διάγνωση, διάγνωση είναι το επαρκές ιστολογικό υλικό που θα δώσει τη δυνατότητα στους ογκολόγους να δώσουν τη θεραπεία. Άρα, το πώς θα βάλω τη διάγνωση, πρέπει να σχεδιαστεί σωστά και στο σχεδιασμό αυτό είναι απαραίτητο και ένα PET CT scan.

Θα πρέπει να απαντήσω, χρειάζεται μόνο η ιστολογική διάγνωση ή και σταδιοποίηση. Αν είναι νόσος είναι πολύ εκτεταμένη, για παράδειγμα, και έχουμε σε πάρα πολλά σημεία του σώματος εκτεταμένες αλλοιώσεις, ένα πολύ προχωρημένο καρκίνωμα του πνεύμονα, δεν χρειάζομαι να κάνω εξαντλητική αξιολόγηση του μεσοθωρακίου, για παράδειγμα, θα πάω μόνο να πάρω ιστολογικό υλικό από τη βλάβη, άρα το πόσο εκτεταμένη θα είναι η διαγνωστική παρέμβαση, εξαρτάται από τον αρχικό σχεδιασμό στην πρώτη επίσκεψη. Θα πρέπει να ζυγίσω τις ενδείξεις με τους παράγοντες κινδύνου. Προσοχή, δεν υπάρχουν αντενδείξεις για τη βρογχοσκόπηση. Δεν ήταν καμία απόλυτη αντένδειξη πέρα από την άρνηση του ασθενούς, αυτό που χρειάζεται είναι να ζυγίσω τις ενδείξεις με τους παράγοντες κινδύνου, να σκεφτώ

στεφανιαία νόσο, να σκεφτώ βαριά αναπνευστική ανεπάρκεια, να σκεφτώ αντιπηκτικά φάρμακα, θα πρέπει να διακοπούν, να σκεφτώ δηλαδή μια σειρά από προβλήματα που θα κάνουν την εξέταση δυσκολότερη και πιο επικίνδυνη και να το εξηγήσω στον ασθενή. Στην πρώτη επίσκεψη μιλάμε με τους ασθενείς, απαντάμε σε ότι μας ρωτούν, ο ασθενής πρέπει να πάρει απαντήσεις για ότι τον απασχολεί. Αν δεν ρωτήσει, μπορεί να είναι ένα έμμεσο σημάδι ότι δεν θέλει να ακούσει πολλά, οπότε δεν θα τον πιέσουμε. Αλλά εάν μας ρωτήσει, οφείλουμε να απαντήσουμε με ειλικρίνεια και προσοχή, να λέμε ότι ξέρουμε, ό, τι γνωρίζουμε, με σαφήνεια και με σιγουριά και όχι υποθέσεις και σενάρια, για παράδειγμα, "τι έχω γιατρέ;" "Έχετε έναν όγκο", "Είναι καλοήθης ή κακοήθης;" "Δεν το γνωρίζουμε και αν το ξέραμε, δεν θα κάναμε την παρέμβαση".

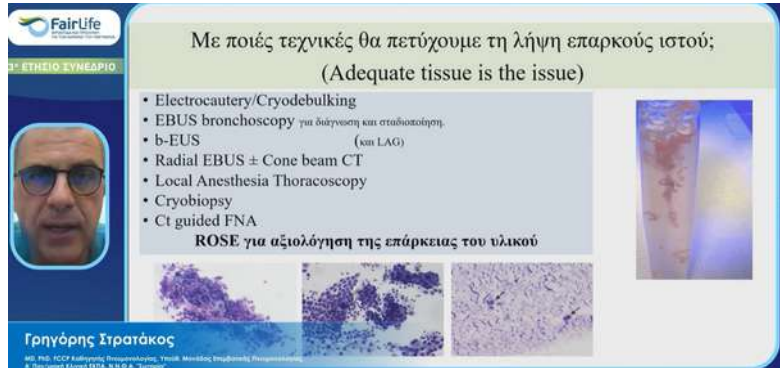
Είναι ένας όγκος, ο οποίος πρέπει να διαγνωστεί, πράγματα δηλαδή για τα οποία είμαστε βέβαιοι. "Έχω λεμφαδένες;" "Ναι, έχετε κάτι λεμφαδένες," "Είναι κακοήθεις;" "Δεν το γνωρίζω, θα κάνουμε παρακάτω παρέμβαση να μάθουμε" και ούτω καθεξής.

Η δεύτερη επίσκεψη θα γίνει λογικά στο σημείο στον χώρο που θα του κάνουμε τη διαγνωστική παρέμβαση και είναι πολύ σημαντική, γιατί θα πρέπει να επαναξιολογήσουμε τις απεικονιστικές μας εξετάσεις, όσες δηλαδή δεν είχαμε δει την πρώτη φορά ή όσες έχουμε παραγγείλει και στο μεταξύ έχουν ετοιμαστεί και να αποφασίσουμε ξανά από την αρχή από που θα πάρουμε υλικό. Να δούμε δηλαδή αν θα κάνουμε μεσοθωρακική σταδιοποίηση, οπότε μπορούμε να έχουμε το στάδιο και τη διάγνωση από τους λεμφαδένες του μεσοθωρακίου με μια κίνηση. Μπορούμε να πάρουμε από κεντρικό όγκο βιοψία; Χρειάζεται να κάνουμε FNA απ έξω; Μπορούμε να πάρουμε υπεζωκοτική συλλογή, να κάνουμε θωρακοσκόπηση, να δούμε το επινεφρίδιο στην κοιλιά, γιατί είναι η ένδειξη της μεταστατικής νόσου και αυτό θα δώσει το στάδιο και την διάγνωση με μια κίνηση;

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Όλα αυτά λοιπόν είναι σημαντικό να γίνουν και βεβαίως θα πρέπει να πάρουν την ενήμερη συγκατάθεση του ασθενούς. Και εννοούμε ενήμερη συγκατάθεση, λέμε στον άρρωστο ακριβώς ότι συμβαίνει με απόλυτη σαφήνεια, απόλυτη σοβαρότητα και απόλυτη κυριολεξία και ζητάμε τη συγκατάθεση του για να προχωρήσουμε. Είναι ένα κρίσιμο σημάδι. Σημειώνω πολύ, πολύ σημαντικό για να είμαστε και εμείς ασφαλείς και ο άρρωστος να είναι μέσα στο πλαίσιο, μέσα στο πλάνο της αντιμετώπισης. Δεν μπορούμε εμείς να κάνουμε τους θεούς και να παίρνουμε όλα τα ρίσκα για τον άρρωστο και εκείνος να μην είναι μέσα στο τι γίνεται; Πρέπει να είμαστε βεβαίως απόλυτα προετοιμασμένοι να υπάρχει πλήρες monitoring του ασθενούς, να εξασφαλίσουμε όλους τους κινδύνους και όλες τις σύγχρονες δυνατότητες που υπάρχουν για να κάνουμε μια βρογχοσκόπηση άνετη, ασφαλή και αποτελεσματική. Σημειωτέον, ότι δεν υπάρχει αυτό που λένε μερικοί συνάδελφοι κάποιες φορές "θα κάνω μια απλή βρογχοσκόπηση". Δεν υπάρχει αυτό το θέμα. Η βρογχοσκόπηση πρέπει να είναι μια και τελική. Δεν πρέπει να υπάρχει δεύτερη. Μέσα στην πρώτη βρογχοσκόπηση, θα πρέπει να εξασφαλίσουμε ότι υλικό είναι απαραίτητο. Δεν είναι δυνατόν να παίρνουμε εμείς μια βιοψία από τον βρόγχο, επειδή αυτό μπορούμε να κάνουμε και μετά να στέλνουμε τον άρρωστο σε ένα άλλο νοσοκομείο, σε ένα άλλο συνάδελφο να πάρει λεμφαδένες ή σε έναν άλλο συνάδελφο να κάνει παρακέντηση απ έξω ή σε έναν άλλο συνάδελφο να πάρει το επινεφρίδιο από το στομάχι. Αυτά όλα γίνονται σε έναν χώρο, σε μια στιγμή είναι αυτό που λέμε το one-stop procedure, μια στάση, μια διαδικασία και ο άρρωστος θα φύγει από το από το εργαστήριό μας με διάγνωση.

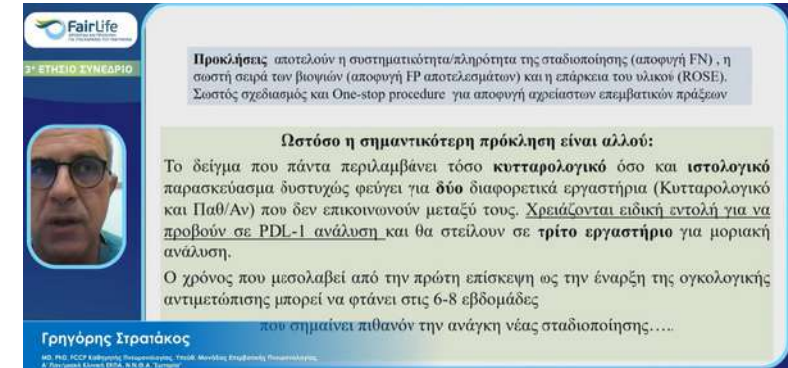
Οι τεχνικές που θα χρησιμοποιήσουμε αφορούν τεχνικές ανάλογα με το πού θα πάρουμε βιοψία, τεχνικές που πρέπει να πάρουμε ιστό από τους βρόχους, τεχνικές με υπερήχους, την ενδουπερηχογραφία, που σήμερα είναι η χρυσή σταθερά της διάγνωσης, είτε από τον βρόγχο είτε από τον οισοφάγο, τελειώνουμε πρώτα την αξιολόγηση από τους βρόγχους και από την τραχεία και μετά προχωράμε στη οισοφάγεια προσπέλαση, από όπου μπορούμε να πάρουμε και το αριστερό επινεφρίδιο. Βεβαίως, αυτό συμπληρώνεται με radial EBUS που είναι οι τρόποι να εξασφαλίσουμε την πρόσβαση στην περιφέρεια. ή με θωρακοσκόπηση για να πάρουμε υπεζωκότα ή με παρακέντηση υπό αξονικό ή υπό υπέρηχο που μπορούμε να κάνουμε στην ίδια αίθουσα και όλα αυτά συνδυάζονται με κάτι που είναι απολύτως απαραίτητο και λέγεται Rose (Rapid on site evaluation)



Με ποιές τεχνικές θα πετύχουμε τη λήψη επαρκούς ιστού;
(Adequate tissue is the issue)

- Electrocautery/Cryobulking
- EBUS bronchoscopy για διάγνωση και σταδιοποίηση
- b-EUS (on LAG)
- Radial EBUS ± Cone beam CT
- Local Anesthesia Thoracoscopy
- Cryobiopsy
- Ct guided FNA

ROSE για αξιολόγηση της επάρκειας του υλικού



Πρόκληση αποτελεί η συστηματικότητα/πληρότητα της σταδιοποίησης (αποφυγή FN) - η σωστή σειρά των βιοψιών (αποφυγή FP αποτελεσμάτων) και η επάρκεια του υλικού (ROSE). Συστός σχεδιασμός και One-stop procedure για αποφυγή αργιστών επεμβατικών πράξεων

Ωστόσο η σημαντικότερη πρόκληση είναι αλλού:

Το δείγμα που πάντα περιλαμβάνει τόσο κυτταρολογικό όσο και ιστολογικό παρασκεύασμα δυστυχώς φεύγει για δύο διαφορετικά εργαστήρια (Κυτταρολογικό και Παθ/Αν) που δεν επικοινωνούν μεταξύ τους. Χρειάζεται ειδική εντολή για να προβούν σε PDL-1 ανάλυση και θα στείλουν σε τρίτο εργαστήριο για μοριακή ανάλυση.

Ο χρόνος που μεσολαβεί από την πρώτη επίσκεψη ως την έναρξη της ογκολογικής αντιμετώπισης μπορεί να φτάνει στις 6-8 εβδομάδες που σημαίνει πιθανόν την ανάγκη νέας σταδιοποίησης....

Γρηγόρης Στρατάκος

MD, PhD, FCCP Καθηγητής Πνευμονολογίας, Υπεύθ. Μονάδας Επεμβατικής Πνευμονολογίας, Α' Παν/μιακή Κλινική ΕΚΠΑ, Ν.Ν.Θ.Α. "Σωτηρία"

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ



Γρηγόρης Στρατάκος

MD, PhD, FCCP Καθηγητής Πνευμονολογίας, Υπεύθ. Μονάδας Επεμβατικής Πνευμονολογίας, Α' Παν/μιακή Κλινική ΕΚΠΑ, Ν.Ν.Θ.Α. "Σωτηρία"

Αυτή η ταχεία αξιολόγηση του υλικού κατά τη διάρκεια της παρέμβασής μας δίνει ένα feedback που είναι απαραίτητο για το αν το υλικό μας είναι επαρκές. Παλιότερα λέγαμε tissue is the issue, ο ιστός είναι το θέμα, σήμερα αυτό δεν ισχύει. Το motto έχει γίνει "adequate tissue is the issue", ο επαρκής ιστός είναι το θέμα. ν δεν έχω επαρκές υλικό κατά τη διάρκεια της βρογχοσκόπησης, της θωρακοσκόπησης ή της παρακέντησης, τότε θα

διώξω τον άρρωστο από την παρέμβαση και δεν θα έχω σίγουρη διάγνωση και αυτό είναι η πιο μεγάλη επιπλοκή που μπορεί να συμβεί. Δεν υπάρχει μεγαλύτερη επιπλοκή κατά τη διάρκεια της βρογχοσκόπησης πέρα από το να μην πάρω διάγνωση. Και η διάγνωση επιβεβαιώνεται με την ταχεία αξιολόγηση του υλικού, της επάρκειας του υλικού, η οποία θα επιτρέψει και λιγότερες παρεμβάσεις να κάνω γιατί θα σταματήσω όταν έχω υλικό αρκετό και να μην φύγει ο άρρωστος χωρίς το επαρκές υλικό. Οι προκλήσεις που αντιμετωπίζουμε είναι βεβαίως το να πάρουμε συστηματική ανάλυση όλων των λεμφαδένων με τη σωστή σειρά από την πιο βαριά σταδιοποίηση, από τις μεταστάσεις προς τα πίσω, δηλαδή να είμαστε εμείς να κάνουμε την ιατρική δουλειά του πνευμονολόγου που θα πάρει το υλικό σωστά, να μην κάνουμε λάθος σταδιοποίηση, να μην παραλείψουμε σημεία που θα πρέπει να πάρουμε υλικό, να μην μπερδέψουμε τα υλικά, να μην ταλαιπωρήσουμε τον άρρωστο, να μην δημιουργήσουμε επιπλοκές. Αυτές είναι οι προκλήσεις, οι παρεμβατικές, αυτό που αντιμετωπίζουμε εμείς στη μονάδα επεμβατικής πνευμονολογίας, αλλά υπάρχει και άλλη μια σημαντική πρόκληση. Δυστυχώς, στην Ελλάδα έχουμε την πρωτοτυπία να έχουμε κυτταρολογικά και παθολογοανατομικά εργαστήρια χώρα.

Αυτό σημαίνει συχνά ότι τα υλικά μας που είναι και κυτταρολογικά και παθολογοανατομικά και ιστολογικά, πάνε σε διαφορετικά εργαστήρια, με αποτέλεσμα αυτά τα εργαστήρια συχνά να μην επικοινωνούν, το υλικό να μην αξιοποιείται και στις 2 του φάσεις, να χρειάζεται ειδική άδεια μετά για να γίνει PDL1 έκφραση υποδοχέων και να χρειάζεται μετά εργαστήριο μοριακής ανάλυσης για να δούμε στόχους θεραπευτικούς, άρα αυτή η πολυδιάσπαση της διαγνωστικής αξιολόγησης του υλικού που έχουμε πάρει μπορεί να οδηγήσει σε μια καθυστέρηση που μπορεί να φτάσει και τους 2 και τους 3 μήνες, κάτι που σημαίνει ότι όταν θα τελικά θα βγει η πολυπύθητη διαγνωστική ανάλυση, ο άρρωστος να μην ξέρουμε τι στάδιο είναι, γιατί θα πρέπει να ξανακάνουμε από την αρχή σταδιοποίηση. Έχουμε βάλει διάγνωση, ξέρουμε τι ιστολογικό τύπο καρκίνου έχει ο άρρωστος, αλλά τώρα ξεκινάει, ενώ αυτό που τελειώνει για εμάς το περιστατικό, ξέρουμε ότι έχουμε βάλει μια οριστική διάγνωση. Δεν γυρνάμε την πλάτη στον άρρωστο, ο άρρωστος τώρα ξεκινάει το ταξίδι του και μας χρειάζεται όλους μαζί. Πνευμονολόγους, ογκολόγους, παθολογοανατόμους, μοριακούς, μας χρειάζεται κοντά του για την πορεία της πάθησης του και τις θεραπείες. Σας ευχαριστώ πάρα πολύ για την πρόσκληση.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ



Ιωάννης Βαμβακάρης

MD, MSc, PhD, Παθολογοανατόμος Προς.
Προϊστάμενος, ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία»

Καλησπέρα και από εμένα.

Από τη συζήτηση που ακούσατε από τους προηγούμενους ομιλητές, το πιο εύκολο συμπέρασμα που καταλήγουμε και το πιο σημαντικό είναι ότι έχει γίνει μια μεγάλη προσπάθεια ώστε ο ασθενής που έκλεισε την πόρτα του σπιτιού του για να πάει σε ένα γιατρό για κάποιο πόνο, για κάποιο σύμπτωμα έχει καταλήξει και έχει μάθει ότι αυτό που έχει μάλλον είναι νεόπλασμα. Μάλλον είναι κακοήθεια.

Οπότε η προσέγγισή του από εδώ και πέρα δεν είναι μόνο θέμα ιατρικό ή επιστημονικό, είναι και ανθρώπινο. Θα πρέπει να του δώσουμε αυτό που πρέπει, ώστε και ο ίδιος να αισθανθεί άνετα, να ξέρει ότι είναι στα σωστά χέρια και ότι η περιπέτεια που θα περάσει είναι κάτι που αντιμετωπίζεται και θα πρέπει να αντιμετωπιστεί με τον δέοντα τρόπο. Οπότε εδώ μπαίνει ο ρόλος του Παθολογοανατόμου. Είναι ειδικότητα που θα παραλάβει, όπως έχει ακουστεί, όπως ακούστηκε από τους προηγούμενους ομιλητές, το δείγμα το ιστολογικό πάνω στο οποίο θα γίνει το επέκεινα, όποιο και αν είναι αυτό, ελπίζουμε να έχει καλό τέλος, αλλά συνήθως ειδικά στον πνεύμονα, όπως θα ακούσατε, η στατιστική μιλάει για αρνητικά αποτελέσματα.

Ποιο είναι το state of the art; Ποιο είναι αυτό που οφείλουμε να κάνουμε, Όχι εμείς στην Ελλάδα, αλλά σε παγκόσμιο επίπεδο, ακριβώς για αυτό το λόγο υπάρχει και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας που θέτει τα guidelines, ώστε να μιλάμε όλοι την ίδια γλώσσα και ανεξαρτήτου που βρίσκεται στον πλανήτη να έχει σαν ασθενής το καλύτερο που μπορεί να γίνει.

Οπότε εν ολίγοις, τελείως λακωνικά, αυτά τα 3 στάδια. Η προ-αναλυτική, η αναλυτική και η μετα-αναλυτική φάση είναι αυτά που πρέπει να γίνονται, οπωσδήποτε, είναι αυτά που επιτρέπουν στον ασθενή να έχει το βέλτιστο της αντιμετώπισης. Είναι αυτά που δεν θα δημιουργήσουν ασθενείς 2 ταχυτήτων.

Είναι πολύ σημαντικό και αυτό είναι ανεξάρτητο από το οικονομικό ή το κοινωνικό κομμάτι. Αυτό είναι το πιο σημαντικό για μας σαν φιλοσοφική αντιμετώπιση και όχι τόσο επιστημονική, ιατρική. Στην περίπτωση του πνεύμονα υπάρχουν τα επονομαζόμενα Εγχειρίδια του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Εγώ το αποκαλώ Ευαγγέλιο για τον πνεύμονα. Βάσει αυτών πρέπει να γίνει η διάγνωση. Και βάσει αυτού που μόλις σας έδειξα αυτού του βιβλίου, το οποίο ανανεώνεται ανά τακτά χρονικά διαστήματα, όποτε έχουμε σημαντικές εξελίξεις στον χώρο, τίθενται τα guidelines, οι οδηγίες που θα πρέπει να ακολουθηθούν, ώστε να έχουμε το βέλτιστο της προσέγγισης.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Ιωάννης Βαμβακάρης

MD, MSc, PhD, Παθολογοανατόμος Προς. Προϊστάμενος, ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία»

Το πρώτο είναι η ανοσοϊστοχημεία. Σαν ανοσοϊστοχημεία εννοούμε την τεχνική που χρησιμοποιεί τις ανοσολογικές τεχνικές ή φυσικές ή τεχνητές του ανθρώπινου οργανισμού. Και βάσει αυτής μπορούμε να κάνουμε διάγνωση, τόσο τυποποίηση όσο και να καθορίσουμε το πρωτοπαθές ή μεταστατικό. Στην περίπτωση λοιπόν του πνεύμονα, η χρήση της ανοσοϊστοχημείας σε ιστολογικό επίπεδο είναι απαραίτητη. Αν δείτε λοιπόν, είτε σαν ασθενείς, είτε συνάδελφοι, μια έκθεση που δεν έχει ανοσοϊστοχημεία, θα υπάρχει κάποιος συγκεκριμένος λόγος. Επικοινωνήστε με τον παθολογοανατόμο, αλλιώς είναι ατελής η έκθεση. Το δεύτερο στοιχείο είναι ότι μιλάμε, όπως ακούσατε και για βιοπτικό υλικό. Τι σημαίνει βιοπτικό υλικό; Αυτό που σας περιέγραψε ο κος Στρατάκος πριν, λίγο υλικό. Είναι το ελάχιστο αποδεκτό, ώστε να γίνει η διάγνωση και η σταδιοποίηση, άρα θα πρέπει να το διαχειριστούμε σωστά.

Η αποτυχία, να αναγκαστούμε δηλαδή να φωνάξουμε τον ασθενή να ξανακάνει μια βιοψία είναι μάλλον άσχημη στη συγκεκριμένη περίπτωση μάλιστα που υπάρχει και ο ψυχολογικός φόρτος. Όπως βλέπετε, αυτό που δικαιολογείται είναι να το διαχειριστούμε σωστά και να έχουμε αποτελέσματα στην πλειονότητα των περιπτώσεων, αφήνοντας ένα 5% που θα έχουμε αποτέλεσμα, αλλά δεν θα μπορέσουμε να πούμε κάτι παραπάνω. Αυτό είναι το αποδεκτό που πρέπει να γίνεται βάσει των οδηγιών.

Αυτό το υλικό θα πρέπει να το διατηρήσουμε. Δεν είναι μόνο να κάνουμε διάγνωση πλέον δεν αρκεί, είμαστε στο 2023, είναι η εξατομικευμένη ιατρική. Χρειαζόμαστε τον ιστό όχι μόνο για τη διάγνωση, αλλά για όλα αυτά που θα οδηγήσουν τον ασθενή στη σωστή ογκολογική διαχείριση. Ένα από αυτά είναι ο μοριακός έλεγχος, θα τον έχετε ακούσει.

Ενδεικτικά είναι αυτά τα γονίδια που έχουν μεταλλάξεις στον πνεύμονα. Το μόνο που λέω εδώ και θα το συζητήσει προφανώς η Επιτροπή αργότερα είναι ότι τυχόν ανεύρεση κάποιας μετάλλαξης που είναι στοχευμένη με συγκεκριμένη θεραπεία αυξάνει κατά πολύ την ποιότητα ζωής του ασθενούς, όχι μόνο σαν προσδόκιμο, αλλά και σαν ποιότητα που είναι εξίσου σημαντικό. Οι πλατφόρμες που χρησιμοποιούνται θα τις έχετε ακούσει; Είναι το NGS.

Αυτές είναι οι πλατφόρμες της μοριακής που χρησιμοποιούνται τώρα. Αυτή είναι η νέα τεχνολογία. Οποιαδήποτε άλλη έχει συγκεκριμένο λόγο ύπαρξης, αλλά αυτό είναι το Ευαγγέλιο. Για παράδειγμα, υπάρχει μια πλατφόρμα, η οποία έκανε PCR σε μεμονωμένα γονίδια. Αυτή έχει λόγο ύπαρξης, γιατί έχει αποδειχθεί ότι έχει πιο καλή αξιοπιστία σε ορισμένα γονίδια, αλλά αν αυτό αποδειχθεί αρνητικό, το αποτέλεσμα, πρέπει να πάμε σε NGS, γιατί δεν είναι μόνο αυτό. Είναι ένα από τα 60 γονίδια που φάχνουμε κάθε φορά, ενώ με το NGS που έχουμε 40, 50, 60. Εδώ βλέπουμε τον βιοδείκτη PDL. Είναι ένας βιοδείκτης, η ανίχνευση του οποίου καθορίζει ή όχι την ανοσοθεραπεία στον ασθενή. Εξίσου σημαντικό, όπως τα μοριακά, για να μην επαναλαμβάνομαι και να σας κουράζω. Και αυτό χρειάζεται ιστό. Τελειώνοντας λοιπόν το μήνυμα που θα ήθελα να περάσω είναι το εξής, χρειαζόμαστε παθολογοανατόμους του 2023. Ανθρώπους που - ανεξάρτητα αν είναι καλοί ή κακοί, δεν είναι εκεί το θέμα, σαν επιστήμονες πάντα υπάρχουν καλοί, πάντα υπάρχουν καλύτεροι, - ακολουθούν τα guidelines, γιατί με αυτό τον τρόπο μπορεί ο ασθενής να πάρει το βέλτιστο και το εξατομικευμένο. Να μην επιτρέψουμε, έστω σαν φευγαλέα σκέψη στον ίδιο και στην οικογένειά του, να αισθανθεί ότι αδικήθηκε από την θεραπευτική του προσέγγιση. Σας ευχαριστώ.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ



Ζένια Σαριδάκη

MD, PhD, Παθολόγος - Ογκολόγος, Πρόεδρος ΕΟΠΕ, Διευθ. Α' Ογκολογική Κλινική "Metropolitan", Επιστ. Υπ. Ογκολογικού Τμήματος "Ασκληπιός ΔΙΑΓΝΩΣΙΣ"

Νομίζω ότι αυτό είναι ένα στοίχημα για τη χώρα μας και για αυτό και προσπάθειες, όπως η σημερινή, αλλά και η συνεχιζόμενη προσπάθεια που κάνει η FairLife και η κυρία Πατέλη προσωπικά, αλλά και όλοι όσοι την πλαισιώνουν, είναι αυτό που θα κάνει ενδεχομένως τη διαφορά στο άμεσο ελπίζουμε, μέλλον γιατί ο καρκίνος του πνεύμονα είναι μια πανδημία. Ο καρκίνος είναι μια πανδημία, αλλά ο καρκίνος του πνεύμονα μέσα σε αυτήν είναι δυστυχώς ο πιο σημαντικός και λέω, δυστυχώς γιατί και σε επίπτωση και σε επιβίωση δεν έχουμε ακόμα τα νούμερα που θέλουμε.

Στη χώρα μας πώς μπορεί να γίνει αυτό και τι κάνουμε εμείς για αυτό; Στη χώρα μας τα πράγματα νομίζω είναι δύσκολα ακόμα. Και θα πρέπει να κινηθούμε παράλληλα και γρήγορα σε όλα τα επίπεδα από το πρώτο επίπεδο που είναι η πρόληψη, με το κάπνισμα, την διακοπή καπνίσματος ή τη μη έναρξη καπνίσματος, ατμίσματος στους εφήβους αλλά και τις καθαρές πόλεις. Στο δεύτερο επίπεδο που έχει να κάνει με την προσπάθεια της ένταξης του screening του πνεύμονα σε ένα οργανωμένο προληπτικό σύστημα από την πολιτεία.

Και φυσικά ο σχεδιασμός και η υλοποίηση του μονοπατιού, έτσι ώστε αυτό που θα μπορέσει ίσως να βρεθεί εγκαίρως, πολύ καθορισμένα και συγκεκριμένα σε ένα σύστημα όπου ο άνθρωπος δεν θα ξέρει απαραίτητα τον έναν, τον άλλον, τον τρίτο γνωστό, θα πηγαίνει από μόνος του, έτσι ώστε να γίνει η καλύτερη και η πιο γρήγορη διάγνωση, καλύτερη διαχείριση του υλικού, όπως είπαν οι ομιλητές μας.

Και φυσικά οι εξειδικευμένη εκτίμηση από τους γιατρούς που πρέπει, όπως είπε ο κύριος Τσουκαλάς. Η εταιρία μας, η Εταιρεία Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδος προσπαθεί σε όλα αυτά τα επίπεδα να κάνει τη διαφορά. Η πρόληψη είναι πάντα σε πρώτο πλάνο και σε όλες τις δικές μας καμπάνιες και στις δικές μας καμπάνιες, όπως κυρίως είναι οι καμπάνιες που τρέχουμε τον Φεβρουάριο για την 4η Φεβρουαρίου. Και κάνουμε πάρα πάρα πολλή δουλειά με τη βοήθεια της φαρμακοβιομηχανίας και την οικονομική υποστήριξη, αλλά και με ίδιους πόρους σε σχέση με την κάλυψη των βιοδεικτών που ανέφερε και ο κύριος Βαμβακάρης για τους ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο του πνεύμονα, διότι ακόμα δυστυχώς δεν έχουμε καταφέρει να τους εντάξουμε στο σύστημα της συνταγογράφησης. Είναι όμως εξετάσεις που η εταιρεία καλύπτει με μεγάλη χαρά τα τελευταία 10 χρόνια. Για να σας δώσω δύο νούμερα: Είναι πάνω από 7000 ασθενείς και πάνω από 6 εκ. ευρώ. Και δεν σταματάμε.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ



Κυριακή Ταβερναράκη

MD, MSc, PhD Ακτινολόγος, Επιμ. Α' Τμήμα Ιατρικής Απεικόνισης και Επεμβατικής Ακτινολογίας ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», Γ.Γ. Ελληνικής Ακτινολογικής Εταιρείας

Καλησπέρα και από μένα να ευχαριστήσω και εγώ την FairLife και την κυρία Πατέλη για την πρόσκληση. Εγώ θα μιλήσω από την πλευρά των ακτινολόγων και των ακτινολογικών τμημάτων, τα οποία πραγματικά βρίσκονται στην πρώτη γραμμή της διάγνωσης του καρκίνου του πνεύμονα. Είτε μιλάμε σε επίπεδο screening που ακούσαμε προηγουμένως, που όλοι ευχόμαστε σύντομα να ξεκινήσει στη χώρα μας και που έχουμε βάλει την επιστημονική βάση για αυτό και περιμένουμε την απάντηση της πολιτείας, είτε για τους χιλιάδες αυτούς τους ασθενείς που έρχονται στα ακτινολογικά τμήματα, είτε στα δημόσια νοσοκομεία, είτε σε ιδιωτικά με κάποια υποψία καρκίνου του πνεύμονα και με ένα γιατρό που τους παραπέμπει και που βέβαια εκεί με μια εξέταση συνήθως στην αξονική τομογραφία επιβεβαιώνεται η κακοήθεια και βέβαια στη συνέχεια ακολουθεί βιοψία για ιστολογική ταυτοποίηση και ξεκινάει εκεί ένα ταξίδι και μια πορεία του ασθενή που για άλλους είναι πιο εύκολο για άλλους είναι πιο δύσκολη. Θεωρώ λοιπόν για να γίνει αυτή η πορεία πιο εύκολη για τους ασθενείς, αλλά και κυρίως για να έχουν την καλύτερη δυνατή διαχείριση, που σημαίνει και το μεγαλύτερο όφελος κλινικό για τους ασθενείς αυτούς, ότι θα πρέπει να υπάρξουν κέντρα αναφοράς στη χώρα μας σε μεγάλα

νοσοκομεία, όπου υπάρχει το εξειδικευμένο ιατρικό αλλά και λοιπό προσωπικό, ξεκινώντας από ακτινολόγους, παθολογοανατόμους, επεμβατικούς πνευμονολόγους για τις βιοψίες, ογκολόγους, πνευμονολόγους, ακτινοθεραπευτές και γενικά όλες τις ειδικότητες που εμπλέκονται στη διαχείριση των ασθενών αυτών και μέσα στα κέντρα αυτά θα μπορούν οι ασθενείς να εξυπηρετούνται, πρώτον, στους σωστούς χρόνους, το έθιξε και ο κύριος Τσουκαλάς και είναι πάρα πολύ σημαντικό. Χάνεται πολύτιμος χρόνος στο επίπεδο της διάγνωσης από έναν ασθενή που μπορεί να κάνει πολύ καιρό να κάνει μια αξονική, πολύ καιρό να πάρει την απάντηση του, πολλές φορές η εκτίμηση της αξονικής δεν είναι και η καλύτερη, χάνει χρόνο κάνοντας μια δεύτερη αξονική και μετά βέβαια αρχίζει ένα δύσκολο μονοπάτι. Πού θα κάνει τη βιοψία. Πότε θα την κάνει; Δυσκολεύονται πολλοί ασθενείς να βρουν ραντεβού. Ποιος θα κάνει τη βιοψία, αν θα την κάνει ο πνευμονολόγος ή ο επεμβατικός ακτινολόγος και χάνεται έτσι πολύτιμος χρόνος που είναι σε βάρος του.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Κυριακή Ταβερναράκη

MD, MSc, PhD Ακτινολόγος, Επιμ. Α' Τμήμα Ιατρικής Απεικόνισης και Επεμβατικής Ακτινολογίας ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», Γ.Γ. Ελληνικής Ακτινολογικής Εταιρείας

Για τα δημόσια νοσοκομεία, μιλώντας για το νοσοκομείο που εργάζομαι, το νοσοκομείο "Σωτηρία", οι χρόνοι είναι πάρα πολύ μικροί, είτε αν μπει ένας ασθενής για νοσηλεία στο νοσοκομείο- έρχεται, ας πούμε, στο τμήμα επειγόντων περιστατικών με κάποια συμπτωματολογία, συνήθως η αξονική γίνεται και από την ίδια μέρα. Αν δεν γίνει την ίδια μέρα, θα γίνουν μέσα στις επόμενες λίγες μέρες. Τώρα σε επίπεδο εξωτερικών ασθενών, εμείς προσπαθούμε μέσα σε μια δύο εβδομάδες το πολύ, να εξυπηρετηθούν είτε σε εξωτερικά ιατρεία είτε σε απογευματινά ιατρεία που είναι δωρεάν για τους ασθενείς και επομένως οι χρόνοι μας είναι αυτοί που πρέπει, γιατί υπάρχουν και συγκεκριμένα χρονικά περιθώρια. Από κει και πέρα, τώρα μέσα σε αυτά τα κέντρα αναφοράς τα ακτινολογικά τμήματα είναι βασικοί πυλώνες και εδώ θα πρέπει να υπάρξει οργάνωση σε 2 επίπεδα από την πλευρά των ακτινολογικών τμημάτων. Και το πρώτο επίπεδο είναι να διαθέτουν τον κατάλληλο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό. Πάρα πολύ σημαντικό. Είναι πολύ άσχημο και το βλέπουμε καθημερινά, να έρχονται ασθενείς σε ένα τμήμα, σε νοσοκομείο που διαθέτει μόνο αξονικό τομογράφο, να πρέπει να φύγει αλλού, να κάνει μαγνητική τομογραφία, αλλού για να κάνει PET CT. Μέχρι πρότινος συνήθως και το PET CT ήταν μόνο σε ένα δημόσιο νοσοκομείο, άρα έπρεπε να το κάνει ιδιωτικά. Τώρα πια, ευτυχώς υπάρχουν περισσότερα στα δημόσια νοσοκομεία και που θα μπορεί το τμήμα αυτό να παρέχει σύγχρονες εξετάσεις που επιβάλλονται από την ογκολογία του 2023

άρα να υπάρχει ο ανάλογος ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός, το ακτινολογικό προσωπικό να είναι εξειδικευμένο, είναι σημαντικό να έχεις την εμπειρία και την εξειδίκευση στην απεικόνιση του θώρακα για τους ασθενείς αυτούς. Και να πω βέβαια και εδώ ότι έχουν γίνει σημαντικά βήματα τα τελευταία χρόνια στα μηχανήματα τα απεικονιστικά και από την πολιτεία, αλλά και μέσω δωρεών και πολλά μεγάλα νοσοκομεία και τις πρωτεύουσες αλλά και τις επαρχίες, έχουν εξοπλιστεί με τέτοια υπερσύγχρονα μηχανήματα. Το δεύτερο επίπεδο είναι να υπάρχουν στα ακτινολογικά τμήματα επεμβατικοί ακτινολόγοι για να μπορούν να κάνουν βιοψίες πνεύμονα, όταν αυτό είναι η κατάλληλη προσπέλαση, αν είναι περιφερική και βέβαια και στη συνέχεια που επεμβατικοί ακτινολόγοι έχουν πια και ρόλο και στην θεραπεία του καρκίνου του πνεύμονα με διάφορες ελάχιστες επεμβατικές τεχνικές. Και το τελευταίο σχόλιο που θα ήθελα να κάνω είναι ότι και εμείς ως ακτινολόγοι και τα ακτινολογικά τμήματα θα πρέπει σίγουρα να είμαστε προετοιμασμένοι και οργανωμένοι για αυτό που έρχεται στο μέλλον. Για τις μελλοντικές προκλήσεις και εδώ πέρα για μας τους ακτινολόγους 2 είναι οι βασικές προκλήσεις, το πρώτο είναι η τεχνητή νοημοσύνη που απ' ό,τι φαίνεται θα ενσωματωθεί για τα καλά στην απεικόνιση. Άρα πρέπει να αξιοποιήσουμε το εργαλείο αυτό που μας δίνει η τεχνολογία όσο το δυνατόν καλύτερα.

Και βέβαια, μια άλλη πρόκληση που λέγεται ψηφιακή ενοποίηση νοσοκομείων, να μπορούμε να εξυπηρετούμε ασθενείς που δεν έχουν κάνει την αξονική του σε ένα κέντρο αναφοράς της Αθήνας, για παράδειγμα, να μπορέσουμε να βοηθήσουμε έστω και απομακρυσμένα τους ασθενείς αυτούς, δίνοντας τη γνώμη μας ως εξειδικευμένοι στο αντικείμενο αυτό. Αυτά τα σχόλια θέλω να πω για το επίπεδο της διάγνωσης. Ευχαριστώ πολύ.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ



Επαμεινώνδας Κοσμάς

MD, PhD, FCCP, Επιστημ. Διευθ. Αθηναϊκό Πνευμονολογικό Ινστιτούτο, Διευθ. Πνευμονολογική Κλινική "ΠΝΟΗ", Metropolitan Hospital

Καλημέρα και από μένα, να ευχαριστήσω τη FairLife για την πρόσκληση. με την οποία συνδέομαι πολλά χρόνια, με την Κορίνα. Και για όσους δεν το ξέρουν, είμαι ο γιατρός και η ομάδα που βάλαμε τη διάγνωση στον Simon.

Και νομίζω αυτές οι εκδηλώσεις πρέπει να φέρουν το όνομα του. Simon Bell. Και πραγματικά σήμερα η μεγάλη πρόκληση είναι η ορθή και έγκαιρη διάγνωση. Με ιστό, με επαρκές ιστικό δείγμα. Η πρόκληση όμως γίνεται μεγαλύτερη. Αν σκανάρω λίγο την αίθουσα με τα μάτια μου, είμαι μεγαλύτερος σε ηλικία. Όταν εγώ λοιπόν έκανα ειδικότητα την δεκαετία του 80, ο καρκίνος του πνεύμονα ήταν κεντρικές μάζες, μάζες στις πύλες, μάζες στους μεγάλους βρόγχους, με μια βρογχοσκόπηση χωρίς την εξέλιξη που υπάρχει τώρα, βάζαμε τη διάγνωση. Ο καρκίνος έχει κάνει μια στροφή αυτά τα χρόνια. Πλέον, δεν λέω αποκλειστικά, αλλά σχεδόν αποκλειστικά, εμφανίζεται με μορφή περιφερικών όζων. Όζων, οι οποίοι είναι απροσπέλαστοι στη βρογχοσκόπηση χωρίς τη χρήση ειδικών εργαλείων. Δηλαδή, αν δεν υπήρχε η εξέλιξη στην βρογχοσκόπηση και εάν ξεπερνάγαμε το θέμα ότι δεν μπορούσε να γίνει και παρακέντηση ή από τον επεμβατικό ακτινολόγο ή από αξονικό τομογράφο, οι καρκίνοι θα ήταν αδιάγνωστοι.

Έχουμε λοιπόν περιφερικούς όζους, απροσπέλαστους στη βρογχοσκόπηση, όπως ήταν μέχρι πριν από 10-15 χρόνια.

Τώρα υπάρχουν εργαλεία και υπάρχουν και άνθρωποι, οι οποίοι έχουν την εμπειρία, την εκπαίδευση καταρχήν και τεχνογνωσία. Υπάρχει ένας εξοπλισμός- αν μπειτε σε ένα μοντέρνο βρογχοσκοπικό εργαστήριο, είναι σαν διαστημικός σταθμός. Υπάρχουν τα υπέρλεπτα βρογχοσκόπια, υπάρχει το EBUS, το οποίο φτάνει τους περιφερικούς όζους, υπάρχει η πλοήγηση του βρογχοσκοπίου, ξεκινώντας από ένα απλό ακτινοσκοπικό έλεγχο ή από ηλεκτρομαγνητική ή από αξονική με το cone beam, σύντομα, μάλλον μεθαύριο έρχεται και η ρομποτική βρογχοσκόπηση. Γιατί ο στόχος είναι η λήψη του επαρκούς υλικού, ούτως ώστε να γίνει και η ιστολογική και η ανοσοϊστοχημική διάγνωση και η διάγνωση η μοριακή, για να προχωρήσουμε μετά στους ογκολόγους ή στους χειρουργούς και ο ασθενής να μπει σε αυτό το ταξίδι με τις καλύτερες δυνατές προϋποθέσεις. Το πρόβλημα καθίσταται ακόμα μεγαλύτερο, ειδικά με την ανάπτυξη των προσυμπτωματικών προγραμμάτων προληπτικού ελέγχου και με την εκτεταμένη αξονική που γίνεται στους ασθενείς μετά από covid. Έχουν βρεθεί πολλοί περισσότεροι όζοι από όσους θα βρισκόντουσαν, εάν δεν υπήρχαν αυτές οι εξελίξεις.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Επαμεινώνδας Κοσμάς

MD, PhD, FCCP, Επιστημ. Διευθ. Αθηναϊκό Πνευμονολογικό Ινστιτούτο,
Διευθ. Πνευμονολογική Κλινική "ΠΝΟΗ", Metropolitan Hospital

Και δράττομαι της ευκαιρίας να πω για τον προσυμπτωματικό προληπτικό έλεγχο. Προσθέτοντας αυτά που είπε η κυρία Χαρδαβέλλα και η κυρία Λινάρδου, εμείς έχουμε αυτό το πρόγραμμα στο Metropolitan, το Πνευμόνων Υγεία, τον Δεκέμβριο κλείνουμε 3 χρόνια. Στην αρχή το διαφημίσαμε μεταξύ μας, κατ' αρχήν μέσα στο νοσοκομείο και όχι σε τόσο μεγάλη έκταση.

Υπάρχουν και άνθρωποι που εκ φύσεως είναι αντιδραστικοί σε κάτι καινούργιο, δηλαδή το αγνοούν. Το μαθαίνουν, αλλά το αγνοούν, το ακούνε αλλά το αγνοούν. Στην αρχή είχαμε, ας πούμε έναν ασθενή το μήνα, έναν ασθενή το δίμηνο. Τώρα, έχουμε φτάσει σε ένα σημείο κάθε Δευτέρα στο εξωτερικό ιατρείο όπως σας είπε η κυρία Λινάρδου να έχουμε 2-3 ασθενείς. Αρκετοί από αυτούς έχουν ξανάρθει και δεύτερη και τρίτη φορά γιατί έχουν περάσει 3 χρόνια από τότε. Πρέπει να σας πω ότι περίπου -έχω κάποια πρόχειρα στοιχεία μέχρι προ διμήνου- από τους 270 περίπου που είχαν υποβληθεί σε αυτό τον έλεγχο, το 5% βρέθηκε να έχει περιφερικό όζο, όπου διαπιστώθηκε ότι είναι καρκίνος και χειρουργήθηκε. Αυτοί οι άνθρωποι κέρδισαν τη ζωή τους, τη ζωή τους. Και χειρουργήθηκε, χωρίς η πλειοψηφία να θέλει κάτι άλλο πέρα από παρακολούθηση. 14 νομίζω περιστατικά είναι με αδενοκαρκίνωμα που βρέθηκαν στον προληπτικό αυτό έλεγχο. Εκτός αυτών υπήρξαν και 2 λεμφώματα, υπήρξαν και κάποιες σαρκοειδώσεις, υπήρξαν ασθενείς με ευρήματα χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας,

βρογχεκτασιών, δηλαδή άλλα νοσήματα που εντάξει, δεν είναι νεοπλασματικά - δεν μιλάω για τα λεμφώματα αλλά για τα άλλα - αλλά θέλουν κάποια φροντίδα, θεραπεία και παρακολούθηση. Και όλα αυτά χάρη στο πρόγραμμα του προληπτικού ελέγχου. Εδώ θέλω να πω ότι η δουλειά που έχει γίνει από την κυρία Χαρδαβέλλα και τον κύριο Ζέρβα είναι εξαιρετική, αλλά φοβάμαι μη θαφτεί κάτω από ένα συρτάρι υπουργείου. Επομένως θα πάω σε μια κουβέντα του Jim Morrison "Καμία μεγάλη επανάσταση δεν γίνεται, αν δεν ξεκινήσει από μέσα σου." Και υπάρχει και ένα βιβλίο, εκδόσεις Διόπτρα, νομίζω, που το συνιστώ.

Είναι το Inside out revolution του Michael Neill. Η επανάσταση ξεκινάει από μέσα και πάει προς τα έξω ή από χαμηλά και πάει προς τα ψηλά. Ποτέ καμία κυβέρνηση δεν έκανε επανάσταση, έτσι; Δηλαδή από κάτω προς τα πάνω. Επομένως, θα έλεγα, περιμένοντας την εθνική έγκριση για το εθνικό πρόγραμμα που θα ήταν ευχής έργον, ώστε να υπάρχει μια διασύνδεση, μια καταγραφή των νεοπλασιών -όπως είπε η κυρία Λινάρδου, με την οποία χαίρομαι πάρα πολύ που συνεργάζομαι καθημερινά- θα μπορούσε, εφόσον υπάρχει ο εξοπλισμός που είναι LDCT, ή αν υπάρχει και artificial intelligence να χαρακτηρίζει με rads τις βλάβες σε πιθανές κακοήθειες, ούτως ώστε να μη γίνεται συλλήβδην σε όλους όσους έχουν οζούς PET και βρογχοσκόπηση, να αποφεύγουμε τα ψευδώς θετικά. Εφόσον υπάρχει αυτό, υπάρχει άνθρωπος ακτινολόγος που ξέρει να τα διαβάζει, υπάρχουν πνευμονολόγοι, οι οποίοι ξέρουν να βάλουν την διάγνωση, αν υπάρχουν θετικά ευρήματα, έστω και χωρίς την έγκριση της Πολιτείας, με συνταγογράφηση μεταξύ μας, μετά από συνεννόηση, να γίνεται μια LDCT, να ξεκινήσει ένα πρόγραμμα σε κάθε νοσοκομείο.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Επαμεινώνδας Κοσμάς

MD, PhD, FCCP, Επιστημ. Διευθ. Αθηναϊκό Πνευμονολογικό Ινστιτούτο,
Διευθ. Πνευμονολογική Κλινική "ΠΝΟΗ", Metropolitan Hospital

Στο "Σωτηρία" μπορείτε να το ξεκινήσετε και όταν θα έρθει η ώρα της έγκρισης, θα υπάρχουν και κάποια αποτελέσματα που είμαστε και εμείς πρόθυμοι να συμβάλουμε με τα δικά μας για το cost-effectiveness της παρέμβασης. Είμαι εδώ περίπου μια δύο ώρες. Πιστεύω ότι σε αυτό το διάστημα, αν στην Ελλάδα υπήρχε πρόγραμμα προληπτικού ελέγχου, θα είχαν σωθεί 10 άνθρωποι στην Ελλάδα. Αυτό θέλω να πω και να τελειώσω λέγοντας ότι το διακύβευμα όσων αυτό συζητάμε είναι τεράστιο, διότι αν όλα αυτά γίνουν σωστά, προσυμπτωματικός έλεγχος, έγκαιρη διάγνωση, Ογκολογικό Συμβούλιο και η σωστή διάγνωση με τη μία βρογχοσκόπηση, τότε ο καρκίνος του πνεύμονα θα γίνει μία ιάσιμη νόσος.

Άρα, το διακύβευμα είναι τεράστιο. Τώρα είναι ο μεγαλύτερος δολοφόνος. Θα μπορούσε να γίνει μία ιάσιμη νόσος. Έχει ήδη μετατραπεί με τις θεραπείες ογκολόγων σε μια χρόνια νόσο. Είναι μια χρόνια νόσος πλέον. Βλέπεις ανθρώπους που διαγνώστηκαν με μεταστάσεις στο συκώτι, στον εγκέφαλο και λοιπά και ζουν πολλά χρόνια. Είναι μια χρόνια νόσος. Τώρα το επόμενο βήμα, είναι να την μετατρέψουμε σε μια θεραπεύσιμη νόσος. Ευχαριστώ πολύ.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ



Γιώργος Καπετανάκης

Πρόεδρος Ελληνικής Ομοσπονδίας Καρκίνου (ΕΛΛΟΚ)

Αισθάνομαι πολύ άσχημα που δεν είμαι και εγώ μαζί σας, δυστυχώς κατέστη αδύνατο να είναι σήμερα, αν και θα το ήθελα πάρα πολύ. Να ευχαριστήσω την FairLife και την κορίνα Πατέλη Bell για την ευγενική πρόσκληση. Ήθελα πραγματικά να είμαι εκεί αλλά τι να κάνω; Δεν γίνονται όλα ταυτόχρονα. Αυτό που ήθελα να πω είναι ότι ακούσαμε εξαιρετικές ομιλίες από τους εξαιρετικούς ομιλητές, οι οποίοι θέσανε τις διαστάσεις της διάγνωσης και της έγκαιρης διάγνωσης, της ανίχνευσης, της πρόληψης. Και επίσης οι προηγούμενοι σχολιαστές νομίζω βάλανε όλες τις παραμέτρους, οι οποίες πρέπει να συζητηθούν για αυτό το συγκεκριμένο θέμα. Είδαμε ότι το θέμα της διάγνωσης είναι μια διαδικασία η οποία έχει και κλινική αξιολόγηση και απεικονιστικές εξετάσεις, αλλά και επεμβατικές διαδικασίες. Και επίσης, είδαμε ότι συνοψίζοντας όλα αυτά που ακούστηκαν, είναι ότι είναι ανάγκη να υπάρχει μια διεπιστημονική προσέγγιση. Και αυτό που είναι επίσης σημαντικό και πρέπει να κρατηθεί είναι οι ανισότητες που υπάρχουν, ανισότητες στην πρόσβαση λόγω γεωγραφικών ή άλλων θεμάτων, τα οποία επηρεάζονται. Προφανώς νωρίτερα μιλήσατε και για το πρόγραμμα, την προτεινόμενη διαδικασία του προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου πνεύμονα, μια εξαιρετική πρωτοβουλία της επιστημονικής κοινότητας στην Ελλάδα, στην οποία συμμετείχαμε και εμείς ως εκπρόσωποι των ασθενών.

Είναι πραγματικά μια εξαιρετική πρωτοβουλία και ίσως από τις ελάχιστες που υπάρχουν σε αυτό το επίπεδο σε ευρωπαϊκό χώρο. Άρα, αυτό το οποίο βγάζουμε ως συμπέρασμα είναι ότι η επιστημονική κοινότητα σήμερα είναι μπροστά. Ήδη έχει κάνει κάποιες προτάσεις τεκμηριωμένες και προτείνει κάποιες διαδικασίες. Οι ασθενείς είναι επίσης μαζί. Και γιατί δεν περπατάει το πράγμα; Απέφερε ο κύριος Τσουκαλάς, ότι υπάρχουν κάποια προβλήματα και οι άλλοι ομιλητές σχετικά με τους βιοδείκτες, τις εξετάσεις βιοδεικτών. Δεν είναι δυνατόν να μιλάμε για μια διάγνωση, να εστιάζουμε στην ορθή διάγνωση, όταν δεν υπάρχει ένα πλαίσιο, το οποίο να καλύπτει τις δαπάνες που αφορούν τις εξετάσεις των βιοδεικτών που είναι καίριας σημασίας και ιδιαίτερα στον καρκίνο του πνεύμονα, που ξέρουμε ότι η ταχύτητα είναι κάτι το οποίο είναι πολύ σημαντικό. Εδώ θέλω να αναφέρω και το εξής, ότι πέρσι - 18 Νοεμβρίου ήταν κιόλας ένας χρόνος και 10 μέρες-επικαιροποιήθηκαν οι νέες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την ενίσχυση της πρόληψης μέσω της έγκαιρης διάγνωσης. Ήταν η πρώτη επικαιροποίηση, η οποία έγινε από το 2003, όταν είχαμε 3 μορφές καρκίνου και πέρσι προστέθηκαν άλλες 3, μεταξύ των οποίων και ο καρκίνος του πνεύμονα.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Γιώργος Καπετανάκης

Πρόεδρος Ελληνικής Ομοσπονδίας Καρκίνου (ΕΛΛΟΚ)

Εκεί λοιπόν και παρότι η αρχική εισήγηση της Επιτροπής προς το Συμβούλιο Υπουργών της Ευρωπαϊκής Ένωσης είχε πιο συγκεκριμένες προτάσεις, - δηλαδή έλεγε ότι θα πρέπει να υπάρχει screening για άτομα υψηλού κινδύνου, 50 έως 75, καπνιστές για συγκεκριμένα χρόνια, με συγκεκριμένη προσέγγιση για τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζουν - είδαμε ότι στη συνέχεια το Συμβούλιο Υπουργών της Ευρώπης τα αφαίρεσε όλα αυτά και ουσιαστικά έκανε μία σύσταση η οποία δεν απέχει πολύ από ένα ευχολόγιο, διότι άφησε ελεύθερα τα κράτη μέλη να πραγματοποιήσουν αυτό που θέλουν, όπως θέλουν, με βάση τις δυνατότητές τους, χωρίς να θέτει κάποιες σαφείς συστάσεις που θα πρέπει να ακολουθηθούν σε αντίθεση με άλλες μορφές καρκίνου, όπως του μαστού. Άρα, αυτό που θέλω να καταλήξω είναι ότι υπάρχει έλλειψη πολιτικής βούλησης, ακόμα και σε ευρωπαϊκό επίπεδο για το καρκίνο του πνεύμονα. Και αυτό είναι κάτι που πρέπει να δουλέψουμε πάρα πολύ. Πρέπει να δουλέψουμε όλοι μαζί. Είναι ευτυχές το γεγονός του ότι σε εθνικό επίπεδο είμαστε πάρα πάρα πολύ μπροστά ως επιστημονική κοινότητα και ο τρόπος που έχουμε, μάλλον το επίπεδο θα έλεγα στο οποίο έχουμε θέσει την ανάγκη για την πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του πνεύμονα, αλλά αυτό ίσως δεν αρκεί και πρέπει να δούμε πώς θα μπορέσουμε να είμαστε και αν θέλετε σαν χώρα ένα βήμα πιο μπροστά στο να εφαρμοστούν αυτά τα πράγματα, τα οποία έχουν προταθεί.

Συμφωνώ με αυτά που είπαν και οι προηγούμενοι ομιλητές, σχολιαστές για την ανάγκη να πιέσουμε τα πράγματα και για τις επαναστάσεις και κάποιες τέτοιες προσεγγίσεις με τις οποίες είμαι σύμφωνος. Δεν νομίζω ότι έχω να προσθέσω κάτι άλλο. Χρειάζεται ευαισθητοποίηση για το κάπνισμα και εκπαίδευση του πληθυσμού, η τεχνητή νοημοσύνη είναι σημαντική, να πούμε ότι σε μια πρόσφατη έρευνα που διάβασα τουλάχιστον 15% του χρόνου θα γλίτωναν οι ακτινολόγοι, αν θα είχαν αυτά τα προγράμματα, αυτό σημαίνει θα είχαμε ακόμα περισσότερη δυνατότητα να κάνουν καλύτερα και πιο γρήγορα τη δουλειά τους. Και φυσικά να πούμε ότι ίσως και ένα θέμα, το οποίο αν θέλετε βοήθησε, ήταν και η πανδημία, δηλαδή η πανδημία για τις περισσότερες μορφές καρκίνου λειτούργησε αρνητικά, ίσως για τον καρκίνο του πνεύμονα να μη λειτούργησε αρνητικά ή να λειτούργησε θετικά, με την έννοια ότι οι αναγκαστικοί έλεγχοι που έκαναν, ακτινογραφίες λόγω covid, ίσως να βοήθησε στην έγκαιρη ανίχνευση κάποιων καρκίνων που αλλιώς δεν θα είχαν γίνει. Οπότε και ίσως αυτό να βοηθάει και τις διαδικασίες, να αποδεικνύει αν θέλετε, σε εισαγωγικά, ότι με αυτό τον τρόπο μπορούμε να έχουμε καλύτερα αποτελέσματα.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ



Αθηνά Μπαρούφη

Εικαστικός, Lung Cancer Survivor

Σας ευχαριστώ πάρα πολύ. Διαγνώστηκα τον Οκτώβριο του 2019 με μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα πρώιμου σταδίου. Το ανακάλυψα κατά λάθος όταν ο γιατρός μετά από ένα οξύ πόνο στο στομάχι μου ζήτησε να κάνω κάποιες εξετάσεις. Δεν είχα σκεφτεί ποτέ τον καρκίνο σαν ασθένεια, γιατί δεν έχουμε κληρονομικότητα από την οικογένειά μου. Τα συνηθισμένα ήταν το ζάχαρο, γι αυτό είμαστε γλυκούληδες και οι καρδιοπάθειες. Πολύ ευαίσθητη οικογένεια. Και έτσι, παρόλο που τον άκουγα γύρω μου έβλεπα γνωστούς ή φίλους να νοσούν, δεν μπορούσα να καταλάβω το μέγεθος της ασθένειας αυτής. Έβλεπα στο διαδίκτυο ανθρώπους να εκτίθενται χωρίς τα μαλλάκια τους ή με τις τομές τους και προσπερνούσα βιαστικά με ένα emoji. Σήμερα φέρνω στην ταυτότητα μου την ένδειξη επιζών ή όπως αλλιώς θα το λέγαμε, με προσφωνήσατε Survivor. Οι λέξεις αυτές με ακολουθούν παντού, όπως με ακολουθεί ο φόβος και η ανασφάλεια. Είμαι υγιής, ναι, με ένα πρόσημο συν. Τι σημαίνει αυτό για έναν ασθενή που ονομάζεται έτσι; Τι σημαίνει να ζεις με το φόβο; Να αισθάνεσαι ότι με κάθε πόνο, με κάθε ενόχληση, το κακό έρχεται πάλι και πάλι και κάθε πόνος μεταφράζεται σε φόβο και κάθε φόβος σε υποτροπή, στο μυαλό μου. Ποια είναι η ποιότητα της ζωής σε έναν άνθρωπο που στο άκουσμα της λέξης, οι χτύποι της καρδιάς του γίνονται ακόμα πιο γρήγοροι;

Ακόμα και τώρα που το συζητάω, έχω καρδιοπάθεια γιατρέ μου.

Το διάστημα αυτό που νόσησα αλλά και το διάστημα που κάνω τις εξετάσεις μου, γνώρισα πολλούς ανθρώπους που βιώνουν το ίδιο εμένα. Σε όλους μας η ασθένεια αυτή έχει καταφέρει μικρά ή μεγάλα πλήγματα. Έχω δει ανθρώπους να παγώνουν στο άκουσμα, να αφήνουν τον εαυτό τους να παρασυρθεί. Έχω δει να χάνουν τη μάχη και την επαφή με την πραγματικότητα. Έχω δει ανθρώπους να το ξεπερνούν, να κάνουν ένα βήμα εμπρός και να συνεχίζουν. Σε όλους εμάς με το πρόσημο ή με τη σπάθα πάνω από το κεφάλι μας,

σε όλους εμάς που δώσαμε τη μάχη και νικήσαμε ή χάσαμε, σε όλους εμάς που μαχόμενοι χάσαμε κομμάτια από το σώμα μας και την ψυχή μας, αξίζει καλύτερη μεταχείριση, με πρώτο από όλα την απενοχοποίηση του στίγματος για τον καρκίνο του πνεύμονα. Είναι αναγκαίος ο ολοκληρωμένος διαγνωστικός έλεγχος, το είπατε όλοι, είστε γιατροί, είναι αναγκαίο, είναι αναγκαίο να μην χάνουμε εμείς οι ασθενείς χρόνο, είναι αναγκαίο να γίνεται η εξέταση του ελέγχου των βιοδεικτών, είναι αναγκαίο κάθε εγκεκριμένη καινοτόμος θεραπεία να είναι ιδανικά διαθέσιμη στον κάθε ασθενή. Επίσης, κάτι που εγώ είμαι τυχερή, ο ασθενής πρέπει να κατανοεί πλήρως τον δικό του προσωπικό καρκίνο. Η επιστημονική ομάδα οφείλει να ενημερώνει με απλό τρόπο κατανοητό - δεν είμαστε όλοι γιατροί- τον τύπο, το στάδιο της ασθένειας και τα αποτελέσματα του μοριακού ελέγχου.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ



Αθηνά Μπαρούφη

Εικαστικός, Lung Cancer Survivor

“

Όταν δημιουργείται το θεραπευτικό πλάνο, ο ασθενής πρέπει να είναι μέρος της συζήτησης, αφού οι θεραπευτικές παρεμβάσεις αφορούν τον ίδιο, το σώμα του.

Επιπλέον, ασθενής ακολουθεί μάλλον καλύτερα την θεραπεία, όταν ξέρει τι ακριβώς είναι, όταν αισθάνεται μέρος της συζήτησης και φυσικά το πιο σημαντικό, που δυστυχώς δεν το ακούω συχνά, μετά τις αξονικές και μετά όλες τις εξετάσεις και μετά τον καρκίνο, είναι η ψυχολογική στήριξη στους ασθενείς, τις οικογένειες και τους φροντιστές τους, καθώς η καλή ψυχολογία είναι πολύ σημαντική για τη διαχείριση της νόσου. Είναι πολύ σημαντική η ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών με καρκίνο. Για τους ανθρώπους αυτούς που είναι τόσο ευάλωτοι, είναι απαραίτητη η υποστήριξη από ομάδες ειδικών, ειδικές ομάδες ψυχολόγων. Δυστυχώς δεν υπάρχουν οι ομάδες αυτές, πέρα από ιδιωτικές πρωτοβουλίες, σαν την FairLife, δεν υπάρχει η κατάλληλη εκπαίδευση. Δεν ξέρω εσείς αν ξέρετε κάποιο σύστημα, τι γίνονται αυτοί οι άνθρωποι όταν βγαίνουν από το νοσοκομείο; Τι συμβαίνει μέσα τους όταν ο γιατρός τους ανακοινώνει καλά ή κακά αποτελέσματα; Ποιος θα μιλήσει, με ποιον θα μιλήσει, πώς θα μοιραστεί αυτό που τον απασχολεί και εκτός από τον κάβουρα που τρώει τη δαγκάνα του πνεύμονα, τρώει και την ψυχή του; Ποια είναι η ενημέρωση στα σχολεία; Ποια αποτελέσματα των ερευνών υπάρχουν μετά από την ψυχολογική υποστήριξη; Υπάρχει κάποια έρευνα; Τι γίνεται με αυτούς τους ασθενείς; Υπάρχει ο όρος ψυχο ογκολόγος; Τι συμβαίνει σε αυτά τα παιδιά που χάνουν τον γονιό τους από τον καρκίνο;

Χθες γυρίζαμε με την κόρη μου από το ψυχολόγο που υπάρχει μέσω της FairLife, και η κόρη μου είναι πολύ θυμωμένη. Έχει πάρα πολύ θυμό, τα έχει βάλει με κάποιον, ο οποίος είναι άορατος εχθρός, είναι άορατος ο καρκίνος, γιατί το παιδί φοβάται ότι θα με χάσει. Τι συμβαίνει με τη σεξουαλική ζωή των ανθρώπων αυτών; Εκτίθουμε το σώμα μας, Χάνουμε τα μαλλιά μας. Τι συμβαίνει με την οικονομική κατάσταση των ανθρώπων αυτών; Ξέρει κανείς σε τι κατάσταση βρίσκονται μετά από όλες αυτές τις θεραπείες που περνάνε; Αυτή είναι η δική μου εμπειρία. Οι ερωτήσεις που έχω να κάνω σε φορείς και σε εσάς τους γιατρούς και να πω ότι εγώ μέχρι στιγμής έχω σταθεί τυχερή, μέχρι στιγμής, μέσα από αυτή τη σκληρότητα του καρκίνου, συνάντησα δύο εξαιρετικούς επιστήμονες, θέλω να ευχαριστήσω, συγγνώμη που το κάνω, αλλά θέλω να ευχαριστήσω θερμά τον πνευμονολόγο μου, τον κύριο Αναστασίου που από την πρώτη στιγμή είναι δίπλα μου και , την ογκολόγο μου την κυρία Νικολαΐδου, και επίσης θέλω να ευχαριστήσω θερμά τη FairLife για το πρόγραμμα BREATH που στηρίζει και εμένα και την οικογένειά μου, τον αγαπημένο μου φίλο Γιώργο, που είναι πάντα δίπλα μου. Με λίγα λόγια, θέλω να δούμε τι ακριβώς απασχολεί αυτούς που παλεύουν ψυχολογικά, αυτούς που επιζούν, τους επιζώντες, τους survivors. Σας ευχαριστώ όλους που με ακούσατε.

Β' ΕΝΟΤΗΤΑ

ΠΡΩΙΜΗ ΝΟΣΟΣ

Η Ενότητα Β' του συνεδρίου είχε εκτεταμένη αναφορά στις νεότερες θωρακοχειρουργικές τεχνικές, τη σύγχρονη ακτινοθεραπεία και τις συστηματικές θεραπείες στην δυνητικά ιάσιμη νόσο, ενώ υπογραμμίστηκε η αξία της περιεγχειρητικής ανοσοθεραπείας. Τονίστηκε η σημασία της παραπομπής του ασθενή σε ογκολογικό συμβούλιο για τον σχεδιασμό της βέλτιστης θεραπευτικής στρατηγικής.

[WATCH NOW](#)

Π Ρ Ω Ι Μ Η Ν Ο Σ Ο Σ



Μιχάλης Κληματσιδάς

MSc, PhD, FRCS(Gla), Χειρουργός Θώρακος, Επιστ. Υπεύθ., Τμήμα Ελάχιστα Επεμβατικής Θωρακοσκοπικής & Ρομποτικής Θωρακοχειρουργικής «ΑΓΙΟΣ ΛΟΥΚΑΣ»

Καλησπέρα και από μένα.

Ιδιαίτερη τιμή και για μένα που βρίσκομαι εδώ είναι έχουμε ανάγκη από αυτές τις εκδηλώσεις, οι οποίες δεν είναι καθαρά επιστημονικές. Απλά ήταν πολύ συγκινητική η ομιλία προηγουμένως και θέλουμε και λίγη ώρα για να μπούμε στο mood της παρουσίασης. Είμαι χειρουργός θώρακος. Και χάρηκα πολύ, όχι μόνο που είμαι εδώ και ευχαριστώ την κυρία Πατέλη και την FairLife, όχι μόνο που είμαι εδώ, αλλά γιατί η ομιλία μου όπως θα δείτε, λέει όλα όσα είπαν οι προηγούμενοι, άρα δείχνει ότι πλέον είμαστε μια ομάδα. Δείχνει ότι πλέον λέμε όλοι τα ίδια πράγματα, είναι αυτό που συμβαίνει πλέον στο εξωτερικό το φέραμε και στην Ελλάδα.

Το ογκολογικό Συμβούλιο, είτε είναι το μόνιμο είτε είναι το τηλεφωνικό, υπάρχει και αυτή είναι η μεγαλύτερη ικανοποίηση για μένα. Αυτοί είναι οι 5 πυλώνες που διάλεξα εγώ. Μεγάλη σημασία στην πρόληψη. Αυτό είπαμε όλοι. Τι κάνουμε εμείς οι θωρακοχειρουργοί για την πρωτοβάθμια πρόληψη; Δεν δίνουμε το στίγμα του καπνιστή πλέον. Όταν πήγα την πρώτη φορά στην Αγγλία για ειδικότητα το 2005, τους δίναμε 2 και 3 εβδομάδες, αναμονή για να κόψουν το κάπνισμα. Αυτό ήταν το στίγμα.

Το 2011, όταν δούλεψα consultant, δεν δίναμε πλέον αναβολές, χειρουργούσαμε κατευθείαν, λέγαμε ότι δεν υπάρχει περίπτωση αυτός ο ασθενής να καθυστερήσει είτε ψυχολογικά ή για οποιονδήποτε άλλο λόγο να χάσει την θεραπεία του. Άρα αυτή είναι η δική μας συμβουλή. Προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου, δεν είναι μόνο για την πολιτεία, δεν είναι μόνο για τους πνευμονολόγους. Με κάλυψε πλήρως ο κύριος Κοσμάς, διότι προηγουμένως που συζητούσαμε με την κυρία Χαρδαβέλλα, ότι ενδιαφερόμαστε και εμείς να ξεκινήσουμε ένα πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου και να δούμε τι φόρμες επικοινωνίας χρειάζονται για να έχουμε τα στατιστικά που πρέπει, η συζήτηση από παρατηρητές ήταν ότι δεν έχουμε μια κοινή database. Ναι, δεν έχουμε. Και στην Ελλάδα, μπορεί να μην φτιάξουμε ποτέ, γιατί έτσι λειτουργεί το ελληνικό σύστημα, γιατί θέλει και πάρα πολλά λεφτά και προσπάθεια. Αλλά αν όμως κάνουμε αυτά που είπε ο κύριος Κοσμάς, δηλαδή να ξεκινήσουμε με όποιο τρόπο μπορούμε, αν βγάλουμε από το pool των ασθενών, 5,10, 15, 20,25, 30 ασθενείς με εν δυνάμει καρκίνο του πνεύμονα που δεν θα διαγνωστούν καθόλου και τους φέρουμε να χειρουργηθούν, να αντιμετωπιστούν, αυτό για ένα γιατρό είναι ένα τεράστιο έργο και κέρδος.

Π Ρ Ω Ι Μ Η Ν Ο Σ Ο Σ

Μιχάλης Κληματσίδας

MSc, PhD, FRCS(GIa), Χειρουργός Θώρακος, Επιστ. Υπεύθ., Τμήμα Ελάχιστα Επεμβατικής Θωρακοσκοπικής & Ρομποτικής Θωρακοχειρουργικής «ΑΓΙΟΣ ΛΟΥΚΑΣ»

Οπότε εμείς σαν θωρακοχειρουργική ομάδα στην κλινική "Άγιος Λουκάς" ξεκινάμε από τον επόμενο μήνα, έπειτα από οικονομικές δωρεές επιστημονικών οργανώσεων, ογκολόγων, από τη φαρμακευτική βιομηχανία. Και ξεκινάμε ένα πρόγραμμα προσυμπρωματικού ελέγχου εντελώς δωρεάν. Άρα λοιπόν, 300 αξονικές έχουν εγκριθεί και έχουμε πάρει και προέγκριση για άλλες 150. Όποιος λοιπόν ασθενής πληροί τα κριτήρια, θα έρχεται σε εμάς και θα είναι ένα πρόγραμμα προσυμπρωματικού ελέγχου που θα το τρέχουν θωρακοχειρουργοί. Νομίζω ότι αυτό από μόνο του είναι μια πρωτοτυπία, μπορεί και παγκόσμια.

Πάμε λοιπόν στα δικά μας. Βελτίωση στις απεικονιστικές τεχνικές, το αναφέραμε και αυτό, μια ευχάριστη νότα στους ασθενείς που μας ακούνε ότι βελτιωνόμαστε όλοι, προσπαθούμε για κάτι καλύτερο. Εδώ αριστερά είναι μια σύσταση που την κάναμε εμείς για ένα μικρό καρκινάκι για να σωθούν που είναι δωρεάν.

Να μιλήσουμε λοιπόν για τα θωρακοχειρουργικά, γιατί αυτό είναι το δικό μου αντικείμενο. Αφού έχουμε τον καρκίνο σε πρώτο πλάνο, να βάλουμε και τον θωρακοχειρουργικό ασθενή στο επίκεντρο. Η θωρακοχειρουργική επιτέλους μπορεί για χειρουργικά, χειρουργήσιμα στάδια, να έχει ελάχιστα επεμβατικές τεχνικές. Όσοι λοιπόν είχαν στο μυαλό τους ότι όλες οι επεμβάσεις που γίνονται, όλες θα πρέπει να έχουν μια μεγάλη θωρακοτομή, όπως είναι πάνω αριστερά, πλέον έχουμε εξελιχθεί και εμείς και η τεχνολογία και όλες οι χειρουργικά εξαιρέσιμες επεμβάσεις γίνονται από 3 μικρές οπές ή από μία ή και με τη χρήση της τεχνολογίας και αυτό πλέον δεν είναι επιστημονική φαντασία. Υπάρχει και είναι καθημερινή πράξη. Κάτω δεξιά είναι ο ασθενής με την πρώτη επέμβαση που κάναμε στη Σκωτία με μια τομή, ο οποίος ήταν τόσο χαρούμενος που είχε φέρει τα παυσίπονα του πίσω στις 15 μέρες στα εξωτερικά ιατρεία, λέγοντας ότι δεν πονάει καθόλου και τα δώρισε.

Όμως, επειδή και αυτό είναι κουραστικό - βλέπετε εδώ πέρα πόσο πολύ χρειάζεται να σκύψουμε για να κάνουμε τα χειρουργεία μας-, ήρθε η τεχνολογία και πλέον υπάρχει ρομπότ που μας βοηθάει. Δεν κάνει την επέμβαση. Εμείς κάνουμε την επέμβαση. Το χειριζόμαστε μέσα από μια κονσόλα. Υπάρχει φυσικά χειρουργός κοντά στον ασθενή και όπως βλέπετε, δίνει κάποιες δυνατότητες, όπως 3D όραση, αποφυγή του τρέμουλου, υψηλή ακρίβεια, δεν έχουμε δονήσεις. Δίνει λοιπόν πολλά πλεονεκτήματα και τη δικιά μου την πλάτη, τη μέση, την προφυλάσσει από την κακοποίηση της ακροβατικής χειρουργικής. Στο NHS στην Αγγλία, όταν συζητούσα για την χειρουργική της μιας οπής, με ένα φίλο μου στο Μάντσεστερ, μου είπε "το NHS δεν πληρώνει να φύγει ο πόνος από τον ασθενή και να έρθει στην πλάτη μου, οπότε θα το κάνουν οι ειδικευόμενοι αυτό. Όταν θα έρθει το ρομπότ θα το συζητήσουμε." Λοιπόν, το ρομπότ ήρθε, υπάρχει στην Ελλάδα σε πολλά κέντρα. Βέβαια έχει και αυτό το κόστος του, αλλά έχει μπει και σε δημόσια νοσοκομεία πλέον. Είναι η εξέλιξη η δική μας λοιπόν, που πρέπει να την πούμε στο Συνέδριο, ότι και εμείς μετά από τεράστιες εξελίξεις της ογκολογίας και της ακτινοθεραπευτικής και όλων των παραγόντων που κάνουν θεραπείες στον καρκίνο, είμαστε και εμείς πλέον up to date. Γιατί είχαμε μείνει πολύ πίσω σαν θωρακοχειρουργοί. Το βιντεάκι αυτό είναι δωρεάν στο YouTube με τα δικά μας πνευματικά δικαιώματα. Όποιος θέλει το χρησιμοποιεί.

Π Ρ Ω Ι Μ Η Ν Ο Σ Ο Σ



Μιχάλης Κληματσίδας

MSc, PhD, FRCS(GIa), Χειρουργός Θώρακος, Επιστ. Υπεύθ., Τμήμα Ελάχιστα Επεμβατικής Θωρακοσκοπικής & Ρομποτικής Θωρακοχειρουργικής «ΑΓΙΟΣ ΛΟΥΚΑΣ»

Όταν μιλάμε για ακόμα καλύτερα, τα καινούργια ρομπότ που βγαίνουν, δεν θα είναι πλέον με 3 βραχίονες ή 4, θα είναι ένας βραχίονας. Πάνω δεξιά είναι η ρομποτική βρογχοσκόπηση που συζητούσαμε προηγουμένως που μπορεί να κάνει πολλά πράγματα. Στο κάτω δεξιά βιντεάκι φαίνεται ότι πλέον στο παιχνίδι αυτό είναι και η Ασία και η δική μου συμβουλή είναι όλοι να κοιτάμε προς την Ασία, διότι εκεί έχουν βγει καινούργιες τεχνολογίες, οι οποίες είναι πολύ πιο φθηνές και κάνουν ακριβώς τα ίδια πράγματα. Εκεί μιλάνε για κάποιο ρομπότ, το οποίο και αυτό είναι μιας οπής από το 2013 με τουλάχιστον μισό το κόστος των άλλων. Το λέω, διότι ο καρκίνος και η θεραπεία του είναι μια ακριβή υπόθεση και πρέπει όλοι να κοιτάμε και το πώς μπορούμε να παρέχουμε υψηλές υπηρεσίες με καλύτερο κόστος. Αυτό είναι το ρομπότ σε χρήση από κοντά. Ο κύριος στη μέση είναι ο Diego Gonzalez, είναι ένας παγκόσμιος innovator και ηγέτης στην θωρακοχειρουργική και φίλος όλων, διότι ενώ ταξιδεύει κάθε μέρα και σε άλλη χώρα, μπορεί και απαντά σε όλους μας. Εγώ τους έστειλα μήνυμα και του είπα, "Το έχεις αυτό το ρομπότ; Το έχεις δει; "Μου λέει "βεβαίως", την επόμενη μέρα μου έστειλε μηνύματα, ενώ είχε κάνει 5 χειρουργεία στη Σαγκάη από τα 150 της κλινικής. Αυτό το ρομπότ, λοιπόν, υπάρχει, δουλεύει, είναι μισή τιμή και πιστεύω ότι στο μέλλον θα μπορεί να κάνει τα χειρουργεία και στην Ελλάδα.

Αυτές λοιπόν, ήταν οι ελάχιστα επεμβατικές τεχνικές. Εδώ φαίνεται μια όψη από το ρομπότ - δεν ξέρω αν σας αρέσει η θέα ή όχι - πάντως αυτό που δείχνει τώρα, δείχνει την τεχνολογία που έχει το ρομπότ να σου δείξει με αυτό το φωσφορίζε χρώμα σε ποιο σημείο του πνεύμονα έχεις άρδευση από τα αγγεία που εσύ έκοψες. Εμείς έχουμε κόψει τα αγγεία εκεί που είναι τώρα ο βραχίονας και θέλουμε να δούμε εκεί που θα κόψουμε τον πνεύμονα, να μην έχουμε πρόβλημα στην άρδευση και να πάρουμε το σωστό τμήμα. Αυτή η τεχνολογία υπάρχει, εδώ χρησιμοποιείται και όπως τη χρησιμοποιείς και βλέπεις με αυτή την τεχνική μαρκάρεις εκεί πέρα, όπως και με το παρέγχυμα και βλέπεις ακριβώς πού πρέπει να πας ή να μην πας. Σε λίγο που θα ανάψουν τα φώτα, Όπως λέμε, θα δείτε ότι βλέπεις το κανονικό view, χωρίς να υπάρχει αυτή η τεχνολογία. Πλέον υπάρχουν και ελάχιστα επεμβατικές μη χειρουργικές τεχνικές. Αυτό είναι ένα πρόγραμμα που ξεκινάμε τον επόμενο μήνα. Νομίζω ότι είναι το πρώτο πρόγραμμα Ενδοβρογχικής Κατάλυσης (ablation) μικρών όγκων στην Ελλάδα, όπου με τη βοήθεια software, να πηγαίνουμε ακριβώς στο στόχο, πάνω δεξιά έχει μια μπάλα με καθοδήγηση, όπως ανέφερα προηγουμένως με Cone Beam CT και radial EBUS. Όλα αυτά μας πήραν 3 χρόνια για να έρθουν στην κλινική, ήρθαν, αυτές είναι οι δοκιμές μας και πιστεύω του χρόνου θα έχουμε να σας πούμε τα νέα δεδομένα από αυτό και τον προσυμπτωματικό έλεγχο.

Π Ρ Ω Ι Μ Η Ν Ο Σ Ο Σ



Γιώργος Πισσάκας

MD, PhD Ακτινοθεραπευτής Ογκολόγος,
Συντονιστής Διευθ. Τμήματος
Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, ΓΝΑ
«Αλεξάνδρα», Πρ. Πρόεδρος ΕΕΑΟ

Και εγώ να χαιρετίσω και να ευχαριστήσω που είμαστε εδώ. Από την πρώτη στιγμή που είχα μάθει για την FairLife, ήμουν κοντά της, γιατί πιστεύω ότι αξίζει και πιστεύω ότι είναι ένας μεγάλος αγώνας που μπορεί να γίνει. Ένα εύκολο θέμα, η ακτινοθεραπεία στην πρώιμη νόσο, γιατί η ακτινοθεραπεία μετέχει σε όλες τις φάσεις του καρκίνου σε όλα τα στάδια από το αρχικό ως το μεταστατικό. Η ακτινοθεραπεία είναι ένας από τους 3 βασικούς θεραπευτικούς πυλώνες στην αντιμετώπιση του καρκίνου.

Σε γενικές γραμμές για όλες τις νόσους, έχει συμμετοχή στο 40% των λύσεων από τη νόσο και το 60% των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο κάποια στιγμή θα χρειαστούν ακτινοθεραπεία.

Τι χαρακτηρίζει την ακτινοθεραπευτική ογκολογία σήμερα; Η δυνατότητα θεραπείας με εξαιρετική ακρίβεια και η δυνατότητα μεγάλης προστασίας των φυσιολογικών ιστών. Για την ακριβή εφαρμογή της ακτινοθεραπείας, γιατί για πολλούς είναι άγνωστη η ακτινοθεραπεία. Πολλοί την μπλέκουν και με την ακτινολογία που δεν έχει καμία σχέση. Μιλάμε για ακτινοθεραπευτική ογκολογία, παθολογική ειδικότητα. Ξεκινώντας λοιπόν από την ακινητοποίηση του ασθενούς μέχρι τη χορήγηση της θεραπείας, πρέπει να υπάρχει απόλυτος σεβασμός σε όλους τους κρίκους αυτής της αλυσίδας.

Και οι τεχνολογικές εξελίξεις στην ιατρική άλλαξαν σημαντικά την αποτελεσματικότητα της ακτινοθεραπείας. Πρώτα απ' όλα, η εξέλιξη των απεικονιστικών μεθόδων, πάρα πολύ μεγάλη. Βλέπουμε λοιπόν τις σύγχρονες απεικονιστικές μέθοδοι κάνουν πιο σαφή το στόχο, γιατί η ακτινοθεραπεία πρέπει να έχει ένα συγκεκριμένο στόχο. Το βλέπετε εδώ, βλέπετε πως αλλάζει από την PET CT η εικόνα ενός όγκου που δεν θα μπορούσαμε να δούμε διαφορετικά.

Η ανάπτυξη μεθόδων σύντηξης εικόνας. Βλέπετε εδώ την αξονική σχεδιασμού που πάντα χρειάζεται για να γίνει ακτινοθεραπεία, την PET που είχε γίνει πριν και αυτά τα 2 σε σύντηξη μας δίνουν ακριβώς το στόχο που πρέπει να στοχεύσουμε.

Η ευρεία κλινική χρήση συστημάτων τρισδιάστατου σχεδιασμού. Οι σύγχρονες τεχνικές ακτινοθεραπείας περιορίζουν πολύ τη δόση στους γύρω υγιείς ιστούς, γιατί αυτό είναι το διακύβευμα.

Και φυσικά η εγκατάσταση των θεραπευτικών μονάδων μεγάλης ακρίβειας σας δείχνω την εικόνα στον δημόσιο τομέα του 2023 και δείτε πια ότι 5 χρόνια πριν, αυτές οι εικόνες μας φαίνονταν σαν όνειρο. Αυτή τη στιγμή αυτή είναι η δημόσια εικόνα της ακτινοθεραπείας και ανάλογη είναι και στον ιδιωτικό τομέα, άρα η Ελλάδα τουλάχιστον ποιοτικά έχει φτάσει πολύ ψηλά.

Δύο λόγια για τις τεχνικές ακτινοθεραπείας.

Π Ρ Ω Ι Μ Η Ν Ο Σ Ο Σ

Γιώργος Πισσάκας

MD, PhD Ακτινοθεραπευτής Ογκολόγος, Συντονιστής Διευθ. Τμήματος Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, ΓΝΑ «Αλεξάνδρα», Πρ. Πρόεδρος ΕΕΑΟ

Ακούτε λοιπόν για τη σύμμορφη ακτινοθεραπεία, την ακτινοθεραπεία με πεδία διαμορφούμενης έντασης, την ογκομετρική τοξοειδή θεραπεία, την στερεοτακτική ακτινοχειρουργική, στερεοτακτική ακτινοθεραπεία, 4D ακτινοθεραπεία. Αυτά και λίγο στους μη ειδικούς προκαλούν μια σύγχυση. Όλα αυτά είναι τεχνικές. Η ακτινοβολία είναι η ίδια, ξεκάθαρο. Μην μπλέκεστε με μηχανήματα, όλα τα μηχανήματα μπορούν να έχουν κάποιες συγκεκριμένες δυνατότητες.

Αυτό που είναι όμως εξαιρετικά σημαντικό και άλλαξε πάρα πολύ τα στοιχεία είναι η ακτινοθεραπεία υπό απεικονιστική καθοδήγηση. Όταν κάποιος ασθενής μπαίνει για να κάνει τη θεραπεία, το μηχάνημα κάνει μια περιστροφή και κάνει μια αξονική. Δείτε την αξονική σχεδιασμού και την αξονική από μηχάνημα. Αυτές οι 2 έρχονται η μία πάνω στην άλλη για να είμαστε σίγουροι ότι εκείνη την ημέρα που θα κάνει ο συγκεκριμένος ασθενής, έχουμε ακριβώς τα δεδομένα πάνω στα οποία σχεδιάσαμε. Εξαιρετικά σημαντικό, γιατί σκεφτείτε,

σε μια πύελο που είναι το έντερο, που είναι η ουροδόχος κύστη, πόσο διαφορετικά μπορεί να είναι τα πράγματα. Στον πνεύμονα είναι λίγο πιο ξεκάθαρο. Πρώιμα στάδια λοιπόν, θεραπεία εκλογής, χειρουργική αφαίρεση. Άρα συμφωνούμε απόλυτα με τον κύριο Κληματσίδα. Εσείς προηγείστε. Ξεκάθαρο. Όμως, υπάρχουν κάποιιοι που δεν μπορούν να υποβληθούν σε χειρουργείο, κυρίως μεγαλύτερης ηλικίας, και όταν έχουν κάποια δεδομένα, δεν τα αναλύουμε τώρα. Αν σε αυτούς λοιπόν κάναμε μόνο παρακολούθηση, δεν κάναμε τίποτα. Η επιβίωση είναι πάρα πολύ πενιχρή.

Αν κάναμε μόνο την κλασική ακτινοθεραπεία αντί για χειρουργείο, βλέπουμε τα αποτελέσματα. Δεν είναι ισοδύναμα. Δείτε ανάμεσα στο χειρουργείο και στην κλασική ακτινοθεραπεία. Δεν έχουμε ισοδύναμα αποτελέσματα.

Και ποιο είναι το δίλημμα; Μήπως αν μπορούσαμε να αυξήσουμε τη δόση; Αυτό ισχύει μόνο για τα αρχικά στάδια. Μετά είναι πολύ διαφορετικά τα πράγματα. Υψηλότερες δόσεις σημαίνουν πιο αποτελεσματικές για τον όγκο, αλλά πιο τοξικές για τους φυσιολογικούς ιστούς. Και εδώ είναι που μας βοήθησε πάρα πολύ η τεχνολογία, γιατί άλλαξε όλη την ακτινοθεραπεία και εδώ μπαίνει η έννοια της στερεοτακτικής ακτινοθεραπείας σώματος, που σημαίνει χρήση πολύ υψηλών δόσεων ακτινοβολίας. Το στερεοτακτικό είναι λίγο εμπορικό, γιατί δεν πας πια με τα Χ, Υ, Ζ. Στερεοτακτικές είναι όλες, από την πιο απλή ακτινοθεραπεία σήμερα, στερεοτακτικά γίνονται. Δεν έχει λοιπόν αυτή την έννοια, αλλά έμεινε ως χρήση πολύ υψηλών δόσεων ακτινοβολίας, δόση μεγαλύτερη από 6 Gy ανά συνεδρία, άρα μια ψηλή δόση και ιδιαίτερα ακτινοβιολογικά χαρακτηριστικά, λόγω των υψηλών ανά συνεδρία δόσεων και της συνολικής δόσης. Οι διαφορές στις αρχές των μεθόδων είναι ότι στην ακτινοθεραπεία στερεοτακτική ακτινοχειρουργική, πρέπει να σχεδιάσουμε μόνο τον ορατό όγκο. Δεν σχεδιάζουμε τις περιοχές που μπορεί να υπάρχουν κύτταρα γύρω γύρω. Εμείς λοιπόν όταν σχεδιάζουμε, έχουμε πρώτα να σχεδιάσουμε τον ορατό όγκο, μετά να προσθέσουμε την πιθανή μικροσκοπική νόσο και μετά να προσθέσουμε ακόμη ένα περιθώριο για τις ανακρίβειες, τις καθημερινές. Για την κίνηση που μπορεί να υπάρχει στα όργανα, αν είναι στον πνεύμονα καταλαβαίνετε ότι υπάρχει η κίνηση, όλο αυτό μεγαλώνει την περιοχή που πρέπει να ακτινοβοληθεί. Και αύξηση κατά 1/1000 γύρω γύρω σε έναν όγκο 6 εκατοστών αυξάνει την περιοχή ακτινοβόλησης κατά 10%.

Π Ρ Ω Ι Μ Η Ν Ο Σ Ο Σ



Γιώργος Πισσάκας

MD, PhD Ακτινοθεραπευτής Ογκολόγος,
Συντονιστής Διευθ. Τμήματος
Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, ΓΝΑ
«Αλεξάνδρα», Πρ. Πρόεδρος ΕΕΑΟ

Πάμε λοιπόν, να δούμε τα πλεονεκτήματα της στερεοτακτικής ακτινοθεραπείας, καθοδήγηση από την εικόνα. Αυτό το κάνουν πια όλα τα μηχανήματα. Ακριβής δοσμετρία. Όλα τα μηχανήματα. ακριβής χορήγηση ακτινοβολίας. Επίσης όλα τα μηχανήματα. Πού μπορεί κάποιο μηχανήμα να μπει στην κατηγορία να κάνει στερεοτακτική; όταν μπορεί να έχει έλεγχο της κίνησης του όγκου. Την πολύ απότομη πτώση της δόσης έξω από τον όγκο και τη χορήγηση πολύ υψηλής δόσης. Οι αναπνευστικές κινήσεις επηρεάζουν τη θέση του όγκου. Δείτε λοιπόν το διάφραγμα πώς κινείται, ανάλογα κινείται και όγκος. Άρα, λοιπόν πρέπει ο σχεδιασμός ακτινοθεραπείας να συνυπολογίσει τη θέση του όγκου, ανάλογα με τις αναπνευστικές κινήσεις. Κι αν το δείτε έτσι πού είναι στην εκπνοή πού είναι στην εισπνοή, ενώ ο όγκος είναι αυτός που βλέπετε στην αριστερή πλευρά, εμείς μεγαλώνουμε κατά πολύ την περιοχή που πρέπει να ακτινοβοληθεί. Κι έτσι λοιπόν αρχίζει και υπάρχει κάποιο πρόβλημα, όταν δίνεις πολύ υψηλή δόση. Και ποια είναι η λύση; Η ακτινοβολήση με παρακολούθηση των κινήσεων του όγκου. Ή λοιπόν κάποια μηχανήματα κάνουν αυτό που λέμε gating, άρα ακτινοβολείς μόνο σε μια περιοχή από όταν περνάει ο όγκος από εκεί, είτε το tracking, το οποίο ακολουθείς και παρακολουθείς τον όγκο, μέσα από το μηχανήμα.

Ένα άλλο κομμάτι είναι η βιολογικά αποτελεσματική δόση. Εσείς ακούτε πάντα μια δόση 60 Gy. Είναι πολύ διαφορετικό αν τα 60 Gy δίνονται σε 30 συνεδρίες από το αν δίνονται σε 3 συνεδρίες. Δείτε τη διαφορά, φτάνει μέχρι και 180 Gy, είναι πολύ διαφορετικό, άρα μην σας απασχολεί όταν διαβάζετε κάποια δόση. Είναι πώς έχει δοθεί αυτή η δόση.

Όμως πραγματικά υπερέχει η στερεοτακτική σε σύγκριση με την κλασική ακτινοθεραπεία. Οι μελέτες δείχνουν πως ναι, υπερερεί. Από τις πρώτες μελέτες, την RTOG 0236, φάνηκε η υπεροχή της στερεοτακτικής. Αυτή η μελέτη παρουσιάστηκε το 2009, δημοσιεύτηκε το 2010.

Και υπάρχουν πάρα πολλές μελέτες που δεν θα τις αναλύσουμε. Από το 2010 λοιπόν, η ακτινοχειρουργική θεωρείται το standard of care στο μη χειρουργήσιμο καρκίνο του πνεύμονα αρχικών σταδίων. Ερώτημα που τίθεται αφού τα καταφέρνει τόσο καλά σε αυτούς που δεν μπορούν να χειρουργηθούν, μήπως θα μπορούσαμε να κάνουμε και σε αυτούς που μπορούν να χειρουργηθούν;

Π Ρ Ω Ι Μ Η Ν Ο Σ Ο Σ

Γιώργος Πισσάκας

MD, PhD Ακτινοθεραπευτής Ογκολόγος, Συντονιστής Διευθ. Τμήματος Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, ΓΝΑ «Αλεξάνδρα», Πρ. Πρόεδρος ΕΕΑΟ

Ανάγκη λοιπόν από τυχαιοποιημένες μελέτες. Ποια είναι η καλύτερη, τι είναι καλύτερο να κάνουμε σε έναν ασθενή; Αυτό δημοσιεύτηκε το 2022. Μάζεψε τις μελέτες, όπου άνθρωποι που μπορούσαν να χειρουργηθούν, επέλεξαν να μην χειρουργηθούν, αλλά δεν είχε μεγάλη συμμετοχή. Στο κάτω σχεδιάγραμμα είναι αυτές οι μελέτες που είναι ανοιχτές. Αυτό που μπορούμε να πούμε από αυτά τα στοιχεία είναι : Ασθενείς χωρίς συννοσηρότητες, στους οποίους συνεστήθη χειρουργείο, αλλά επέλεξαν τη στερεοτακτική ακτινοθεραπεία, στο μεγάλο μέρος έχουν μικρότερη επιβίωση από ότι το χειρουργείο.

Υπάρχουν μελέτες που είναι ισοδύναμα, αλλά αν τις μαζέψουμε όλες, μάλλον προηγείται. Όπως βλέπετε, οι θωρακοχειρουργοί έχουν το πάνω χέρι. Προηγείται λοιπόν το χειρουργείο. Και για αυτό, οι αμερικανικές οδηγίες από το 2010 λένε πάντα "ναι" στο χειρουργείο και βλέπουμε στην ανάγκη, αν δεν μπορούν να χειρουργηθούν, η ακτινοθεραπεία. Από το 2012 έως το 2023 τα ίδια λένε. Και οι ευρωπαϊκές οδηγίες λένε το ίδιο. Αλλά εγώ πιστεύω το πιο σημαντικό μήνυμα της ημέρας είναι: Όσο είναι δυνατόν, πιο έγκαιρη διάγνωση.

Τα είπε και η κυρία Λινάρδου. Αν δείτε πόσο, αν είναι οργανωμένο το screening ή αν δεν είναι καθόλου ή αν δεν είναι οργανωμένο, πόσες διαφορές υπάρχουν! Και αυτό πιστεύω, κι αυτό ήταν που με συνάρπαζε με την FairLife, είναι η μεγάλη προσπάθεια. Αυτό πρέπει να το καταφέρουμε. Η κυρία Λινάρδου, τα είπε εξαιρετικά πώς αυτό μπορεί να γίνει. Δεν έχουν γίνει τα βήματα που πρέπει. Και φυσικά στον καρκίνο του πνεύμονα υπάρχει απόλυτη εφαρμογή του Ιπποκρατικού: "Πολύ καλύτερα να προνοείς και να προλαμβάνεις από το να θεραπεύεις". Σας ευχαριστώ πολύ.



Π Ρ Ω Ι Μ Η Ν Ο Σ Ο Σ



Πέτρος Χριστόπουλος

(MD, PhD), Παθολόγος Ογκολόγος - Αιματολόγος, Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Χαϊδελβέργης

Καλησπέρα σας και από μένα. Θα μιλήσουμε για τις συστηματικές θεραπείες στη δυνητικά ιάσιμη νόσο. Δηλαδή για όλους εκείνους τους όγκους που δεν έχουν ακόμα μεταστάσεις.

Όπως πολύ ωραία αναπτύχθηκε στις προηγούμενες ενότητες, οι τοπικές θεραπείες, δηλαδή το χειρουργείο και η ακτινοθεραπεία είναι οι ακρογωνιαίοι λίθοι εδώ, αλλά από μόνοι τους δεν είναι επαρκείς.

Ακόμη και αν δούμε στην πιο ευνοϊκή ομάδα ασθενών όγκου σταδίου I με μέγεθος κάτω από 4 cm, στα 5 χρόνια περίπου 15-20% των ασθενών αυτών με σκέτη ακτινοθεραπεία ή χειρουργική επέμβαση, θα έχουν υποτροπή της νόσου ή και θάνατο και το ποσοστό αυτό γίνεται μεγαλύτερο στο 50% ή και ακόμη παραπάνω, αν δούμε ασθενείς με πιο προχωρημένη νόσο, όπου μαζί με το χειρουργείο ή την ακτινοθεραπεία, θα δοθεί και χημειοθεραπεία. Όλα αυτά όμως αλλάζουν τώρα και το 2023 υπήρξε χρονιά ορόσημο. Όλες εκείνες οι καινοτομίες που αργά, σταδιακά, περασμένα 10-15 χρόνια, έχουν διευρύνει την επιβίωση στη μεταστατική νόσο, δηλαδή οι στοχευμένες θεραπείες, η χημειοανοσοθεραπεία και ο μοριακός έλεγχος ήδη κατά την πρωτοδιάγνωση έρχονται τώρα ταυτόχρονα όλες μαζί στην πρώιμη νόσο και αλλάζουν άρδην το τοπίο.

Μαζί με τη γενίκευση του προσυμπτωματικού έλεγχου τα επόμενα χρόνια, οι ασθενείς με δυνητικά χειρουργήσιμο καρκίνο του πνεύμονα θα αποτελέσουν τη συντριπτική πλειοψηφία και θα θεραπεύονται τότε βάσει των αρχών, οι οποίες καθιερώνονται σήμερα.

Σημείο καμπής υπήρχε η έγκριση της πρώτης προ εγχειρητικής χημειοανοσοθεραπείας τον περασμένο Ιούνιο, βάσει της μελέτης CM-816. Αυτή έδειξε ότι η ανοσοθεραπεία μαζί με χημειοθεραπεία πριν από το χειρουργείο είναι σημαντικά καλύτερη σε σχέση με τη σκέτη χημειοθεραπεία, είτε πριν είτε μετά το χειρουργείο - όπως ξέραμε με παλιότερες μελέτες - με μείωση του κινδύνου για υποτροπή της νόσου ή για θάνατο των ασθενών γύρω στο 50%, 46% θάνατος ή υποτροπή στα 2 χρόνια με σκέτη χημειοθεραπεία, επιβίωση, ελεύθερη θανάτου υποτροπής στα 2 χρόνια με σκέτη χημειοθεραπεία 64% με χημειοανοσοθεραπεία. Επιπλέον, η μελέτη αυτή είχε αποκλείσει ασθενείς με EGFR ή ALK μεταλλάξεις, διότι οι όγκοι αυτοί δεν ανταποκρίνονται στην ανοσοθεραπεία.

Και αυτό σημαίνει, εφόσον η θεραπεία αυτή τώρα είναι εγκεκριμένη, ότι ο μοριακός έλεγχος καθίσταται απαραίτητος ήδη από την πρωτοδιάγνωση και για τον χειρουργήσιμο μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα.

Π Ρ Ω Ι Μ Η Ν Ο Σ Ο Σ

Πέτρος Χριστόπουλος

(MD, PhD), Παθολόγος Ογκολόγος - Αιματολόγος, Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Χαϊδελβέργης

Ασθενείς, ιδιαίτερα με κλασικές EGFR μεταλλάξεις, θέλουμε να τους ανιχνεύσουμε νωρίς και να μην τους δώσουμε χημειοανοσοθεραπεία, διότι η χορήγηση στοχευμένης θεραπείας του Osimertinib για 3 χρόνια μετά το χειρουργείο αυξάνει σημαντικά τη συνολική επιβίωση περίπου κατά 10% στα 5 χρόνια, από 78 στο 88%. Παρόμοια αποτελεσματικότητα έχει και η χορήγηση του Alectinib για ALK θετικούς όγκους για 2 χρόνια μετά το χειρουργείο, όπως φάνηκε τον περασμένο μήνα από την πρώτη ανάλυση της μελέτης ALINA στο ESMO και αναμένουμε σύντομα τον επόμενο χρόνο έγκριση και του Alectinib μετά το χειρουργείο για ασθενείς με ALK μεταλλάξεις.

Και θα ακολουθήσει τα επόμενα χρόνια το Selpercatinib, του οποίου η μελέτη έχει ολοκληρώσει την συγκομιδή των ασθενών και άλλα στοχευμένα φάρμακα για περαιτέρω μεταλλάξεις. Επόμενο βήμα για ασθενείς και όγκους χωρίς θεραπεύσιμες μεταλλάξεις θα είναι η περιεγχειρητική ανοσοθεραπεία, δηλαδή η χορήγηση ανοσοθεραπείας μαζί με χημειοθεραπεία πριν το χειρουργείο για 3-4 κύκλους, αλλά και μετά το χειρουργείο ανοσοθεραπεία για ένα χρόνο.

Αυτές οι περιεγχειρητικές θεραπείες για ασθενείς με όγκους σταδίου 3 ή PDL1 θετικούς όγκους έχουν παρόμοιο όφελος με την προεγχειρητική θεραπεία της CM- 816, δηλαδή μείωση του κινδύνου υποτροπής ή θανάτου κατά περίπου στο περίπου 50%, αλλά οι περιεγχειρητικές θεραπείες ωφελούν και ασθενείς με όγκους σταδίου II ή PDL1 αρνητικούς όγκους, με ένα κάπως μικρότερο αλλά επίσης κλινικά σημαντικό όφελος, με κίνδυνο που πέφτει στο 70%. Επιπλέον, το μετεγχειρητικό σκέλος της περιεγχειρητικής θεραπείας είναι ιδιαίτερα σημαντικό για ασθενείς που δεν θα έχουν πλήρη νέκρωση του όγκου με την προεγχειρητική θεραπεία.

Είναι αυτοί οι ασθένειες που βλέπετε χαμηλά: Παραμένουν τα μπλε στοιχεία. Ο ζωντανός ιστός του καρκίνου μετά την προ εγχειρητική θεραπεία σε αυτούς τους ασθενείς, η χορήγηση ανοσοθεραπείας μετά το χειρουργείο είναι απαραίτητη για την περαιτέρω βελτίωση της επιβίωσης.

Πρώτο σχήμα περιεγχειρητικό που θα έχουμε εγκεκριμένο το επόμενο έτος και μάλιστα πιστεύουμε το πρώτο τρίμηνο, θα είναι αυτό βασισμένο στη μελέτη KN-671 με pembrolizumab συνδυασμένο με χημειοθεραπεία.

Τα επόμενα χρόνια θα δούμε νεότερες θεραπείες επίσης για όγκους σταδίου I, δηλαδή μικρότερους από 4 cm, οι οποίες σήμερα δεν λαμβάνουν συστηματική θεραπεία παρά μόνο χειρουργείο ή ακτινοθεραπεία.

Είχαμε φέτος τα πρώτα τυχαιοποιημένα αποτελέσματα που έδειξαν ότι για πολύ μικρούς όγκους, ακόμη για όγκους κάτω από 3 cm, η ακτινοθεραπεία μαζί με ανοσοθεραπεία είναι ανώτερη της σκέτης ακτινοθεραπείας, ακόμη και της στερεοτακτικής που κάνουμε σήμερα, όπως ακούσαμε προηγουμένως. Και παράλληλα επίσης για πολύ μικρούς όγκους κάτω από 3 cm, η μελέτη ADAURA 2 εξετάζει την υπεροχή της μετεγχειρητικής θεραπείας, με osimertinib σε περίπτωση που υπάρχουν ενεργοποιητικές κλασικές EGFR μεταλλάξεις.

Αλλά πρόοδο έχουμε και στους ανεγχείρητους όγκους σταδίου 3B ή C, όπου σήμερα στάνταρ είναι η ανοσοθεραπεία μετά από τη χημειοακτινοθεραπεία, η οποία βελτιώνει τη συνολική επιβίωση γύρω στο 15% στα 5 χρόνια.

Π Ρ Ω Ι Μ Η Ν Ο Σ Ο Σ



Πέτρος Χριστόπουλος

(MD, PhD), Παθολόγος Ογκολόγος -
Αιματολόγος, Καθηγητής, Πανεπιστήμιο
Χαϊδελβέργης

Το όφελος αυτό θα επεκταθεί ακόμη περισσότερο τα επόμενα χρόνια, με βάση μελέτες που τρέχουν τώρα και για όγκους χωρίς ενεργοποιητικές μεταλλάξεις στοχεύουν στο να φέρουν την ανοσοθεραπεία ήδη πιο νωρίς να τη χορηγήσουν ταυτόχρονα με την χημειοακτινοθεραπεία.

Από την άλλη πλευρά για όγκους με στοχεύσιμες μεταλλάξεις για παράδειγμα EGFR και ALK θετικούς όγκους, η ανοσοθεραπεία θα αντικατασταθεί από στοχευμένες θεραπείες. Αντίστοιχες μελέτες είναι η LAURA για EGFR θετικούς όγκους και η HORIZON-01 για τους ALK θετικούς.

Θα ήθελα να συνοψίσω για ασθενείς με δυνητικά χειρουργήσιμο μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα τουλάχιστον σταδίου II, ο μοριακός έλεγχος είναι πια απαραίτητος ήδη από την αρχική διάγνωση, όχι από το χειρουργείο. Για όγκους με κλασικές μεταλλάξεις ή ALK συντήξεις, θα πρέπει να χορηγούμε στοχευτικές θεραπείες μετά το χειρουργείο. Οι υπόλοιποι όγκοι λαμβάνουν χημειοανοσοθεραπεία πριν και μετά το χειρουργείο και υπάρχουν μελέτες που δοκιμάζουν περαιτέρω νέα

φάρμακα και θα επεκτείνουν τη χρήση τους σε ακόμη μικρότερους όγκους κάτω από 3 cm, ανεγγείρητους όγκους και πρώιμους όγκους με άλλες μεταλλάξεις, για παράδειγμα RET. Σας ευχαριστώ για την προσοχή σας. Ευχαριστώ την κυρία Πατέλη Bell για τη χαρά να είμαι σήμερα μαζί σας και θερμά συγχαρητήρια στην FairLife για την υπέροχη εκδήλωση και το σημαντικό κοινωνικό έργο.

Π Ρ Ω Ι Μ Η Ν Ο Σ Ο Σ



Έλενα Λινάρδου

MD, PhD, Παθολόγος - Ογκολόγος, Δ/ντρια Δ' Ογκολογικής Κλινικής, "Metropolitan", Μέλος Επιτροπής Εκπαίδευσης IASLC

Λοιπόν, θα είμαι σύντομη για να δώσω χρόνο στους συναδέλφους να κάνουν το σχόλιό τους και θα πω μόνο ένα πράγμα. Ο ρόλος μας στο σχολιασμό αυτών των εξαιρετικών παρουσιάσεων που μας έδειξαν τι έχει γίνει και τι έρχεται στο μέλλον, είναι να σας πούμε τι πιστεύουμε ότι πρέπει να γίνει στην Ελλάδα. Για να γίνουν λοιπόν πραγματικότητα όλα αυτά τα υπέροχα που μας έδειξε και ο θωρακοχειρουργός μας και ο ακτινοθεραπευτής -ογκολόγος μας και φυσικά ο κύριος Χριστόπουλος- τον ευχαριστούμε πάρα πολύ που είναι εδώ από τη Χαϊδελβέργη- ένα μόνο πράγμα πρέπει να γίνει. Οι ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα από την πρώτη διάγνωση να παραπέμπονται στο Ογκολογικό Συμβούλιο πνεύμονα. Αυτό είναι το μοναδικό που πρέπει να γίνει. Αν οι ασθενείς έρχονται στο ογκολογικό Συμβούλιο πριν χειρουργηθούν και όλος ο σχεδιασμός της αντιμετώπισης γίνεται από τη διεπιστημονική ομάδα, τότε θα μπορέσουν όλα τα στάδια να πάρουν όλα αυτά τα φανταστικά οφέλη από τις καινούργιες θεραπείες που έχουμε που πραγματικά αλλάζουν τον τρόπο με τον οποίο θεραπεύουμε τον καρκίνο του πνεύμονα σε πρώιμα στάδια.

Έχουν μπει επαναστατικά οι στοχευτικές θεραπείες αλλά και η ανοσοθεραπεία και το χειρουργείο και η ακτινοθεραπεία δεν είναι πια η μοναδική επιλογή. Απλά πρέπει οι άρρωστοι να έρθουν πριν χειρουργηθούν.

Π Ρ Ω Ι Μ Η Ν Ο Σ Ο Σ



Κοσμάς Ηλιάδης

MD, PhD, FETCS, Θωρακοχειρουργός,
Διευθυντής Θωρ/κης Κλινικής, Νοσοκομείο
Υγεία, Πρόεδρος ΕΧΧΘΚΑ

Συγχαρητήρια για την εκδήλωση από τη FairLife και είναι πάντα σημαντική και είναι εποικοδομητική και βοηθάει πολύ τους καρκινοπαθείς του πνεύμονα. Αν τα πάρουμε από τη σειρά, ο προσυμπτωματικός έλεγχος που είναι απαραίτητο να ισχύει και για τα δημόσια νοσοκομεία και να μπορέσει να πάρει μια ανάπτυξη με όλες τις δυσκολίες που υπάρχουν, κάνουν προσπάθεια οι εταιρείες μας, η Πνευμονολογική, η Θωρακοχειρουργική, η Ογκολογική, η Ακτινοθεραπευτική, να προσπαθήσουν να μπουν περισσότερο στο δημόσιο χώρο, να υπάρξει η γρήγορη διάγνωση ενός καρκίνου, οπότε τότε ισχύουν αυτά που πολύ σωστά, τόνισε ο κύριος Κληματσίδας ότι με τις ελάχιστες επεμβατικές τεχνικές, μπορεί να έχουμε μικρότερες εκτομές σε διαγνωσμένους καρκίνους, μικρούς περιφερικούς, οπότε τότε δεν χρειάζεται να κάνουμε μια λοβεκτομή ή κάποια άλλη επέμβαση. Μπορεί να κάνουμε μια τμηματεκτομή που μπορεί να προσφέρει σημαντικά και έχει αποφανθεί πλέον ότι συγκριτικά οι τμηματεκτομές είναι σήμερα αποδεκτές ογκολογικά, όταν πρόκειται για μικρές περιφερικές βλάβες μέχρι 2 cm, κάτω από προϋποθέσεις. Άρα λοιπόν αυτό είναι πάρα πολύ σημαντικό γιατί ισχύουν αυτά. Η ρομποτική χειρουργική έχει πλεονέκτημα κυρίως στο λεμφαδενικό καθαρισμό. Στα υπόλοιπα οι ελάσσονος επεμβατικές τεχνικές- θωρακοσκόπηση και ρομποτική χειρουργική- είναι αυτές που είναι πλέον ενδεδειγμένες σήμερα εκεί.

Η εφαρμογή των θεραπειών στα πρώτα στάδια έχει σημαντικό πλεονέκτημα για τον χειρουργό, δημιουργεί μερικές δυσκολίες, κυρίως η ανοσοθεραπεία λόγω της αντιδραστικής ίνωσης που κάνει τριγύρω, αλλά έχει μεγάλο πλεονέκτημα και αυτό στην σμίκρυνση του καρκίνου. Και ενώ σκεφτόμαστε ότι θα μειωθούν τα περιστατικά που θα χειρουργούμε λόγω της χημειοανοσοθεραπείας, μάλλον θα γίνουν περισσότερα, δεδομένου ότι πλέον σε στάδια που ήταν πιο προχωρημένη ή μεταστατική νόσος, θα είναι επιλέξιμοι οι ασθενείς πιο σωστά για να χειρουργηθούν, οπότε η έννοια της ογκολογικής ομάδας στο Ογκολογικό Συμβούλιο είναι πολύ σημαντική για το πότε παρεμβαίνει ο καθένας και τι κάνει και η έγκαιρη διάγνωση είναι αυτό που πρέπει να τονίσουμε επιπλέον. Ευχαριστώ.

Π Ρ Ω Ι Μ Η Ν Ο Σ Ο Σ



Γιάννης Γεωργακόπουλος

Επίκουρος Καθηγητής Ακτινοθεραπευτικής
Ογκολογίας ΕΚΠΑ

Να πω πρώτα αρχικά ευχαριστώ για την τιμητική πρόσκληση, ένα μεγάλο ευχαριστώ και για το κοινωνικό σας έργο.

Ακούσαμε πάρα πολύ ωραία από τους ομιλητές, εγώ θα πω σε συνέχεια αυτών που είπε ο κύριος Πισσάκας ότι πραγματικά βλέπουμε ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών ασθενών, υπερήλικες με συννοσηρότητες που δεν είχαν θεραπευτική επιλογή, πλέον με την εφαρμογή της στερεοταξίας και στον ελλαδικό χώρο και στα δημόσια νοσοκομεία έχουμε πλέον τη δυνατότητα να αντιμετωπίσουμε αποτελεσματικά τους ασθενείς με πολύ ελεγχόμενη τοξικότητα και αυτό είναι το πάρα πάρα πολύ σημαντικό.

Πλέον έχουμε τη δυνατότητα, ασθενείς που ήταν καταδικασμένοι, στην κυριολεξία να μπορούμε να τους βοηθάμε με πολύ αποτελεσματική θεραπεία και περιμένουμε και στη σημερινή εποχή που έχει μπει στο θεραπευτικό αλγόριθμο και η ανοσοθεραπεία και η βελτιστοποίηση των χειρουργικών πρακτικών, έχει και η ακτινοθεραπεία ξεκάθαρη θέση τόσο στην πρώιμη νόσο, αφού μιλάμε για αυτό, κυρίως, αλλά και σε προχωρημένα στάδια, γίνονται λίγο πιο ξεκάθαρα τα πράγματα για το που έχει θέση η ακτινοθεραπεία στην αντιμετώπιση αυτών των ασθενών.

Π Ρ Ω Ι Μ Η Ν Ο Σ Ο Σ



Μιχάλης Νικολάου

MD, MSc, PhD Παθολόγος Ογκολόγος,
Επιμελητής Α', ΓΑΟΝΑ «Άγιος Σάββας»

Να ευχαριστήσω και εγώ με τη σειρά μου για αυτή την εκπληκτική δράση. Θα ήθελα πραγματικά και εγώ να συμφωνήσω με τους προλαλήσαντες. Δεν είναι μία η λύση για αυτό το πρόβλημα. Είναι πολλές μικρές λύσεις οι οποίες μας φέρνουν μια μεγάλη νίκη.

Είναι οι βελτιωμένες χειρουργικές τεχνικές, είναι οι βελτιωμένες ακτινοθεραπευτικές τεχνικές. Είναι οι βελτιωμένες παθολογικές, ογκολογικές, τεχνικές και το NGS. Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι πραγματικά το NGS έχει αλλάξει το ρου της θεραπευτικής ιστορίας. Σε αυτό το σημείο να πω και εγώ από τη θέση του Αντιπροέδρου της ΕΟΠΕ, η ΕΟΠΕ από το αποθεματικό της δέχτηκε να συνεχίσει να αποζημιώνει ένα NGS πάνελ για τον καρκίνο του πνεύμονα, καθώς είχε εξαντληθεί η συμφωνία που είχε κλειστεί με τη φαρμακευτική εταιρεία, καταδεικνύοντας στον υπέρτατο βαθμό το πόσο σημαντικό ρόλο παίζει η γνώση του NGS στην θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου του πνεύμονα. Να προεκτείνω λίγο αυτό που είπε η αγαπητή κυρία Λινάρδου και να το προεκτείνω, γιατί αυτή είναι η βάση, αυτό είναι το κλειδί. Και το κλειδί είναι το Ογκολογικό Συμβούλιο και Ογκολογικό Συμβούλιο, εάν για την Αθήνα φαντάζει δύσκολο, αντιλαμβάνεστε πόσο δύσκολη είναι η διασύνδεση στην περιφέρεια, πόσο δύσκολο είναι να διασυνδέσεις το νοσοκομείο της Καρδίτσας με το νοσοκομείο το πανεπιστημιακό της Λάρισας και με ένα κέντρο αριστείας, για να γίνει ένα άρτια ογκολογικά χειρουργείο. Άρα, καταλαβαίνετε πόσο πολύ πίσω είμαστε στην ολοκλήρωση κάτι τέτοιου.

Και βάζω μια τελεία με μια σκέψη ότι εάν καταφέρουμε και διακόψουμε το τσιγάρο συνολικά ή γίνει μια μετάβαση σε άλλες μορφές, οι οποίες με τα δεδομένα που έχουμε μέχρι στιγμής έχουν μάλλον άλλα προφίλ, έτσι προβλημάτων, αλλά όχι του καρκίνου του πνεύμονα και εάν μπορέσουμε και ενεργοποιήσουμε με μεγάλη σοβαρότητα την πρωτοβάθμια με τον προσωπικό γιατρό σε συνδυασμό με την χαμηλής δόσης αξονική για όλους τους καπνιστές, τότε όλο και περισσότεροι καρκίνοι του πνεύμονα θα διαγιγνώσκονται σε πρώιμο στάδιο και όλο και περισσότεροι άνθρωποι θα κερδίζουν την ίαση και αυτό είναι το θετικό μήνυμα ότι ίσως μελλοντικά ο καρκίνος του πνεύμονα είναι κάτι σαν την φυματίωση σήμερα. Να πάψει δηλαδή να μας απασχολεί. Αυτό ελπίζω και εύχομαι.

Γ' ΕΝΟΤΗΤΑ

ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

Πρόσφατα εγκεκριμένα φάρμακα νέας γενιάς και οι θεραπευτικές εξελίξεις για τους ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο του πνεύμονα απασχόλησαν τους ομιλητές της Ενότητας Γ'. Το σύστημα άμυνας του οργανισμού κινητοποιείται εναντίον του καρκίνου μέσω της ανοσοθεραπείας ενώ οι "στοχεύουσες" θεραπείες αναστέλλουν ευθέως τα μοριακά μονοπάτια εξέλιξης των όγκων.

[WATCH NOW](#)

ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ



Ηλίας Αθανασιάδης

Ογκολόγος - Παθολόγος, Διευθυντής Ογκολογικής Κλινικής "ΜΗΤΕΡΑ", Επικ. Καθηγητής Ογκολογίας NORTHWESTERN UNIVERSITY, Η.Π.Α.

Ευχαριστώ πολύ για την εισαγωγή. Ευχαριστώ την κυρία Πατέλη για την πρόσκληση σε ένα άρτια οργανωμένο συνέδριο. Το θέμα μας λοιπόν για τον καρκίνο του πνεύμονα σε πρώτο πλάνο είναι τι προσφέρει η ανοσοθεραπεία, δηλαδή σε ποιο βαθμό η ανοσοθεραπεία έχει προσφέρει κάτι και θα το πω με απλά λόγια. Η ανοσοθεραπεία άλλαξε τον κόσμο όλο της οικολογίας.

Η ανοσοθεραπεία άλλαξε τις ελπίδες που έχουμε, η ανοσοθεραπεία δημιούργησε προοπτικές για ανθρώπους που νόμιζαν ότι δεν είχαμε προοπτικές.

Επομένως εμείς που είμαστε παιδιά του 20ου αιώνα, ζήσαμε αυτήν την εποχή, στην οποία είδαμε να έχουμε αυτή την έκρηξη που ήρθε πολύ ύπουλα. Γιατί είναι η έκρηξη των θυμάτων από καρκίνο του πνεύμονος. Και ήρθε πρώτα η επιδημία του καπνίσματος. Το κάπνισμα ήταν ένα ατύχημα του 20ου αιώνα και δημιούργησε αυτούς όλους τους καρκίνους και πραγματικά αυτό που ζούσαμε τότε ήταν οι καρκίνοι που δημιουργήθηκαν από το κάπνισμα.

Και πέσαμε θύματα μιας προπαγάνδας, η οποία ήταν πραγματικά πολύ ύπουλη, γιατί πρότεινε όλα αυτά τα μοντέλα ζωής, πρότεινε όλα αυτά, τα οποία κάνουν τη ζωή όμορφη και απευθύνθηκε σε μειονότητες. Οι γιατροί ήδη τα διαφήμισαν, με αποτέλεσμα εμείς πια να βλέπουμε καρκίνους που η βιολογία τους υπαγορεύτηκε από το κάπνισμα.

Αυτοί λοιπόν ήταν πολύ επιθετικοί καρκίνοι και σε αυτούς βλέπετε ότι η χημειοθεραπεία προσέφερε την ώρα που τη δίναμε και στο παράθυρο ευκαιρίας, σχεδόν τίποτα. Αυτά ήταν τα καλύτερα σχήματα χημειοθεραπείας για καρκίνο του πνεύμονος, ήταν όλα με πλατίνη, το καλύτερο φάρμακο που είχαμε τότε και όπως βλέπετε, ήταν όλα απογοητευτικά, αφού μετά από 2 χρόνια ζούσε μόνο το 10% των ασθενών ή λιγότερο. Και μετά είπαμε ότι πρέπει να φύγουμε από τη χημειοθεραπεία και φτάσαμε σε μια στιγμή που πια είδαμε ότι οι πόλεις που ζούσαμε ήταν καρκινογόνες και τα αιωρούμενα σωματίδια και αυτά δημιουργούν καρκίνους. Άρα τώρα βλέπουμε καρκίνους μεικτούς, καρκίνους που δημιουργούνται και από το κάπνισμα ή επειδή πια οι καπνιστές υποχωρούν παρά πολύ, το δημόσιο κάπνισμα αρχίζει να φθίνει πάρα πολύ, έχουμε πια τις συνέπειες των πόλεων που ζούμε, οπότε και οι καρκίνοι που βλέπουμε υπαγορεύονται από αυτό. Για αυτά θα σας πει ο κύριος Μούντζιος, γιατί αυτοί οι καρκίνοι είναι πιο πολύ μέρη της συγκεκριμένης θεραπείας. Και ήρθε κάποια στιγμή που το περιοδικό Science είπε ότι το major event of the year, το κύριο θέμα, η κύρια κατάκτηση στις θετικές επιστήμες, όχι στην ιατρική, όχι στην ογκολογία, η κατάκτηση στις φυσικές επιστήμες ήταν η ανοσοθεραπεία του καρκίνου που δημιούργησε ένα άλλο μοντέλο και είπε ότι οι καρκίνοι είναι διαφυγή από την ανοσοεπιτήρηση και που αν κινητοποιήσουμε το ανοσοποιητικό σύστημα, τότε θα καταστρέψουμε το μηχανισμό του καρκίνου.

ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

Ηλίας Αθανασιάδης

Ογκολόγος - Παθολόγος, Διευθυντής Ογκολογικής Κλινικής "ΜΗΤΕΡΑ", Επικ. Καθηγητής Ογκολογίας NORTHWESTERN UNIVERSITY, Η.Π.Α.

Αυτό λοιπόν προχώρησε, γιατί οι άνθρωποι αφιέρωσαν όλη την ζωή τους να δημιουργήσουν στο εργαστήριο αυτά που ακολούθησαν και να δείξουν ότι το να άρεις το φρένο, το φρένο που εμπόδιζε την ανοσολογική απάντηση, μπορούσε να οδηγήσει σε αυτά τα φοβερά αποτελέσματα όπου γινόταν αυτό. Έτσι λοιπόν, φτάσαμε δρώντας όχι πια με εμβόλια που ήταν ο αρχικός στόχος, όχι με ιντερλευκίνη, αλλά δρώντας πάνω σε αυτούς τους υποδοχείς που είναι αυτοί που μεταφέρουν το σήμα, μεταφέρουν δηλαδή ένα μήνυμα και το μήνυμα είναι να σταματήσει η ανοσοθεραπεία ή να προχωρήσει και πατώντας λοιπόν το ON, παίρνοντας το φρένο, κινητοποιήσαμε ένα παντοδύναμο σύστημα, το οποίο οδηγούσε ότι μετά την αναγνώριση του αντιγόνου να ενεργοποιείται όλος ο μηχανισμός, ο οποίος είναι τόσο καταστροφικός, όταν τον αφήσεις ανεξέλεγκτο μπορεί να καταστρέψει το ίδιο το σώμα. Άρα, με το που ήρθε, τι έκανες στον καρκίνο του πνεύμονος; Έκανε πάρα πολλά πράγματα. Γιατί η ανοσοθεραπεία είναι τόσο σημαντική, γιατί καίγομαι συνέχεια να μιλάω για την ανοσοθεραπεία. Πρώτον, γιατί είναι παντοδύναμη, έχει μνήμη και είναι προσαρμόσιμη. Είναι πανίσχυρη, μπορεί να καταστρέψει ακόμα και το σώμα είναι ανεξέλεγκτη.

Το δεύτερο είναι ότι έχει μνήμη και διάρκεια. Όταν αναγνωρίσεις το αντιγόνο του καρκίνου, έχεις κύτταρα μνήμης που θα έχεις για όλη σου τη ζωή. Και είναι και προσαρμόσιμη με συστήματα ελέγχου. Δηλαδή μπορεί κάποια στιγμή εκεί που είναι χαμένη η ανοσολογική απάντηση, που είναι κρυμμένη, που είναι κατεσταλμένη, να δώσεις ένα φάρμακο να την ξεσηκώσεις.

Άρα όσοι έχουν δει κάποτε ανοσοθεραπεία και όσοι έχουν δημιουργήσει κύτταρα που έχουν στόχο αυτά τα αντιγόνα, τότε αυτοί οι άνθρωποι έχουν καλύτερη τύχη, γιατί όποια θεραπεία για να πάρουν, κατευθύνει καλύτερα. Νομίζω σας απέδειξα γιατί τα φάρμακα αυτά που πηγαίνουν στους αναστολείς του μηνύματα, δηλαδή που σταματάνε το μήνυμα "Μην προχωράς" και λένε "Προχώρα", γιατί αυτά κατάφεραν να δημιουργήσουν αυτό το παντοδύναμο μηχανισμό που να οδηγήσει στη θεραπεία του καρκίνου. Χρειαζόμαστε βιοδείκτες; Σε μερικές περιπτώσεις, ναι. Το PD1, το PDL1 οδηγούν στο να βλέπουμε ασθενείς που ανταποκρίνονται καλύτερα στην ανοσοθεραπεία. Το TMB είναι σημαντικό, γιατί όσοι έχουν ολικό φορτίο μεταλλάξεων ανταποκρίνονται καλύτερα. Το MSI είναι ακόμα καλύτερα, αυτή τη στιγμή σε όσους έχουν μικροδορυφορική αστάθεια, μπορούμε να κάνουμε πράγματα απίστευτα με την έννοια ότι μπορούμε να δώσουμε ανοσοθεραπεία πριν ακόμα από οποιαδήποτε άλλη θεραπεία και σε οποιονδήποτε καρκίνο. Αυτά λοιπόν όλα οδήγησαν σε αυτή τη μελέτη, η οποία ήταν πολύ σημαντική - όλοι την ξέρετε - είναι η μελέτη που πρώτη είπε ότι στους μισούς ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονος, θα δώσω χημειοθεραπεία και στους άλλους ανοσοθεραπεία. Αυτό ήταν απίστευτο να το πιστέψεις ότι μπορούσε να γίνει, αλλά διάλεξε με τον κατάλληλο βιοδείκτη. Και με το PDL1 πάνω από 50%, έβγαλε το απίστευτο συμπέρασμα: Φάνηκε ότι η επιβίωση των ανθρώπων αυτών ήταν καλύτερη εάν έπαιρναν ανοσοθεραπεία, ήταν χειρότερη αν δεν την έπαιρναν αμέσως και την έπαιρναν μετά. Καταλαβαίνετε λοιπόν ότι αυτό άλλαξε όλο τον κόσμο και βλέπετε ότι σε αυτή τη μελέτη- τις καμπύλες τις έβαλα μόνο για να βλέπετε την άκρη της καμπύλης- 60 μήνες είναι 5 χρόνια. Στα 5 χρόνια είχαμε πια ασθενείς με μεταστατική νόσο που συνέχιζαν να είναι καλά με την ίδια θεραπεία.

ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

Ηλίας Αθανασιάδης

Ογκολόγος - Παθολόγος, Διευθυντής Ογκολογικής Κλινικής "ΜΗΤΕΡΑ", Επικ. Καθηγητής Ογκολογίας NORTHWESTERN UNIVERSITY, Η.Π.Α.

Το πετύχαμε το ίδιο και με τον συνδυασμό χημειοανοσο- και τελικά τώρα όλοι οι ασθενείς μας μπορούν να μην πάρουν πια, δεν έχουν λόγο να πάρουν μόνο ανοσοθεραπεία. Ανεξαρτήτως PDL1, παίρνουν χημειοανοσο- ,δηλαδή και σε αυτούς που ο βιοδείκτης λέει ότι δεν θα κάνει τίποτα, η ανοσοθεραπεία, αν τους δώσεις το συνδυασμό, μπορεί να έχουν ένα πολύ καλό αποτέλεσμα. Τελικά δηλαδή, στον καρκίνο του πνεύμονος, αυτή η θεραπεία είναι πια η πρώτης γραμμής θεραπεία σε όσους δεν έχουν στόχους και δεν έχουν μια απόλυτη αντένδειξη σε αυτήν. Όπως ακούσατε νωρίτερα, μεταφέρθηκαν και στο πρώιμο στάδιο, γιατί όλα τα κέρδη της μεταστατικής νόσου είναι το προσχέδιο, να πάρουν νωρίτερα μετά από την χημειοακτινοθεραπεία, βλέπετε ότι πια δεν έχουμε ανθρώπους που απλώς συνεχίζουν να ζουν. Αυτά είναι ποσοστά ίασης στα 5 χρόνια, ότι το 50% ανθρώπων που δεν χειρουργήθηκαν συνεχίζουν να είναι καλά με μια θεραπεία που δεν έχει νυστέρι. Καταλαβαίνετε λοιπόν ότι η ανοσοθεραπεία έχει μπει και άλλαξε την πορεία των καρκίνων νωρίς και επίσης σύμφωνα πάλι με αυτή την μελέτη, όταν δώσουμε αρχικά πριν από οποιαδήποτε άλλη θεραπεία, αυτόν τον συνδυασμό χημειοανοσοθεραπεία, ανεξαρτήτως επιλογής, ανεξαρτήτως βιοδείκτη, τότε αυτό που βλέπουμε είναι ότι η εξαφάνιση του όγκου, όταν γινόταν το χειρουργείο ήταν τόσο σπουδαία που οι ασθενείς αυτοί καθόριζαν την πορεία τους με τρόπο αποφασιστικό. Και έτσι πια η σύγχρονη θεραπεία, στάδιο II και III είναι να δώσουμε χημειοανοσοθεραπεία με σκοπό να πετύχουμε καλύτερη ίαση. Άρα, νομίζω δικαιούμαι να σας πω ότι αυτό που έκανε η ανοσοθεραπεία είναι ότι άλλαξε τον κόσμο, ότι δημιούργησε προοπτικές εκεί που δεν υπήρχαν, ότι έδωσε ελπίδα σε ανθρώπους που δεν είχαν, γιατί ένας άνθρωπος με καρκίνο του πνεύμονα που κατέρρεε ούτε από χειρουργείο προχωρούσε καλύτερα, ούτε με ακτινοθεραπεία.

Μάλιστα, το παράθυρο ευκαιρίας ήταν πολύ μικρό. Είναι και τώρα, γιατί οι προσδοκίες είναι μεγαλύτερες και δεν πρέπει να χάνουμε το παράθυρο ευκαιρίας. Για αυτό πρέπει να έχουμε τις δομές οργανωμένες, ώστε όλοι να πάρουν την κατάλληλη ευκαιρία, τη στιγμή που πρέπει. Άρα, για το δικό σας το συνέδριο, αυτό που χρειαζόμαστε είναι υποδομές, χρειαζόμαστε ένα τρόπο που οι άνθρωποι θα κατευθυνθούν να πάρουν άμεσα την καλύτερη θεραπεία. Οι καθυστερήσεις βλάπτουν, πολλοί καθοδηγούνται λάθος, άρα οι ευκαιρίες είναι στην αρχή και όχι αργά. Και στη μεταστατική νόσο, αν ένας άνθρωπος καταστραφεί από την πορεία του καρκίνου, μετά ότι και να του δώσεις, πετυχαίνεις λιγότερα. Άρα η ιδέα είναι ότι άλλαξε τον κόσμο για όσους προλάβουν το τρένο και πάρουν θεραπεία νωρίς. Τελειώνουμε αυτή τη διαφάνεια. Επειδή τώρα πια οι απαιτήσεις είναι μεγαλύτερες, τώρα πια δεν πηγαίνουμε μόνο για αυτά που έχουμε. Τώρα πια λέμε "Μα γιατί και σ' αυτό να μην πετύχει η ανοσοθεραπεία; Γιατί και σε αυτόν τον ασθενή να μη δουλέψει;" Αυτά είναι καινούργιας τεχνολογίας φάρμακα είναι τα bispecific antibodies, είναι αυτά που έχουν διπλή σύνδεση, ένας το λεμφοκύτταρο, ένα στον όγκο. Αυτά κατευθύνουν την ανοσολογική απάντηση, γιατί το φάρμακο δεν είναι το ανοσοθεραπευτικό, το φάρμακο είναι το T- Λεμφοκύτταρο. Το παίρνουν και το δένουν στον όγκο ή δημιουργούν τα εμβόλια, τα οποία αναγνωρίζουν το αντιγόνο και κατευθύνονται στο νόμο. Άρα η προσδοκία της ανθρωπότητας και η προσδοκία η δική μας είναι πια εξατομικευμένα φάρμακα που απευθύνονται σε συγκεκριμένο όγκο, όπου πια η ανοσοθεραπεία θα είναι για περισσότερους ασθενείς. Και το ερώτημα πια δεν θα είναι αν δουλεύει η ανοσοθεραπεία, είναι πώς θα κάνουμε την ανοσοθεραπεία να δουλέψει.

Άρα νομίζω ότι σας έπεισα ότι διανύουμε μια πολύ ωραία εποχή.

ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ



Γιάννης Μούντζιος

MD, MSc, PhD, Παθολόγος Ογκολόγος, Διευθ. Δ' Ογκολογικού Τμήματος & Μονάδας Κλινικών Μελετών, "Ερρίκος Ντυνάν", Ιδρυτής Δικτύου Oncolife

Καλησπέρα σας και από μένα. ευχαριστώ πολύ για την τιμητική πρόσκληση, ιδιαίτερα την αγαπητή φίλη, την Κορίνα, την κυρία Πατέλη Bell και όλα τα μέλη της επιστημονικής επιτροπής και του Διοικητικού Συμβουλίου της FairLife για την εμπιστοσύνη και την τιμή με την οποία με περιβάλλουν όλα αυτά τα χρόνια να με καλούν στο συνέδριο, στην ημερίδα αυτή που γίνεται, η οποία πρέπει να το λέμε πάντα, είναι η πρώτη ημερίδα που διοργανώνεται, μάλλον είναι η πρώτη δραστηριότητα που διοργανώνεται τα τελευταία χρόνια από την FairLife αποκλειστικά για ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα. Είναι κάτι που εμείς γνωρίζουμε πολύ καλά, ότι έλειπε από τον ελληνικό χώρο, ήρθε να καλύψει πραγματικά ένα τεράστιο κενό και είμαστε ευγνώμονες για αυτό, όλη η επιστημονική κοινότητα που ασχολείται με τον καρκίνο του πνεύμονα.

Εγώ στη σύντομη ομιλία μου, θα σας παρουσιάσω ένα άλλο συναρπαστικό κομμάτι της σύγχρονης θεραπευτικής αντιμετώπισης του καρκίνου του πνεύμονα, που δεν είναι η ανοσοθεραπεία και οι νέες εφαρμογές της ανοσοθεραπείας που πολύ ωραία ανέλυσε ο κύριος Αθανασιάδης. Είναι οι στοχευτικές θεραπείες. Και τι εννοούμε πολύ απλά με τον όρο στοχευτικές θεραπείες; Θα εξηγήσω πολύ απλά πώς λειτουργούν, ούτως ώστε να είναι κατανοητό από όλους μας.

Στην πράξη αυτό που θα θέλαμε ιδανικά να έχουμε, είναι ότι ξεκινάμε από την απεικόνιση του όγκου. Έχουμε δηλαδή την απεικόνιση του όγκου σε μια αξονική τομογραφία, σε μια μαγνητική, ακόμη και σε μια απλή ακτινογραφία ή σε ένα υπερηχογράφημα και με βάση αυτή την απεικόνιση, στη συνέχεια προσπαθούμε να πάρουμε μια βιοψία από το πιο εύκολα προσιτό σημείο με τη λιγότερη δυνατή ταλαιπωρία για τον ή την ασθενή και ιδανικά εμείς οι ογκολόγοι θέλουμε η βιοψία να λαμβάνεται από μια περιοχή του όγκου που εμφανίζει επιδείνωση, γιατί πολλές φορές ειδικά σε προθεραπευμένους ασθενείς μας ενδιαφέρει η βιολογία του όγκου στα σημεία που αυτός επιδεινώνεται υπό θεραπεία. Γιατί θέλουμε να διευκρινίσουμε το μηχανισμό αντίστασης. Ιδανικά λοιπόν από αυτή τη βιοψία προκύπτει η ιστομορφολογική ανάλυση του όγκου, η οποία είναι πάρα πολύ χρήσιμη, γίνεται από τον παθολογοανατόμο για να γνωρίζουμε τον τύπο του καρκίνου και κάποια ιδιαίτερα βιολογικά χαρακτηριστικά και ιδανικά γίνεται μια σειρά από εξετάσεις που μπορεί να είναι απλή PCR, μπορεί να είναι insitu υβριδισμός, μπορεί όμως να είναι και οι νεότερες τεχνικές ανάλυσης του γονιδιώματος με NGS, στην οποία αυτή τη μοριακή εξέταση ιδανικά θα μπορούσαμε να εντοπίσουμε ένα συγκεκριμένο μοριακό στόχο.

ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

Γιάννης Μούντζιος

MD, MSc, PhD, Παθολόγος Ογκολόγος, Διευθ. Δ' Ογκολογικού Τμήματος & Μονάδας Κλινικών Μελετών, "Ερρίκος Ντυνάν", Ιδρυτής Δικτύου Oncolife

Μπορεί να είναι μια μετάλλαξη να είναι μια διαμετάθεση, για να μην μπλέκουμε με λεπτομέρειες, θα σας έλεγα απλά μια γενετική αλλαγή, η οποία ελπίζουμε ότι για το συγκεκριμένο τύπο καρκίνου, είναι αυτή που οδηγεί τη νεοπλασματική εξαλλαγή και την μετάσταση του όγκου. Είναι αυτό που λέμε driver mutation, όπως λέμε στην αγγλική ορολογία και ιδανικά, σε έναν ιδανικό κόσμο, θα θέλαμε να έχουμε και ένα στοχευτικό παράγοντα που πολλές φορές είναι από του στόματος χορηγούμενος, δηλαδή είναι κάποιος μοριακός αναστολέας που να αναστέλλει τη συγκεκριμένη μετάλλαξη. Αυτό θα ήταν ένα ιδανικό μονοπάτι. Δυστυχώς όμως αυτό που συμβαίνει στην πραγματικότητα είναι ότι ο καρκίνος και ο καρκίνος του πνεύμονα είναι ένας κινούμενος στόχος. Είναι μια δυναμικά εξελισσόμενη κατάσταση.

Αυτό που βλέπουμε εμείς σε μια βιοψία ή ακόμη και σε μια μοριακή ανάλυση του DNA που κάνουμε σε μια δεδομένη χρονική στιγμή της πορείας του ασθενή, είναι απλά μια φωτογραφία. Είναι δηλαδή η εικόνα της στη βιολογία της στιγμής και αυτή μπορεί να αλλάξει δυναμικά και ειδικά κάτω από την πίεση της θεραπείας που εφαρμόζουμε εμείς και οι άλλες ιατρικές ειδικότητες. Πάμε λοιπόν, να δούμε κάποια πολύ απλά παραδείγματα. Το πρώτο, έτσι, πολύ εύστοχο παράδειγμα τέτοιου μοριακού στόχου ήταν οι μεταλλάξεις σε μια πρωτεΐνη που βρίσκεται στην επιφάνεια πολλών καρκινικών αλλά και φυσιολογικών κυττάρων που λέγεται Υποδοχέας του Επιδερμικού αυξητικού παράγοντα, σε συντομία το λέμε EGFR.

Έχω βάλει τη φωτογραφία ενός μαραθωνοδρόμου, του Γκεμπρεσελασιέ και από τον μαραθώνιο του Βερολίνου πριν από κάποια χρόνια. Γιατί; Γιατί η ανακάλυψη του EGFR και ο ρόλος του σαν θεραπευτικός στόχος στον καρκίνο του πνεύμονα κράτησε πρακτικά περίπου μια δεκαετία. Ήταν δηλαδή ο μοριακός στόχος από τον οποίο μάθαμε και οι επόμενοι μοριακοί στόχοι στη συνέχεια αξιοποιήθηκαν θεραπευτικά πολύ πιο γρήγορα. Εδώ λοιπόν, σας δείχνω πολύ απλά μια από τις πρώτες ιστορικές μελέτες την μελέτη FLAURA, η οποία τι έκανε; Πολύ απλά πήρε ασθενείς με ανεγχείρητο, δηλαδή προχωρημένο μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα, των οποίων οι όγκοι έφεραν αυτή τη μετάλλαξη, την ενεργοποιό μετάλλαξη στον EGFR και τους τυχαιοποίησε να λάβουν είτε έναν ειδικό μοριακό αναστολέα αυτής της μετάλλαξης, ένα χάπι που ονομάζεται osimertinib είτε την κλασική χημειοθεραπεία που κάναμε μέχρι πριν κάποια χρόνια. Και αυτό που έδειξε αυτή η μελέτη στην πρώτη της ανακοίνωση είναι ότι δίνοντας ένα απλό χάπι και πρακτικά να το πούμε έτσι απλά, στέλνοντας τον ασθενή σπίτι του, είχαμε περίπου ενάμιση χρόνο κατά μέσο όρο μέχρι την εξέλιξη, την επιδείνωση της νόσου, που σημαίνει πρακτικά ότι ο ασθενής με προχωρημένο ανεγχείρητο καρκίνο πνεύμονα απολαμβάνει ενάμιση χρόνο χωρίς συχνές επισκέψεις στο νοσοκομείο και με καλή ποιότητα ζωής κατά μέσο όρο. Έτσι υπάρχουν ασθενείς με μικρότερο ή και πολύ μεγαλύτερο διάστημα. Έχουμε ασθενείς που είναι αρκετά χρόνια και αυτό που είναι πολύ σημαντικό είναι ότι πριν από 2 χρόνια είχαμε για πρώτη φορά και την ανακοίνωση ότι

ένας τέτοιος μοριακός αναστολέας - συγγνώμη πριν από περισσότερα χρόνια - την ανακοίνωση ότι ένας τέτοιος μοριακός αναστολέας δίνει και όφελος στη συνολική επιβίωση, δηλαδή οι ασθενείς οι οποίοι έχουν EGFR μεταλλάξεις και θα ξεκινήσουν με το μοριακό χάπι, θα ζήσουν περισσότερο όποια θεραπεία και αν λάβουν μετά ανάλογα με την κρίση του θεράποντος ιατρού - μπορεί να είναι χημειοθεραπεία, μπορεί να είναι ένας άλλος συνδυασμός θεραπειών - οι ασθενείς όμως αυτοί θα ζήσουν περισσότερο σαν συνολική επιβίωση σε σχέση με το να ξεκινούσαν με χημειοθεραπεία σαν θεραπεία πρώτης γραμμής.

ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ



Γιάννης Μούντζιος

MD, MSc, PhD, Παθολόγος Ογκολόγος, Διευθ. Δ' Ογκολογικού Τμήματος & Μονάδας Κλινικών Μελετών, "Ερρίκος Ντυνάν", Ιδρυτής Δικτύου Oncolife

Ένα δεύτερο σημαντικό παράδειγμα είναι το ALK και έβαλα αυτόν τον λίγο πιο πολύπλοκο πίνακα, όχι για να κουράσω, αλλά για συντομία χρόνου να σας δείξω ότι για αυτήν την ειδική διαμετάθεση που λέγεται ALK και που είναι ένα ποσοστό περίπου 2-3% των ασθενών, το οποίο μπορεί να ακούγεται μικρό αλλά ειδικά σε συγκεκριμένες υποομάδες, όπως είναι ασθενείς που δεν έχουν καπνίσει, είναι ελαφριοί καπνιστές ή έχουν διακόψει πριν από πολλά χρόνια, γυναίκες ή και ασιατικής καταγωγής έχει μεγαλύτερη επίπτωση, οι μεταλλάξεις αυτές, η μετάλλαξη EGFR και αναδιάταξη ALK. Σε αυτούς τους ασθενείς λοιπόν, ξέρουμε σήμερα ότι αν στην προχωρημένη νόσο ξεκινήσουμε με έναν ειδικό μοριακό αναστολέα που ονομάζεται ALK αναστολέας και οι πιο προχωρημένοι, οι πιο εξελιγμένοι είναι το Brigatinib, το Alectinib και το Lorlatinib. Ξέρουμε ότι οι ασθενείς μας θα έχουν πολύ, πολύ μεγαλύτερο διάστημα μέχρι την επιδείνωση της νόσου σε σχέση με το αν ξεκινούσαν με χημειοθεραπεία και αυτό το διάστημα σε κάποιες από τις μελέτες που έχουν αρκετό διάστημα παρακολούθησης, φτάνει και τα 4 χρόνια. Θα έλεγα έτσι λίγο υπεραπλουστευμένα και χοντροκομμένα ότι μπορούμε να δώσουμε ένα τέτοιο χάπι και εντός εισαγωγικών να ξεχάσουμε τον ασθενή μας για 4 χρόνια.

Δεν τον ξεχνάμε φυσικά, γιατί τον παρακολουθούμε από κοντά και για την αποτελεσματικότητα και για τις παρενέργειες, αλλά ο ασθενής μας παραμένει εκτός νοσοκομείου. Είναι πολύ σημαντικό αυτό. Εδώ σας δείχνω ένα πολύ ενδεικτικό πρόσφατο παράδειγμα από τον πιο τελευταίο παράγοντα, ο οποίος πήρε έγκριση πέρυσι στο ίδιο set, είναι το Lorlatinib, το οποίο ξέρουμε πλέον ότι οι νεότερης γενιάς ALK αναστολείς, συγκρινόμενοι με τους πρώτους που είχαν βγει όπως είναι το crizotinib, έχουν πολύ πολύ καλύτερα αποτελέσματα, πολύ μεγαλύτερο διάστημα μέχρι την επιδείνωση της νόσου και καλύτερη ποιότητα ζωής, επειδή ακριβώς κρατάνε τη νόσο πάρα πολύ χαμηλά για πολύ μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Και το προς το τέλος θα ήθελα να σας δείξω και τους δρομείς ταχύτητας, δηλαδή τις πιο σπάνιες μεταλλάξεις, τις οποίες εγώ τις ονομάζω τα μικρά διαμαντάκια, διότι μπορεί να είναι σπάνιες, αρκετά σπάνιες, με εξαίρεση την τελευταία, αλλά όταν βρούμε κάποια από αυτές τις μεταλλάξεις για τον συγκεκριμένο ασθενή που τη βρίσκουμε, είναι πραγματικά μια σωτηρία. Είναι ένα διαμάντι, γιατί έχουμε σήμερα πολύ αποτελεσματικούς μοριακούς παράγοντες για αυτές, ειδικά τις μεταλλάξεις. Σας δείχνω ένα παράδειγμα της μετάλλαξης BRAF, μας είναι γνωστές από τους ασθενείς με μεταστατικό μελάνωμα.

ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

Γιάννης Μούντζιος

MD, MSc, PhD, Παθολόγος Ογκολόγος, Διευθ. Δ' Ογκολογικού Τμήματος & Μονάδας Κλινικών Μελετών, "Ερρίκος Ντυνάν", Ιδρυτής Δικτύου Oncolife

Ξέρουμε σήμερα ότι σε ασθενείς που έχουν BRAF μεταλλαγμένο καρκίνο του πνεύμονα, η θεραπεία με ένα συνδυασμό 2 μοριακών αναστολέων είναι το dabrafenib και το trametinib και πρόσφατα είχαμε έγκριση και 2 άλλων μοριακών αναστολέων. Περιμένουμε ανταποκρίσεις, δηλαδή συρρίκνωση του όγκου πρακτικά σε 2 στους 3 ασθενείς. Αυτό μας λένε αυτά τα διαγράμματα, το οποίο είναι πολύ σημαντικό, ειδικά όταν έχουμε ασθενείς συμπτωματικούς, με συμπτώματα όπως είναι ο βήχας, όπως είναι η αιμόπτυση, όπως είναι ο πόνος, που θέλουμε άμεση και γρήγορη συμπτωματική ανακούφιση στους ασθενείς μας. Πάρα πολύ πρόσφατο, η διαφάνεια από το πρόσφατο ESMO στη Μαδρίτη πριν από λίγες εβδομάδες. Είδαμε ότι σε μια άλλη υποομάδα ασθενών που έχουν μια άλλη αναδιάρθρωση που λέγεται RET, ένα ποσοστό ασθενών 0,5 - 1% - αλλά μην ξεχνάτε πόσο συχνός είναι ο καρκίνος του πνεύμονα, άρα ακόμη και το 0,5 και το 1% έχει τη δική του αξία - το να ξεκινήσει κανείς στην πρώτη γραμμή στο μεταστατικό καρκίνο, επαναλαμβάνω, με έναν ειδικό μοριακό αναστολέα του RET που λέγεται selpercatinib σε σχέση με το να ξεκινήσει με χημειοθεραπεία με βάση την πλατίνα έχει πολύ σημαντική βελτίωση στο διάστημα μέχρι την υποτροπή της νόσου. Βλέπετε ότι επιτυγχάνουμε πρακτικά 2 χρόνια μέχρι την υποτροπή της νόσου με ένα μοριακό αναστολέα και πάλι σε αυτή τη δύσκολη υποομάδα ασθενών και πολύ σημαντικό και προφυλακτική δράση στο κεντρικό νευρικό σύστημα που έχουν όλοι αυτοί οι μοριακοί αναστολείς δηλαδή έχουν την ιδιότητα να προφυλάσσουν λόγω της καλής διείσδυσης που έχουν μέσα στο κεντρικό νευρικό σύστημα, να προφυλάσσουν από την υποτροπή της νόσου στον εγκέφαλο και στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Και ένα τελευταίο παράδειγμα στη δεύτερη γραμμή θεραπείας.

Μια άλλη μετάλλαξη, μετάλλαξη KRAS, γνωστή από τον καρκίνο του παχέος εντέρου και άλλες μεταλλάξεις. Υπάρχει μια συγκεκριμένη λοιπόν μετάλλαξη, η G12C που είναι αρκετά συχνή στον μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα, κυρίως στα αδενοκαρκινώματα σε καπνιστές. Και ξέρουμε ότι εάν σε ασθενείς που έχουν πάρει ήδη χημειοθεραπεία και ανοσοθεραπεία, όπως μας περιέγραψε και πριν αναλυτικά ο προηγούμενος ομιλητής, δώσουμε KRAS αναστολέα και συγκεκριμένα το sotorasib, συγκρινόμενο με την κλασική χημειοθεραπεία δεύτερης γραμμής, παρατείνουμε το διάστημα μέχρι την επιδείνωση της νόσου και με καλύτερη ποιότητα ζωής των ασθενών, όπως έδειξε αυτή η μελέτη και με παράγοντα χορηγούμενο από το στόμα. Έτσι λοιπόν τα μηνύματα που θα ήθελα να μείνουν από αυτή την παρουσίαση είναι ότι σήμερα για μια πολύ σημαντική υποομάδα των ασθενών, έχουμε μοριακούς στόχους, τους οποίους μπορούμε να αντιμετωπίσουμε, μάλλον να χτυπήσουμε αποτελεσματικά με νεότερες μοριακές θεραπείες. Αυτό καθιστά ακόμα πιο σημαντική την ανάγκη, επιτακτική την ανάγκη, για την ενδελεχή μοριακή ανάλυση του όγκου από την αρχή της διάγνωσης και ειδικά στους ασθενείς με μη πλακώδη ιστολογία.

Γιατί όλοι αυτοί οι στόχοι έχουν σημασία και ο καθένας από αυτούς τους στόχους μπορεί να αλλάξει το ταξίδι της ασθένειας στον κάθε ή στην κάθε ασθενή μας. Είναι πάρα πολύ σημαντικό να το κρατήσουμε σαν τελικό μήνυμα. Άρα, η εξατομικευμένη προσέγγιση του καρκίνου του πνεύμονα είναι πλέον όχι μόνο επιστημονικά, αλλά και ηθικά επιβεβλημένη. Σας ευχαριστώ.

ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ



Πέτρος Χριστόπουλος

MD, PhD, Παθολόγος Ογκολόγος -
Αιματολόγος, Καθηγητής, Πανεπιστήμιο
Χαϊδελεβέργης

Σας ευχαριστώ και θα ρίξουμε τώρα σε συντομία μια ματιά στο τι μας επιφυλάσσει το μέλλον.

Οι βασικότερες νεότερες θεραπείες που έχουμε κατατάσσονται σε 2 κατηγορίες. Καταρχήν στα αριστερά βλέπουμε εκείνες που αναστέλλουν τις όγκοπρωτεΐνες, δηλαδή τις πρωτεΐνες που διεγείρουν την ανάπτυξη του όγκου - είναι συνήθως μικρά μόρια σε μορφή χαπιών - και στα δεξιά βλέπουμε τα αντισώματα, τα οποία διεγείρουν το ανοσολογικό σύστημα για να καταπολεμήσει τα αντιγόνα του όγκου. Και οι 2 αυτές κατηγορίες θεραπειών δρουν στο επίπεδο των πρωτεϊνών και μάλιστα με μια σχετική ειδικότητα για τις πρωτεΐνες του όγκου σε σχέση με τις φυσιολογικές πρωτεΐνες και γι αυτό είναι καλύτερα αποτελεσματικές και καλύτερα ανεκτές σε σχέση με τη χημειοθεραπεία, η οποία χτυπάει το DNA και μάλιστα αδιακρίτως και στα φυσιολογικά και στα καρκινικά κύτταρα.

Αλλά το καλό έχει και καλύτερο και καταρχήν για τους αναστολείς πρωτεϊνικής κινάσης, το επόμενο βήμα είναι οι αναστολείς νεότερης ή επόμενης γενιάς.

Όπως βλέπουμε στο παράδειγμα των A αναστολέων, αυτά είναι μόρια, τα οποία έχουν ακόμη πιο συμπαγή δομή, ακόμη μικρότερο μέγεθος και ακόμη ισχυρότερη σύνδεση με την ογκοπρωτεΐνη, ώστε να μπορούν να την αναστέλλουν καλύτερα και να μπορούν να εισδύουν στο ενεργό κέντρο του ενζύμου και να το αναστέλλουν, ακόμη και όταν υπάρχουν μεταλλάξεις που προκαλούν αντοχή, διότι εμποδίζουν την πρόσδεση παλαιότερων φαρμάκων. Επιπλέον, αυτά τα νεότερα στοχευτικά φάρμακα έχουν και καλύτερη διείσδυση στο κεντρικό νευρικό σύστημα, ώστε σε ασθενείς χωρίς εγκεφαλικές μεταστάσεις να μπορούν να προλαμβάνουν την ανάπτυξη εγκεφαλικής νόσου, αλλά και σε ασθενείς με εγκεφαλικές μεταστάσεις να μπορούν να την ελέγχουν καλύτερα και για μεγαλύτερο διάστημα.

Υπάρχουν τέτοιοι νέας γενιάς αναστολείς για πάρα πολλούς στόχους, όπως βλέπετε στον πίνακα κάτω δεξιά. Και 2 σημαντικά παραδείγματα είναι ο τέταρτης γενιάς ALK Αναστολέας της NUV-655, ο οποίος είναι τόσο ισχυρότερος σε σχέση με το lorlatinib, περίπου όσο το lorlatinib είναι ισχυρότερο σε σχέση με της δεύτερης γενιάς αναστολείς, όπως επίσης και ο νέας γενιάς αναστολέας του ROS1, repotrectinib, ο οποίος είναι δραστικός μετά το crisetinib και etrectinib που χρησιμοποιούμε σήμερα και ο οποίος εγκρίθηκε πριν από 2 περίπου εβδομάδες από την FDA στην Αμερική.

ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

Πέτρος Χριστόπουλος

MD, PhD, Παθολόγος Ογκολόγος - Αιματολόγος, Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Χαϊδελβέργης

Εξελίξεις έχουμε όμως και στον τομέα των αντισωμάτων. Αυτά τα νέας γενιάς αντισώματα, για παράδειγμα, μπορούν να είναι συζευγμένα με τοξίνες. Όπως βλέπετε στα αριστερά, το HER2, το οποίο γνωρίζαμε από τον καρκίνο του μαστού και το οποίο τον προηγούμενο μήνα εγκρίθηκε για τον HER2 μεταλλαγμένο καρκίνο του πνεύμονα και είναι θεραπεία επιλογής για τους ασθενείς με τη σπάνια αυτή μετάλλαξη (περίπου 1-2%) στη δεύτερη γραμμή.

Τρέχει μελέτη εν τω μεταξύ, η οποία πολύ πιθανόν θα μπορέσει να φέρει το φάρμακο και στην πρώτη γραμμή, γιατί η αποτελεσματικότητά του είναι συγκρίσιμη και μεγαλύτερη με αυτή της χημειοανοσοθεραπείας.

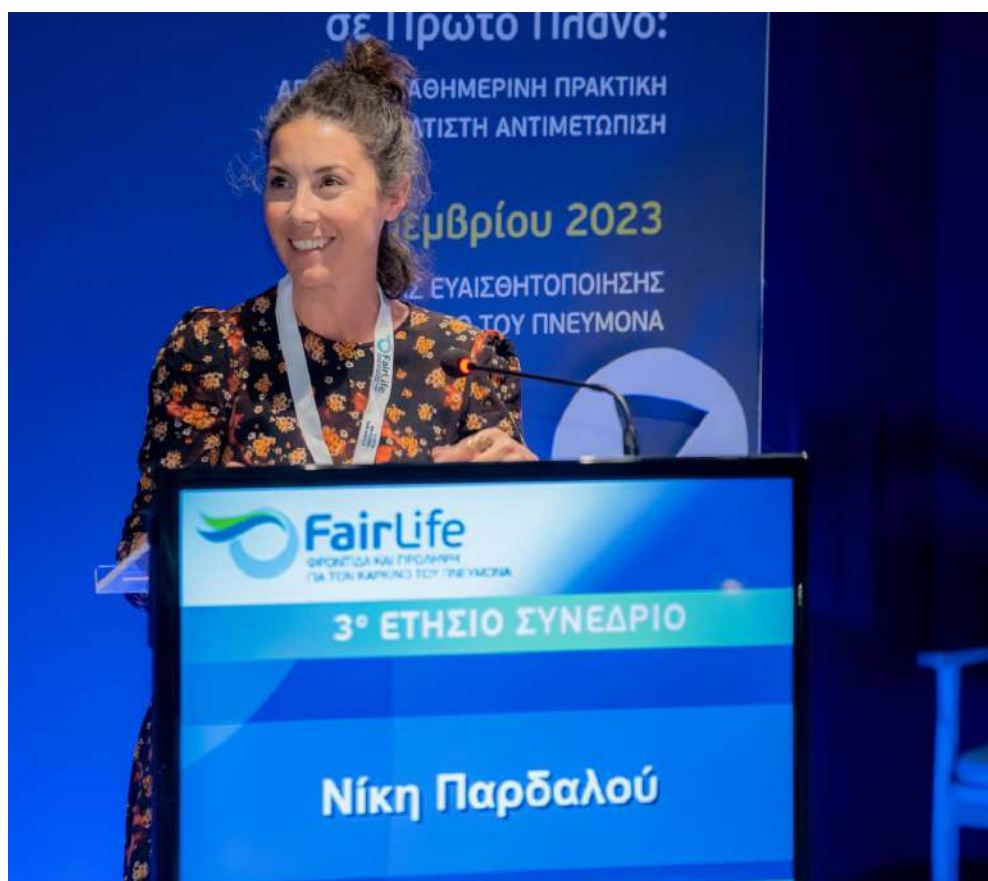
Μια δεύτερη κατηγορία αντισωμάτων νέας γενιάς, όπως ανέφερε πολύ ωραία ο κύριος Αθανασιάδης, είναι τα διειδικά αντισώματα. Για παράδειγμα, το Amivantamab, το οποίο με τη μία κεφαλή προσδένεται στην πρωτεΐνη EGFR που διεγείρει την ανάπτυξη EGFR μεταλλαγμένων όγκων και με την άλλη κεφαλή στην πρωτεΐνη MET, η οποία είναι ένας βασικός μηχανισμός αντίστασης των όγκων αυτών στους μικρο μοριακούς EGFR αναστολείς. Αυτό το αντίσωμα στο περασμένο ESMO, στο οποίο αναφέρθηκε και ο κύριος Μούντζιος είχε 3 θετικές μελέτες φάσης 3 και αναμένεται από την επόμενη χρονιά να γίνει η θεραπεία

επιλογής ήδη από την πρώτη γραμμή για τους περισσότερους ασθενείς με EGFR μεταλλαγμένους όγκους σε συνδυασμό με άλλους στοχευτικούς παράγοντες, κυρίως στο lazertinib με χημειοθεραπεία.

Επιπλέον, μια άλλη κατηγορία διειδικών αντισωμάτων στοχεύουν αφενός ένα αντιγόνο του όγκου και αφετέρου το ανοσολογικά κύτταρα, τα οποία τα διεγείρουν για να καταστρέψουν αυτά με τη σειρά τους τα κύτταρα του όγκου που φέρουν το συγκεκριμένο αντιγόνο. Και ένα παράδειγμα τέτοιων ουσιών είναι το Tarlatamab και το αντίσωμα της B, τα οποία αποτελούν τη σημαντικότερη εξέλιξη στον μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα και ειδικά το Tarlatamab έχει μελέτη φάσης 3 σε εξέλιξη για να γίνει η επόμενη σε έγκριση θεραπεία στη δεύτερη γραμμή. Ένα βασικό πρόβλημα των στοχευτικών θεραπειών είναι ότι κάτω από τη θεραπεία ο όγκος μπορεί να αναπτύσσει δευτερογενείς μεταλλάξεις, οι οποίες προκαλούν αντοχή και ένα δεύτερο πρόβλημα είναι ότι αυτές οι μεταλλάξεις του όγκου δεν δημιουργούν πρωτεΐνες που εκφράζονται στην επιφάνεια, ώστε να μπορέσουμε να τις στοχεύσουμε με αντισώματα, αλλά δημιουργούν ενδοκυττάρια πρωτεΐνες, στις οποίες τα αντισώματά μας δεν έχουν πρόσβαση.

Αυτά τα ενδοκυττάρια αντιγόνα εκφράζονται στην επιφάνεια του όγκου ως θραύσματα νέο-πεπτιδία και έχουμε εν τω μεταξύ -και αυτή είναι μια ακόμη σημαντική εξέλιξη- τη δυνατότητα να τα στοχεύσουμε με άλλα διαφορετικά αντισώματα που έχουν δομή παρόμοια με αυτή των αντιγονικών υποδοχέων των T κυττάρων. Τέτοια TCR μιμητικά αντισώματα μπορούν να δώσουν συζευγμένα αντισώματα θεραπείες, ή διειδικά αντισώματα ή και διαγονιδιακά T κύτταρα, τα οποία θα πάρουμε από τον ασθενή, θα εξοπλίσουμε με τους υποδοχείς αυτούς και θα μπορέσουμε να καταπολεμήσουμε καρκινικά κύτταρα με ορισμένες μεταλλάξεις και αυτή είναι μια πολύ σημαντική εξέλιξη, η οποία εφαρμόζεται πιλοτικά σε λίγα κέντρα σήμερα. Θα πάρει αρκετά χρόνια μέχρι να γίνει ευρέως διαθέσιμη αλλά φέρει και τη μεγαλύτερη υπόσχεση ότι θα αλλάξει ριζικά το τοπίο, γιατί θα είναι ακόμη πιο δραστική από οτιδήποτε άλλο έχουμε μέχρι σήμερα. Σας ευχαριστώ πολύ για την προσοχή σας.

ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ



Νίκη Παρδαλού

Βιολόγος - Φροντιστής

Γεια σας, δεν έχω προετοιμάσει κάτι, είπα να ακούσω τις ομιλίες και να μου έρθει αυθόρμητα αυτό που θέλω να πω. Ονομάζομαι Νίκη Παρδαλού ήμουνα φροντιστής του πατέρα μου μαζί με τη μητέρα μου και την αδερφή μου, ο οποίος πέθανε από καρκίνο του πνεύμονα τον Αύγουστο, ίδια ημερομηνία, 3 χρόνια μετά, με τον Simon Bell συμπτωματικά.

Όλη αυτή η εμπειρία με έκανε να αρχίσω να ενημερώνομαι περισσότερο για το ποιες είναι οι εξελίξεις στον σε θέματα καρκίνου πνεύμονα, είτε σε σχέση με τις θεραπείες είτε σε σχέση με την αντιμετώπιση των ασθενών και ακόμα την υποστήριξη των ασθενών μετά, σε περίπτωση που επιβιώσουν αλλά και των φροντιστών τους.

Έτσι, σε όλο αυτό το ψάξιμο, ακόμα και μετά που πέθανε ο πατέρας μου τυχαία βρήκα τον προσυμπτωματικό έλεγχο που γίνεται στο Σωτηρία, αυτή τη στιγμή σε πιλοτικό επίπεδο και γνωρίστηκα και με την κυρία Χαρδαβέλλα, καθώς πήγα εκεί καθαρά για ψυχολογικούς λόγους, γιατί ήθελα να δω αν έχω τίποτα, αν τρέχει κάτι με εμένα.

Από όλη αυτήν την εμπειρία λοιπόν και ακούγοντας και άλλους ασθενείς ή φροντιστές, το βασικό εμπόδιο που βρήκαμε σε όλη αυτή μας την πορεία ήταν η αντιμετώπιση των γιατρών όλων των ειδικοτήτων σε σχέση με αυτά που τους μεταφέραμε. Γιατί αυτοί βλέπουν ένα στιγμιότυπο του ασθενούς, αλλά εμείς τον ζούμε, εμείς τον ξέρουμε. Εμείς μπορούμε να μεταφράσουμε το καθετί που μας λέει σε κάτι διαφορετικό από αυτό που μπορεί να καταλάβει ο γιατρός, οπότε όταν αυτό το μεταφέρεις στο γιατρό και εκείνος σε κοιτάει σαν UFO και κατευθείαν σε παραγκωνίζει, αυτό δημιουργεί αμέσως ένα τεράστιο κενό και μια δυσκολία στην θεραπεία, θεωρώ.

Ένα πολύ απτό παράδειγμα, για παράδειγμα, στη δική μας περίπτωση που ευτυχώς για τον πατέρα μου, τόσο η μητέρα μου όσο και η αδερφή μου είναι φαρμακοποιοί, οπότε έχουν καλή γνώση των φαρμάκων, των δοσολογιών, των παρενεργειών, οπότε στη δική μας περίπτωση, για παράδειγμα, είχαν χορηγήσει στον μπαμπά μου Peptan για το στομάχι του, για τις χημειοθεραπείες και για προστασία και ξαφνικά ο πατέρας μου είχε αφόρητους πόνους, οι οποίοι είχαν προστεθεί στους ήδη υπάρχοντες πόνους, εξαιτίας της μετάστασης στα οστά.

ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ



Νίκη Παρδαλού

Βιολόγος - Φροντιστής

Ευτυχώς, η μητέρα μου είναι ο άνθρωπος που είναι και από συνεχή καθημερινή παρατήρηση πήγε στους γιατρούς του, λέγοντας ότι κάτι πάει στραβά, ότι αυτοί δεν είναι οι κανονικοί του πόνοι. Και οι γιατροί πρότειναν απλά να αυξήσει τις δόσεις στα διάφορα παυσίπονα.

Και τελικά η μητέρα μου, ψάχνοντας, πήρε από μόνη της την πρωτοβουλία και του έκοψε το φάρμακο αυτό. Μέσα στις παρενέργειες του, ήταν οι πρόσθετοι πόνοι. Οι πόνοι έφυγαν αυτόματα την επόμενη κιόλας μέρας που διακόπηκε το φάρμακο. Ένα άλλο θέμα που ήθελα να πω πέραν από την έλλειψη ενσυναίσθησης, είναι ότι ο πατέρας μου ήταν από τους τυχερούς.

Τυχερούς άτυχους, που έφερε τη μετάλλαξη KRAS και του δόθηκε η δυνατότητα να πάρει μέρος στην κλινική μελέτη - που από ότι κατάλαβα με τη συζήτηση που είχα με την κυρία Πατέλη ήρθε για τον Σίμον, παρόλο που δεν τυχοποιήθηκε εκείνος. Ο πατέρας μου ήταν από τους τυχερούς που τυχοποιήθηκαν, πρόλαβε να πάρει μέρος λιγότερο από ένα μήνα, γιατί μετά εμφανίστηκαν σοβαρές παρενέργειες στο ήπαρ και έπρεπε να σταματήσει.

Για την περίπτωση του πατέρα μου ήταν μονόδρομος. Το να πάρει μέρος σε αυτή την κλινική μελέτη. Χάρη σε αυτή την κλινική μελέτη, έστω και για το σύντομο χρονικό διάστημα που κράτησε, μπόρεσε και είχε ένα- ενάμιση χρόνο καλής ποιότητας ζωής.

Μέσα σε αυτό το διάστημα γνώρισε 2 εγγόνια. Είδε εμάς να εξελισσόμαστε.

Και ζήσαμε έτσι επιπρόσθετες ωραίες στιγμές, οπότε είναι πολύ σημαντική η πρόσβαση ισότιμη πρόσβαση όλων σε αυτές τις μελέτες.

Δ' ΕΝΟΤΗΤΑ

ΖΩΝΤΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Η ολιστική φροντίδα των ανθρώπων που ζουν με τον καρκίνο του πνεύμονα ήταν το βασικό θέμα της Δ' Ενότητας, με τοποθετήσεις που συμφωνούσαν στην ανάγκη ψυχολογικής και κοινωνικής στήριξης ασθενών και φροντιστών. Ήπια άσκηση, ισορροπημένη διατροφή, συνιστώμενα εμβόλια συμβάλλουν στην θετική εξέλιξη της θεραπείας.

WATCH NOW



ΖΩΝΤΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ



Ιωάννης Μπουκοβίνας

MD, PhD, PharmaD, Επιστ. Υπεύθυνος
Ογκολογικής Μονάδος, Βιοκλινική
Θεσσαλονίκης

Ευχαριστώ την κυρία Πατέλη, ευχαριστώ όλους εσάς που είστε εδώ πέρα σήμερα για να ακούσετε εμπειρίες και συζητήσεις που μας απασχολούν καθημερινά. Νομίζω ότι πάρα πολύς κόσμος αντιμετωπίζει καρκίνο του πνεύμονα και σίγουρα αν αντιμετωπίζεις καρκίνο του πνεύμονα, το κομμάτι των παρενεργειών της ολιστικής φροντίδας, το κομμάτι της ανακουφιστικής ιατρικής είναι από τα πρωτεύοντα στοιχεία τα οποία έχουμε στο μυαλό μας. Όμως πριν φτάσουμε σε αυτό το σημείο, θα ήθελα να ξεκαθαρίσουμε κάτι, γιατί για κάθε καρκίνο αλλά ειδικά για τον καρκίνο του πνεύμονα που δεν έχει διακρίσεις που είναι ανεξαρτήτως φύλου, ανεξαρτήτως συνηθειών, ανεξαρτήτως ηλικίας, ο πρώτος ρόλος ανακουφιστικής φροντίδας είναι στα πρώτα ραντεβού, εκεί που πραγματικά πρέπει να πάρεις όχι μόνο τον ασθενή αλλά και την οικογένειά στους ώμους σου για να μπορέσεις να τους στηρίξεις, να μπορέσεις να τους βοηθήσεις να επαναπροσδιορίσουν την ίδια τους την ύπαρξη. Αυτά τα λέει ο εκλιπών πλέον Paul Kalanithi, ένας εξαιρετος νευροχειρουργός από το Χάρβαρντ, ο οποίος διαγνώστηκε στα 36 του με καρκίνο του πνεύμονα. Έχει γράψει αυτό το καταπληκτικό βιβλίο που κυκλοφορεί και στα ελληνικά

“Όταν η ανάσα γίνεται αέρας”, είχε EGFR μετάλλαξη, μπόρεσε και πήρε και αυτός στοχεύουσα θεραπεία, αλλά στη διάρκεια της σύντομης ζωής του, ο πιο φέρελπις νευροχειρουργός της Βοστώνης απεβίωσε μετά από 2 χρόνια και κάτι, έχοντας προλάβει να γνωρίσει το παιδί του, να το αγκαλιάσει, να το πάρει βόλτα -ήταν 2 χρονών όταν πέθανε, σχεδόν με τη γέννηση του παιδιού του διαγνώστηκε με μεταστάσεις εγκεφαλικές. Και αυτός τα γράφει αυτά και από την πλευρά του γιατρού και από την πλευρά του ασθενούς. Βέβαια, το κομμάτι επίσης, το οποίο πρέπει να έχει κανείς στο μυαλό του, είναι ότι ασχολούμενοι με τις καμπύλες και με τις επιβιώσεις ξεχνάμε τον ασθενή. Ξεχνάμε ποιος είναι ο ασθενής. Ξεχνάμε ποιοι είναι οι στόχοι του. Ξεχνάμε να δούμε το πλαίσιο ολόκληρο και να μην δούμε μεμονωμένα το σύμπτωμα ή το φάρμακο, το οποίο χορηγούμε και γι αυτό ο σερ Γουίλιαμ Όσλερ γράφει αυτό το σπουδαίο ρητό - πάνω από 100 χρόνια πριν - ότι ο σπουδαίος γιατρός είναι αυτός που βλέπει ολιστικά τον ασθενή και δεν βλέπει μια αρρώστια και αυτό ήταν ένα paper που στην εποχή του το 1927 έκανε πάταγο, γιατί ήταν από τον Francis Peabody - υπάρχει η σχολή, η έδρα του στην Βοστώνη -ήταν ένας άνθρωπος που πέθανε επίσης πολύ νωρίς, κάτω από τα 40, που άφησε πολλούς μαθητές, οι οποίοι προς τιμήν του ακόμα και τώρα έχουν φτιάξει το Alumni Peabody, το οποίο είναι πάρα πολύ σημαντικό.

ΖΩΝΤΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Ιωάννης Μπουκοβίνας

MD, PhD, PharmaD, Επιστ. Υπεύθυνος Ογκολογικής Μονάδος, Βιοκλινική Θεσσαλονίκης

Ευχαριστώ την κυρία Πατέλη, ευχαριστώ όλους εσάς που είστε εδώ πέρα σήμερα για να ακούσετε εμπειρίες και συζητήσεις που μας απασχολούν καθημερινά. Νομίζω ότι πάρα πολύς κόσμος αντιμετωπίζει καρκίνο του πνεύμονα και σίγουρα αν αντιμετωπίζεις καρκίνο του πνεύμονα, το κομμάτι των παρενεργειών της ολιστικής φροντίδας, το κομμάτι της ανακουφιστικής ιατρικής είναι από τα πρωτεύοντα στοιχεία τα οποία έχουμε στο μυαλό μας. Όμως πριν φτάσουμε σε αυτό το σημείο, θα ήθελα να ξεκαθαρίσουμε κάτι, γιατί για κάθε καρκίνο αλλά ειδικά για τον καρκίνο του πνεύμονα που δεν έχει διακρίσεις που είναι ανεξαρτήτως φύλου, ανεξαρτήτως συνηθειών, ανεξαρτήτως ηλικίας, ο πρώτος ρόλος ανακουφιστικής φροντίδας είναι στα πρώτα ραντεβού, εκεί που πραγματικά πρέπει να πάρεις όχι μόνο τον ασθενή αλλά και την οικογένειά σου στους ώμους σου για να μπορέσεις να τους στηρίξεις, να μπορέσεις να τους βοηθήσεις να επαναπροσδιορίσουν την ίδια τους την ύπαρξη. Αυτά τα λέει ο εκλιπών πλέον Paul Kalanithi, ένας εξαιρετος νευροχειρουργός από το Χάρβαρντ, ο οποίος διαγνώστηκε στα 36 του με καρκίνο του πνεύμονα. Έχει γράψει αυτό το καταπληκτικό βιβλίο που κυκλοφορεί και στα ελληνικά

"Όταν η ανάσα γίνεται αέρας", είχε EGFR μετάλλαξη, μπόρεσε και πήρε και αυτός στοχεύουσα θεραπεία, αλλά στη διάρκεια της σύντομης ζωής του, ο πιο φέρελπις νευροχειρουργός της Βοστώνης απεβίωσε μετά από 2 χρόνια και κάτι, έχοντας προλάβει να γνωρίσει το παιδί του, να το αγκαλιάσει, να το πάρει βόλτα -ήταν 2 χρονών όταν πέθανε, σχεδόν με τη γέννηση του παιδιού του διαγνώστηκε με μεταστάσεις εγκεφαλικές. Και αυτός τα γράφει αυτά και από την πλευρά του γιατρού και από την πλευρά του ασθενούς. Βέβαια, το κομμάτι επίσης, το οποίο πρέπει να έχει κανείς στο μυαλό του, είναι ότι ασχολούμενοι με τις καμπύλες και με τις επιβιώσεις ξεχνάμε τον ασθενή. Ξεχνάμε ποιος είναι ο ασθενής. Ξεχνάμε ποιοι είναι οι στόχοι του. Ξεχνάμε να δούμε το πλαίσιο ολόκληρο και να μην δούμε μεμονωμένα το σύμπτωμα ή το φάρμακο, το οποίο χορηγούμε και γι αυτό ο σερ Γουίλιαμ Όσλερ γράφει αυτό το σπουδαίο ρητό - πάνω από 100 χρόνια πριν - ότι ο σπουδαίος γιατρός είναι αυτός που βλέπει ολιστικά τον ασθενή και δεν βλέπει μια αρρώστια και αυτό ήταν ένα paper που στην εποχή του το 1927 έκανε πάταγο, γιατί ήταν από τον Francis Peabody - υπάρχει η σχολή, η έδρα του στην Βοστώνη -ήταν ένας άνθρωπος που πέθανε επίσης πολύ νωρίς, κάτω από τα 40, που άφησε πολλούς μαθητές, οι οποίοι προς τιμήν του ακόμα και τώρα έχουν φτιάξει το Alumni Peabody, το οποίο είναι πάρα πολύ σημαντικό. Και αυτός γράφει ότι ο καλός γιατρός πρέπει να έχει υπομονή, απεριόριστη κατανόηση για να μπορέσει να ακούσει τον άρρωστο αρχικά, να μπορέσει να του αφιερώσει χρόνο για να του εξηγήσει το τάδε φάρμακο, να αναλύσει το σύμπτωμα του, να του δώσει αντιμετώπιση για το σύμπτωμα του, να διαλέξει θεραπείες οι οποίες μπορούν να είναι προσαρμοσμένες στο κοινωνικο οικονομικό του status, το πού ζει, το που ταξιδεύει, από πού έρχεται στο κέντρο για να μπορέσει να έχεις τη βέλτιστη φροντίδα.

ΖΩΝΤΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ



Ιωάννης Μπουκοβίνας

MD, PhD, PharmaD, Επιστ. Υπεύθυνος
Ογκολογικής Μονάδος, Βιοκλινική
Θεσσαλονίκης

Γιατί το μυστικό της φροντίδας για τον άρρωστο είναι πραγματικά να τον φροντίζεις και όχι απλώς να του δίνεις συνταγές. Και αυτό το ξέρετε το περιβόητο πορτρέτο του μεγάλου ζωγράφου Βαν Γκογκ από τον ίδιο, γιατί κάθε λέξη την οποίαν εκφέρει μετράει και κάθε λέξη που εκφέρει ο άρρωστος μετράει, αρκεί να είσαι εκεί για να ακούσεις τον υπαινιγμό, να εξορύξεις την κρυφή επιθυμία του ασθενούς που βγαίνει μέσα από μια μεταφορική γλώσσα σε χρόνο, σε χώρο και να μπορέσεις να τον βοηθήσεις να καταλάβει ποιος είναι αυτός, εκεί που σταματάει η διήγηση από τα δάκρυα, εκεί που ξεκινάει η δική σου παρέμβαση σε επίπεδο υποστήριξης. Άρα, το πως ακούω, μετράει πάρα πολύ σημαντικά και είναι κάτι το οποίο δυστυχώς δεν το διδασκόμαστε σε πολλές ιατρικές σχολές. Και βέβαια, όταν φτάνουμε στο άλλο άκρο μετά το πρώτο ραντεβού προς το τέλος της ζωής, θα πρέπει επίσης να έχεις διαμορφώσει μια εικόνα, μια προσπάθεια με τον άρρωστο μαζί, μια κοινή συνισταμένη που να μπορέσεις να τον ανυψώσεις, την εμπιστοσύνη του και αν τα πράγματα δεν πάνε καλά να αποδεχθεί αυτή την οδύνη της μοναξιάς, του τέλους της ζωής και να αποδεχθείς και εσύ σαν γιατρός την προοπτική του θανάτου για να μην φτάσουμε σε αυτά που θα δείτε αμέσως παρακάτω, να γίνονται άσκοπες θεραπείες χωρίς κανένα λόγο και να ξοδεύονται τεράστιοι πόροι, γιατί το να να αυξήσω τα παυσίπονα λίγο παραπάνω είναι το μόνο εύκολο, αλλά το να μιλήσω είναι το πιο δύσκολο.

Και εδώ ακριβώς έγκειται αυτή η ιστορία της ανακουφιστικής ιατρικής, για την οποία μετά θα σας προτείνω και έναν άλλον ορισμό, όπου ουσιαστικά είναι παλιά μελέτη του 2012 από το New England και ακολούθησαν άλλες 2-3 μελέτες στο New England που έχουν σχέση με την επαφή του άρρωστου με τον ασθενή μέσω applications από τη Γαλλία, ότι είχε 70% βελτίωση της επιβίωσης, εφαρμόζοντας την ανακουφιστική φροντίδα νωρίς, αυτό που σημαίνει υποστήριξη, βοήθεια στο σύμπτωμα, άκουσμα και αυτοί οι άνθρωποι που πήραν αυτή τη φροντίδα δεν είχαν ανάγκη επιθετικές παρεμβάσεις στο τέλος της ζωής και έζησαν και περισσότερο και μάλιστα εξοικονομήθηκαν και πόροι έως 33%, από μια μελέτη του Σουλιώτη και της ομάδας του στην Ελλάδα φαίνεται ότι ένα τεράστιο κόστος του καρκίνου του πνεύμονα αφορά το τέλος της ζωής, το οποίο ξοδεύουμε σε άχρηστες θεραπείες, σε άχρηστες ακτινοθεραπίες, σε φάρμακα υψηλού κόστους, τα οποία δεν προσφέρουν τίποτα. Γι αυτό βλέπουμε ότι η παραδοσιακή ανακουφιστική φροντίδα είναι όταν τελειώνει η θεραπεία, την οποία υποβάλλουμε στον άρρωστο. Είναι μεγάλο λάθος, πρέπει να ξεκινάει από την αρχή, να πορεύονται παράλληλα και όλο αυτό να δημιουργεί το καλύτερο εχέγγυο ότι ο ασθενής δεν θα ανακουφιστεί, αλλά θα έχει αυτό που θα μπορούσε στο μυαλό μας να αντικαταστήσει τον όρο ανακουφιστική φροντίδα, ένα επιπλέον στρώμα στήριξης που είναι κατάλληλο για κάθε στάδιο οποιασδήποτε σοβαρής ασθένειας.

ΖΩΝΤΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Ιωάννης Μπουκοβίνας

MD, PhD, PharmaD, Επιστ. Υπεύθυνος Ογκολογικής Μονάδος, Βιοκλινική Θεσσαλονίκης

Και αυτό θα πρέπει να μπει στην εκπαίδευση των φοιτητών ιατρικής που δεν υπάρχει καθόλου σε κανένα curriculum ελληνικού πανεπιστημίου. Και βέβαια, όλη αυτή η ομάδα των ανθρώπων είναι εκεί για να υποστηρίξουν τον ασθενή, γιατί δεν είναι μόνο η θεραπεία. Είναι η ογκολογική επιτήρηση, το follow up, είναι το screening, για άλλους καρκίνους είναι εμβολιασμοί που θα ακούσετε αργότερα, η διακοπή του καπνίσματος, ο υγιής τρόπος ζωής, πράγματα που έχουν να κάνουν σχέση με οικονομική τοξικότητα, αντιμετώπιση παρενεργειών, ψυχοκοινωνική συμβουλευτική για να μπορέσεις να έχεις μια πλήρη ανακουφιστική και όχι μόνο φροντίδα. Και βέβαια ενδεικτικά σας γράφω διάφορες τοξικότητες, οι οποίες παραμένουν μετά το τέλος των θεραπειών. Είναι ότι όσο έχουμε τον άρρωστο απέναντι μας είναι εντάξει, αλλά όταν τους αφήνουμε σε 3, 6 μήνες, όλα αυτά, η κόπωση, το σύνδρομο του άλγους μετά τη θωρακοτομή, η διαταραγμένη πνευμονική λειτουργία, οι νευρογνωσιακές επιπτώσεις, η απώλεια ακοής, οι ανοσολογικές τοξικότητες, οι καρδιαγγειακές νόσοι. Βλέπετε ότι μπορεί να είναι στο 90% των επιζώντων έως το 20% των επιζώντων ανάλογα με το ποια παρενέργεια έχεις και βέβαια το αίτιο μπορεί να είναι η φαρμακευτική αγωγή, το χειρουργείο, η ακτινοθεραπεία, υποκείμενες νόσοι και βέβαια ό τι άλλο έχει να κάνει σε σχέση με τον τρόπο ζωής. Και επειδή υπάρχει τρομακτική ανάγκη να βελτιώσουμε τη φυσική άσκηση στους ανθρώπους αυτούς με καρκίνο του πνεύμονα, γιατί αυτοί οι άνθρωποι συνήθως δεν ασκούνταν, τουλάχιστον στην Ελλάδα, είχαν διάφορες συνήθειες, είχαν μια καθιστική ζωή. Βλέπετε μια σειρά από πράγματα τα οποία δημιουργούν μια ελαττωμένη ικανότητα άσκησης, όπως η σαρκοπενία που θα ακούσετε, οι θεραπείες μας, η ΧΑΠ, η ηλικία - πολλές φορές οι μεγάλοι άνθρωποι αρρωσταίνουν από καρκίνο του πνεύμονα - και βέβαια ο φόβος ότι άμα αρρωστήσω θα χειροτερέψω.

Για αυτό υπάρχουν πολλές μελέτες από την Αυστραλία, την Ταϊβάν και το Χονγκ Κονγκ έως την Πολωνία, οι οποίες έχουν δείξει το όφελος της άσκησης ώστε πραγματικά να ανεβαίνει η διάθεση, η ευεξία, ζουν καλύτερα και αυτό δημιουργεί ότι καλύτερη συνισταμένη για να κατανοήσουν και τη δικιά τους ασθένεια. Καταλήγοντας πάλι με τον Paul Kalanithi, θα έλεγα ότι ουσιαστικά, όπως ο νευροχειρουργός, ο οποίος πριν χειουργήσει έναν εγκέφαλο ασθενούς, αντιλαμβάνεται ότι θέλει να καταλάβει τι κρύβει αυτό το μυαλό που θα του ανοίξει τον εγκέφαλο πάνω στο χειρουργικό τραπέζι, ποιες είναι οι πολιτιστικές του αξίες, τι αξίζουν στη ζωή και τι σημαίνει να ερημώσει ο δρόμος μπροστά σου και ποιο είναι το νόημα της ζωής; Έτσι θα πρέπει και εμείς να λειτουργήσουμε μαζί με τους ασθενείς στο επίπεδο των παρενεργειών και της ανακουφιστικής ιατρικής, γιατί ο απόλυτος δεσμός που συνδέει 2 ανθρώπους, γιατρό και ασθενή είναι μια κατανόηση του ανθρώπινου δράματος, παρόμοια με αυτή του Θεού Δράματος, κατά τη γνώμη μου που ονομάζεται ασθένεια, αλλά και η ογκολογία είναι μια τέτοια ειδικότητα που βοηθά να αντιμετωπίσουν οι άρρωστοι με μοναδικό τρόπο το φόβο και τα άγχη τους, αλλά και την ενδεχόμενη απώλεια. Κι ο κάθε φροντιστής, όπως ακούσατε, μοιράζεται μια αγωνία, προβληματίζεται με τα προβλήματα του ασθενούς. Και βέβαια κρατάει και μια ασφαλή απόσταση για να μην πληγωθεί και αυτός. Καταλήγοντας, ο ογκολόγος, ο θεράπων γιατρός να είναι ένας αυστηρός αυτοστοχαστικός παρατηρητής του εαυτού του. Σας ευχαριστώ πολύ για την προσοχή σας.

ΖΩΝΤΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ



Σταυρούλα Ντρουφάκου

Παθολόγος Ογκολόγος, Γενική Κλινική Ιασώ

Καλησπέρα σας και από μένα. Ευχαριστώ πολύ την FairLife και ειδικά την κυρία Πατέλη για την τιμητική πρόσκληση να συμμετέχω και εύχομαι στο σύλλογο πολλές δεκαετίες προσφοράς και δημιουργικότητας.

Θα αναφερθώ λοιπόν σε ένα θέμα το οποίο δεν το έχουμε πολύ στο νου μας, δεν το έχουμε σαν προτεραιότητα, δεν το θεωρούμε σημαντικό και θέλω να πιστεύω ότι θα σας πείσω για το αντίθετο. Και ευχαριστώ πολύ τον Γιάννη τον Μπουκοβίνα με αυτή την καταπληκτική εισήγηση που έκανε, μου έδωσε το καλύτερο lead in, για να μιλήσω και με τηλεοπτικούς όρους, για τη δικιά μου ομιλία.

Η σαρκοπενία λοιπόν. Η σαρκοπενία είναι μια προοδευτική και γενικευμένη διαταραχή των σκελετικών μυών που σχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα ανεπιθύμητων εκβάσεων, συμπεριλαμβανομένων των πτώσεων, των καταγμάτων, της σωματικής αναπηρίας και της θνησιμότητας. Τα κριτήρια για να διαγνώσουμε τη σαρκοπενία είναι η μειωμένη μυϊκή ισχύς, είναι η μειωμένη μυϊκή μάζα και η διαφορά στην ποιότητα του μυός, όπως θα σας δείξω παρακάτω και γενικότερα η κακή φυσική κατάσταση, δηλαδή όταν λέμε φυσική κατάσταση, έχει σχέση με την κινητικότητα μας και με τη λειτουργικότητα του σώματος μας.

Οι προδιαθεσικοί παράγοντες για σαρκοπενία είναι η ηλικία-περίπου το 15% των ατόμων άνω των 60 ετών πάσχουν από σαρκοπενία και καθώς αυξάνεται η ηλικία αυξάνει και αυτό το ποσοστό- είναι διάφορες νόσοι, όπως φλεγμονώδεις νόσοι, νευρολογικές νόσοι και οι κακοήθειες, βεβαίως, είναι ο αυξημένος χρόνος που περνάμε καθήμενοι, η αυξημένη καθιστική ζωή και η έλλειψη άσκησης και είναι και η κακή διατροφή, όταν δεν προσλαμβάνουμε τα απαραίτητα στοιχεία που χρειαζόμαστε για να χτίσουμε γερό μυ, είναι και αυτό προδιάθεση για τη σαρκοπενία. Και εδώ θέλω να πω ότι μπορεί κάποιος να είναι παχύσαρκος, αλλά να είναι υποσιτισμένος έτσι ,γιατί δεν τρέφεται με τα απαραίτητα συστατικά που χρειάζεται.

Όταν βέβαια η σαρκοπενία σχετίζεται και με παχυσαρκία, αυτό είναι ένας συνδυασμός που "σκοτώνει". Εδώ λοιπόν βλέπουμε, είναι εμφανές ποιος είναι ο ασθενής με καλή μυϊκή μάζα και δίπλα φαίνεται ο σαρκοπενικός ασθενής. Εδώ είναι μια τομή αξονικής τομογραφίας με ειδικό λογισμικό στο επίπεδο του οσφυϊκού, του τρίτου οσφυϊκού σπονδύλου και αν παρατηρήσετε, εκτός από την ελάττωση της μυϊκής μάζας υπάρχει και ελάττωση, υπάρχει και διαφορά στη σύσταση του μυός. Εκεί ο μυς είναι διηθημένος από λίπος. Οι μπλε μπάρες είναι οι ασθενείς που είναι σαρκοπενικοί κι οι κόκκινες, οι πορτοκαλί μπάρες είναι οι ασθενείς που έχουν καλή μυϊκή μάζα.

ΖΩΝΤΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Σταυρούλα Ντρουφάκου

Παθολόγος Ογκολόγος, Γενική Κλινική Ιασώ

Βλέπουμε εδώ την τεράστια διαφορά στην τοξικότητα από τη χημειοθεραπεία, τον σαρκο πενικών ασθενών. Τι σημαίνει αυτό; Σημαίνει ότι έχουμε αυξημένες παρενέργειες, ότι δεν μπορούμε να δώσουμε ικανοποιητικές δόσεις χημειοθεραπείας και ως εκ τούτου μειώνονται και οι πιθανότητες ανταπόκρισης στη χημειοθεραπεία. Και στο πάνω γράφημα, οι μπλε πάλι μπάρες, όπως είπαμε, είναι οι σαρκοπενικοί. Βλέπουμε την πολύ αυξημένη θνησιμότητα στους σαρκοπενικούς ασθενείς και στο κάτω γράφημα το πόσο είναι αυξημένες και οι χειρουργικές επιπλοκές πάλι στους σαρκοπενικούς ασθενείς.

Υπάρχουν λοιπόν πλέον κατευθυντήριες οδηγίες. Πριν από ένα χρόνο από την ASCO δημοσιεύτηκαν κατευθυντήριες οδηγίες αναφορικά με την άσκηση, τη διαίτα και την διαχείριση σωματικού βάρους στους ασθενείς που βρίσκονται υπό θεραπεία για τον καρκίνο. Το τονίζω αυτό. Η ανασκόπηση λοιπόν, όλων αυτών των πολλών συστηματικών ανασκοπήσεων και τυχαιοποιημένων κλινικών μελετών, έχουν δείξει ότι υπάρχουν κλινικά σημαντικά οφέλη για τους ασθενείς με καρκίνο που υποβάλλονται σε συστηματική θεραπεία σε ακτινοβολία ή και σε χειρουργική επέμβαση. Η άσκηση οδήγησε σε βελτιώσεις στην καρδιοαναπνευστική ικανότητα, στη σωματική λειτουργικότητα, στην ποιότητα ζωής, μειώθηκε η κόπωση. Η άσκηση είναι ο μόνος τρόπος να αντιμετωπίσουμε την κόπωση που συσχετίζεται με τη θεραπεία.

Μειώθηκε το άγχος και μειώθηκε και η κατάθλιψη, άρα η κατευθυντήρια οδηγία είναι εμείς οι ογκολόγοι, οι πάροχοι λοιπόν της ογκολογικής φροντίδας θα πρέπει να συστήνουν τακτική αερόβια, άσκηση και άσκηση με αντιστάσεις κατά τη διάρκεια της ενεργού θεραπείας με σκοπό την ίαση και επίσης σε ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση για καρκίνο του πνεύμονα.

Συγκεκριμένα, αυτή η παρέμβαση στους ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση μειώνει τον χρόνο νοσηλείας και μειώνει και τις μετεγχειρητικές επιπλοκές. Παρόμοιες κατευθυντήριες οδηγίες έχουν δημοσιευθεί από την American Cancer Society και για τους επιβιώσαντες του καρκίνου. Και αυτό που είναι το σημαντικό και τονίζεται, είναι κάτι που είπε και ο Γιάννης Μπουκοβίνας, στο πρώτο ραντεβού από την πρώτη στιγμή που βλέπουμε τον ασθενή θα πρέπει να εκτιμούμε τη διατροφική του κατάσταση και θα πρέπει να εκτιμούμε το αν ασκείται ή όχι και το αν είναι ικανός να ασκηθεί ή όχι και το αν είναι σαρκοπενικός ή όχι, για να μπορέσουμε να παρέμβουμε εγκαίρως. Όσο πιο γρήγορα παρέμβουμε, τόσο πιο εύκολο είναι να έχουμε αποτελέσματα σε σχέση με έναν ασθενή που έχει αποδιοργανωθεί πλήρως.

Οι οδηγίες αναφορικά με την άσκηση είναι 3 φορές την εβδομάδα, ασκήσεις αερόβιας μέτριας έντασης για τουλάχιστον 30 λεπτά και ασκήσεις μυϊκής ενδυνάμωσης τουλάχιστον 2 φορές την εβδομάδα. Και θέλω να σας δείξω αυτή τη μελέτη που δημοσιεύτηκε πριν από ενάμιση μήνα στο Journal of Clinical Oncology. Είναι μια μελέτη που διήρκεσε 16 χρόνια follow up. Συμμετείχαν 150.000 άτομα που πήραν μέρος σε μελέτη προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του προστάτου, του πνεύμονα του παχέος εντέρου και τον καρκίνο των ωοθηκών.

ΖΩΝΤΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ



Σταυρούλα Ντρουφάκου

Παθολόγος Ογκολόγος, Γενική Κλινική Ιασώ

Και τι φάνηκε; 14000 από αυτούς τους ανθρώπους ανέπτυξαν καρκίνο και είχαν ληφθεί και ερωτηματολόγια για το αν ασκούνται ή όχι. Το εντυπωσιακό είναι ότι οι κάτω οι κόκκινες γραμμές είναι αυτοί που ασκούνταν σύμφωνα με τις οδηγίες ή και λίγο παραπάνω από αυτό, ενώ η πάνω γραμμή είναι αυτοί που δεν ασκούνταν. Αυτοί λοιπόν που ασκούνταν είχαν 36% μικρότερη πιθανότητα να πεθάνουν από οποιοδήποτε αίτιο και 25% μικρότερη πιθανότητα να αποβιώσουν από καρκίνο. Ένα editorial συνόδεψε στο ίδιο τεύχος του περιοδικού τη μελέτη αυτή, όπου τονίστηκε ότι είναι πλέον καιρός το πρότυπο της περίθαλψης των ασθενών μας να ενσωματώσει την υποστήριξη του τρόπου ζωής με επίκεντρο τον ασθενή, συμπεριλαμβανομένης μεγαλύτερης ευαισθητοποίησης εκπαίδευσης, παραπομπών και επενδύσεων με στοχευμένα προγράμματα, με βάση τις ανάγκες και τις συννοσηρότητες των ασθενών αυτών, έτσι ώστε να τους βοηθήσουμε να ζήσουν περισσότερο, να έχουν καλύτερη επιβίωση. Υπάρχουν πολλές μελέτες και προοπτικές μελέτες παρατήρησης και αναδρομικές όπου η σαρκοπενία είναι ένας προγνωστικός παράγων για τους ασθενείς που λαμβάνουν ανοσοθεραπεία. Αυτή είναι μια μεταανάλυση και δείχνει ότι οι σαρκοπενικοί ασθενείς σε σχέση με τους μη σαρκοπενικούς είχαν 63% μεγαλύτερη πιθανότητα να προοδεύσει η νόσος τους και 50% μεγαλύτερη πιθανότητα να αποβιώσουν.

Τουλάχιστον εγώ σε όλους τους ασθενείς μου που παίρνουν θεραπεία, το τονίζω αυτό και ομολογώ ότι έχουν μεγάλο ενθουσιασμό να συμμορφωθούν, γιατί αισθάνονται και οι ίδιοι ότι παίρνουν μέρος στη θεραπεία τους και κάνουν κάτι για τον εαυτό τους. Τελειώνοντας, θέλω να δείξω κάποιες πληροφορίες για προγράμματα άσκησης που υπάρχουν στο εξωτερικό και συγκεκριμένα στο Manchester - ο αγαπητός συνάδελφος, ο Κώστας ο Καμποσιώρας που είναι Consultant of Medical Oncology μου τις έχει παραχωρήσει - όπου εκεί ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου, ανωτέρω πεπτικού και καρκίνο πνεύμονα, όταν αποφασιστεί από το ογκολογικό Συμβούλιο ότι πρόκειται να χειρουργηθούν, μπαίνουν σε ένα πρόγραμμα 3 έως 6 εβδομάδων prehabilitation, ας το πούμε προ αποκατάστασης - το πρόγραμμα αυτό συμπεριλαμβάνει άσκηση, διατροφική υποστήριξη και ψυχολογική υποστήριξη και τα 3 αυτά σκέλη - ακολουθεί το χειρουργείο και μετά το χειρουργείο ακολουθούν 3 μήνες αποκατάστασης και εάν οι ασθενείς αυτοί λάβουν επικουρική χημειοθεραπεία, πάλι ένα τροποποιημένο πρόγραμμα άσκησης και διατροφικής υποστήριξης και ψυχολογικής υποστήριξης κατά τη διάρκεια της θεραπείας και επιπλέον 3 μήνες το πρόγραμμα αποκατάστασης. Έχουν συνδέσει το νοσοκομείο με κάποια κέντρα στην Κοινότητα, έχουν δοθεί οδηγίες και για άσκηση στο σπίτι και υπήρχε και η δυνατότητα να κάνουν και μέσω zoom αυτήν την άσκηση υπό επίβλεψη.

ΖΩΝΤΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ



Σταυρούλα Ντρουφάκου

Παθολόγος Ογκολόγος, Γενική Κλινική Ιασώ

Τα αποτελέσματα ήταν ότι οι ίδιοι οι ασθενείς βεβαίως είχαν πολύ καλύτερη ποιότητα ζωής, ένιωσαν πολύ πιο δυνατοί και πολύ καλύτερα στην καθημερινότητά τους, υπήρχε μείωση του χρόνου παραμονής στο νοσοκομείο, υπήρχε μείωση των επανεισαγωγών το πρώτο τρίμηνο μετά τα χειρουργεία και υπήρχε μείωση των επισκέψεων στα επείγοντα. Επιπλέον, υπήρχε και όφελος για το σύστημα υγείας, το κόστος για κάθε ασθενή ήταν 400€, αλλά το όφελος του συστήματος υγείας ήταν 1.200€.

Εδώ ολοκληρώθηκαν αυτά που ήθελα να σας πω και αυτό που θέλω να τονίσω είναι να μην ξεχνάμε ότι η άσκηση είναι φάρμακο. Είναι για όλους εμάς φάρμακο, είναι φάρμακο για τους ασθενείς μας που βρίσκονται υπό θεραπεία, υπό οποιαδήποτε θεραπεία και είναι φάρμακο για όλους τους ασθενείς μας που είναι επιβιώσαντες και τους παρακολουθούμε και είναι δωρεάν, δεν έχει παρενέργειες και έχει οφέλη πάρα πολλά στο γενικό πληθυσμό, μειώνει τη θνησιμότητα κατά 40%. Είναι κάτι που δεν πρέπει να το θεωρούμε δεδομένο. Δεν το ξέρουν οι ασθενείς, όταν το συστήνει ο ογκολόγος, η συμμόρφωση αυξάνει γύρω στο 80% - έχουμε μελέτες για αυτό - και νομίζω, αν συντονισμένα οι χειρουργοί, οι παθολόγοι ογκολόγοι, οι ακτινοθεραπευτές ογκολόγοι, ευαισθητοποιήσουμε τους ασθενείς μας, μόνο οφέλη μπορούμε να έχουμε. Ευχαριστώ πολύ για το χρόνο σας.

ΖΩΝΤΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ



Βησαρία Σακκά

MD, PHD Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Διευθ.
ΕΣΥ, Γ' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο
Εργαστήριο Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Καλησπέρα και από μένα. Θα ήθελα και εγώ με τη σειρά μου να ευχαριστήσω την FairLife για αυτή την τιμητική πρόσκληση και την ευκαιρία που μου έχει δώσει να μιλήσω για ένα πολύ σημαντικό θέμα σήμερα. Ουσιαστικά να μιλήσω για τα εμβόλια που πρέπει να κάνουν οι ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα. Τα εμβόλια, θυμίζω ότι είναι μια ιστορία πολύ πετυχημένη στην ιστορία της ιατρικής, όταν από το 1796 έγινε η πρώτη προσπάθεια εμβολιασμού με τον Jenner, που εγχύοντας υποδόρια στους ασθενείς από ορό αγελάδας έγιναν τα πρώτα εμβόλια.

Ήδη από τότε υπήρχε ο πολύ μεγάλος σκεπτικισμός. Βλέπετε εδώ την γκραβούρα της εποχής που όλοι θεωρούσαν ότι κάνοντας το εμβόλιο θα βγάλουν αγελάδες στα χέρια τους, όμως αυτά αποδείχτηκαν σωτήρια. Η ευλογία- που ήταν και το πρώτο εμβόλιο - εξαφανίστηκε το 1951 από την Ελλάδα και το 1980 από όλη τη γη, ενώ εκτός από την ευλογία πάρα πολλά άλλα νοσήματα, μεταδιδόμενα και ιογενή έχουν σχεδόν εξαφανισθεί ή τουλάχιστον η επίπτωσή τους έχει μειωθεί κατά 90 και 99%, όπως είναι η ιλαρά, ο κοκκύτης και άλλα.

Εγώ θα μιλήσω για τους εμβολιασμούς που αφορούν τους ασθενείς με συμπαγείς καρκίνους και ειδικά για τους ασθενείς που έχουν καρκίνο πνεύμονα.

Είναι μια προσπάθεια να τους ενδυναμώσουμε, να ενδυναμώσουμε το ανοσοποιητικό τους σύστημα, ούτως ώστε να μπορούν να ανταποκριθούν σε λοιμώξεις, όπως είναι η γρίπη, ο κορονοϊός SARS Cov 2, ο πνευμονιόκοκκος, ο έρπητας ζωστήρας αλλά και ένας ανερχόμενος ιός, ο συγκυτιακός αναπνευστικός ιός, ο RSV, όπως θα τον ακούσετε. Τι έχουμε, όσον αφορά τις ιογενείς λοιμώξεις του αναπνευστικού; Βλέπουμε εδώ από τα στοιχεία του ΕΟΔΥ, θα προσπαθήσω να σας εξηγήσω αυτό το slide. Βλέπουμε την πράσινη καμπύλη. Ήταν η χρονιά που είχαμε τη μεγάλη πανδημία του Covid, το 2020. Βλέπετε πόσο μεγάλη κορύφωση είχε τότε που είχαμε κλειστεί στο lockdown και πώς υποχώρησε μετά. Οι επόμενες μικρότερες καμπύλες ήταν από τα επόμενα χρόνια για να έρθουμε στην περσινή χρονιά, που είναι αυτή η κίτρινη καμπύλη, η οποία φαίνεται να ξεπέρασε και τη χρονιά του Covid, που είναι όλες οι ιογενείς λοιμώξεις μαζί, δηλαδή είχαμε τη λεγόμενη τριπλή επιδημία, ήταν η γρίπη, ο Covid, αλλά και ο RSV μαζί. Η κόκκινη γραμμή είναι η φετινή χρονιά και είναι η στιγμή που όπου να ναι θα αρχίσει να ανεβαίνει κατακόρυφα αυτό το έπαρμα, που θα έχουμε τις περισσότερες λοιπόν ιογενείς λοιμώξεις και βλέπουμε εδώ πέρα πώς αυτές οι ιογενείς λοιμώξεις κατανέμονται. Βλέπουμε με την μπλε τη μπάρα που είναι ο Covid που κάνει υφέσεις και εξάρσεις και είμαστε σε μια φάση που τώρα έχουμε πάλι έξαρση.

ΖΩΝΤΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Βησαρία Σακκά

MD, PHD Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Διευθ. ΕΣΥ, Γ' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Η κόκκινη γραμμή είναι η γρίπη, η οποία ακόμη έχει μόνο περιστασιακά κρούσματα, αλλά αναμένεται να κάνει την τεράστια κορύφωση, όπως κάνει κάθε χρόνο από τον Δεκέμβριο και μετά, ενώ η πράσινη γραμμή είναι ο, τον RSV, τον οποίο θα δούμε περισσότερο στο μέλλον.

Έτσι λοιπόν, για όσον αφορά τη γρίπη, γιατί πρέπει να εμβολιαστούμε; Γιατί από μια μελέτη που έγινε στην Ελλάδα από το 2012 έως το 2018 σε 1100 άτομα που νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘ, σχεδόν οι μισοί πέθαναν και από αυτούς πάνω από το 70% ήταν ανεμβολίαστοι. Όταν δε, ήταν ανεμβολίαστοι και ανοσοκατασταλμένοι, τότε η θνητότητα έφτανε πάνω από 90%. Έτσι λοιπόν, όλοι οι ασθενείς με συμπαγή καρκίνο θα πρέπει να εμβολιάζονται κάθε χρόνο για γρίπη, αλλά εκτός από αυτούς, θα πρέπει να εμβολιάζονται και οι συγγενείς τους και οπωσδήποτε οι πάροχοι υγείας, οι γιατροί τους δηλαδή, αλλά και όλοι όσοι γυρνάνε γύρω από αυτόν.

Τι εμβόλια κάνουμε; Αυτή τη στιγμή, τα εμβόλια που έχουμε στα χέρια μας είναι τετραδύναμα, δηλαδή περιέχουν ένα στέλεχος που είναι ο H1N1, όπως τον είχαμε ακούσει πριν μερικά χρόνια, το κλασικό στέλεχος της γρίπης Α και 2 στελέχη της γρίπης Β. Αυτά είναι τα εμβόλια, τα απλά που είχαμε μέχρι πέρσι, όλα τετραδύναμα και τα οποία είχαν σύσταση για όλον τον πληθυσμό. Φέτος όμως έχουμε στα χέρια μας 2 καινούργια εμβόλια, τα οποία έχουν το πλεονέκτημα ότι κάνουν πολύ μεγαλύτερη

ανοσολογική απάντηση σε ηλικιωμένα άτομα άνω των 60 ετών ή 65, το ένα έχει μεγαλύτερη δόση εμβολίου και το άλλο έχει ανοσοενισχυτικό. Στις συνήθεις ερωτήσεις που έχουμε για τη γρίπη, ξέρουμε ότι ο εμβολιασμός για τη γρίπη πρέπει να γίνεται κάθε χρόνο, ότι ξεκινάμε να έχουμε αντισώματα από το εμβόλιο 2 εβδομάδες μετά τον εμβολιασμό, άρα για την Ελλάδα που αναμένεται η γρίπη να αρχίσει να εμφανίζεται το Δεκέμβρη, συστήνεται ο εμβολιασμός να γίνεται μετά τις 15 Νοεμβρίου για να μπορέσουμε να κρατήσουμε και αντισώματα μέχρι τον Απρίλιο που πολλές φορές μπορεί να φτάσει η επιδημία της γρίπης. Επίσης, δεν συστήνεται να γίνεται επαναληπτική δόση. Μπορεί να πέφτει όντως ο τίτλος αντισωμάτων, αυτή τη στιγμή δεν υπάρχει πουθενά σε οδηγίες στη βιβλιογραφία ότι θα πρέπει να γίνεται και δεύτερη δόση, ενώ θα πρέπει για τους ασθενείς που κάνουν χημειοθεραπεία, αυτός ο εμβολιασμός να γίνεται ή 7 μέρες μετά την τελευταία θεραπεία και 2 εβδομάδες πριν από την επόμενη, ούτως ώστε να έχουμε καλύτερη αντισωματική απάντηση. Το εμβόλιο που πρέπει να γίνεται πρέπει να είναι το καινούργιο για τα μεγαλύτερης ηλικίας άτομα, αλλά ακόμα δεν έχει δοθεί οδηγία για να κάνουν και οι νεότεροι το ανοσοενισχυμένο, οπότε θα κάνουν το απλό. Προχωρώντας για τον Covid, βλέπουμε ότι 4 χρόνια μετά, ακόμη και ο Covid έχει πολλούς θανάτους και πολλές λοιμώξεις. Και αυτή τη στιγμή κυκλοφορεί το νέο επικαιροποιημένο εμβόλιο που είναι μονοδύναμο και ουσιαστικά έχει το νέο στέλεχος της Ο που είναι το Kraken. Όλοι οι άνθρωποι που είναι άνω των 60 ετών, αλλά και όλοι οι ασθενείς που είναι μικρότερες ηλικίες αλλά έχουν υποκείμενο νόσημα και σε αυτή την κατηγορία συγκαταλέγονται οι καρκινοπαθείς, θα πρέπει να κάνουν το νέο επικαιροποιημένο εμβόλιο, επίσης οι ανοσοκατασταλμένοι και οι έγκυες και οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να κάνουν μια δόση.

ΖΩΝΤΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ



Βησαρία Σακκά

MD, PHD Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Διευθ.
ΕΣΥ, Γ' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο
Εργαστήριο Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Πρέπει να γίνει τώρα αυτή η δόση, ενώ αν δεν έχουν κάνει ποτέ εμβόλιο και είναι ανοσοκατεσταλμένοι, θα πρέπει να κάνουν 3 δόσεις. Είναι σίγουρο ότι αυτά τα εμβόλια δεν προστατεύουν τόσο πολύ από τη λοίμωξη, από το να κολλήσει κάποιος. Προστατεύουν όμως σε πάρα πολύ μεγάλο ποσοστό, πάνω από 80%, από σοβαρή νόσο και από νοσηλεία σε νοσοκομείο ή σε ΜΕΘ ή και από τον ίδιο το θάνατο. Αυτή τη στιγμή τα άτομα που νοσηλεύονται στα νοσοκομεία είναι, είτε πάρα πολύ μεγάλης ηλικίας, είτε ανοσοκατασταλμένοι ή άτομα που δεν έχουν εμβολιαστεί, δυστυχώς. Το επίπεδο τώρα της αντισωματικής απάντησης φαίνεται ότι εξασθενεί μετά από 6 μήνες από έναν τέτοιον εμβολιασμό και άρα το πιο πιθανό είναι ότι μάλλον θα κάνουμε το ίδιο, όπως κάνουμε και με την γρίπη. Θα χρειάζεται δηλαδή κάθε χρόνο να κάνουμε το εμβόλιο του κορονοϊού. Προχωρώντας στην πνευμονιοκοκκική νόσο, να πούμε ότι η πνευμονιοκοκκική νόσος έχει κάποιες βαριές μορφές που μπορεί να είναι από βαριά πνευμονία, σηψαιμία ή και μηνιγγίτιδα. Και αυτό κυρίως απασχολεί διάφορες κατηγορίες ασθενών, μέσα σε αυτούς, άτομα που έχουν χρόνια αναπνευστικά προβλήματα ή καπνίζοντες και όπως καταλαβαίνετε, οι ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα έχουν περισσότερο από 2-3 παράγοντες για να πάθουν πνευμονιοκοκκική νόσο.

Πλέον, το εμβόλιο που κυκλοφορεί εφέτος είναι το καινούργιο, είναι εικοσαδύναμο, καλύπτει 7 περισσότερα στελέχη από το προηγούμενο Prevenar 13 που υπήρχε πριν και μόνο μία δόση είναι ικανή για αυτό τον πληθυσμό. Δεν χρειάζεται να γίνει επαναληπτική. Τα άτομα που έχουν κάνει από παλαιότερα εμβόλια από μια δόση θα πρέπει ένα χρόνο μετά από την προηγούμενη δόση να επαναλάβουν το καινούριο εμβόλιο. Εάν έχουν ολοκληρώσει 2 δόσεις με τα παλιά εμβόλια, τότε δεν χρειάζεται να κάνουν καινούργιο εμβόλιο. Για να προχωρήσω στον έρπητα ζωστήρα και να πω ότι έχει και αυτό ένα νόημα να κάνουμε το εμβόλιό μας, γιατί όλοι σχεδόν και κυρίως όσοι έχουμε γεννηθεί πριν από το 1980, έχουμε κολλήσει και έχουμε περάσει ανεμοβλογιά και έχουμε στο αίμα μας τον έρπητα σε λανθάνουσα κατάσταση. Το 1/4 αυτών των ανθρώπων θα εκδηλώσει έρπητα ζωστήρα. Αυτό το ποσοστό αυξάνει, όσο αυξάνει η ηλικία πάνω από 50 ετών και αν προστεθούν και υποκείμενα νοσήματα, το ποσοστό εκτοξεύεται, καθώς ο ένας στους 2 θα εμφανίσουν έρπητα ζωστήρα. Και δεν είναι τόσο σημαντικό μόνο το δερματικό πρόβλημα, είναι ότι μπορεί να έχει πολύ μεγάλες επιπλοκές, μηνιγγίτιδες ή προσβολή πολλών δερματομυών αλλά το χειρότερο από όλα είναι η μεθερπητική νευραλγία, η οποία είναι ένας πολύ βασανιστικός πόνος που δεν υποχωρεί πολλές φορές με πάρα πολλά παυσίπονα.

ΖΩΝΤΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ



Βησαρία Σακκά

MD, PHD Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Διευθ.
ΕΣΥ, Γ' Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο
Εργαστήριο Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Αυτή τη στιγμή υπάρχουν 2 εμβόλια, το πρώτο και παλαιότερο ήταν από ζων εξασθενημένο ιό και είχε ενδείξεις μόνο για ηλικίες 60 έως 75, είχε πολλά μειονεκτήματα, δεν έκανε καλή αντισωματική απάντηση, δεν μπορούσε να χορηγηθεί σε ανοσοκατεσταλμένους. Τώρα όμως, εδώ και ένα χρόνο έχουμε το καινούργιο, το ανασυνδυασμένο και ανοσοενισχυμένο, το οποίο γίνεται σε 2 δόσεις και το οποίο πετυχαίνει πάρα πολύ καλά αποτελέσματα που κρατάνε και πάνω από 10 χρόνια και στους ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς και στους ασθενείς που έχουν συμπαγείς καρκίνους. Θα τελειώσω με δύο λόγια για τον RSV, ο RSV είναι ένας ιός που δεν έχουμε μάθει να τον αναγνωρίζουμε, υποεκτιμόταν, προκαλεί όμως σημαντική νοσηρότητα και θνητότητα κυρίως σε άτομα μεγάλης ηλικίας ή που έχουν συννοσηρότητες, όπως είναι η χρόνια πνευμονοπάθεια ή έχουν ανοσοκαταστολή. Υπάρχει πια ένα εμβόλιο, ενώ έχει εγκριθεί από τον EMA, δεν έχει μπει ακόμα στον εθνικό εμβολιασμό. Πιστεύουμε ότι το καινούργιο εμβολιαστικό πρόγραμμα, που θα δοθεί - συνήθως κάθε Φεβρουάριο αλλάζει το εθνικό μας πρόγραμμα εμβολιασμού - θα έχει και αυτό το εμβόλιο.

Κάποια τεχνικά θέματα, ότι όταν κάποιος κάνει το εμβόλιο της γρίπης, μιας και τώρα είναι η εποχή που όλοι πρέπει να κάνουν το εμβόλιο της γρίπης, μπορεί ταυτόχρονα να κάνει και του κορωνοϊού, του ζωστήρα ή του RSV. Του πνευμονιοκόκκου μονάχα πρέπει να απέχει ένα μήνα. Βέβαια, αν έχει οποιαδήποτε σημεία λοίμωξης δεν θα πρέπει να εμβολιάζεται και να τελειώσω με το γεγονός ότι όντως στους ασθενείς με καρκίνο πάντα έχουμε πάρα πολλούς προβληματισμούς, κατά πόσο θα είναι αποτελεσματικό ένα εμβόλιο, δηλαδή θα μπορέσει να τους προστατεύσει τελικά και αυτό εξαρτάται από το είδος του καρκίνου ή από το είδος της χημειοθεραπείας που θα έχει πάρει. Και ένας άλλος, αν θα κάνουν αντισωματική απάντηση και το επόμενο που καμιά φορά μπορεί να σκεφτόμαστε είναι αν το εμβόλιο από μόνο του μπορεί να δημιουργήσει κάποιες ανεπιθύμητες ενέργειες. Όμως η αλήθεια είναι ότι τα εμβόλια είναι γενικώς ασφαλή. Και για αυτό, θα ήθελα να στείλω το μήνυμα ότι πρέπει όλοι να εμβολιαστείτε. Όχι μόνο οι ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα, αλλά και εμείς οι υγειονομικοί που τους παρέχουμε τη βοήθεια. Και να σας ευχαριστήσω.

ΖΩΝΤΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ



Ζωή Γραμματόγλου

Πρόεδρος Συλλόγου
Καρκινοπαθών, Εθελοντών, Φίλων και Ιατρών
Αθηνών ΚΕΦΙ, Μέλος Διοικούσας Επιτροπής
ΕΛΛ.Ο.Κ.

Καλησπέρα και από μένα, να ευχαριστήσω και εγώ την Κορίνα για την πρόσκληση να είμαι εδώ σήμερα. Γνώρισα την Κορίνα, όταν άρχισε να στήνει τον σύλλογο, μάλλον την οργάνωση αυτή, έχουμε συμπορευτεί όλα αυτά τα χρόνια γιατί και εμείς έχουμε στις τάξεις μας ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα. Άκουσα πάρα πολύ προσεκτικά τους ομιλητές. Όλα αυτά τα καινούργια φάρμακα που έρχονται, καλώς κάνουν και έρχονται, τα θέλουμε. Θα σταθώ στην ομιλία του Γιάννη του Μπουκοβίνα που με άγγιξε πάρα πολύ, γιατί νομίζω ότι είναι δύο δρόμοι παράλληλοι, η θεραπεία και η ανακουφιστική φροντίδα. Είναι ένα θέμα που όσα χρόνια είμαι εγώ στο κίνημα των ασθενών- και δεν είναι λίγα- προσπαθούμε μέσα από τις δικές μας δυνάμεις να αναδείξουμε το θέμα της ανακουφιστικής και παρηγορητικής φροντίδας, πόσο σημαντικό είναι για όλους, για όλες τις ασθένειες, αλλά ειδικά για τον ασθενή με καρκίνο. Μέχρι τώρα δεν έχουμε καταφέρει να γίνει κάτι και συνεχίζουμε να το προσπαθούμε. Κάθε κυβέρνηση που έρχεται το υπόσχεται, αλλά πιστεύω ότι δεν υπάρχει πολιτική βούληση γιατί ασθενείς τελικού σταδίου δεν είναι υποψήφιοι ψηφοφόροι, εκεί έχω καταλήξει. Και δεν βλέπω και να γίνεται κάτι, γιατί όταν το Ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος έκανε μια Επιτροπή σε συνεργασία με το Υπουργείο - τότε ήταν ο κύριος Ξανθός υπουργός, ο οποίος το χειροκρότησε, δεν το ψήφισε - τα δώσαμε στον κύριο Μητσοτάκη, πέρασαν άλλα 4 χρόνια και τώρα ψηφίστηκε ο νόμος, ξανασυστάθηκε καινούργια επιτροπή. Εγώ, την ανακουφιστική φροντίδα με αυτή τη μορφή όταν θα γίνει, δεν θα την προλάβω.

Είμαι σίγουρη. Αυτά σε ότι αφορά το ανακουφιστικό κομμάτι. Τώρα, για τον καρκίνο του πνεύμονα έχει γίνει πολύ μεγάλη πρόοδος, αλλά κατά την ταπεινή μου άποψη πρέπει ο προσυμπτωματικός έλεγχος να κοιτάξει τις κατηγορίες των ανθρώπων που δεν πάνε να κάνουν και αυτοί είναι- γιατί το βλέπουμε και στο σύλλογο- ψυχικά ασθενείς, άνθρωποι που είναι στο περιθώριο, που δεν ξέρουν καθόλου τι σημαίνει νοσοκομείο και αυτοί όλοι φτάνουν, όταν είναι στα τελευταία τους, στο νοσοκομείο. Και επίσης προσυμπτωματικός έλεγχος τι σημαίνει; Έγινε το Φώφη Γεννηματά, βρέθηκαν 3.500 γυναίκες παραπάνω από τα προηγούμενα χρόνια. Πού θα πάνε αυτές οι γυναίκες, όταν το σύστημα υγείας και ειδικά το δημόσιο σύστημα υγείας είναι υποστελεχωμένο, δεν βρίσκεις ραντεβού, δεν μπορείς να κάνεις το χειρουργείο. Δεν γίνονται τα πράγματα, να τα πιάνουμε από την κορυφή για να φτάσουμε στον πάτο. Πρέπει από τον πάτο να νοικοκυρευτούμε, για να μπορέσουν αυτά τα προγράμματα και να εφαρμοστούν και να είναι ωφέλιμα για τον κόσμο. Εμείς δεχόμαστε άπειρα τηλεφωνήματα, όπως: "Ναι, διαγνώστηκα, το βρήκα ότι έχω καρκίνο του μαστού, που θα πάω όμως τώρα;" Και μετά, ξεκινάμε εμείς να ψάχνουμε γύρω γύρω στους γιατρούς, αν είναι κάποιος γνωστός, αν είναι σε δημόσιο νοσοκομείο, να μπουν εκεί.

ΖΩΝΤΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Δημήτριος Παπαγεωργίου

Επίκ. Καθηγητής Παθολ. Νοσηλ. Παν. Πελοποννήσου, Προϊστ. ODC
Ευρωκλινική Αθηνών, Πρ. Τομέα Νοσηλευτικής Ογκολογίας ΕΣΝΕ



Το μεγάλο πρόβλημα ότι στα υπουργεία δεν υπάρχει άτομο αναφοράς, αλλάζουν υπουργοί, αλλάζουν και οι γενικοί γραμματείς, ξεκινάς πάλι από το μηδέν, από την είσοδο μέχρι να βρεις πώς θα ανέβεις στον πέμπτο όροφο πάνω. Κορίνα, ευχαριστώ πολύ για την πρόσκληση.

Ο κύριος Μπουκοβίνας μίλησε για πολύ ωραία συμπτώματα και πολύ σημαντικά πράγματα των ασθενών. Έχω απέναντί μου τον κύριο Αθανασιάδη, είμαστε και οι δύο στην Τρίπολη, καθηγητής εγώ εκεί, ο ίδιος από την πόλη. Θα πω για την πόλη μας που είναι πολύ σημαντικό ότι εμείς σαν πανεπιστήμιο, για όλα αυτά που φορούν τον καρκίνο του πνεύμονα αυτή τη στιγμή έχουν πάρει την πρώτη έγκριση και ξεκινάνε τον Ιανουάριο 3 σημαντικές μελέτες. Η μία αφορά την εκτίμηση κόπωσης ασθενών υπό διπλή ανοσοθεραπεία για ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα. Θα τρέξει μια πολύ μεγάλη πανελλαδικά, πήραμε την έγκριση από το πανεπιστήμιο και τρέχει σε επίπεδο διδακτορικού και ελπίζουμε να είναι πολύ διευρυμένη σε όλη την Ελλάδα. Δεύτερο, αυτό που δεν ακούσαμε είναι τα αυτοαναφερόμενα αποτελέσματα των ασθενών και οι εμπειρίες των ασθενών.

Τρέχει μια μελέτη που θα τη συνδυάσουμε με καρκίνο του πνεύμονα πάλι αλλά και με το σύστημα υγείας. Θα δούμε αυτοί που έχουν καλύτερα, αν σχετίζονται με την υποστελέχωση με άλλες δομές που είναι πολύ σημαντικές. Είχαμε τη διατροφή, αλλά η συνάδελφος είναι μία από τις απώλειες στη Λιβύη, οπότε σταμάτησε η μελέτη της που θα ήταν η διαδικασία της εκτίμησης διατροφικής παρέμβασης ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα. Και η άλλη μελέτη που θα τρέξει από τον Φλεβάρη θα είναι τα expectations, όπως αναφέρθηκε σε ομιλία, οι προσδοκίες των ασθενών. Δεν έχουμε μετρήσει προσδοκίες για τις νέες θεραπείες, είτε αυτή είναι η ανοσοθεραπεία, η χημειοθεραπεία ή αυτά που ακούνε και πώς αυτό ερμηνεύεται στην πράξη. Θα το ξεκινήσουμε σαν μελέτη περί προσδοκιών σε 3 πράγματα, είτε είναι χημειοθεραπεία, νέες θεραπείες, είτε είναι σημαντικές θεραπείες που δεν ξέρουμε και θα συγκρίνουμε αυτές με δομές. Αυτό που λέω είναι ότι και να κουβεντιάζουμε, αν δεν το μετρήσουμε και να το δούμε σαν αποτελέσματα αυτά δεν έχει ένα outcome, ένα αποτέλεσμα πολύ σημαντικό. Και η νοσηλευτική είναι πάντα δίπλα σε αυτά τα παραλειπόμενα που είδαμε ότι είναι πολύ σημαντικές παρενέργειες, αλλά δεν δίνει κανείς σημασία, άρα εμείς σαν Τρίπολη κύριε Αθανασιάδη, θα κάνουμε πολλά πράγματα σε επίπεδο πανεπιστημίου και μιας και είπατε για την ανακουφιστική, δέχτηκα τηλεφώνημα από τον κύριο Αθανασιάδη και μου λέει υπάρχει ένα κτίριο στην Τρίπολη, να το κάνουμε κέντρο ανακουφιστικής και του είπα πως δεν είναι εύκολο να πάμε στη μητρόπολη και να κάνουμε ανακουφιστική. Αλλά εμείς στο πανεπιστήμιο είπαμε στο νοσοκομείο- και όταν έχουμε κάποια στιγμή διοικητές που να καταλαβαίνουν την ανάγκη- να μας δώσουν μισό όροφο, θα τον κάνουμε palliative care, είτε αυτό αφορά ογκολογικούς, νευρολογικούς αναπνευστικούς ασθενείς, και εκεί θα μπορέσουμε να δείξουμε την αξία που μέσα στον χώρο του νοσοκομείου θα αποδεσμεύσουμε κλίνες για ενεργές θεραπείες για ασθενείς. Αυτό το προτείναμε στο νοσοκομείο. Δώστε μας μισό όροφο, όχι ολόκληρο και θα το κάνουμε palliative care. Και από εκεί και πέρα θα δούμε για την κοινότητα έξω, Άρα, πολλά μπορούμε να κάνουμε. Είμαστε εδώ να βοηθήσουμε όσο μπορούμε. Ευχαριστώ.

ΖΩΝΤΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ



Κική Τσακαλδήμη

Ambassador, Μέλος Δ.Σ. FairLife L.C.C.

Καταρχήν η χαρά είναι δική μου που βρίσκομαι σήμερα εδώ. Ευχαριστώ πολύ ως μέλος πλέον του Δ.Σ. της FairLife όλους εσάς που έχετε έρθει σήμερα και μας τιμάτε με την παρουσία σας και μοιράζεστε όλα τα πολύ ωραία σπουδαία πράγματα που λέτε. Εγώ, από την πλευρά μου, ως ορειβάτισσα και ως αθλήτρια, καταρχήν με κάλυψε ο κύριος Μπουκοβίνας και η κυρία Ντρουφάκου. Τα είπατε όλα όσα πρεσβεύω στη ζωή μου και ακολουθώ, ότι ουσιαστικά η άσκηση, η ισορροπημένη διατροφή και η καλή ψυχολογία είναι για εμάς ο τρόπος πρόληψης και διατήρησης καλής υγείας. Ένα σώμα το οποίο κινείται είναι πολύ πιο δύσκολο να νοσήσει. Η έδρα μου εμένα είναι στην Αλεξανδρούπολη και θέλω να πω ένα πολύ ωραίο παράδειγμα που τρέχει αυτή τη στιγμή στην περιφέρεια Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης, ένα πρόγραμμα υποστήριξης των ανθρώπων που έχουν χρόνιες παθήσεις, είναι πρόγραμμα ευεξίας, όπου προσπαθούμε να βάλουμε στην καθημερινότητα των ανθρώπων την ήπια άσκηση, την ισορροπημένη διατροφή και μέσα από δραστηριότητες που είναι κοντά στη φύση που ενισχύουν και την καλή ψυχολογία βλέπουμε ότι υπάρχει βελτίωση τόσο στη σωματική τους κατάσταση, αλλά και σε αυτούς που είναι σε λίγο πιο επιβαρυσμένη θέση. Το γεγονός ότι βελτιώνεται η ψυχολογία τους μειώνει το επίπεδο του στρες που βιώνουν λόγω της νόσου.

Είναι αυτό από μόνο του ένα πολύ σημαντικό βήμα, οπότε αυτό που προσπαθούμε να κάνουμε και με την Κορίνα μέσα από προγράμματα και πρωτοβουλίες που παίρνουμε είναι ουσιαστικά να πάμε όχι τόσο στους ασθενείς, αλλά στην αρχή, στους νέους, να εκπαιδεύσουμε, να μπούμε στα σχολεία, να πούμε για την σημαντικότητα και τη σπουδαιότητα της άσκησης, της σωστής διατροφής, και για το κάπνισμα, είτε είναι άτμισμα. Βέβαια, λέμε ότι τελικά δεν χρειάζεται μόνο να καπνίζεις για να έχεις νοσήσει από τον καρκίνο του πνεύμονα και μόνο το ότι αναπνέουμε, είμαστε υποψήφιοι, αλλά με αυτές οι καμπάνιες θεωρώ ότι πρέπει να ξεκινήσουμε πριν νοσήσουμε και φτάσουμε σε σας τους σπουδαίους γιατρούς που μας δίνετε τις γνώσεις σας. Θεωρώ ότι αν όλοι μας αλλάξουμε τον τρόπο που ζούμε και βάλουμε στο μυαλό μας ότι πρέπει καθημερινά να ζούμε ποιοτικά. Ποιοτικά τι σημαίνει; Να έχουμε ένα γερό σώμα, που θα μας επιτρέπει να λειτουργήσουμε και να κάνουμε όλα όσα αγαπάμε. Να είμαστε χαρούμενοι και να νιώθουμε ευεξία.

ΖΩΝΤΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ



Κική Τσακαλδήμη

Ambassador, Μέλος Δ.Σ. FairLife L.C.C.

Όταν έχουμε αυτά τα 3 χαρακτηριστικά ολιστικά, θεωρώ ότι ότι και να μας έρθει θα το αντιμετωπίσουμε πολύ πιο εύκολο ακόμα και η ασθένεια θα είναι πιο εύκολα αντιμετωπίσιμη. Είπατε πριν για την σαρκοπενία, ότι είναι πολύ λιγότερα τα συμπτώματα και οι επιπτώσεις, όταν ένα σώμα είναι γερό. Πόσοι από μας κάναμε γυμναστική χθες ή προχθές;

Δεν θέλω να πω ότι εγώ είμαι καταπληκτική, επειδή γυμνάζομαι, αλλά το πιστεύω και το νιώθω. Και υπάρχουν πλέον και μελέτες που λένε ότι το γερό σώμα εκ των πραγμάτων είναι λιγότερο πιθανό να νοσήσει. Γιατί να χρειαστεί να νοσήσουμε, ενώ μπορούμε να κάνουμε κάτι πιο ουσιαστικό από πριν; Οπότε αυτό θέλω να ζητήσω τη βοήθεια τόσο της πολιτείας όσο των εταιρειών οι οποίοι στηρίζουν δράσεις ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης, όπως αυτές που κάνουμε με την FairLife, να στηρίξουμε τις καμπάνιες μέχρι να έρθει η στιγμή που το κράτος από μόνο του θα στηρίζει δράσεις ευεξίας. Να τις κάνουμε εμείς, είτε σε προσωπικό επίπεδο, είτε σε επίπεδο φορέων και να βοηθήσουμε τους ανθρώπους να βάλουν την ήπια άσκηση, τη θετική ψυχολογία και την καλή διατροφή στην καθημερινότητά τους μέσα από δραστηριότητες ευεξίας. Δεν έχω να πω κάτι άλλο, μόνο λίγο αν μου επιτρέψετε: Ποιο είναι το κοινό ενός ανθρώπου που πάσχει από καρκίνο του πνεύμονα και ενός ορειβάτη, ενός ανθρώπου που θέλει να πάει στο Έβερεστ; Κάνουμε και οι 2 την ίδια άσκηση σωματική. Για να προπονηθώ, για να πάω στο Έβερεστ φούσκωνα μπαλόνια. Ο παππούς μου τον οποίο χάσαμε από καρκίνο του πνεύμονα φούσκωνε καθημερινά μπαλόνια για να ενδυναμώσει τα πνευμόνια του κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Το πιο απλό πράγμα, η αναπνοή μας είναι σημαντική τόσο για τους αθλητές όσο και για τους ανθρώπους οι οποίοι νοσούν και θέλω να πω μάλλον ότι δεν είναι τόσο μεγάλες οι διαφορές που έχουμε. Οπότε μας αφορά όλους, οπότε ας φροντίσουμε όλοι μας από τον τομέα ευθύνης μας να κάνουμε ότι καλύτερο μπορούμε, έτσι ώστε να φτιάξουμε ένα κόσμο, όπου η ζωή θα μας κόβει την ανάσα και όχι ο καρκίνος του πνεύμονα.

ΖΩΝΤΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ



Πάρις Κοσμίδης

Διευθυντής, Παθολόγος - Ογκολόγος, Β' Παθολογική - Ογκολογική Κλινική, Νοσοκομείο Υγεία

Λοιπόν, όταν πήρα το μήνυμα να συμμετάσχω, είδα τον τίτλο "Ζώντας με τον καρκίνο του πνεύμονα", ένας ευρηματικός τίτλος, μπράβο.

Με γέμισε με αισιοδοξία. Αλλά μιας που είμαι και λίγο πιο senior, με πήγε και λίγο πιο πίσω. Και σκέφτηκα λίγο τα παλιά χρόνια για να δω τι έχουμε κάνει μέχρι τώρα. Μαζευόμαστε, συζητάμε, έρχονται υπουργοί, πρωθυπουργοί, τι κάνουμε;

Αν μου επιτρέψετε να πάω 20 περίπου χρόνια πίσω, τότε η Ευρωπαϊκή Εταιρεία Ογκολόγων Παθολόγων, αυτό που πολλοί ξέρετε σαν HESMO, που είχα την τιμή να υπηρετώ σαν πρόεδρος τότε, έβαλε ένα στόχο.

Να κινητοποιήσουμε τους ασθενείς. Γιατί; Με αυτό εργαζόμαστε και με αυτό πρέπει να συνεργαζόμαστε. Και γυρίσαμε την Ευρώπη και προσπαθήσαμε να δούμε τις διάφορες ομάδες. Και δεν σας κρύβω. Το τοπίο, το οποίο είδαμε ήταν πολύ φτωχό. Είδαμε για μαστό, είδαμε για προστάτη, κάπου για λεμφώματα κάπου για παχύ έντερο. Και προσπαθήσαμε να δούμε πού θα μαζέψουμε ανθρώπους, εταιρείες, οργανώσεις, ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα. Βρήκαμε στην Αγγλία την RoyCastle, η οποία ήταν η μοναδική στην Ευρώπη. Η Αγγλία πάντα είχε αυτό το κοινωνικό πρόσωπο, το εθελοντικό θα έλεγα.

Είχαμε εξαιρετική σχέση και επαφή με την Πρόεδρο και είχαμε συζητήσεις ατελείωτες και ατέρμονες. Προσπαθούσαν, δυσκολευόντουσαν.

Και στο ερώτημά μας γιατί; Ποια ήταν η απάντηση; Μα αυτοί οι ασθενείς δεν ζούνε. Αυτοί οι ασθενείς πεθαίνουν. Και κυρίως, αυτοί οι ασθενείς ταλαιπωρούνται. Κι έτσι ήταν μια πρώτη απογοήτευση. Δεν θα πω τα υπόλοιπα χρόνια. Ξεκινήσαμε τους ασθενείς, κάναμε τα πρώτα μας συνέδρια, η κυρία Γραμματόγλου τα ξέρει. Και δεν θέλω να μακρηγορήσω. Ερχόμαστε σήμερα. Και είμαστε εδώ πέρα από μια ελληνική εταιρεία, η οποία ασχολείται με τον καρκίνο του πνεύμονα εθελοντικά. Να βοηθήσει. Βεβαίως υπάρχουν και σε άλλες πια ευρωπαϊκές χώρες, υπάρχει και πανευρωπαϊκό δίκτυο. Υπάρχει υποστήριξη των ασθενών. Γιατί; Γιατί πια αυτοί οι ασθενείς δεν πεθαίνουν γρήγορα. Μερικοί θα έλεγα δεν πεθαίνουν καθόλου και ζούνε για μεγάλα χρονικά διαστήματα, άρα είναι κομμάτι της κοινωνίας, να πώς η κοινωνία πιέζει. Κανείς υπουργός δεν πρόκειται να έρθει να σου δώσει χείρα βοηθείας, αν δεν έχει την πίεση της κοινωνίας, αυτό είναι το πρώτο πράγμα που μαθαίνεις στα κείμενα της πολιτικής. Θεωρώ δηλαδή ότι στα χρόνια αυτά τα οποία έχουν περάσει, έχουν υπάρξει εξελίξεις θετικές. Μη μεμψιμοιρούμε.

ΖΩΝΤΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Πάρις Κοσμίδης

Διευθυντής, Παθολόγος - Ογκολόγος, Β' Παθολογική - Ογκολογική Κλινική, Νοσοκομείο Υγεία

Αν πούμε ότι οι ασθενείς μας πια ζούνε πολύ και είναι και σε πολύ καλή κατάσταση πραγματικά, όπως είπε η κυρία Ντρουφάκου, αυτοί οι ασθενείς μπορούν και τα εκπληρώνουν αυτά όλα και είναι πολύ σημαντικό. Οι θεραπείες μας είναι πολύ αποτελεσματικές. Και αυτοί οι άνθρωποι πια αρχίζουν και αισθάνονται τα απόνερα της αρρώστιας τους.

Ποια είναι αυτά; Κοινωνική απομόνωση, ψυχολογική ανεπάρκεια, οικογενειακή μιζέρια. Ξέρετε πόσα διαζύγια γίνονται μετά από τη διάγνωση;

Και οικονομική καταστροφή πολλές φορές. Χθες ή προχθές, ένας εξαιρετικός οικονομολόγος, νέος άνθρωπος με καρκίνο του πνεύμονα, ήρθε στο γραφείο, ήταν πολύ χάλια, παρόλο που ήταν σε καλή φάση η αρρώστια του. Μου είπε ότι τον απέλυσαν και ήταν στέλεχος μεγάλης εταιρείας. Η οικογένεια που έχει το παιδί που σπουδάζει στο εξωτερικό, γιατί ενδεχομένως απουσίαζε ορισμένες μέρες, γιατί είχε μια δυσκολία να τα βγάλει πέρα και λοιπά. Άρα μπαίνουμε πια σε μια νέα φάση.

Ποια είναι αυτή η νέα φάση; Ότι και οι ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα δεν πεθαίνουν, ζούνε αλλά αρχίζουν και έχουν τα απόνερα, τις παρενέργειες της θεραπείας. Να γιατί είμαστε εδώ. Να, γιατί ο υπουργός δεν τα ξέρει αυτά και δεν τον απασχολεί και πολύ, γιατί είναι περαστικός. Εμείς είμαστε μόνιμοι, εμείς θα ζήσουμε, εμείς θα συνυπάρξουμε, θα ξαναβρεθούμε. Εμείς πρέπει να φροντίσουμε.

Άρα θεωρώ ότι αυτά που ακούστηκαν ήταν πάρα πολύ σημαντικά. Είναι πολλοί φίλοι και συνάδελφοι εδώ και να μου επιτρέψετε ότι έχω γίνει λίγο αναρχικός με το κράτος. Έχω υπηρετήσει το κράτος 40 χρόνια.

Προκοπή δεν είδα. Και συμφωνώ απόλυτα ότι ίσως δεν θα δούμε και άλλη προκοπή.

Αν δεν εκραγεί το ηφαίστειο της κοινωνίας. Άρα λοιπόν αυτό που κάνουμε, εμείς πρέπει να το κάνουμε εμείς. Τι κάνω εγώ για το κράτος; Εγώ θα δώσω

το μήνυμα, το έναυσμα "είμαστε εδώ, εμείς θα προχωρήσουμε αν θέλετε ελάτε όφελος θα έχετε." Βέβαια, θα πρέπει να δεχθούμε εδώ ότι και η ζωή αλλάζει. Οι εξελίξεις υπάρχουν. Δεν μπορούμε σήμερα να καθόμαστε σε ένα γραφείο και να περιμένουμε τον ασθενή με το οξυγόνο να έρθει από την Αλεξανδρούπολη - παίρνω παράδειγμα από την καλή μου φίλη εδώ - για να τον συμβουλευθούμε. Κάθε πότε μπορεί να έρθει, πόσα έξοδα πρέπει να κάνει; Αλλάζει η κοινωνία. Οι επαφές των ανθρώπων γίνονται όλο και πιο απόμακρες. Το σύστημα της υγείας γίνεται όλο και πιο βραχυκυκλωμένο και κάθε γιατρός είναι στο γραφειάκι του κάτω από την πίεση της ουράς απ έξω.

Και της μεγάλης γραφειοκρατίας που τον κάνει να ασχολείται στο 1/3 της καθημερινότητάς του με τον ασθενή. Και τα 2/3 με αυτά που το κράτος θέλει να εξασφαλίσει, τα γραφειοκρατικά. Έτσι λοιπόν, σε ορισμένες χώρες, όχι πολλές - δεν είμαστε κακή χώρα σε σχέση με τις περισσότερες χώρες της Ευρώπης. Θέλω αυτό να το τονίσω. Είμαστε πιο χαμηλά από ορισμένες χώρες που έχουν μια μεγάλη παράδοση, Σουηδία, Γερμανία, Αγγλία, Γαλλία, αλλά με τις άλλες χώρες είμαστε αρκετά καλά, δηλαδή ασθενείς μας δεν υπολείπονται σε ποιότητα παροχής υπηρεσιών. Αυτές λοιπόν, οι χώρες που είναι λίγο πιο πρωτοποριακές και στην τεχνολογία είπαν, πρέπει να σταματήσουμε αυτό, πρέπει να βρούμε τρόπο να επικοινωνούμε σήμερα.

ΖΩΝΤΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ



Πάρις Κοσμίδης

Διευθυντής, Παθολόγος - Ογκολόγος,
Β' Παθολογική - Ογκολογική Κλινική,
Νοσοκομείο Υγεία

Η επικοινωνία πια μπαίνει σε άλλη φάση και αυτό ορισμένες χώρες το έχουν εκμεταλλευτεί. Η διαδικτυακή πλέον επικοινωνία πρέπει σιγά σιγά να μπει στην καθημερινότητά μας και δεν γίνεται και αλλιώς θα μας πάρει το κύμα. Και αν πούμε ότι εμείς λίγο ακολουθούμε τις άλλες χώρες κατά μερικά χρόνια, νομίζω ότι ήρθε η στιγμή να πούμε ότι να είμαστε και εμείς εδώ. Θα κλείσω γιατί σας ταλαιπώρησα λίγο.

Δεν θέλω να το αποφύγω να το πω γιατί είναι ένα ιδεατό παράδειγμα. Μια ομάδα ανθρώπων, μερικοί από τους οποίους είναι και εδώ στην αίθουσα, είπαμε να μπορούμε σε αυτή τη διαδικασία, να δούμε αν δουλεύει κάτι τέτοιο.

Και φάξαμε να βρούμε ανθρώπους, να μας στηρίξουν και μετά από πολλές προσπάθειες, το Ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος μας στήριξε. Και μέσω της ελληνικής συνεργαζόμενης ογκολογικής ομάδας, δημιουργήσαμε τις προϋποθέσεις εκείνες που σε όλη την Ελλάδα, από την Αλεξανδρούπολη μέχρι την Κρήτη κάτω και το Καστελόριζο μέχρι την Κεφαλονιά, ασθενείς που είχαν καρκίνο του πνεύμονα, που είχαν το γιατρό τους, ο οποίος τους φρόντιζε, τους έκανε τη θεραπεία τους, τους έπαιρνε κομμάτι από τον ιστό και το στέλναμε σε ένα εργαστήριο δωρεάν και βρίσκαμε τα γονίδια τα οποία έχει, τους βάζαμε σε μια πλατφόρμα από το κινητό τους. Τι έκανε αυτή η πλατφόρμα; Έδινε τις πληροφορίες των παρενεργειών των αναγκών τους στο Κέντρο Πληροφοριών μας. Και εμείς είχαμε τη δυνατότητα αυτά και τα βλέπαμε και τι κάναμε;

Είχαμε φτιάξει έναν αλγόριθμο που μπορούσαμε και στέλναμε απαντήσεις, μέχρις ενός ορισμένου ορίου βέβαια, στους ασθενείς αυτούς ώστε να αντιμετωπίσουν τρέχοντα προβλήματα. Και βέβαια με το φίλο μας τον αγαπητό, τον κύριο Βοζίκη, είπαμε να δούμε αν αυτό θα κοστίζει παραπάνω ή λιγότερο. Και, ω του θαύματος, είδαμε ότι αυτοί οι άνθρωποι ενθουσιάστηκαν, λέγανε λεπτομέρειες τέτοιες on time, που δεν μπορούσαν να τις πούνε στο γιατρό που πήγαιναν μετά από 3 μήνες σε 3 εβδομάδες. Γιατί; Κι έτσι συγκεντρώσαμε πληροφορίες πολύ περισσότερες, κάτι που έχει αποδεχθεί και στις μεγάλες μελέτες ότι τα PROs, αυτά που τώρα λέγονται διεθνώς Patient Reported Outcome είναι πολύ πιο πλούσια και σωστά από τις κλινικές μελέτες. Αυτοί οι άνθρωποι δήλωναν πολύ περισσότερα προβλήματα, τους απαντούσαμε με μεγαλύτερη σαφήνεια μέχρις ενός ορισμένου ορίου, χωρίς να μετακινηθούν από το σπίτι τους, δωρεάν. Και έρχεται και ο κύριος Βοζίκης, ο οποίος κάνει την ανάλυση αυτών και μας λέει μάλλον πρέπει να είναι και πιο οικονομικά για τη χώρα. Γιατί; Γιατί το να πάει ο ασθενής στο νοσοκομείο να πάρει το ταξί να περιμένει, να χάσει τη δουλειά του, τελικά του κοστίζει περισσότερο. Άρα να τι εγώ έχω να πω και πολλοί από εσάς το ξέρετε ότι: Αφήστε το κράτος. Κοιτάξτε την κοινωνία, Κοιτάξτε εμάς καταπρόσωπα.

Πρέπει να αφοσιωθούμε, να αλλάξουμε σκεπτικό, να βγούμε από την αντιπολιτευτική μας σκέψη, να μπορούμε σε θετική σκέψη, να πάρουμε τα ηνία και να προχωρήσουμε.

Ε' ΕΝΟΤΗΤΑ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΚΑΙ ΣΤΙΓΜΑ

Το στίγμα του καρκίνου του πνεύμονα είναι βαθιά ριζωμένο στα θεμέλια της ελληνικής κοινωνίας και συντηρεί την αντίληψη ότι ο καρκίνος είναι οπωσδήποτε προσωπική ευθύνη του ασθενή, λόγω της συνήθειας του καπνίσματος. Ο αντίκτυπος του έχει πολλές προεκτάσεις και χρειάζεται δράσεις ευαισθητοποίησης και στοχευμένες παρεμβάσεις. Η καμπάνια της FairLife L.C.C. δίνει φωνή σε αληθινά πρόσωπα που έχουν βιώσει το στίγμα και ανοίγει δυναμικά τη συζήτηση για την αντιμετώπιση του.

WATCH NOW



ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΚΑΙ ΣΤΙΓΜΑ



Αγγελική Σουρή

Patient Advocate, Μέλος Δ.Σ. FairLife L.C.C.

Καλησπέρα σε όλους.

Ευχαριστούμε που είστε σήμερα κοντά μας και εσάς και τους φίλους που μας παρακολουθούν διαδικτυακά.

Αφήσαμε τη συζήτηση για το στίγμα του καρκίνου του πνεύμονα στο τέλος του φετινού συνεδρίου. Όχι φυσικά, γιατί έχει λιγότερο ενδιαφέρον.

Την αφήσαμε στο τέλος γιατί θέλουμε να τονίσουμε πως πέρα και πίσω από κάθε ασθένεια υπάρχει πάντα ένας άνθρωπος, ένας φροντιστής, μια οικογένεια. Θα παρακολουθήσουμε στη συνέχεια ένα βίντεο, πολύ σύντομο από την καμπάνια "Κάνε τη σωστή ερώτηση" που έτρεξε στην Ελλάδα η FairLife για πρώτη φορά στην Ευρώπη ενάντια στο στίγμα του καπνίσματος

Το στίγμα κλείνει πόρτες λοιπόν, πόρτες που θα έπρεπε να είναι ανοιχτές, ειδικά όταν μιλάμε για τον καρκίνο του πνεύμονα. Το στίγμα είναι ένα δύσκολο ζήτημα που δεν είναι απόλυτα κατανοητό από όλους. Συχνά κρίνουμε αυτό τον καρκίνο διαφορετικά από άλλες μορφές καρκίνου, επειδή συνδέεται με τη συνήθεια και τον εθισμό στο κάπνισμα και αυτό είναι κάτι που ελάχιστοι γνωρίζουν.

Γιατί θα πρέπει να πας να μας απασχολεί το στίγμα; Διότι συντηρεί την αντίληψη ότι για τον καρκίνο φταίει οπωσδήποτε ο ασθενής, διότι παραβλέπει άλλους παράγοντες κινδύνου - μόλυνση περιβάλλοντος, κληρονομικούς παράγοντες, έκθεση σε χημικές ουσίες αλλά και τον τρόπο ζωής μας.

Διότι καθυστερεί την επίσκεψη στον γιατρό, διότι επηρεάζει τους ασθενείς ανεξάρτητα από το ιστορικό καπνίσματος, διότι φέρνει ενοχές και αρνητική ψυχολογία που μπορεί να επηρεάσουν την έκβαση της θεραπείας, διότι δείχνει να επηρεάζει τη χρηματοδότηση για την έρευνα, διότι προκαλεί θυμό, απογοήτευση και απομόνωση.

Όταν ξεκινήσαμε να δουλεύουμε για την καμπάνια, γρήγορα καταλάβαμε πόσο ξεχωριστή ήταν αυτή από όλες τις άλλες δράσεις μας. Ήταν εκείνη με τις περισσότερες προκλήσεις.

Γιατί; Γιατί το ζήτημα είναι πολύ ευαίσθητο. Και είναι βαθιά ριζωμένο στην κοινωνία μας και γιατί πολύ σύντομα διαπιστώσαμε αυτή τη λεπτή γραμμή που διαχωρίζει την αρνητική στάση απέναντι στο στίγμα του καπνιστή από την απενοχοποίηση του καπνίσματος.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΚΑΙ ΣΤΙΓΜΑ

Αγγελική Σουρή

Patient Advocate, Μέλος Δ.Σ. FairLife L.C.C.

Τι κάναμε λοιπόν; Διαλέξαμε 8 αληθινές ιστορίες ανθρώπων που ήρθαν σε επαφή με τον καρκίνο του πνεύμονα και βίωσαν το στίγμα τους, μεταξύ αυτών και η Αθηνά που ακούσαμε πριν, ο Έρικ, ο γιος της Κορίνας και πολλοί άλλοι. Μιλήσαμε μαζί τους, τους ακούσαμε, συγκινηθήκαμε. Δουλέψαμε ομαδικά πολλούς μήνες για να παρουσιάσουμε ένα αποτέλεσμα που να μην απενοχοποιεί το κάπνισμα, αλλά να στέλνει δυνατά τα μηνύματα που θέλαμε να περάσουμε.

Θελήσαμε να δείξουμε πως το θέμα δεν είναι να κάνουμε την ερώτηση "Κάπνιζες;" αλλά να την κάνουμε σωστά για να βοηθήσουμε τον ασθενή βήμα βήμα στα δύσκολα.

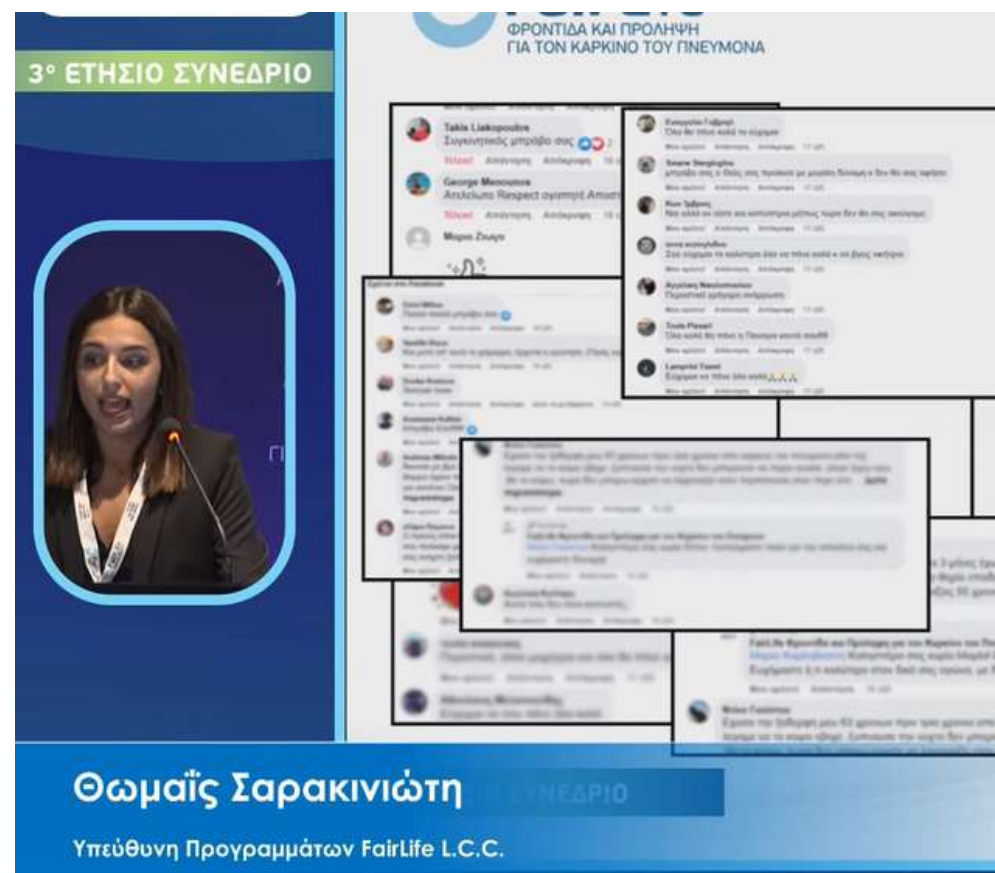
Και να δώσουμε προσοχή σε μια σειρά άλλων ερωτήσεων, όπως: γιατί δεν έχει ακόμα εφαρμοστεί ο συμπτωματικός έλεγχος, γιατί δεν καλύπτεται ο αρχικός και πλήρης έλεγχος των βιοδεικτών, γιατί παραμένει δύσκολη η πρόσβαση στις κλινικές μελέτες; Γιατί να μην υποστηρίζονται ψυχολογικά όλα τα άτομα που βιώνουν την ασθένεια; Γιατί καθυστερεί τόσο πολύ πρόσβαση σε καινοτόμα φάρμακα και θεραπείες που βρίσκονται σε προχωρημένο στάδιο κλινικών μελετών στο εξωτερικό; Γιατί να μην υπάρχει περισσότερη ενημέρωση γύρω από τον καρκίνο του πνεύμονα, την πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωση; Πού είναι η ανακουφιστική αγωγή και φροντίδα των ασθενών τελικού σταδίου; Ο καρκίνος είναι ένα σύνθετο νόσημα. Δεν είναι μόνο φάρμακα, είναι και μια σειρά από άλλες φροντίδες.

Και φυσικά μιλάμε για τον καπνό και προσπαθούμε να αποτρέψουμε τον κόσμο από το κάπνισμα, ειδικά τους νέους, αλλά ταυτόχρονα ενημερώνουμε και για τα ιατρικά διακοπής καπνίσματος και αντιμετωπίζουμε τον ασθενή με αγάπη και με τη φροντίδα που του αξίζει και που κάθε άνθρωπος δικαιούται όταν είναι άρρωστος.

Όσο πιο γρήγορα καταφέρουμε να αποβάλλουμε το στίγμα, τόσο πιο γρήγορα θα μπορέσουν οι άνθρωποι που ζουν με τον καρκίνο του πνεύμονα να πάρουν ισότιμα όλη την υποστήριξη και βοήθεια που χρειάζονται και που δικαιούνται.

Θέλουμε λοιπόν να συνεχίσουμε τη συζήτηση για το στίγμα και θέλουμε να το αποδυναμώσουμε. Το στίγμα δεν οδηγεί πουθενά, παρά μόνο σε αποκλεισμό και αδιέξοδο και δεν υπάρχει χώρος για αυτό. Υπάρχει χώρος μόνο για δράση και θεραπεία. Σας ευχαριστώ και πριν δώσουμε τη σκυτάλη στους καλεσμένους μας, θα παρακαλέσουμε την κυρία Σαρακινιώτη, υπεύθυνη προγραμμάτων της FairLife να κάνει μια σύντομη παρουσίαση για τα στοιχεία που αφορούν την καμπάνια. Ευχαριστώ.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΚΑΙ ΣΤΙΓΜΑ



Θωμαΐς Σαρακινιώτη

Υπεύθυνη Προγραμμάτων FairLife L.C.C.

Καλησπέρα.

Η καμπάνια "Κάνε τη σωστή ερώτηση", η οποία παρουσιάστηκε για πρώτη φορά στην Ελλάδα, ανοίγει ένα μείζον θέμα γύρω από το στίγμα των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα σε σχέση με τη συνήθεια του καπνίσματος. 8 αληθινές ιστορίες ασθενών και φροντιστών αποτέλεσαν το έναυσμα, αν θέλετε, για να αναλογιστούμε το κοινωνικό αυτό ζήτημα, να ξεκινήσουμε έναν διάλογο, ο οποίος ήταν διαδικτυακός αλλά ουσιαστικός και να αναλογιστούμε τελικώς ποιες είναι οι σωστές ερωτήσεις.

Η επικοινωνία της καμπάνιας βασίστηκε κυρίως σε 3 άξονες. Την ευαισθητοποίηση των καπνιστών, την ενημέρωση φορέων και της επιστημονικής κοινότητας, καθώς και την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση λοιπών κοινωνικών ομάδων.

Η καμπάνια μέχρι σήμερα έχει προσεγγίσει περισσότερους από 1,5 εκ. μοναδικούς χρήστες στην Ελλάδα και τα μηνύματά της εμφανίστηκαν πάνω από 6,5 εκ. φορές.

Μέσα από γόνιμο διάλογο και ανταλλαγή απόψεων καταφέραμε να αφυπνίσουμε τον κόσμο να θέσουμε σε πρώτο πλάνο την αντιμετώπιση του στίγματος. Και δημιουργήσαμε, όπως βλέπετε, έτσι και μια ιστοσελίδα στα ελληνικά και στα αγγλικά, καθώς και έναν οδηγό δράσης για τον καρκίνο του πνεύμονα σε συνεργασία με το εργαστήριο Οικονομικών και Διοίκησης της Υγείας του Πανεπιστημίου Πειραιώς. Καταφέραμε ως ομάδα να κάνουμε ένα βήμα γύρω από το στίγμα και συνεχίζουμε για τα επόμενα. Το στίγμα είναι εδώ, παραμένει και εμείς θα συνεχίσουμε να εργαζόμαστε προς την καταπολέμηση του, γιατί όλοι αξίζουν τις ίδιες ευκαιρίες, είτε κάπνιζαν, είτε καπνίζουν, είτε δεν κάπνισαν ποτέ.

Σας ευχαριστώ πολύ.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΚΑΙ ΣΤΙΓΜΑ



Κορίνα Πατέλη-Bell

Πρόεδρος FairLife Φροντίδα και Πρόληψη για τον καρκίνο του πνεύμονα

Εγώ θα ήθελα να ευχαριστήσω και την Αγγελική και την Θωμαΐς και πραγματικά όλους όσους στηρίζουν το έργο της FairLife, γιατί ξέρετε όλη αυτή η δουλειά που έχει γίνει- επειδή ακούω συνεχώς; Ευχαριστώ Κορίνα, την Κορίνα, δεν είναι η Κορίνα. Η αλήθεια είναι ότι η ιστορία του Simon ενέπνευσε την Κορίνα, αλλά μαζί με την Κορίνα έχουν εμπνευστεί πάρα πολλοί άνθρωποι που είναι γύρω μας.

Και όντως η αλήθεια είναι ότι -είπε και προηγουμένως ο κος Κοσμίδης, ναι, μας αρέσει το Διαδίκτυο, μας αρέσει η επικοινωνία, ίσως προέρχεται και από μένα. Αυτό είναι αλήθεια. Είναι, ήταν η δουλειά μου χρόνια. Πιστεύω ότι αν δεν βγούμε, αν δεν μιλήσουμε, αν δεν επικοινωνήσουμε, αν δεν φωνάξουμε δυνατά το καθετί, δεν πρόκειται να αλλάξουν πράγματα. Δεν πρόκειται να μας ακούσει η κυβέρνηση, δεν πρόκειται να αντιληφθούμε π.χ. όπως αυτή εδώ την έρευνα που θα ήθελα να τη μοιραστώ και να αφήσω το εξαιρετικό πάνελ να μας μιλήσει για αυτό το θέμα. Μια έρευνα που έγινε πολύ πρόσφατα και συμπεριλήφθηκε η Ελλάδα για πρώτη φορά με τη συμβολή της FairLife, η οποία μεταξύ άλλων δείχνει ότι το 40% των ερωτηθέντων - η ερώτηση έγινε σε 29 χώρες, 1000 συμμετέχοντες από κάθε χώρα - , το 40% των Ελλήνων απήντησε ότι τρέφει μικρή συμπάθεια για όσους νοσούν με καρκίνο του πνεύμονα και αυτό είναι κάτι που πρέπει όλοι να βοηθήσουμε να αλλάξει και είναι κάτι σημαντικό και εδώ θέλω τη δική σας βοήθεια να δούμε. Έχουμε τις θεραπείες, υπάρχουν τα θέματα με τον προσυμπτωματικό έλεγχο. Υπάρχει θέμα των αποζημιώσεων.

Πώς αλλάζουμε τη συζήτηση; Πώς μπορούμε να αλλάξουμε τη συζήτηση από το "Καπνίζατε;" με το τι μπορεί να γίνει για αυτόν που ζει με τον καρκίνο του πνεύμονα, έτσι και πριν νοσήσει να έχει την κατάλληλη φροντίδα, αλλά και αφού νοσήσει να γίνει κάτι για αυτόν. Σας ευχαριστώ πολύ.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΚΑΙ ΣΤΙΓΜΑ



Ιωάννης Μπουκοβίνας

MD, PhD, PharmaD, Επιστημονικός Υπεύθυνος
Ογκολογικής Μονάδος, Βιοκλινική
Θεσσαλονίκης

Ουσιαστικά θα πω μια ιστορία και μια διαφάνεια.

Νομίζω ότι είναι αρκετά αποκαλυπτική είναι η ιστορία μιας γυναίκας, έτσι με καρκίνο του πνεύμονα, η οποία αναρωτιέται: Λοιπόν πως έπαθα καρκίνο του πνεύμονα; Λοιπόν, αν είστε ασθενής με καρκίνο του πνεύμονα να είστε, είμαι σίγουρος, όπως και εγώ ότι αυτή η πολύ συνηθισμένη ερώτηση έχει παίξει ξανά και ξανά στο μυαλό σας σαν μια ατέλειωτη επανάληψη ενός κακοπαιγμένου δίσκου. Μετά τη διάγνωσή μου κατάλαβα ότι γενικά υπάρχει μια παραδοχή ενοχής και ντροπής που συνοδεύει τη διάγνωση του καρκίνου του πνεύμονα, ιδίως για τους καπνιστές και τους πρώην καπνιστές. Τι γίνεται όμως με τους μη καπνιστές; Γιατί μπαίνουν με συνοπτικές διαδικασίες και αυτοί στο στίγμα του καρκίνου του πνεύμονα, έχοντας ζήσει σε αυτόν τον αυτοκαταστροφικό χώρο ως πρώην καπνίστρια, έχω κι εγώ περάσει από αυτά τα βήματα, αμφισβητώντας τα πάντα σε μια άκαρπη προσπάθεια να εντοπίσω πού ακριβώς έκανα λάθος.

Και σκέφτηκα: Ίσως έφταιγε η έκθεσή μου στο παθητικό κάπνισμα, όταν ήμουν παιδί, τις δεκαετίες του 60 και του 70, τότε που οι γονείς μου κάπνιζαν παντού στο αυτοκίνητο, στο αεροπλάνο, στο καφενείο, στο εστιατόριο, στο σπίτι μέσα. Και όμως αυτοί ζήσανε ευτυχισμένοι και δεν έπαθαν καρκίνο.

Ίσως επειδή κάπνιζα τις μέρες που ήμουν κορίτσι των πάρτι στα τέλη της εφηβείας στις αρχές των '20, αρχικά στις τουαλέτες των σχολείων, τα θυμάστε οι μεγαλύτεροι, μετά σε κάποια πάρτι και κάποια στιγμή λες φτάνει τόσο, θα κάνω ένα παιδί και δεν θα καπνίσω άλλο. Λες να έφταιγε εκείνη η περίοδος;

Μήπως όμως έφταιγε εκείνη η τοξική χωματερή δίπλα στην οποία ζούσα στα 30 μου, η οποία κάποια στιγμή πήρε φωτιά και είστε μάρτυρες πολλών τέτοιων και όσοι πάνε στο γήπεδο κύριε Κοσμίδη, με τα δακρυγόνα τα οποία αναπνέουμε, όταν οι φίλαθλοι δεν είναι φρόνιμοι, όλα αυτά τα τοξικά, τα οποία κατακλύζουν κάθε εκατοστό χώματος και επιφάνειας; Τελικά μήπως έφταιγε το ραδόνιο στο υπόγειο ενός άλλου πρώην σπιτιού μου που είχα στη Λάρισα τότε που πίστευα ότι ήμουν ευτυχισμένη με το σύντροφό μου; Η μαύρη αιθάλη που προσκολλήθηκε μυστηριωδώς, τζάκια που καπνίζουν και όλα τα σχετικά, στις επιφάνειες του διαμερίσματος μας, σε μια προπολεμική πολυκατοικία της Αθήνας; Ή μήπως ήταν τα καυσαέρια από τα αυτοκίνητα που είναι έξω από το σπίτι μου με τα ανοιχτά παράθυρα που έχω στην Ολύμπου, στη Θεσσαλονίκη και ξέρουμε ότι στη Θεσσαλονίκη και στην Αθήνα τα όρια των σωματιδίων των εισπνεόμενων είναι πάνω από το επιτρεπτό στην Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας. Τελικά, μήπως το πολύ στρες που είχα, η κορτιζόλη που κυλούσε στο σώμα μου από το χρόνια στρες που δεν κατάφερα πάντα να το διαχειριστώ ως προσωπικότητα Τύπου Α;

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΚΑΙ ΣΤΙΓΜΑ



Ιωάννης Μπουκοβίνας

MD, PhD, PharmaD, Επιστημονικός Υπεύθυνος
Ογκολογικής Μονάδος, Βιοκλινική
Θεσσαλονίκης

29 Νοεμβρίου 2023

Ίσως να είναι όλα τα παραπάνω, αλλά μπορεί να είναι και ένα απλά τυχαίο γεγονός και ουσιαστικά τα θέματα τα οποία διέπουν τα κείμενα των ασθενών και των φροντιστών είναι 3 μεγάλοι άξονες. Αυτό το αλφαβητάρι της σύνδεσης καπνίσματος και καρκίνου του πνεύμονα που είναι υπαρκτό, δεν είναι ανύπαρκτο, αλλά Ουσιαστικά ηθικοποιεί την ενοχή και την ντροπή, την οποία αισθάνεται και πως αυτά τα 2 μπορούν να συνδεθούν, επιμένοντας στο ότι δεν είναι μόνο το κάπνισμα αιτία του καρκίνου του πνεύμονα, ότι αυτό είναι ένας εθισμός και δεν είναι μια άρνηση αποδοχής της πραγματικότητας και ότι εν πάση περιπτώσει και το κάπνισμα υπάρχει από τις ρίζες της ανθρωπότητας, όσο γνωρίζουμε από ποιες πηγές και να πάρουμε. Έτσι μερικά tips, τα οποία προσπαθεί κανείς να δώσει στους ασθενείς του, όταν ξεκινάνε τα ραντεβού αυτά με τον καρκίνο του πνεύμονα, είναι να τους πείσουμε να μην κατηγορούν τον εαυτό τους για κάτι στο οποίο δεν έχει εξακριβωθεί εν πολλοίς το γιατί κάποιος που καπνίζει ή δεν καπνίζει, κάνει καρκίνο του πνεύμονα. Να ενημερωθούν, να μάθουν από τον γιατρό την ασθένεια τους καλά, τι καρκίνο έχουν, μεταλλαγμένο EGFR μικροκυτταρικό πνεύμονα. Και να βοηθήσει όλη την οικογένεια και την παρέα τους να ενημερωθούν για αυτά και ταυτόχρονα να μιλήσουμε και για την αρρώστια την οποίαν έχουν και να μην το κρατήσουν κρυμμένο.

Γιατί το αλισβερίσι της ενοχής και του αυτοοικτιρμού δημιουργεί και αρνητικά συναισθήματα που δεν πάνε καλά την αρρώστια. Να τους πείσουμε να κάνουν πράγματα που τους δίνουν χαρά, τα χόμπι τους, να μην αφήσουν τη ζωή να τρέχει, περιμένοντας ένα αύριο που δεν ξέρεις πότε θα ξημερώσει, να συνδεθούν με ομάδες, καλή ώρα την FairLife, με πηγές που θα μπορούσαν να πάρουν βοήθεια, που θα μπορούσαν να πάρουν οδηγίες. Διακοπή καπνίσματος, π.χ., να μην ξεχνάμε τις συμπληρωματικές θεραπείες, την μουσικοθεραπεία, τον βελονισμό, το μασάζ, τα οποία μας ανακουφίζουν σε πολλαπλούς τρόπους και κυρίως να μην σιωπούν. Γιατί τώρα που έχουν περάσει από αυτό το λούκι του δρόμου του δύσκολου και του μοναχικού, το μυαλό μπορεί να κάνει σπουδαία πράγματα, αλλά μπορεί να σε συνθλίψει ταυτόχρονα. Πρέπει να μιλήσουν και να γίνουν φάροι, να διαδώσουν ότι ο καρκίνος του πνεύμονα δεν είναι απόλυτα συνδεδεμένος με το κάπνισμα και θα πρέπει όλα αυτά, συμπληρωματικές θεραπείες, πρόληψη, screening, πρόσβαση, όλα αυτά να τα διεκδικήσουμε σαν κοινωνία. Λυπάμαι πάντα πολλές φορές για όσους από σωματεία είναι εδώ, που εξαντλούν τη δραστηριότητά τους στα σωματεία, τα advocacy groups σε συνέδρια. Τα συνέδρια είναι πολύ καλά, πλουτίζουμε όλοι από γνώση και από επικοινωνία, αλλά θέλει και δράσεις. Δράσεις, καλή ώρα σαν και αυτή που βγάλατε, θα την ήθελα να τη δω στην τηλεόραση. Θα πρέπει να παίξει οπωσδήποτε στην τηλεόραση αυτό το κομμάτι, γιατί μόνο έτσι θα αποσιωπηθεί αυτό το οποίο όλοι μας κυνηγούμε. Το στίγμα. Ευχαριστώ πολύ.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΚΑΙ ΣΤΙΓΜΑ



Δήμητρα Καναλουπίτη

MD, Παθολόγος Ογκολόγος, Διευθύντρια, Δ' Ογκολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο Ιασώ

Ευχαριστώ πάρα πολύ. Ευχαριστώ όλους τους συντελεστές της FairLife και Κορίνα μου και εσένα που είσαι πολυαγαπημένη μας, γιατί έχετε αφιερώσει τη ζωή σας στο να βοηθήσουμε τους ασθενείς μας που πάσχουν από καρκίνο του πνεύμονα. Τι χρειαζόμαστε; Φυσικά και το κράτος και την κοινωνία, αλλά νομίζω ότι θα πρέπει να μην είναι αυτό τιμωρητικό αλλά ενθαρρυντικό. Έχω ετοιμάσει και εγώ 3- 4 slide για να βοηθήσω λίγο τη συζήτηση μας.

Πολλά από αυτά έχουν ειπωθεί και θα ειπωθούν ξανά, αλλά εγώ ήθελα να τονίσω τα σημεία εκείνα που νομίζω πρέπει να τα θυμόμαστε όλοι φεύγοντας από εδώ. Ότι το στίγμα είναι διμερές, δηλαδή ακόμα και αν εμείς σαν κοινωνία ήμασταν τέλειοι απέναντι στους καρκινοπαθείς που καπνίζουν για παράδειγμα, οι ίδιοι μέσα τους έχουν ένα εσωτερικευμένο σχήμα. Είναι μια αντίδραση ανεξάρτητα αφενός από την κοινωνία και μετά αυτό ενισχύεται από την κοινωνία, ότι δηλαδή σου λέει: "Κάπνισα, το έπαθα, τα ήθελα και τα έπαθα". Κι εκεί εμείς σαν κοινωνία θα βοηθήσουμε να το αποβάλουν αυτό και όχι να το ενισχύσουμε ως μια εξωτερικευμένη υποτίμηση με τη μορφή, όπως γράφω, διάκριση επικριτικών σχολίων.

Γιατί μέσα μας έχουμε μια αντίδραση, μια αρνητική διάθεση απέναντι σε κάποιον του οποίου η συμπεριφορά θεωρούμε ότι είναι ηθικά μη αποδεκτή ή μη επιθυμητή, ας το πούμε έτσι. Επίσης, είναι σημαντικό να καταλάβουμε ότι στην ιατρική συνοδεύονται από στίγμα όλες εκείνες οι παθήσεις που συνδέονται με συμπεριφορές που θεωρούμε εθισμούς ή εξαρτήσεις που θεωρούμε ότι προκαλούν την πάθηση, δηλαδή ο καρκίνος του πνεύμονα είναι ένα μεγάλο πρώτο τυπικό παράδειγμα, αλλά και η παχυσαρκία επίσης είναι και ότι αυτή αποφέρει τα ναρκωτικά και τα αφροδίσια νοσήματα και ούτω καθεξής.

Έτσι λοιπόν είπαμε ότι το στίγμα το σχετιζόμενο με τον καρκίνο του πνεύμονα αυξάνεται, ενώ έχουμε αυξησει πάρα πολύ όλες τις δράσεις και τις προσπάθειες για να μειωθεί. Και εδώ έχει σημασία να πω ότι αυτές οι στρατηγικές που λέμε denormalization στρατηγικές που έχουν κεντρικό ρόλο στις εκστρατείες διακοπής και τις καμπάνιες διακοπής του καπνίσματος, στην ουσία εντείνουν το αίσθημα της ενοχής. Γιατί όταν χαρακτηρίσεις μια συμπεριφορά ως μη κανονική έχεις και περισσότερες τύψεις. Δηλαδή το '60 που όλοι καπνίζανε, δεν θεωρούσες ότι κάνεις κάτι κακό, τώρα το θεωρείς. Δεν λέω ότι οι καμπάνιες δεν πρέπει να υπάρχουν, αλλά θα δούμε στο καταληκτικό μου σχόλιο πως θα πρέπει να ενθαρρύνουν την υγεία και να μην έχουν τιμωρητική στάση, ας το πούμε, σε αυτούς που επιδεικνύουν τη μη κανονική συμπεριφορά.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΚΑΙ ΣΤΙΓΜΑ



Δήμητρα Καναλουπίτη

MD, Παθολόγος Ογκολόγος, Διευθύντρια, Δ' Ογκολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο Ιασώ

Έτσι λοιπόν αν δεδομένου και ότι το στίγμα έχει φοβερές συνέπειες τόσο στη σωματική όσο και ψυχική και κοινωνική υγεία του ασθενούς, εγώ θα ήθελα να σταθώ σε αυτό το abstract που θεωρώ εξαιρετικό και τροφή για σκέψη. Στο Παγκόσμιο Ογκολογικό Συνέδριο για τον καρκίνο του πνεύμονα στην Σιγκαπούρη πριν 2 μήνες, που ήταν μια συστηματική ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας από κάποιους ερευνητές, σχετιζόμενες με τις παρεμβάσεις, για το τι μπορεί να κάνει κανείς για να μειώσει το στίγμα. Οι άνθρωποι αυτοί ερεύνησαν 4 βάσεις δεδομένων με αναζήτηση αρχείων μέχρι και τον Δεκέμβριο του 2022. Και στην ουσία βρήκανε από 427 αρχεία 10 μελέτες, οι οποίες συμπεριέλαβαν 9 ξεχωριστές παρεμβάσεις, τις οποίες θα μπορούσαμε να κατατάξουμε σε 3 κατηγορίες. Οι επιμορφωτικές, οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις για τη μείωση του στίγματος, δηλαδή η παροχή πληροφορίας, οι οδηγίες, έντυπα, ενημερωτικά υλικά και λοιπά, οι συμπεριφορικές, αυτές δηλαδή που αποσκοπούν στη συμμετοχή σε ομαδικά προγράμματα, προκειμένου να ενισχύσουμε αλλαγές συμπεριφοράς. Και οι ψυχοκοινωνικές, όπου εκεί περιλαμβάνουν μια ολοκληρωμένη, έτσι επίσης, γενικευμένη ψυχοθεραπευτική υποστήριξη. Το ενδιαφέρον ήταν ότι μόνο 10 μελέτες, όλη τη βιβλιογραφία σε μεγάλες θέσεις, μεγάλες βάσεις δεδομένων, οι ομάδες στόχοι ήταν

οι συμπτωματικοί ασθενείς, οι ασθενείς υψηλού κινδύνου και σε πληθυσμούς χωρών υψηλού εισοδήματος και ποιοτικού επιπέδου. Γιατί αυτοί προφανώς έχουν χρόνο να ασχοληθούν με αυτό. Ένας στους 10 μόνο από τις μελέτες απευθυνόταν και σε ογκολόγους. Και μόνο μία στις 10 σε συγγενείς και φροντιστές. Καταλαβαίνετε λοιπόν πως η δουλειά ακόμα έχει να γίνει όταν κανείς ανασκοπεί όλη τη βιβλιογραφία και βρίσκει μόνο αυτά. Οι περισσότερες παρεμβάσεις έδειξαν στατιστικά σημαντική μείωση, που εμείς τρελαινόμαστε για τις στατιστικά σημαντικές μειώσεις, σε τουλάχιστον ένα ή περισσότερα σημεία αξιολόγησης του στίγματος. Δεν εντοπίστηκε όμως καμία παρέμβαση σε επίπεδο κοινότητας ή πολιτικών υγείας, ενώ το εξαιρετικά ενδιαφέρον για μένα ήταν - γιατί συζητούσαμε πριν για τη διαδικτυακή συμμετοχή ότι παραπλήσια αποτελέσματα από efficacy αποτελεσματικότητα είχαμε ακόμη και σε ασθενείς που είχαν μειωμένη λειτουργικότητα και δεν είχαν πρόσβαση δια ζώσης και μπορούσε να τους παρέχεται βοήθεια για διαδικτυακά ή απομακρυσμένα. Και έδειξαν ακριβώς τα ίδια αποτελέσματα. Έτσι λοιπόν τι καταλαβαίνουμε από αυτό; Ότι η ιατρική κοινότητα ενδιαφέρεται και αναγνωρίζει το στίγμα ως πρόβλημα και την αναγκαιότητα να αντιμετωπιστεί. Γι αυτό είμαστε και όλοι εδώ. Αλλά για μένα υπάρχει ανάγκη να το μελετήσουμε πιο οργανωμένα σε ποικίλα κοινωνικά περιβάλλοντα, μεγαλύτερο δείγμα ασθενών.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΚΑΙ ΣΤΙΓΜΑ

Δήμητρα Καναλουπίτη

MD, Παθολόγος Ογκολόγος, Διευθύντρια, Δ' Ογκολογικής Κλινικής,
Νοσοκομείο Ιασώ

Οι μελέτες αυτές είχαν αφήσει το μεγαλύτερο πλήθος του
των ασθενών μας απέξω.

Φυσικά και έχουμε ανάγκη παρεμβάσεων σε επίπεδο κοινότητας ή πολιτικών υγείας και για αυτό γράφω ότι είναι ανάγκη οι
καμπάνιες να ενθαρρύνουν την υγεία και να μην ποινικοποιούν τη συμπεριφορά και αυτό έχει σημασία γιατί ξέρετε η λέξη
εκστρατεία εκφράζει πάρα πολύ ωραία αυτό που θέλουμε να πούμε, την πολεμική εναντίον του καπνίσματος, αλλά δεν θα
πρέπει να είναι πολεμική εναντίον του καπνιστή και αυτό είναι πολύ σημαντικό. Κλείνω λοιπόν με το τελευταίο μου slide, το
οποίο απλά το έβαλα εδώ για να σας δείξω ότι τελικά αν νομίζουμε ότι το στίγμα αφορά μόνο τους ασθενείς που καπνίζουν,
είμαστε πολύ γελασμένοι, γιατί όταν έχεις καρκίνο του πνεύμονα, η πρώτη ερώτηση που θα σου κάνουν, είναι "Κάπνιζες;"
Και μπορεί να μην κάπνιζες ή μπορεί να κάπνιζες και να το είχες κόψει πριν 10 χρόνια και πριν 20 χρόνια, αλλά το θέμα είναι
ότι τελικά και τους μη καπνιστές αφορά και τους καπνιστές αφορά και τους πρώην καπνιστές αφορά, οπότε σε αυτές τις 3
κατηγορίες, αν δεν κάνω λάθος, εντάσσεται όλος ο πληθυσμός της γης. Και για μένα μια ειδική θέση στην καρδιά μου και που
με λυπεί και θα ήθελα να κάνουμε πολύ περισσότερα είναι για το special category που λέω, τους καπνίζοντες συναδέλφους
μας και πολλοί από αυτούς ογκολόγοι επίσης, οι οποίοι θα νοσήσουν και θα είναι πάρα πολύ δύσκολο να τους
υποστηρίξουμε. Ευχαριστώ πολύ.



ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΚΑΙ ΣΤΙΓΜΑ



Παρασκευή Κατσαούνου

Αναπλ. Καθ. Πνευμονολογίας Ιατρικής Σχολής
Ε.Κ.Π.Α., Μονάδα Πνευμον.& Αναπνευστικής
Ανεπάρκειας Α'ΚΕΘ ΓΝΑ Ευαγγελισμός, Μέλος
ΔΣ ΕΠΕ

Είμαι πραγματικά χαρούμενη που είμαι ανάμεσά σας και που διαπραγματεύεστε κάτι το οποίο με έχει απασχολήσει, όπως και τους περισσότερους εδώ και χρόνια. Θα ήθελα να μοιράσω έτσι τη σκέψη μου σε 2 κομμάτια. Το πρώτο είναι ότι σαφώς δεν πιστεύει κανείς από τους γιατρούς ότι πρέπει ένας ασθενής να έχει στίγμα. Δεν είμαστε τιμωρητική κοινωνία.

Όλοι μας δεν έχουμε δει διαφορετικά έναν νεαρό που ήπιε και έπαθε ένα ατύχημα, που πέρασε με κόκκινο φανάρι και είχε ένα ατύχημα, που είναι διαβητικός και τρώει και που η συμπεριφορά του και οι επιλογές του έχουν οδηγήσει σε ένα δυσάρεστο αποτέλεσμα για την υγεία του. Έτσι λοιπόν είμαστε ξεκάθαροι ότι δεν είμαστε τιμωρητική κοινωνία, δεν έχουμε καμία διάθεση να στιγματίσουμε τους ασθενείς και θέλουμε να βοηθήσουμε, όμως θα ήθελα λίγο να επιστήσω την προσοχή σε κάτι που κατ'εμέ έχει και μια παγίδα.

Απ'τη μια σαφώς δεν θέλουμε να στιγματίσουμε κανέναν. Από την άλλη, οφείλουμε σαν επιστήμονες να ξεκαθαρίσουμε κάποια πράγματα και επί του προκειμένου, ο καρκίνος του πνεύμονα και το κάπνισμα έχει σχέση αιτίου αιτιατού, δεν υπάρχει άλλη κακοήθεια, δεν υπάρχει άλλο νόσημα που να έχει τόσο μεγάλη συσχέτιση.

Το 80% οφείλεται στο κάπνισμα. Σαφώς επιδεινώνει η ρύπανση, έτσι ξεκίνησε ο νόμος της απαγόρευσης, όταν πριν από κάποια χρόνια ο αείμνηστος Τριχόπουλος, φάχνοντας να δει γιαγιάδες που είχαν καρκίνο του πνεύμονα και δεν είχαν καπνίσει ποτέ, βρήκε ότι είχαν παθητική έκθεση από τους συζύγους και από εκεί ξεκίνησαν μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες και αποδείχθηκε η σχέση που το ίδιο το παθητικό κάπνισμα μπορεί να

έχει. Και έτσι λοιπόν, θα πρέπει να υπάρχουν 2 κομμάτια, το ότι αναγνωρίζουμε και πρέπει να αναγνωρίζουμε τη σχέση αιτίου αιτιατού, η οποία είναι υπαρκτή, είναι διαφορετική από την αντιμετώπιση του ασθενούς και από τη βοήθεια που πρέπει να προσφέρουμε.

Και όσον αφορά το κάπνισμα, αυτό που πιστεύω, και ήταν πάντα το πρώτο slide στις ομιλίες μου από χρόνια, είναι ότι θα αλλάξουν τα πράγματα όταν αναγνωρίσουμε ότι η εξάρτηση από τη νικοτίνη είναι ένα χρόνια νόσημα, το λέει ο ΠΟΥ. Λέγοντας ότι είναι νόσημα, δεν θέλουμε να δώσουμε στίγμα, αλλά μόνο αν καταλάβουμε ότι η εξάρτηση είναι νόσημα, θα έχουμε διαφορετική συμπεριφορά και αυτοί που πρέπει να έχουν στίγμα είναι όλοι οι ρυθμιστές της υγείας της κοινωνίας, οι κυβερνήσεις που δεν αλλάζουν τα πράγματα. Γιατί;

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΚΑΙ ΣΤΙΓΜΑ

Παρασκευή Κατσαούνου

Αναπλ. Καθ. Πνευμονολογίας Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Μονάδα Πνευμον.& Αναπνευστικής Ανεπάρκειας Α΄ΚΕΘ ΓΝΑ Ευαγγελισμός, Μέλος ΔΣ ΕΠΕ

Η ερώτηση που θα ήθελα να κάνω σε κάποιον από το κοινό είναι: αν κάποιος 16χρονος ή 17χρονος είναι χρήστης ναρκωτικών, κοκαΐνης, ηρωΐνης θα τον δουν με συμπάθεια, έτσι δεν είναι; Γιατί έπεσε θύμα των ναρκωτικών. Όταν λοιπόν εμείς οι γιατροί ξέρουμε από τη φαρμακολογία μας ότι η εξάρτηση η σωματική που προκαλεί η νικοτίνη είναι μεγαλύτερη από αυτή που προκαλεί η κοκαΐνη και δεν έχουμε την ίδια συμπεριφορά και σαν κοινωνία και σαν κυβέρνηση και σαν Υπουργείο Υγείας - γνωρίζουμε ότι ένας νεαρός που θα ξεκινήσει να εθίζεται με τη νικοτίνη από την εφηβεία θα εξακολουθήσει να κάνει χρήση κατά πάσα πιθανότητα και δεν θα μπορεί να διακόψει - και αντί να συνεχίζουμε το έργο μας και τη στάση μας που είναι διακοπή καπνίσματος, απαγόρευση προϊόντων, απαγόρευση πώλησης σε νέους, απαγόρευση να είναι απέναντι από τα σχολεία τα σημεία πώλησης δεχόμαστε, επειδή μας βολεύει, επειδή δεν αναλώνουμε χρόνο, χρήμα και δεν ερχόμαστε σε αντίθεση, να δεχόμαστε κάθε φορά τις επιταγές της καπνοβιομηχανίας που μας λένε για λιγότερο βλαβερά, για λιγότερο εθιστικά, λες και αν δεν πεθάνουν 100 και πεθάνουν 50, 20 ή ότι προκαλεί ο εθισμός τους νέους με το ότι εμείς τους λέμε ότι είναι λιγότερο βλαβερά και ξεκινάνε παίρνουν, ας πούμε το ηλεκτρονικό τσιγάρο, βάζουν μαριχουάνα, κάνουν οτιδήποτε. Άρα, θα πρέπει να είμαστε ξεκάθαροι για τη σχέση αιτίου αιτιατού και σαν κοινωνία και σαν ρυθμιστές της υγείας να πάρουμε το στίγμα, γιατί επιτρέπουμε να είναι ελεύθερο και να είναι ένα καταναλωτικό προϊόν χωρίς έλεγχο, κάτι που ξέρουμε ότι κάνει κακό.

Το δεύτερο που θα ήθελα να πω είναι ότι και από τη στιγμή που γίνεται η διάγνωση του καρκίνου του πνεύμονα, αυτό το στίγμα μερικές φορές επηρεάζει και εμάς τους γιατρούς που δεν επιμένουμε ότι αμέσως μετά τη διάγνωση, το να διακόψει κάποιος το κάπνισμα, όχι επειδή θα του δημιουργήσει καρκίνο, επειδή το να το διακόψει θα τον βοηθήσει να έχει λιγότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές, καλύτερη ανταπόκριση στη χημειοθεραπεία, στην ακτινοβολία και πιθανά το όφελος της διακοπής μετά τη διάγνωση να είναι πολύ μεγαλύτερο ακόμα και από κάποιες θεραπείες που μπορεί να λάβει. Δεν εστιάζουμε σε αυτό. Αισθανόμαστε να μην τον κάνουμε να αισθανθεί άλλο άσχημα, ενώ και η ίδια η διακοπή του καπνίσματος μετά τη διάγνωση είναι το μέγιστο που μπορούμε να του προσφέρουμε. Έτσι λοιπόν, σαφώς δεν υπάρχει στίγμα. Σαφώς η εξάρτηση από τον ορισμό της είναι ότι ξέρω ότι κάτι μου κάνει κακό και δεν μπορώ να διακόψω. Και άρα το να επιτρέπουμε μια εξάρτηση που οδηγεί σε τέτοια τραγικά προβλήματα στην υγεία είναι ευθύνη της Κοινότητας, της Πολιτείας, όσων μπορούν να το περιορίσουν και δεν το περιορίζουν. Από κει και πέρα, αυτό θα πρέπει να βρούμε τρόπο να το διαχωρίσουμε και να μην μειώνουμε την ενημέρωση και την ενημέρωση που όντως θα πρέπει να είναι ξεκάθαρη.

Κάτω από τα 50, εκτός από τον καρκίνο, οι νέοι άνδρες που πεθαίνουν από έμφραγμα έχουν σαν πρώτο παράγοντα το κάπνισμα. Χάνουμε σαρανταπεντάρηδες, επειδή καπνίζουν. Αν αυτό δεν το πούμε... Δεν δίνουμε στίγμα, δεν ενημερώνουμε. Άρα η ενημέρωση και η σχέση που υπάρχει πρέπει να ξεκάθαρη. Στίγμα φυσικά δεν πρέπει να υπάρχει. Πρέπει να δώσουμε τη δυνατότητα και σαν κοινωνία και σαν πολιτεία - δηλαδή δεν αποζημιώνεται η αξονική τομογραφία χαμηλής ακτινοβολίας που είναι σαν μια ακτινογραφία στην ακτινοβολία και δεχόμαστε το ότι κάποιος που θα κάνει 5-10 ακτινοβολίες μπορεί να έχει αυξήσει την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού σε μια γυναίκα. Άρα δεν υπάρχει στίγμα, δεν πρέπει να υπάρχει στίγμα, αλλά σαν επιστήμονες την σχέση αυτή πρέπει να την λέμε ξεκάθαρα, χωρίς να στιγματίσουμε, γιατί μόνο έτσι μπορούμε να βοηθήσουμε.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΚΑΙ ΣΤΙΓΜΑ



Αθανάσιος Βοζίκης

Καθηγητής, Διευθ. Εργαστηρίου Οικονομικών & Διοίκησης της Υγείας (LabHEM), Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Καταρχήν θέλω να πω ότι είμαι πολύ χαρούμενος που είμαι εδώ για ένα θέμα το οποίο εδώ και ένα χρόνο περίπου η αγαπητή Κορίνα με φώναξε να συνεργαστούμε για ένα θέμα το οποίο πραγματικά δεν είχα γνώση ούτε της ευρύτητας, ούτε της σοβαρότητας, να πω την αλήθεια, και ίσως μπορεί κάποιος να είχε μια αίσθηση ότι πράγματι υπάρχει ένας στιγματισμός, μια ενοχοποίηση, μια ντροπή μια στοχοποίηση ακόμη των καπνιστών σε επίπεδο αντιμετώπισης αλλά και εσωτερικής ψυχολογικής κατάστασης. Νομίζω ότι το report το οποίο φτιάξαμε για την ελληνική πραγματικότητα, νομίζω κούνησε λίγο τα νερά και δημιούργησε, εάν θέλετε, μια συζήτηση για ένα θέμα το οποίο πραγματικά ήτανε στο σκοτάδι μέχρι εκείνη τη στιγμή. Ομολογώ ότι οι ιστορίες των ασθενών, οι οποίες εντάχθηκαν και συμπεριλήφθηκαν μέσα στο report ήταν αποκαλυπτικές. Νομίζω παρουσιάστηκαν πάρα πολύ καλά.

Θα ήθελα να μην αναφερθώ άλλο στο συγκεκριμένο, νομίζω έχουν ειπωθεί αρκετά. Θα ήθελα να πω μερικά πράγματα για τον καρκίνο του πνεύμονα γενικότερα, τα οποία εν μέρει ακούστηκαν αλλά κυριότερα να καταλήξουμε στο τι πρέπει να γίνει και το τι μπορεί να γίνει. Γιατί συζητήσαμε για την κατάσταση και για τον τρόπο μέσα από τον οποίο βιώνεται ένα τέτοιο νόσημα από τους ίδιους τους ασθενείς.

Αλλά καταρχήν να πω ότι καρκίνος του πνεύμονα σε παγκόσμιο επίπεδο στους άντρες έχει το μεγαλύτερο burden of disease, δηλαδή αν θέλετε την επίπτωση εξαιτίας ακριβώς της του νοσήματος. Στις γυναίκες σε παγκόσμιο επίπεδο, στη δεύτερη θέση. Στην Ελλάδα, στην πρώτη θέση από όλα τα νοσήματα.

Άρα συζητάμε για ένα νόσημα το οποίο είναι, αν θέλετε, καταλυτικό όχι μόνο σε ιατρική κλινική εικόνα, αλλά αν θέλετε και την επιβάρυνση στην κοινωνία συνολικά, όχι στους ασθενείς, όχι στο σύστημα υγείας, όχι στα νοσοκομεία, γενικά στην κοινωνία. Άρα λοιπόν, πρέπει να βρούμε ένα τρόπο να μπορέσουμε να ανταποκριθούμε στις απαιτήσεις της κοινωνίας, όπως είπε ο κύριος Κοσμίδης, με την έννοια του ότι πράγματι είναι απαίτηση της κοινωνίας να μπορεί να έχουμε μια διαχείριση ενός νοσήματος, αλλά ακόμη καλύτερα ενέργειες, παρεμβάσεις οι οποίες αναφέρονται στην πρόληψη και ενημέρωση,

στο δικαίωμα των ασθενών να έχουν πρόσβαση σε βιοδείκτες, σε θέματα τα οποία αφορούν πρόσβαση σε θεραπείες οι οποίες είναι πάρα πολύ ακριβές και αναμένονται πάρα πολλές στα επόμενα χρόνια. Παράδειγμα, την τελευταία δεκαετία είχαμε περίπου πάνω από 120 νέες θεραπείες για τον καρκίνο και την επόμενη πενταετία αναμένουμε 87 καινούργιες, σύμφωνα με το πώς αναπτύσσονται σε διάφορα στάδια κλινικών μελετών.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΚΑΙ ΣΤΙΓΜΑ



Αθανάσιος Βοζίκης

Καθηγητής, Διευθ. Εργαστηρίου Οικονομικών & Διοίκησης της Υγείας (LabHEM), Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Έχουμε τεράστια βήματα σε τεχνολογία που έχει να κάνει με την ακτινοθεραπεία. Έχουμε νέες απεικονιστικές εξετάσεις οι οποίες μας επιτρέπουν παρεμβάσεις, οι οποίες μέχρι πριν λίγο καιρό δεν θα ήταν δυνατές. Έχουμε εξατομικευμένη θεραπεία.

Δεν έχουμε άλλα πράγματα, δεν έχουμε ανακουφιστική φροντίδα.

Δεν έχουμε, αν θέλετε, πράγματι ενημέρωση και δυνατότητα των ασθενών να οδηγηθούν μέσα σε ένα χαστικό και πρέπει να πούμε και ατελές σύστημα υγείας. Άρα λοιπόν, νομίζω ότι η απαίτηση της κοινωνίας θα πρέπει με κάποιο τρόπο να υλοποιηθεί, να αντιμετωπισθεί, αλλά έχουμε προβλήματα. Παράδειγμα από όλα αυτά που είπαμε. Τι θα επιλεγεί να χρηματοδοτηθεί; Έχουμε μια διαδικασία η οποία πράγματι πρώτα από όλα αξιολογεί ποια είναι, όχι μόνο αποτελεσματική και κλινικά αλλά και αποδοτική οικονομικά για να είναι το value for money που λέμε; Πράγματι, τα λεφτά της κοινωνίας να πιάνουν τόπο και βέβαια προφανώς αν έχουμε γενικά τη δυνατότητα να πληρώσουμε πανάκριβες θεραπείες, πανάκριβες εξετάσεις και μια διαχείριση ενός δύσκολου νοσήματος, το οποίο απορροφά πάρα πολλούς πόρους από την οικονομία μας. Σας ευχαριστώ.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΚΑΙ ΣΤΙΓΜΑ



Caius Kim

Global Director, Lung Ambition Alliance,
AstraZeneca

Θέλω να ευχαριστήσω την Κορίνα και τους διοργανωτές του συνεδρίου που μου έδωσαν την ευκαιρία να σας μιλήσω μέσω βιντεοσκοπημένης μετάδοσης. Το όνομά μου είναι Caius Kim, είμαι ο global director του Lung Ambition Alliance στην AstraZeneca και δυστυχώς θα βρίσκομαι σε μια συνάντηση στη Σιγκαπούρη, όπου η διαφορά ώρας δεν θα μου επιτρέψει να σας μιλήσω σε πραγματικό χρόνο. Θα ήθελα να συγχαρώ τη FairLife για την καμπάνια "Κάνε τη σωστή ερώτηση" που ασχολείται αποκλειστικά με το στίγμα που σχετίζεται με τον καρκίνο του πνεύμονα. Και όπως γνωρίζετε, ο καρκίνος του πνεύμονα είναι η κύρια αιτία θανάτου από καρκίνο σε κάθε χώρα του κόσμου, συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας. Όμως αυτό το φορτίο συνοδεύεται από ένα τεράστιο στίγμα που συνδέεται με τον καρκίνο του πνεύμονα. Είναι γεγονός ότι το κάπνισμα είναι ο κυριότερος παράγοντας κινδύνου, αλλά γνωρίζουμε ότι όποιος έχει πνεύμονες μπορεί να νοσήσει από καρκίνο του πνεύμονα. Είναι λοιπόν πολύ σημαντικό, παρόμοιες καμπάνιες να ασχολούνται με αυτήν την κρίσιμη πτυχή του καρκίνου του πνεύμονα.

Παλαιότερα, υπήρχαν πολύ λίγοι συνήγοροι για τον καρκίνο του πνεύμονα, επειδή υπήρχαν πολύ λίγοι επιζώντες, αλλά πρόσφατα έχουμε δει ότι αυτό αλλάζει. Πλέον οι άνθρωποι ζουν περισσότερο, υπάρχουν νέες θεραπείες, δίνουμε μεγαλύτερη έμφαση στην έγκαιρη διάγνωση και βρισκόμαστε σε σημείο καμπής. Θα υπάρξουν νέες τεχνολογίες, συμπεριλαμβανομένων των διαγνωστικών αιματολογικών εξετάσεων, και πρόοδος στην ακτινοδιαγνωστική που θα δώσουν περαιτέρω δυναμική για να βελτιώσουν την έκβαση για τους ανθρώπους που ζουν με καρκίνο του πνεύμονα. Η συνεργασία μεταξύ της AstraZeneca και της FairLife και αυτή η συνάντηση, στην οποία συμμετέχουν και άλλες εταιρείες, είναι ένα πολύ σημαντικό βήμα και προσπαθούμε να στηρίξουμε παρόμοιες προσπάθειες σε όλον τον κόσμο. Και πάλι, συγχαίρω την FairLife για το εξαιρετικό έργο που επιτελείται στην Ελλάδα. Και πιστεύω πραγματικά ότι στο προσεχές μέλλον θα έχουμε συνεχείς εξελίξεις για τους ανθρώπους που ζουν με καρκίνο του πνεύμονα. Σας ευχαριστώ για το χρόνο σας.

ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΕΣ

Οι εκπρόσωποι του φαρμακευτικού κλάδου συμφώνησαν στην ανάγκη εθνικής στρατηγικής για ολοκληρωμένη προσέγγιση στην πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και φροντίδα του καρκίνου του πνεύμονα. Ο κλάδος εστίασε εξίσου στον προσυμπτωματικό έλεγχο και στις νέες θεραπείες καθώς και στην ταχεία πρόσβαση σε αυτές μέσω κλινικών μελετών. Τέλος, η ανάγκη για χρηματοδότηση αποτελεί κρίσιμο μέρος για την υλοποίηση αυτής της στρατηγικής, προσφέροντας πρόσβαση σε καινοτόμες θεραπείες για όλους τους ασθενείς.

WATCH NOW



ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΕΣ



Εύη Δαλακάκη

Health Policy Lead, MSD Greece

Ευχαριστώ πολύ. Θέλω να ευχαριστήσω την κυρία Πατέλη και την FairLife για την τιμητική πρόσκληση να μιλήσουμε και φυσικά για τη διοργάνωση του ετήσιου συνεδρίου που πλέον έχει γίνει θεσμός για τη διαχείριση του καρκίνου του πνεύμονα. Η αλήθεια είναι ότι σήμερα στα πλαίσια του ευρωπαϊκού σχεδίου για την καταπολέμηση του καρκίνου που ανακοινώθηκε το 2021, οι χώρες έχουν τη δυνατότητα να διαμορφώσουν τις δικές τους στρατηγικές για τον καρκίνο πάνω στους 4 πυλώνες που είναι η πρόληψη, η διάγνωση, η θεραπεία και φυσικά η αποκατάσταση, η επιβίωση και η διαχείριση των ασθενών τελικού σταδίου.

Και μέσα σε αυτό το σχέδιο υπάρχουν και πολιτικές που σχετίζονται με τον καρκίνο του πνεύμονα. Υπάρχει στρατηγική για τη μείωση του καπνίσματος με συγκεκριμένους στόχους το 2030 και το 2040, η βελτίωση της ποιότητας του αέρα και η μείωση της ατμοσφαιρικής ρύπανσης σύμφωνα με τον ΠΟΥ μέχρι το 2050 και φυσικά τα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου και το πρόγραμμα χαμηλής δόσης. Άρα οι χώρες έχουν τη δυνατότητα να χρησιμοποιήσουν το σχέδιο σαν πυξίδα και βλέπουμε διαφορές στην Ευρώπη σε αυτό. Υπήρχαν χώρες που είχαν ήδη σχέδια πριν το ευρωπαϊκό υπήρχαν χώρες που ανταποκρίθηκαν στο κάλεσμα όπως είναι η Ρουμανία, η Τσεχία, η Σλοβενία και υπάρχουν χώρες που δεν έχουν

προχωρήσει σε κάτι τέτοιο, όπως είναι η Ελλάδα. Βέβαια, η πραγματικότητα είναι ότι έχουν γίνει βήματα στρατηγικών και μεταρρυθμίσεων. Το εθνικό ψηφιακό πρόγραμμα για τον καρκίνο, νομοθεσίες για την κατ οίκον νοσηλεία, την παρηγορητική, την ανακουφιστική φροντίδα, τα προγράμματα προσυμπτωματικού, χωρίς βέβαια τον πνεύμονα, όσον αφορά τη θεσμοθέτηση, η επέκταση του εμβολιασμού του HPV και για τα 2 φύλα. Παρ' όλα αυτά υπάρχει χώρος για βελτίωση και φυσικά υπάρχει η ανάγκη για μία συντεταγμένη προσπάθεια από όλους, για μια εθνική στρατηγική. Κανείς μπορεί να αναρωτηθεί γιατί χρειάζεται μια χώρα, μια εθνική στρατηγική. Είναι πολλές φορές, μπορεί να κανείς να το σκεφτεί. Η πραγματικότητα είναι ότι υπάρχουν μελέτες οι οποίες δείχνουν από προηγούμενα χρόνια και από χώρες που είχαν σχέδια ότι όταν υπάρχει σχεδιασμός μακροπρόθεσμων πολιτικών, συνεπής εφαρμογή τους, εποπτεία και φυσικά κατάλληλη επένδυση στις πολιτικές αυτές, ο πληθυσμός και οι ασθενείς έχουν καλύτερα αποτελέσματα, δηλαδή βελτιώνεται η επιβίωση των ασθενών όταν υπάρχει πολιτική στρατηγική και μάλιστα μελέτες δείχνουν ότι στον καρκίνο του πνεύμονα η συσχέτιση μπορεί να είναι και ισχυρότερη, οπότε συνοψίζοντας νομίζω ότι είναι μια ευκαιρία για τη χώρα να προχωρήσει σε μια εθνική στρατηγική ολιστική και να ενσωματώσει πολιτικές οι οποίες ξεκινάνε από την πρόληψη μέχρι το τελικό στάδιο. Αυτά από εμένα.

ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΕΣ



Θανάσης Ακάλεστος

Head of Medical Scientific Affairs & Healthcare Development, Roche Diagnostics (Hellas)

Σας ευχαριστώ, πολύ ευχαριστώ πάρα πολύ και την FairLife για την πρόσκληση και την πολύ ωραία ατζέντα που έφτιαξε σήμερα που αντανακλά λίγο τα στάδια του ταξιδιού του ασθενούς από άκρη σε άκρη και επίσης για την ευκαιρία που έδωσε και στη βιομηχανία να μπορέσει να μιλήσει ως σύμμαχος σε αυτόν τον αγώνα για τον καρκίνο του πνεύμονα. Μιας και είναι και αργά και είμαστε και λίγοι, θα ήθελα να μοιραστώ μια προσωπική ιστορία. Πριν 21 χρόνια μπήκα στη Roche, 2 μήνες μετά η μητέρα μου διαγνώστηκε με μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα ανεγχείρητο και παρόλο που έλαβε την καλύτερη δυνατή θεραπεία με τις δυνατότητες εκείνης της εποχής, έναν χρόνο μετά κατέληξε. Όλο αυτό το διάστημα σκεφτόμουν τι θα μπορούσε να πάει διαφορετικά. Τι θα μπορούσαμε να κάνουμε για τους ανθρώπους σαν τη μητέρα μου που βρέθηκαν σε αυτή τη θέση; Βρέθηκα λοιπόν σε μια εταιρεία που είχε ένα ειδικό όραμα ειδικά για τον καρκίνο του πνεύμονα πέρα και από το όραμα που έχει γενικά για την εξατομικευμένη θεραπεία. Και αυτό είναι ότι θέλουμε τα συστήματα υγείας να έχουν οργανωμένα συστήματα και δομές, τα οποία να μπορούν να υποστηρίζουν τον προσυμπτωματικό έλεγχο, την έγκαιρη και αξιόπιστη διάγνωση και φυσικά τη θεραπεία με ό, τι καινούργιο υπάρχει.

Έτσι ώστε τελικά οι ασθενείς να έχουν τις καλύτερες δυνατές επιλογές σε συνεργασία με όλο το οικοσύστημα που τους περιβάλλει, τους γιατρούς τους, την πολιτεία. Υπάρχουν πάρα πολλές προκλήσεις. Ακούσαμε όλη αυτή τη μέρα, σε αυτήν την πολύ ωραία ημερίδα, από πολύ έγκριτους ανθρώπους, σκληρά στατιστικά στοιχεία για τον καρκίνο του πνεύμονα. Θέλω να μείνω σε 2 σημεία. Το ένα έχει να κάνει με το ότι 2 στους 3 ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα διαγιγνώσκονται στο τελικό στάδιο. Και ότι οι ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο έχουν ένα ποσοστό πενταετούς επιβίωσης μόλις 7%. Και ένα τρίτο στοιχείο που έρχεται να αλλάξει και ένα στερεότυπο που ακούμε για τον καρκίνο του πνεύμονα, ότι πριν λίγο καιρό λέγαμε ότι είναι ο καρκίνος του άνδρα και μάλιστα του καπνιστή. Τώρα πλέον μιλάμε και για καρκίνο που επηρεάζει τις γυναίκες και μάλιστα και μη καπνίστριες. Οπότε η Roche ουσιαστικά επενδύει και συνεργάζεται με όλο το οικοσύστημα σε 3 πυλώνες. Ο πρώτος πυλώνας έχει να κάνει με το να υποστηρίξει τη συνεργασία σε διάφορες χώρες, να συντονίσει τις συζητήσεις, να φέρει κοντά ανθρώπους, να ανταλλάξουν βέλτιστες πρακτικές σε προγράμματα πιλοτικά προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου του πνεύμονα.

ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΕΣ



Θανάσης Ακάλεστος

Head of Medical Scientific Affairs & Healthcare Development, Roche Diagnostics (Hellas)

Το δεύτερο έχει να κάνει ακριβώς επειδή η Roche έχει και τον πυλώνα, το διαγνωστικό στο κομμάτι της έγκαιρης διάγνωσης, με τα παραδοσιακά από τη βιοψία του ιστού, από την υγρή Βιοψία πλέον, από τις ανοσοδοκιμασίες, τους γνωστούς σε όλους καρκινικούς δείκτες αλλά κυρίως πλέον στην καρδιά της εξέλιξης και τεχνολογίας που είναι η γονιδιωματική ανάλυση και το NGS.

Και τέλος, πάρα πολύ σημαντικές είναι καινούργιες θεραπείες που φέρνει η Roche που έρχονται να απαντήσουν στα πρώιμα στάδια του καρκίνου του πνεύμονα. Πρόσφατα ανακοινώθηκαν στο Ευρωπαϊκό Συνέδριο ογκολογίας η πρώτη εγκεκριμένη ανοσοθεραπεία για ασθενείς πρώιμου σταδίου, νεοεγχειρημένους και έρχεται η Roche να συνδιαμορφώσει τη νέα στρατηγική στις ALK θετικές θεραπείες στον πρώιμο καρκίνο. Με αυτό θέλω να κλείσω και να πω ότι είμαστε αρωγοί πάντοτε σε όλες τις προσπάθειες που γίνονται από διάφορους φορείς, από τους συλλόγους ασθενών, από την FairLife. Να μπορούμε μαζί σαν μια συμμαχία και σήμερα μαζί και με όλη τη βιομηχανία να μπορούμε πραγματικά να πούμε, όπως το είπαν νωρίτερα οι γιατροί μας εδώ, ότι ο καρκίνος του πνεύμονα κάποια στιγμή θα είναι ιάσιμος.

ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΕΣ



Αριστείδης Νικολάου

MD, MSc, Πνευμονολόγος, Medical Manager
Oncology Lung, AstraZeneca

Καταρχάς και εγώ με τη σειρά μου να ευχαριστήσω για την πρόσκληση στην εκπληκτική ημερίδα. Γνωρίζουμε ότι η αξία του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του πνεύμονα είναι δεδομένη, έχει αποδειχθεί από μελέτες και επίσης ακούσαμε ήδη και στις πρωινές παρουσιάσεις ότι γίνονται πολλές δράσεις από διάφορους φορείς που προσπαθούν να συνεργάζονται μεταξύ τους, ώστε να καθιερωθεί ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα προληπτικού ελέγχου για τον καρκίνο του πνεύμονα και στη χώρα μας.

Η AstraZeneca ως μέλος μιας συμμαχίας του LAA, έχει ως στόχο δράσεις οι οποίες θα καταφέρουν τελικά να καθιερώσουν ένα πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου τόσο σε παγκόσμιο επίπεδο όσο και στην Ελλάδα. Στις δράσεις αυτές συμπεριλαμβάνονται είτε δημοσιεύσεις αποτελεσμάτων, είτε καμπάνιες, είτε και δημιουργία εργαλείων AI και στόχο έχουν από τη μία να ενημερώσουν το κοινό και από την άλλη να κινητοποιήσουν και να ενεργοποιήσουν τους αρμόδιους φορείς, ώστε να εντάξουν το προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του πνεύμονα στο εθνικό πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου για συγκεκριμένο πληθυσμιακό κοινό.

ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΕΣ



Αιμιλία Κασσωτάκη

Υπεύθυνη Υποστήριξης Ασθενών, Janssen

Ευχαριστώ πάρα πολύ για την πρόσκληση. Συγχαρητήρια για το σημερινό συνέδριο, αλλά και για το έργο που επιτελεί η FairLife, είναι πάρα πολύ σημαντικό και χαιρόμαστε που υποστηρίζουμε το έργο αυτό. Η αλήθεια είναι πως όντως η καινοτομία τρέχει και αυτό που θέλω εγώ να αναφέρω είναι ότι η συνεισφορά στην καινοτομία δεν περιλαμβάνει μόνο τις θεραπείες, επεκτείνεται ουσιαστικά και σε διαφορετικούς τομείς, οι οποίοι ως στόχο έχουν τη βελτίωση της ζωής των ασθενών και της υγείας γενικότερα των ανθρώπων. Ως Janssen μιλώντας, φέρνοντας παραδείγματα από τη δική μου εταιρεία, αυτό που μπορώ να πω είναι ότι προσπαθούμε να το φέρνουμε στην καθημερινότητά μας και να το υποστηρίζουμε έμπρακτα μέσα από πράξεις και αν μου επιτρέπεται να μοιραστώ κάποια παραδείγματα, είμαστε πολύ περήφανοι διότι από το Γενάρη θα είναι σε πλήρη λειτουργία το Κέντρο Κλινικής Έρευνας και Ανάπτυξης που ήρθε εδώ στην Ελλάδα, το οποίο είναι πάρα πολύ σημαντικό, διότι θα δώσει την ευκαιρία σε έλληνες ασθενείς να συμμετέχουν και να εμπλακούν σε κλινικές μελέτες και άρα σε νέες θεραπείες. Πέρα από αυτό πολύ σημαντικό και υποστηρίζουμε έμπρακτα τους συλλόγους ασθενών και προσπαθούμε να καταλάβουμε τις ανάγκες τους, να τις καλύψουμε. Μπορεί πάντα να μην καταφέρνουμε να κάνουμε χορηγίες.

Αυτός είναι ένας τρόπος να υποστηρίξουμε τους συλλόγους, αλλά είμαστε εδώ να είμαστε μαζί τους δίπλα, δίπλα σαν μια κοινή φωνή προς την πολιτεία, προς το Υπουργείο και να πετύχουμε ότι χρειάζεται, είτε αυτό είναι προσυμπτωματικός έλεγχος, είτε είναι νέες θεραπείες. Τέλος, αυτό που θα ήθελα να αναφέρω είναι ότι τόσο σε τοπικό όσο και σε ευρωπαϊκό επίπεδο, η Janssen διερευνά την αξιοποίηση αποκεντρωμένων μοντέλων φροντίδας έξω από το νοσοκομείο, που ως στόχο θα έχουν την ολιστική προσέγγιση της φροντίδας των ασθενών. Και αν μου επιτρέπεται ένα τελευταίο σχόλιο, θα ήθελα να μοιραστώ μια ανησυχία που έχουμε στον κλάδο και ίσως οι συνάδελφοι να μπορούν να το επιβεβαιώσουν. Σε ότι αφορά την καινοτομία και ως καινοτόμες εταιρείες, ανησυχούμε πραγματικά για την πρόσβαση στην καινοτομία που θα έχουν οι ασθενείς το επόμενο διάστημα και τα επόμενα χρόνια, διότι δυστυχώς και μπορεί να ακούγεται πολύ πεζό αυτό τώρα, έτσι όπως θα το αναφέρω, οι επιστροφές που δίνουμε στο κράτος, ειδικά για τα προϊόντα, για τα φάρμακα που πουλάμε στα νοσοκομεία, φτάνουν την τάξη του 70%. Και θεωρώ υποχρέωση μας σαν φαρμακοβιομηχανία να αναφέρουμε και να επικοινωνήσουμε αυτή μας την ανησυχία.

Και ευελπιστούμε για ότι καλύτερο και να μην βρεθούμε στη δύσκολη θέση, όντως οι ασθενείς μας να μην έχουν πρόσβαση στην καινοτομία.

ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΕΣ



Γιώργος Τσακαλάκης

Corporate & Government Affairs Lead, BMS Greece

Συγχαρητήρια. Εξαιρετική διοργάνωση κάθε χρόνο και φέτος και στην κυρία Πατέλη και σε όλη την ομάδα, γιατί αυτό είναι μια συλλογική δουλειά. Θα σταθώ σε αυτό το θέμα από ένα ευρύτερο πρίσμα και παίρνω και εγώ την πάσα και από την κυρία Δαλακάκη. Πριν από μερικές ημέρες στο Γραφείο του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου στην Αθήνα, ο Υπουργός Υγείας ανταποκρίθηκε δημόσια σε αίτημα που έχει διατυπωθεί από πολλές πλευρές, σίγουρα και από τους ίδιους τους ασθενείς για ένα εθνικό στρατηγικό πλάνο αναφορικά με τον καρκίνο στην Ελλάδα, σωστά; Απόλυτα σωστά και μάλιστα δεσμεύτηκε ότι και οι ίδιοι οι ασθενείς -είναι πάρα πολύ σημαντικό αυτό - οι εκπρόσωποι των ασθενών θα συμμετέχουν στο σχεδιασμό μαζί και με την επιστημονική κοινότητα, με τους γιατρούς μας, με όλους τους stakeholders. Μέχρι εκεί καλά. Ένας άλλος ελέφαντας στο δωμάτιο όμως, έχει να κάνει με τη χρηματοδότηση. Ξέρετε αν πάτε στην Αριστοτέλους, στο Υπουργείο Υγείας - δεν το έχω δει, αλλά μπορεί και να υπάρχει - μια βιβλιοθήκη με στρατηγικά σχέδια, 2 έως τώρα, αν θυμάμαι καλά, τα οποία ποτέ δεν εφαρμόστηκαν, γιατί μπήκαμε και στο σπιράλ της οικονομικής κρίσης, το αναγνωρίζουμε, αλλά ένα κοινό χαρακτηριστικό τους ήταν ότι δεν υπήρχε πρόβλεψη χρηματοδότησης τους. Ο εθνικός σχεδιασμός θα μας επιτρέψει να βάλουμε, να νοικοκυρέψουμε όλο το χρονικό συνεχές της νόσου.

Τι κάνουμε καλά μέχρι τώρα και πού υπάρχουν κενά; Θα πρέπει να απαντηθούν. Από την πρόληψη, τον προσυμπτωματικό έλεγχο, όπως για παράδειγμα στον πνεύμονα, στην νοσοκομειακή φροντίδα, από κει και πέρα στην πρόσβαση στις θεραπείες, - αυτή τη στιγμή, όπως πολύ σωστά αναφέρθηκε, 7 στις 10 θεραπείες καλύπτονται από τις φαρμακευτικές εταιρείες, 3 στις 10 καλύπτονται από το κράτος μέχρι την παρηγορητική φροντίδα και άλλα στάδια σε αυτό το συνεχές. Συνεπώς, η χρηματοδότηση είναι ένας από τους πιο σημαντικούς τομείς στους οποίους πρέπει να επικεντρωθούμε. Εργαστήκαμε λοιπόν, το Ινστιτούτο Οικονομικών της Υγείας πριν από περίπου έναν χρόνο δημοσίευσε μια μελέτη, χρηματοδοτήθηκε και υποστηρίχθηκε από την BMS, η οποία προτείνει να εφαρμόσουμε και στην Ελλάδα ένα best practice, μια βέλτιστη πρακτική που συστήνει ο ίδιος ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, η οποία εφαρμόζεται αυτή τη στιγμή σε 80 κράτη παγκοσμίως, ανάμεσά τους τα πιο προηγμένα συστήματα υγείας. Και τι προβλέπει; Η διαφορεική φορολογία, δηλαδή ειδικοί φόροι σε προϊόντα με αποδεδειγμένη αρνητική επίπτωση στην επίδραση του καρκίνου να συγχρηματοδοτούν την ογκολογική φροντίδα, να συγχρηματοδοτήσουν το εθνικό σχέδιο σε ένα ορίζοντα πενταετίας για την αντιμετώπιση του καρκίνου.

ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΕΣ



Γιώργος Τσακαλάκης

Corporate & Government Affairs Lead, BMS
Greece

Ερώτημα: άρα θα επωφεληθεί μόνο ο καρκίνος; Απάντηση: σαφέστατα όχι.

Με τη χρηματοδότηση του καρκίνου μέσα από ένα τέτοιο μοντέλο θα απελευθερωθούν ουσιαστικά πολύτιμοι πόροι συνολικά για τη χρηματοδότηση του υγειονομικού συστήματος. Ερώτημα: είναι ένας δίκαιος φόρος, γιατί είναι άμεσος φόρος, όπως είναι ο φόρος προστιθέμενης αξίας; Ναι, το 23% ειδικός φόρος, ένα προϊόν θα πληρώσει το ίδιο ποσοστό ένας φτωχότερος, το ίδιο ποσοστό, ένας πλουσιότερος. Όμως εδώ μιλάμε για ένα ασφάλιστρο ρίσκου, αν θέλετε αυξημένου ρίσκου, στο οποίο θα πρέπει να συμμετέχουμε όλοι οι πολίτες. Υπάρχει ένας ισχυρός συμβολισμός ότι από τη στιγμή που καταναλώνω κάποια προϊόντα που κάνουν κακό στην υγεία μου, θα πρέπει να συνεισφέρω στην αντιμετώπιση αυτών των νοσημάτων και νομίζω ότι ήρθε η στιγμή και στην Ελλάδα πλέον να δούμε σε μια πιο άμεση βάση την συζήτηση αυτή για το πώς θα μπορούσε το μοντέλο αυτό να εφαρμοστεί και στην χώρα μας. Ευχαριστώ.

ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΕΣ



Ανδρέας Ρουσιδης

Ph.D, Ιατρικός Διευθυντής GSK

Νομίζω ότι είναι ένας προβληματισμός που έχουν όλες οι εταιρίες και στον οποίο όλοι και προσωπικά και ομαδικά δίνουμε τον αγώνα μας. Παράλληλα, προσπαθούμε και κύρια μέριμνά μας είναι να διασφαλίσουμε ότι όλοι οι ασθενείς θα έχουν πρόσβαση σε καινοτόμες θεραπείες. Και θα έχουνε, γιατί οι Έλληνες ασθενείς δεν είναι ασθενείς δεύτερης κατηγορίας και αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο οι εταιρίες παραμένουν στη χώρα. Προκειμένου να μπορούμε να έχουμε εμείς στο επίκεντρό μας στους ασθενείς και να μπορούμε με όλες τις δυνατότητές μας να βοηθάμε προς αυτή την κατεύθυνση. Είναι γεγονός ότι ένα πολύ μεγάλο μέρος των επενδύσεων, της φαρμακοβιομηχανίας έρχεται σίγουρα και μέσα από τις κλινικές μελέτες, τα οποία έχουν πολλαπλά οφέλη για το κράτος. Πρώτα από όλα να θυμίσω ότι κλινικές μελέτες είναι ίσως ο μοναδικός τρόπος για να αναπτύξουμε με ασφάλεια ένα καινούριο καινοτόμο φάρμακο. Παράλληλα, ας μην ξεχνάμε ότι ο χώρος της ογκολογίας ιδιαίτερα είναι ένας χώρος που έχουμε πραγματικά ραγδαίες εξελίξεις. Δυστυχώς όμως πολλές φορές ραγδαία μπορεί να είναι και η επιδείνωση ενός ασθενούς. Οι κλινικές μελέτες αποτελούν ταυτόχρονα ένα τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς μπορούν να έχουν πρόσβαση σε νέες καινοτόμες θεραπείες, τις οποίες διαφορετικά δεν θα είχαν την ευκαιρία να τις λάβουν και πολλές φορές οι θεραπείες αυτές μπορεί να είναι πραγματικά ωφέλιμες, ίσως και σωτήριες, όπως προχωράνε οι εξελίξεις για τους ασθενείς.

Σαν παράδειγμα νομίζω ότι ακόμα και σαν GSK, μπορώ να πω ότι τα τελευταία χρόνια έχουμε επενδύσει περισσότερα τα τελευταία 3 χρόνια από 11 εκατομμύρια ευρώ στο κομμάτι των κλινικών μελετών, έχουμε 32 κλινικές μελέτες που έχουνε δώσει πρόσβαση σε καινοτόμες θεραπείες σε περισσότερους από 570 ασθενείς. Οι περισσότερες από αυτές είναι στην ογκολογία και στην αιματολογία και χαρακτηριστικά 4 από αυτές τρέχουν σήμερα στον καρκίνο του πνεύμονα. Άρα η απάντηση σε ένα γενικότερο ερώτημα είναι: ναι σαν φαρμακοβιομηχανία, κάνουμε πραγματικά ότι μπορούμε όχι μόνο σαν GSK, αλλά νομίζω οι περισσότερες εταιρίες να φέρουμε όσο το δυνατόν περισσότερες κλινικές μελέτες στην Ελλάδα. Και στην Ελλάδα πρέπει επίσης να θυμόμαστε και να είμαστε περήφανοι, γιατί έχουμε πολύ σημαντικούς ερευνητές, οι οποίοι σε συνεργασία με τους ασθενείς, γιατί έχουν πολύ σημαντικό ρόλο σε αυτό, έχουν φέρει την Ελλάδα στο επίκεντρο των εξελίξεων και υπάρχουν πολλές κλινικές μελέτες και χαρακτηριστικά για την εταιρεία μας που είμαστε πρώτοι σε ένταξη ασθενών παγκοσμίως, το οποίο είναι πάρα πολύ σημαντικό. Άρα, η θέληση υπάρχει, το υπόβαθρο υπάρχει και είναι πάρα πολύ σημαντικό. Σίγουρα και σε αυτό τον τομέα περιμένουμε από το κράτος να βοηθήσει τόσο το νομοθετικό πλαίσιο όσο και κάποια κίνητρα, ώστε να μπορούμε να είμαστε ανταγωνιστικοί σε σχέση με άλλες χώρες και να φέρουμε ακόμα περισσότερες μελέτες που έχουν σίγουρα όφελος και για το σύστημα υγείας, αλλά και για τους ασθενείς.



■ **Θερμές Ευχαριστίες**

Wasp Studio

Παραγωγή οπτικοακουστικού υλικού

Catalytica

Επικοινωνία κι διαφήμιση

Reputation Unique

Υποστήριξη οργάνωση εκδήλωσης

Έλενα Παπαδημητρίου

Συντονισμός-Παρουσίαση



■ **Με την ευγενική υποστήριξη:**



■ **Υπό την αιγίδα**

