કેન્સર
જનજાગૃતિ અભિયાન

મોં અને ગળાનું કેન્સર

ડો. ચિરાગ એ. શાહ
એમ.ડી.મેડિકલ ઓન્કોલોજી (યુએસએ),
એમ.ડી. હીમેટોલોજી (યુએસએ),
ડિપ્લોમેટ અમેરિકન બોર્ડ ઓફ મેડિકલ ઓન્કોલોજી
ડિપ્લોમેટ અમેરિકન બોર્ડ ઓફ હીમેટોલોજી

મોં અને ગળાના કેન્સરના નિદાન-સારવાર અંગે ખૂબ જ સરળ ભાષામાં ૩૫ ફોટોગ્રાફ્સ, ટેબલ સાથે નિષ્ણાત ડોક્ટર દ્વારા લખાયેલ અદ્‌ભુત પુસ્તક

પ્રકાશક
હેલ્થકેર ઈન્ટરનેશનલ મલ્ટીથેરાપી ઈન્સ્ટિટ્યૂટ
એ-૧, વિક્રમ એપાર્ટમેન્ટ, શ્રેયસ ક્રૉસિંગની પાસે,
ઓવરબ્રિજ નીચે, ભુદરપુરા, આંબાવાડી, અમદાવાદ-૩૮૦૦૧૫.
મો. ૯૮૭૯૫૦૦૧૭૯

MO ANE GALANU CANCER
By Dr. Chirag A. Shah
Published by Healthcare International Multitherapy Institute
A-1, Vikram Apartment, Near Shreyas Crossing,
Under Over Bridge, Bhudarpura, Ambawadi, Ahmedabad-15.
Mo. : 9879500179

© Dr. Chirag A. Shah

બીજી આવૃત્તિ : May, 2023

પ્રથમ આવૃત્તિ : July, 2018

પૃષ્ઠ સંખ્યા : 72

નકલ : 1000

કિંમત : રૂ. 110/-

ISBN : 978-81-958940-7-9

પ્રાપ્તિસ્થાન

પ્રકાશક : હેલ્થકેર ઈન્ટરનેશનલ મલ્ટીથેરાપી ઈન્સ્ટિટ્યૂટ
એ-૧, વિક્રમ એપાર્ટમેન્ટ, શ્રેયસ ક્રૉસિંગની પાસે,
ઓવરબ્રિજ નીચે, ભુદરપુરા, આંબાવાડી, અમદાવાદ-૧૫.
મો. ૯૮૭૯૫૦૦૧૭૯

ગૂર્જર સાહિત્ય પ્રકાશન
૧૦૨, લેન્ડમાર્ક બિલ્ડિંગ,સીમાહૉલની સામે,
૧૦૦ ફૂટ રોડ, પ્રહ્‌લાદનગર, અમદાવાદ-૩૮૦૦૧૫.
ફોન : ૦૭૯-૨૬૯૩૪૩૪૦, મો : ૯૮૨૫૨૬૮૭૫૯

ગૂર્જર સાહિત્ય ભવન
રતનપોળ નાકા સામે, ગાંધીમાર્ગ, અમદાવાદ-૩૮૦૦૦૧.
ફોન : ૦૭૯-૨૨૧૪૪૬૬૩

મુદ્રણ : ભગવતી ઑફસેટ
સી-૧૬, બંસીધર એસ્ટેટ, બારડોલપુરા, અમદાવાદ-૧૬.

લેખક પરિચય

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

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

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

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

ડૉ. ચિરાગ એ. શાહ
શ્યામ હીમ-ઓન્ક ક્લિનિક
૪૦૨, ગેલેક્સી, ઝાંસી કી રાની બીઆરટીએસ બસ સ્ટેન્ડ સામે,
શિવરંજની અને નહેરુનગર સર્કલ વચ્ચે, સેટેલાઈટ રોડ, અમદાવાદ-૩૮૦૦૧૫
ફોન નંબર : ૦૭૯-૨૬૭૫૪૦૦૧, વેબસાઈટ : **www.shyamhemoncclinic.com**

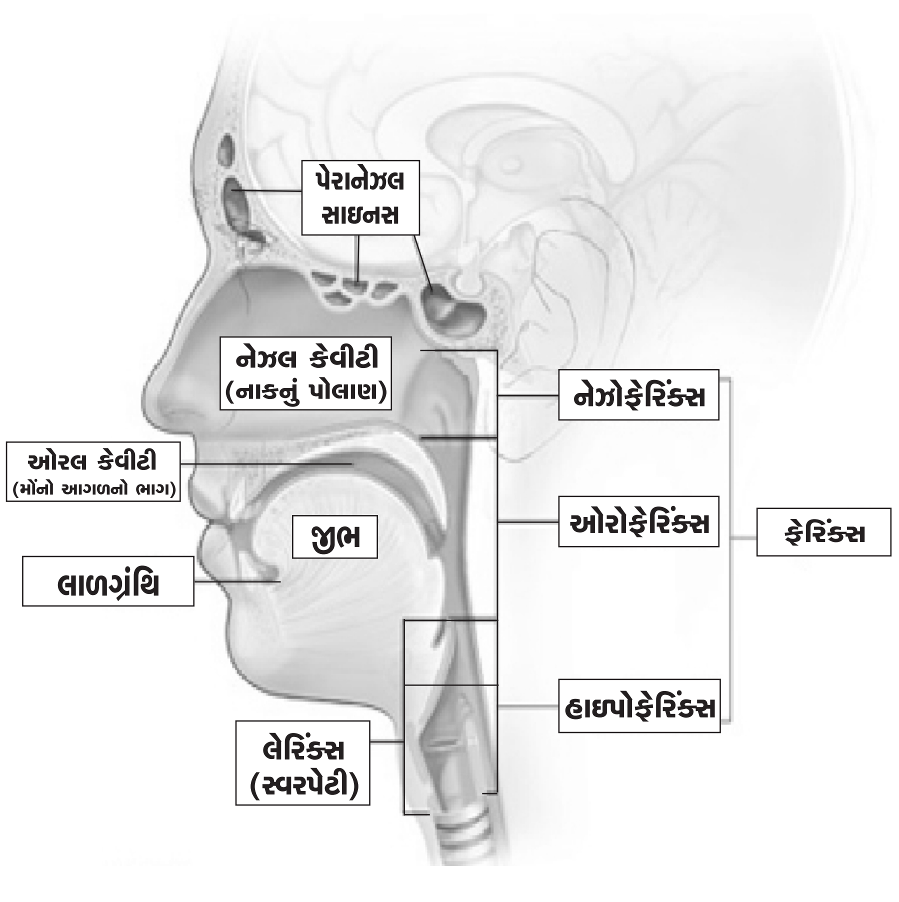
YouTube CHANNEL
Dr. Chirag A. Shah

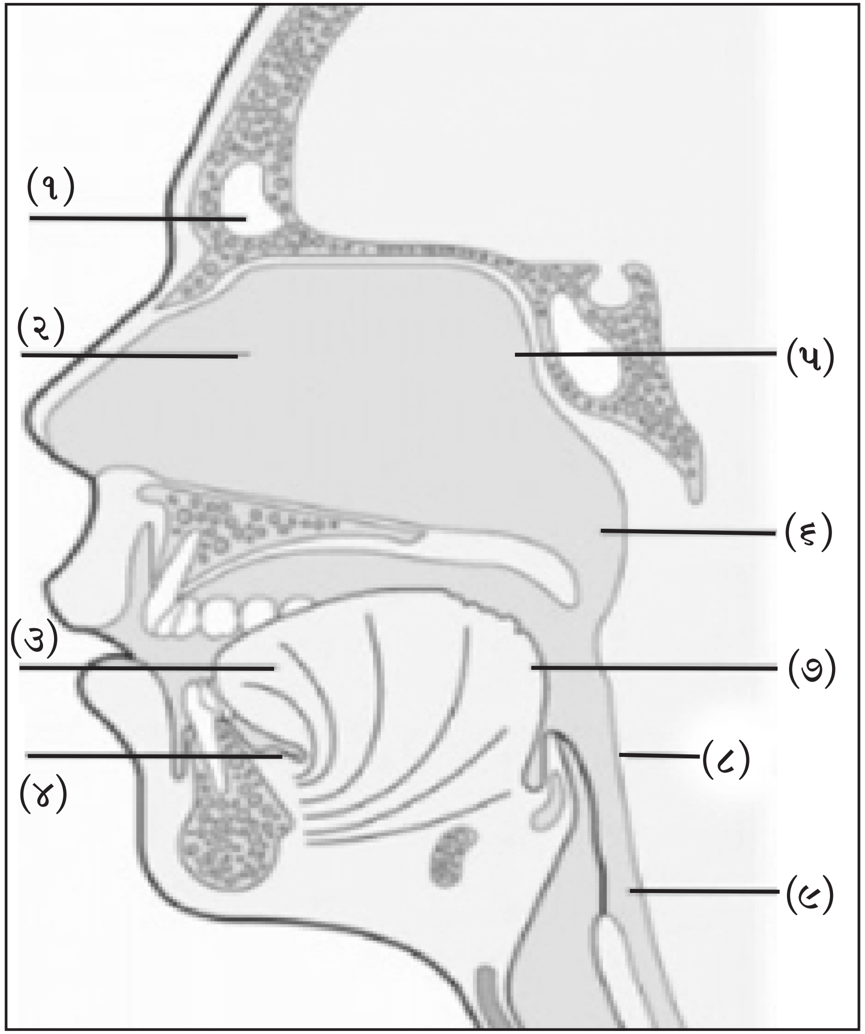
શ્યામ ઓન્કોલોજી ફાઉન્ડેશન અને કરુણાલય કેર સેન્ટર

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

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

Website : www.shyamoncologyfoundation.org





(૧) પેરાનેઝલ સાયનસ

(૨) નેઝલ કેવિટી- નાકનું પોલાણ

(૩) ટંગ-જીભ

(૪) ફ્લોર ઓફ માઉથ-મોંનું તળિયું

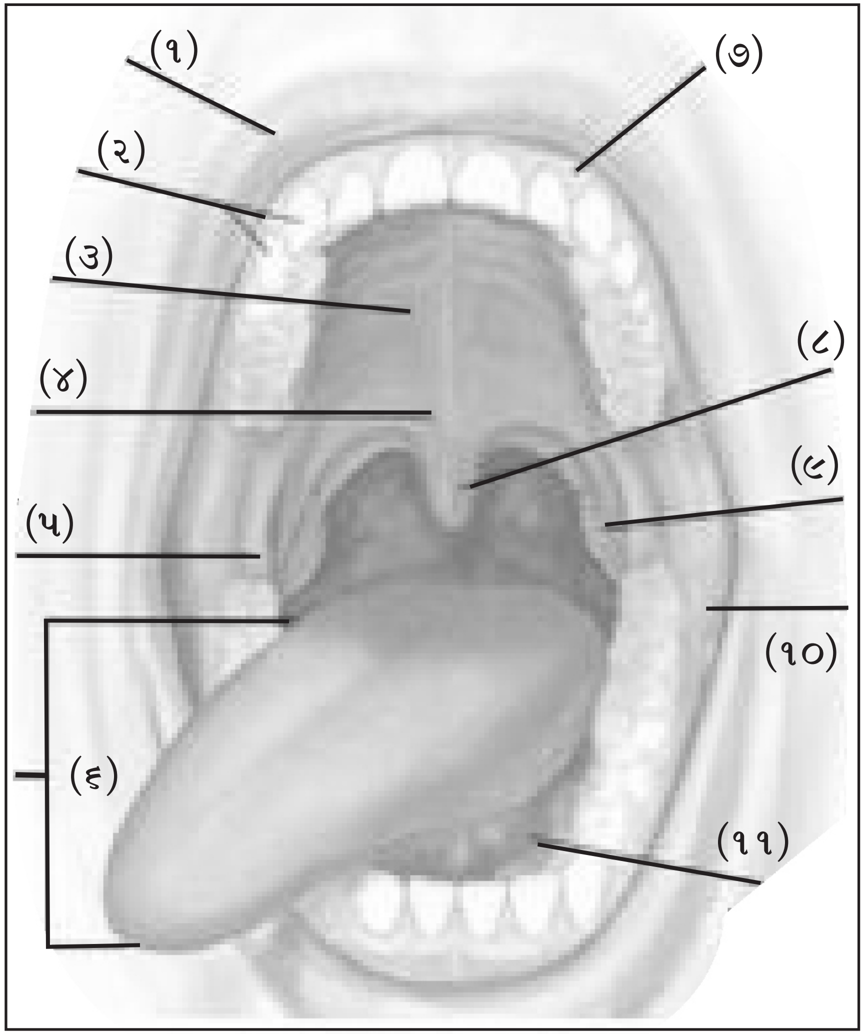
(૫) પેરાનેઝલ સાયનસ

(૬) નેઝોફેરિંક્સ- નાકની પાછળનો ભાગ

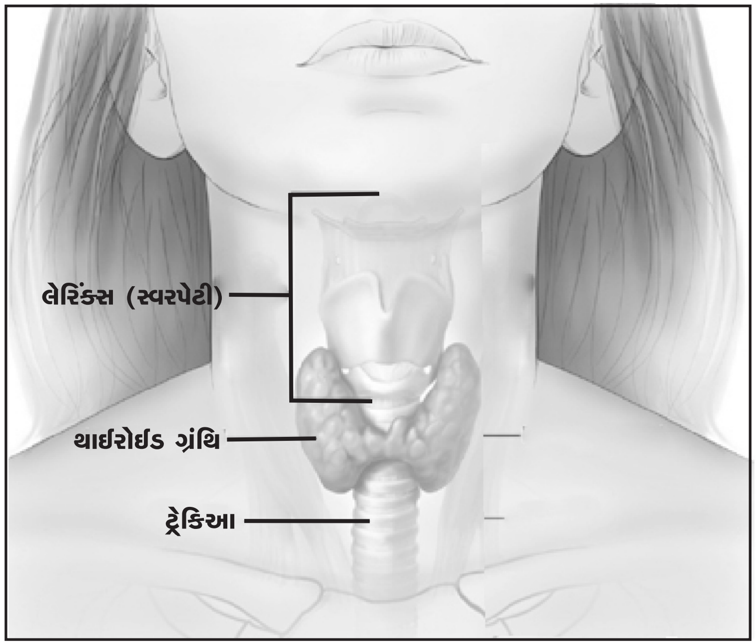
(૭) બેઝ ઓફ ટંગ-જીભનો પાછળનો ૧/૩ ભાગ

(૮) પોસ્ટીરીયર ફેરિંજીયલ વોલ- ફેરિંક્સની પાછળની દીવાલ

(૯) ઓરોફેરિંક્સ - ફેરિંક્સનો વચલો ભાગ

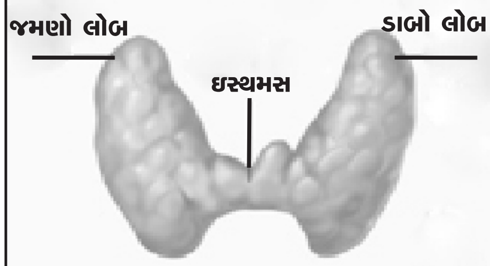


(૧) લિપ્સ-હોઠ
(૨) ટીથ –દાંત
(૩) હાર્ડ પેલેટ-ઉપરનું તાળવું
(૪) સોફ્ટ પેલેટ-તાળવું
(૫) રીટ્રોમોલર ત્રિકોણ
(૬) ટંગ-જીભ (આગલીર/૩)
(૭) જિંજિવા (ગમ) પેઢાં
(૮) યુવ્યુલા
(૯) ટોન્સિલ્સ –કાકડા
(૧૦) બકલ મ્યુકોસા (હોઠ અને ગાલની લાઈનિંગ)
(૧૧) મોંનું તળિયું **(Floor of mouth)**

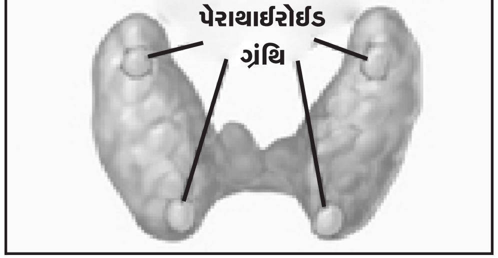


થાઈરોઈડ અને પેરાથાઈરોઈડ ગ્લેન્ડ (ગ્રંથિ) એનેટોમી

થાઈરોઈડ ગ્રંથિ - આગળનો ભાગ



થાઈરોઈડ ગ્રંથિ પાછળનો ભાગ



અનુક્રમણિકા

1. મોં અને ગળાના કેન્સરથી કઈ રીતે બચી શકાય ?....................09

2. નિદાન...16

3. સારવાર...22

4. વિવિધ ભાગના કેન્સર...46

5. મોં અને ગળાના કેન્સરમાંથી બચેલા દર્દીઓની સારસંભાળ.............64

મોં અને ગળાના કેન્સરથી કઈ રીતે બચી શકાય ?

પરિચય

ભારતમાં જોવા મળતા કેન્સરમાં હવે મોં અને ગળાના કેન્સરનું પ્રમાણ સૌથી વધુ થઈ ગયું છે. અંગ્રેજીમાં આને હેડ એન્ડ નેક કેન્સર કહે છે. છેલ્લા દાયકામાં આ કેન્સરમાં બહુ ભયજનક રીતે વધારો થઈ રહ્યો છે અને હજુ પણ ઘણું વધશે એમ લાગી રહ્યું છે. વધુ અફસોસની વાત એ છે કે આમાં નાની વયના (૨૦થી ૩૦ વર્ષ) પણ ઘણા દર્દીઓ છે.

આ વિભાગમાં નીચેનાં કેન્સરને ગણવામાં આવે છેઃ મોં (જીભ, ગાલ વગેરે), ગળું, સ્વરપેટી, સાઇનસ, નાક, લાળગ્રંથિ, થાઇરોઇડ.

૧

મોટાં જોખમી પરિબળો

મેજર રિસ્ક ફેક્ટર્સ છેઃ

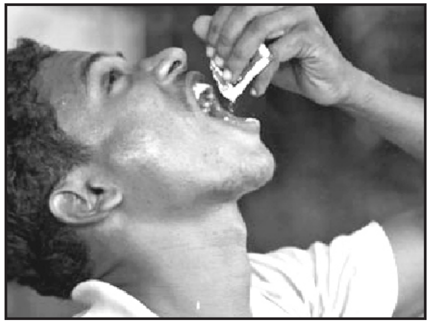
(૧) તમાકુ
(૨) સોપારી
(૩) દારૂ
(૪) **HPV** - એચપીવી- હ્યુમન પેપીલોમા વાયરસ
(૫) **EBV** -ઈબીવી-એપસ્ટીન બાર વાયરસ

(૧) તમાકુ

હું વાચકોને અપીલ કરું છું કે તમાકુની ભયાનકતાને સમજો અને ખાસ કરીને બાળકો, કિશોરો આ લતનો ભોગ ન બની જાય એનું ખાસ ધ્યાન રાખો.

તમાકુનું સેવન કોઈ પણ પ્રકારે જોખમકારક છેઃ ધૂમ્રપાન, ચાવવું, દાંત સાફ કરવા વાપરવું, સૂંઘવું (છીંકણી) વગેરે. છેલ્લાં ઘણાં વર્ષોથી તમાકુના ઉપયોગની પદ્ધતિ બદલાઈ રહી છે. ચાવવાની તમાકુનો ઉપયોગ હવે ઘણો વધી ગયો છે- ખાસ કરીને ગુટખા અને પાનમસાલાને લીધે, જે બહુ વ્યાપકપણે મળે છે. આ કારણથી મોં અને ગળાના કેન્સરમાં ભયજનક રીતે વધારો થઈ રહ્યો છે. ગુટખા, પાનમસાલા સસ્તા પણ ઘણા છે અને ધૂમ્રપાન કરતાં વાપરવા સહેલા પણ છે. આ કારણથી શાળાએ જતાં બાળકો અને કોલેજીયનોમાં પણ એનો વપરાશ ઘણો વધી રહ્યો છે.

૨૦૦૮માં થયેલ એક અભ્યાસ મુજબ, ભારતમાં ૧૫ વર્ષની વયનાં ૫૦ લાખથી વધુ બાળકો તમાકુ ચાવે



છે. આ સંખ્યા આજે ૨૦૧૭માં આનાથી ચોક્કસ ઘણી વધુ છે. નાની ઉંમરનાં આ બાળકોમાંથી ઘણાને ૨-૧૦ વર્ષમાં કેન્સર થઈ શકે છે.

આ બહુ જ ભયજનક સમાચાર છે.

પણ ધૂમ્રપાન તો અનેક દાયકાઓથી ઉપલબ્ધ છે, તો પછી ચાવવાની તમાકુ આટલા ઓછા સમયમાં આટલી મોટી સમસ્યા કેમ બની ગઈ છે?

તમારી વાત સાચી છે. આની પાછળ ઘણાં કારણો છેઃ

૧. આ ઉત્પાદનો ધૂમ્રપાનની તુલનામાં સસ્તાં છે, વપરાશમાં સરળ છે, વધુ વ્યાપક પ્રમાણમાં મળી રહે છે. સામાજિક રીતે વધુ સ્વીકાર્ય છે.

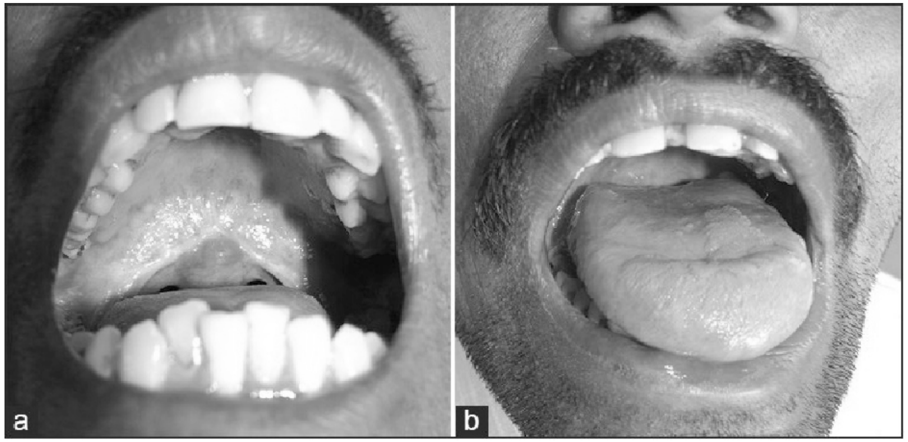
૨. ધૂમ્રપાનની સરખામણીમાં તેનું માર્કેટિંગ પણ ઘણું વધારે થાય છે.

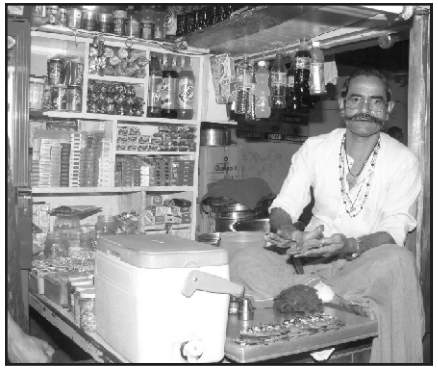
૩. આ ઉત્પાદનોમાં તમાકુ સિવાય અન્ય રસાયણો પણ ઉમેરવામાં આવે છે. આથી કદાચ એ વધુ કેન્સરજનક બને છે. ઉપરાંત ધૂમ્રપાનથી ન જોવા મળતી અમુક આડઅસરો જેમકે ઓએસએફ-**OSF** પણ વ્યાપકપણે જોવા મળે છે.

૪. OSF –Oral Submucous Fibrosis : (ઓએસએફ-ઓરલ સબમ્યુકસ ફાઈબ્રોસીસ)

આ એક અસાધ્ય તકલીફ છે જેમાં મોં પૂરું ખૂલતું નથી. ઘણા આવા દર્દીઓનું મોં માત્ર એક આંગળી જેટલું જ ખૂલે છે. તેઓ માત્ર પ્રવાહી જ લઈ શકે છે. આ એક બહુ જ દયનીય પરિસ્થિતિ છે, જેનો કોઈ ઈલાજ નથી.

૫. તમાકુના વ્યસનીઓમાં ઘણી વાર કુપોષણ(ખાસ કરીને વિટામીનની





ખામી) જોવા મળે છે. આવાં અમુક વિટામીન- ખાસ કરીને વિટામીન એ-ની ખામીથી કેન્સરનું જોખમ વધે છે.

૬. નાની ઉંમરે શરીરનાં અંગો/પેશીઓ કુમળાં હોવાથી વધુ નુકસાન કરે છે. આ ઉત્પાદનો નાની ઉંમરે (બાળકો, કિશોરો) પણ વાપરતાં હોવાથી કેન્સરનું પ્રમાણ વધે છે.

૭. તમાકુ ખાવાથી કે ધૂમ્રપાનથી ઘણી અન્ય બીમારીઓ પણ થઈ શકે છે. જેમકે અનિદ્રા, એકાગ્રતા ઓછી થવી, હૃદયરોગ, ફેફસાં ખરાબ થવાં, મોં અને પેટમાં ચાંદાં, શરીરના અન્ય ભાગનાં કેન્સર, કિડની કે લિવરને નુકસાન, ફળદ્રુપતા ઓછી થવી (Infertility), ગેંગ્રીન વગેરે.

એવી દલીલ કરનારા પણ ક્યારેક મળતા હોય છે કે દરેક તમાકુ ખાનારને કેન્સર થતું નથી.

મારો એમને એક જ સવાલ છે કે દરેક ખરાબ ડ્રાઈવરને અકસ્માત થતો નથી. તો પછી તમારા બાળકને, સગાંવહાલાંને તમે શા માટે એમ સલાહ આપો છો કે બેટા, સાચવીને બાઈક ચલાવજે, વધુ પડતું ઝડપી નહીં, સિગ્નલ તોડવાં નહીં, હેલમેટ પહેરવી વગેરે... એટલે ઝેરનાં પારખાં ન હોય.

મોં અને ગળાના કેન્સરના ૮૦% દર્દીઓ તમાકુ, પાનમસાલાના વ્યસની હોય છે અને બાકી ઘણા વ્યસનીઓને ઓએસએફ-ઓરલ સબમ્યુકોસ ફાઈબ્રોસીસ- વગેરે તકલીફો હોય છે. શું આ જાણકારી પૂરતી નથી ? જીવન અમૂલ્ય છે. આપના બાળકો, સગાંવહાલાં, મિત્રોને જીવન સાથે અખતરા ન કરવા દો.

(૨) સોપારી

વધુ પડતી સોપારીનું સેવન, તમાકુ વિના પણ કેન્સર કરી શકે છે. આ ઉપરાંત તે ઓએસએફ-ઓરલ સબમ્યુકસા ફાઈબ્રોસીસનું (મોં ખુલવાની અસાધ્ય તકલીફ)નું પણ એક મોટું કારણ છે.

(૩) દારૂ

દારૂ પોતે પણ કેન્સરજનક છે, પરંતુ એથી ઘણી વધુ ભયજનક બાબત એ છે કે જે વ્યક્તિ તમાકુ અને દારૂ બંનેના સેવનની ટેવ ધરાવે છે, એને કેન્સર થવાની શક્યતા ૪૦ ગણી (૪૦૦૦ ટકા) વધી જાય છે.

(૪) HPV-એચપીવી-હ્યુમન પેપીલોમા વાયરસ (Human Papilloma Virus)

ગર્ભાશયના મુખના કેન્સરનું આ મુખ્ય કારણ છે. પરંતુ છેલ્લાં થોડાં વર્ષોના સંશોધનથી જાણવા મળ્યું છે કે લગભગ ૨૦% મોં-ગળાના કેન્સર પણ આ વાયરસથી થાય છે.

કુદરતી રીતે આ વાઈરરસથી થતા મોં-ગળાના કેન્સર તમાકુથી થતા કેન્સરથી થોડા અલગ પડે છે. જેમકે આમાંના ઘણા કોઈ અંદરની ગાંઠ (**Unknown primary**) વિના- એકલી લસિકા ગ્રંથિ (**Neck node**) રૂપે દેખા દે છે. માઈક્રોસ્કોપમાં પણ અલગ દેખાવ જેમકે બેસીલોઈડ, અથવા poorly differentiated. ઉપરાંત આવાં કેન્સર પર કિમોથેરાપી અને રેડિયેશનની અસર થોડી વધુ સારી થાય છે.

(૫) ઇબીવી (EBV) - એપસ્ટીન બાર વાયરસ (EPSTEIN BARR VIRUS)

જ્યારે આપણે બિન-તમાકુ કારણોની વાત કરીએ છીએ, ત્યારે ઈબીવી-એપસ્ટીન બાર વાયરસનો ઉલ્લેખ જરૂરી છે.

આ વાયરસ નેઝોફેરિંજિયલ અને પેરાનેઝલ સાયનસ કેન્સર્સ સાથે સંલગ્ન છે. આ પ્રકારની ગાંઠ ઉત્તર આફ્રિકામાં અને દક્ષિણ ચીનમાં વધારે જ્યારે ભારતમાં ઘણા ઓછા પ્રમાણમાં જોવા મળે છે.

આ કેન્સરથી કઈ રીતે બચી શકાય ?

હાલમાં ઘણાં સંશોધન થઈ રહ્યા છે. જેમકે સર્વિક્સ કેન્સર સામે વેક્સિન કે પેપસ્મીઅર જેવા ટેસ્ટ. તો શું આ કેન્સરને રોકવા કે ઘણા વહેલા નિદાન માટે કોઈ શક્યતા નથી ?

આમ જોવા જાવ તો આ કેન્સરનાં મુખ્ય કારણો આપણા હાથમાં જ છે- તમાકુ, દારૂ, ગુટખા, પાન-મસાલા (ખાસ કરીને પેકિંગવાળા)થી દૂર રહેવું. મોંની સ્વચ્છતા, સારું પોષણ.

એક નોંધપાત્ર વાત છે કે -HPV એચપીવી વેક્સિન (જે સર્વિક્સ કેન્સરથી બચવા માટે વપરાય છે.) મોં-ગળાના અમુક કેન્સરનું જોખમ ઓછું કરે છે. (HPVથી થતા - નહીં કે તમાકુથી થતા). આ કારણથી હવે અમુક સંશોધકો આ વેક્સિન છોકરાઓને પણ આપવાની હિમાયત કરે છે.

કોઈ પણ એન્ટિ-ઓક્સિડેન્ટ્સ, વિટામીન વગેરે ગોળીરૂપે લેવાથી જોખમમાં ઘટાડો થતો નથી એવું અનેક ક્લિનિકલ પરીક્ષણોનું તારણ છે.

તમાકુ છોડવાનો પ્રયત્ન કરવો જોઈએ. એ માટેની દવાઓ અને નિષ્ણાતોની સલાહથી લગભગ ૩૦% લોકો લાંબા ગાળે વ્યસનમુક્ત રહી શકે છે. સંપૂર્ણ છોડી ન શકાય તો પ્રમાણ ખૂબ ઘટાડવાથી પણ જોખમ ઘટે છે.

ભારતમાં ધાર્મિક અને સામાજિક નેતાઓ પણ ઘણા યુવાનોને વ્યસનમુક્ત કરવામાં સફળ રહ્યા છે.

સૌથી અગત્યનું કામ છે વ્યસનની શરૂઆત જ ન થાય એ માટેનાં પગલાં લેવાં. આ કામમાં કુટુંબનો ફાળો ઘણો અગત્યનો છે.

મોં અને ગળાના કેન્સર થવાની શક્યતા કેવી રીતે ઘટાડવી ?

1. તમાકુનો વપરાશ સંપૂર્ણપણે બંધ કરવો. સોપારી, ગુટખા, પાનમસાલાથી પણ દૂર રહેવું.
2. દારૂનો વપરાશ સંપૂર્ણપણે બંધ કરવો.
3. જો તમાકુની ટેવ હોય (હમણાં અથવા ભૂતકાળમાં) તો ઇએનટી ડૉક્ટર અથવા દાંતના ડોક્ટર પાસે દર ૬ મહિને તપાસ કરાવવી.
4. તંદુરસ્ત આહાર લેવો, જેમાં પૂરતા પ્રમાણમાં વિટામીન મળી રહે.
5. મોઢાની સ્વચ્છતા ખાસ રાખવી.

નિદાન

૨

કમભાગ્યે પેપ સ્મીઅર કે મેમોગ્રામની જેમ વહેલા નિદાન માટેના કોઈ ટેસ્ટ નથી. કોઈ પણ પ્રકારના બ્લડ ટેસ્ટથી પણ આ નિદાન શક્ય નથી.

તમાકુ લેનાર વ્યક્તિ ઇએનટી ડોક્ટર કે દાંતના ડોક્ટર પાસે દર ૬ મહિને તપાસ કરાવી શકે.

તમાકુ બંધ કર્યા પછી પણ એની અસર ૨૦ વર્ષથી પણ વધુ સમય સુધી રહે છે, ભલે ઓછી થતી જાય. માટે તમાકુ બંધ કર્યા પછી પણ ધ્યાન રાખવું જરૂરી છે.

મોં-ગળામાં બે પ્રકારના ડાઘ કેન્સરનું પહેલું લક્ષણ (Precancerous) હોઈ શકે છેઃ

સફેદ ડાઘ (Leukoplakia- લ્યુકોપ્લાકિયા) લાલ ડાઘ (Erythroplakia - એરિથ્રોપ્લાકિયા)

સફેદ છારી જેવા કે લાલ છારી જેવા દેખાતા આવા ડાઘની બાયોપ્સી જરૂરી છે. એમાં પણ લાલ છારીમાંથી કેન્સર થવાનું જોખમ ઘણું વધારે છે.

કેન્સરનાં ભયસૂચક ચિહ્નો

ઉપરાંત કેન્સર થઈ ગયા પછી નીચેનાં લક્ષણો મુખ્યત્વે જોવા મળે છેઃ

૧. ન રુઝાતું ચાંદું (૩-૪ અઠવાડિયાંથી વધુ સમય),
૨. મોં, નાક અથવા ખાંસીમાં લોહી પડવું,
૩. અવાજમાં ફેરફાર (૩-૪ અઠવાડિયાંથી વધુ સમય) અથવા અવાજ બેસી જવો
૪. ખોરાક ગળવામાં તકલીફ થવી
૫. ગળતી વખતે દુખાવો થવો.
૬. ગળામાં સોજો- લસિકાગ્રંથિ (લિમ્ફ નોડ -Lymph node) મોટી થવી.
૭. કાનમાં સતત દુખાવો (૩-૪ અઠવાડિયાંથી વધુ સમય)

ઉપર જણાવેલાં લક્ષણો ઘણી વાર દેખીતી રીતે ગંભીર જણાતા નથી, અથવા રોજિંદા જીવનમાં ખલેલ કરતા નથી. એટલે સામાન્ય રીતે એને અવગણવામાં આવે છે. પછી કેન્સર વધી જાય ત્યારે દર્દી ડોક્ટર પાસે દોડે છે અથવા હવે બધી તપાસ કરવા સંમત થાય છે. તમાકુ, ધૂમ્રપાન કે દારૂની ટેવ હોય તો ઉપરનાં લખાણોની અગત્યતા ઘણી વધુ થઈ જાય છે.

બાયોપ્સી

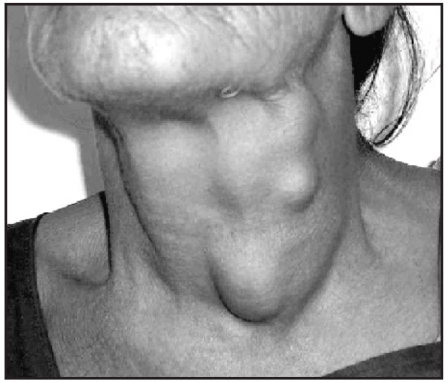
બાયોપ્સી વિના આ કેન્સરનું નિદાન કરી શકાય નહીં.

મોટા ભાગના કેસમાં બાયોપ્સીથી પહેલી જ વારમાં નિદાન થઈ જાય છે. પરંતુ અમુક કેસમાં બાયોપ્સી નોર્મલ આવી શકે છે. જેમકે, કેન્સરના ચાંદા પર ઈન્ફેક્શન થયેલું હોય, અથવા પૂરતી ઊંડાઈથી બાયોપ્સી ન લેવાઈ હોય.

એટલે તો ડોક્ટરને ચાંદા કે ગાંઠના દેખાવ પરથી કેન્સરની શક્યતા વધુ લાગતી હોય તો ફરી બાયોપ્સી કરવી જરૂરી છે.

બાયોપ્સી કરવાથી કેન્સર ફેલાય કે છંછેડાઈ જાય એવી એક જબરદસ્ત ગેરસમજ ભારતમાં પ્રવર્તે છે. યાદ રાખો કે આપે ઘણી બધી જાણીતી વ્યક્તિઓ વિષે વાંચ્યું હશે કે જેમને વર્ષો પહેલાં કેન્સર થયું હોય અને આજે પણ તંદુરસ્ત હોય, જેમકે ક્રિકેટર યુવરાજસિંઘ. રોગના નિદાન માટે બાયોપ્સી થયા પછી જ આ દરેક વ્યક્તિની સારવાર થઈ છે.

ગરદન(નેક)ની નોડ(લિમ્ફનોડ)ના લેવલ્સ



શું તમે આ કેન્સર્સનાં નિદાન અને તેના સ્ટેજિંગ અંગે વધુ કાંઈ જણાવશો?

દાક્તરી તપાસ, ઈએનટી સર્જન દ્વારા વપરાતા ખાસ પ્રકારના અરીસા અથવા ફાઈબર ઓપ્ટીક કેમેરાના ઉપયોગથી મોટા ભાગની માહિતી મળી રહે છે. ઉપરાંત અમુક કેસમાં એનેસ્થેશીયા આપીને મોં, ગળાની તપાસ કરવી પડે છે. (EUA - Examination Under Anesthesia).

જો કોઈ દર્દીને પ્રાઈમરી સાઈટની જાણ વિના નેક નોડ્સ હોય, ખાસ કરીને નોડ ગરદનના નીચલા ભાગમાં હોય, તો પ્રાઈમરી સાઈટ શોધવા માટે અપર જીઆઈ એન્ડોસ્કોપી અને બ્રોન્કોસ્કોપી ઉમેરી શકાય. (પેટ અને ફેફસાંની તપાસ)

ઘણા દર્દીઓ ગળામાં સૂજેલી ગાંઠ સાથે આવે છે - મોટેભાગે આ ગાંઠ દર્દરહિત હોય છે. આ ગાંઠની બાયોપ્સીથી જેમ કે FNAC, કેન્સરનું નિદાન થાય છે.

આ ગાંઠ ગળાના કયા ભાગમાં આવેલી છે. એ ઉપરથી અંદરના ભાગમાં કેન્સરની શરૂઆત ક્યાંથી થઈ હશે એનું અનુમાન લગાવી શકાય છે. દા.ત.

૧. લેવલ I નોડ મોઢાના પોલાણમાં ડ્રેઈન થાય છે.
૨. લેવલ II લેરિંક્સ અને નેઝોફેરિંક્સમાં;
૩. લેવલ III લેરિંક્સમાં;
૪. લેવલ IV અને V થાઈરોઈડ, નેઝોફેરિંક્સ અને ક્લેવિકલમાં ડ્રેઈન થાય છે.

સૂજેલી ગાંઠ (Neck node)નો અર્થ છે ત્રીજું સ્ટેજ. એટલે કે ગળામાં ગાંઠ બહાર દેખાય, પછી ભલે ગમે એટલી નાની હોય, એટલે સારવાર બને એટલી ઝડપે ચાલુ કરવી જોઈએ.

અન્ય તપાસ

બાયોપ્સીથી કેન્સરનું નિદાન થાય છે. પરંતુ સ્ટેજ જાણવા માટે અન્ય ટેસ્ટ જરૂરી છે જેમકે સીટી સ્કેન (CT), એમઆરઆઈ(MRI), પેટ-સ્કેન (PET-CT), વગેરે.

કોઈ વાર એકથી વધુ પ્રકારના સ્કેન પણ કરવા પડે. જેમકે CT અને MRI અથવા PET-CTઅને MRI. રોગનું સ્થાન, પ્રમાણ સારવારના ઉપાયો વગેરેને આધારે આ જરૂરિયાત નક્કી થાય છે.

ક્યારેક રોગનો અંદરનો ફેલાવો જાણવા માટે EUA (Examination under anaesthesia) પણ જરૂરી બને છે. જેમાં દર્દીને એનેસ્થેશિયા આપી, મોં અને ગળાને રિલેક્સ કરી અંદરનું પરીક્ષણ કરવામાં આવે છે. નવા સારા સ્કેનને લીધે આ તપાસની જરૂરિયાત ઓછી થઈ ગઈ છે.

યાદ રાખો કે સારવાર શરૂ કરતાં પહેલાં ચોક્સાઈપૂર્વકનું પ્લાનિંગ ખૂબ જરૂરી છે. સારા પરિણામનો આધાર

સારી સારવાર પર છે, નહીં કે ઝડપી પણ પ્લાનિંગ વિનાની સારવાર.

પ્લાનિંગમાં ઓછામાં ઓછા બે નિષ્ણાતનો મત લેવો જરૂરી છે- જેમકે એક સર્જન, એક રેડિયેશન ઓન્કોલોજિસ્ટ અથવા એક મેડીકલ ઓન્કોલોજિસ્ટ. કારણ કે ઘણા કેસમાં બંનેની જરૂર પડે અથવા માત્ર રેડિયેશન અને કિમોથેરાપીથી સારવાર શક્ય બને. ઓપરેશનની જરૂર જ ન પડે. ખાસ કરીને સ્વરપેટી, જીભનો પાછલો ભાગ વગેરે.

ટીએનએમ સ્ટેજિંગ

મોં અને ગળાનો વિભાગ ઘણો મોટો છે માટે એનું નીચેના પેટાવિભાગોમાં વિભાજન કરવામાં આવે છે:

૧. મોંનું પોલાણ અને હોઠ (oral cavity and lip)
૨. ઓરોફેરિંક્સ (Oropharynx)
૩. હાઈપોફેરિંક્સ (Hypopharynx)
૪. સ્વરપેટી (Larynx)
૫. નેઝોફેરિંક્સ (Nasopharynx)
૬. થાઈરોઈડ
૭. લાળગ્રંથિ (Salivary glands)
૮. પેરાનેઝલ સાઈનસિસ (Paranasal Sinuses)
૯. અજ્ઞાત પ્રાઈમરી (Unknown Primary)

મોટાભાગનાં કેન્સરના સ્ટેજ નક્કી કરવા માટે ઉપયોગમાં લેવાતી પદ્ધતિને TNM Staging System કહેવાય છે.

T ટ્યુમરના લક્ષણો (સાઈઝ, ઊંડાઈ - Depth of infiltration)
N લિમ્ફનોડની સંખ્યા, સ્થાન વગેરે
M - Metastasis (મેટાસ્ટેસીસ) રોગ ફેલાયો છે કે નહીં.

ઉપર જણાવેલા મુદ્દા નક્કી કરવા માટે ડૉકટર દ્વારા હૉસ્પિટલમાં થતી તપાસ, રેડિયોલોજી ટેસ્ટ અને પેથોલોજિસ્ટ દ્વારા થતી તપાસ ત્રણેનો ઉપયોગ થઈ શકે છે - જે દરેક કેન્સર માટે અલગ હોઈ શકે છે.

દરેક પેટાવિભાગનું TNM સ્ટેજિંગ અલગ છે, પણ નીચેના મુખ્ય મુદ્દા વાંચકો માટે અગત્યના છે:

૧. વહેલા સ્ટેજનો અર્થ છે ૧,૨ સ્ટેજ અને લો વોલ્યુમ ૩જું સ્ટેજ (જેમકે T1, T2, N1 સુધી)
૨. વધેલું સ્ટેજ લોકલી એડવાન્સ (Locally Advanced) એટલે ૩, ૪ (અ, બ). ૪બમાં ઓપરેશન શક્ય નથી.

૩. ૪સી એટલે પ્રસરી ગયેલું (Metastatic) કાયમી મટી શકે નહીં.
૪. જો ગળામાં દેખીતી લિમ્ફનોડ છે અથવા હાથથી તપાસમાં આવે છે. તો તે ઓછામાં ઓછું ત્રીજું સ્ટેજ છે.
૫. જો ગળાની નોડની સાઇઝ ૬ સેમીથી વધુ હોય તો તે એન3 (N3) નોડ ગણાય, એટલે કે ઓપરેશન શક્ય નથી.
૬. ઓપરેશન ન થઈ શકે તેવું સ્ટેજ: Unresectable, અનરિસેક્ટેબિલીટી એ બદલાતા માપદંડ છે, કારણ કે અમુક નવી ટેકનીકથી જેને પહેલાં શક્ય ન ગણાતા એવા કિસ્સાઓનાં હવે ઓપરેશન શક્ય બને છે. ખાસ કરીને નવી રિકન્સ્ટ્રક્શન ટેકનીકને લીધે, જેમ કે સ્કલના બેઝમાં કેન્સર હોવું.

કેરોટીડ આર્ટરી ઘણીખરી ટ્યુમરમાં હોવી, પ્રિવર્ટીબ્રલ ફેસિયા ફીક્સ હોય, પ્ટેરીગોઇડ સ્નાયુમાં ટ્યુમર પહોચ્યું હોય વગેરે ઓપરેશન ન થઈ શકે તેવા સ્ટેજ ગણાય છે.

આ ઉપરાંત અમુક કેસમાં ઓપરેશન શક્ય હોય પણ એની અસરો બહુ જ ખરાબ હોય તો પણ એને Unresectable ગણવામાં આવે છે જેમ કે આખી જીભ કાઢી નાંખવી પડે એટલું મોટું ઓપરેશન.

✿✿✿

સારવાર

3

મોટા ભાગના કેન્સરમાં સારવાર માટે અથવા જીવનના નોંધપાત્ર લાંબા ગાળા માટે સારવારમાં એકથી વધુ પ્રકારની જરૂર પડે છે. છેલ્લા કેટલાક દાયકાઓથી મોં અને ગળાના કેન્સરની સારવારમાં કેટલાક નોંધપાત્ર સુધારાઓ થયા છે અને નીચે જણાવેલ વિવિધ પ્રકારની સારવાર મળે છે.

(૧) ઓપરેશન

(૨) રેડિયેશન થેરાપી

(૩) કિમોથેરાપી

(૪) ટારગેટેડ થેરાપી

(૫) ઇમ્યુનો થેરાપી

(૬) પેલિએટિવ કેર

મોં અને ગળાના કેન્સરની સારવારના વિવિધ પેટાવિભાગો શા માટે કરવામાં આવે છે ? મારી સમજ પ્રમાણે તો જે પણ દર્દીનું ઓપરેશન શક્ય હોય તો કરવું જોઈએ અને એ જો શક્ય ન બને તો રેડિયોથેરાપી આપવાની.

સદ્ભાગ્યે, વિજ્ઞાન આ વિચાર-સરણીથી ઘણું આગળ નીકળી ગયું છે. દરેક પેટાવિભાગની સારવારનું મૂલ્યાંકન અલગથી કરવામાં આવે છે. કારણ કે સારવારનું ધ્યેય માત્ર ક્યોર નથી પણ ક્યોરની સાથે જે તે અંગનું કામ પણ જળવાવું જોઈએ અને દેખાવ પણ સારો રહેવો જોઈએ.

આ બધા કારણોને લીધે મોં અને ગળાના કેન્સરની સારવારમાં સૌથી મોટી મલ્ટિડિસિપ્લિનરી ટીમ જરૂરી છે.

તમે સમજી શકો છો કે આ વિસ્તારનાં અંગો ઘણાં અગત્યનાં છે : વ્યક્તિનો દેખાવ, ખોરાક ચાવવો, ગળવો, બોલવું, ઉપરાંત શ્વાસ લેવાની ક્રિયા વગેરેનો કંટ્રોલ આ ભાગમાં છે.

મોં અને ગળાના કેન્સરની સારવાર માટે સૌથી મોટી મલ્ટિડિસિપ્લિનરી ટીમ જરૂરી છે, ખાસ કરીને

૧. મોં-ગળાના સ્પેશિયલ કેન્સર નિષ્ણાત (સામાન્ય કેન્સર સર્જન નહીં)
૨. રેડિયેશન ઓન્કોલોજિસ્ટ
૩. મેડિકલ ઓન્કોલોજિસ્ટ
૪. ડેન્ટિસ્ટ
૫. સ્પીચ થેરાપિસ્ટ
૬. ન્યૂટ્રિશનિસ્ટ

વિશેષ કેસોમાં મહત્ત્વના અન્ય સભ્યો

૧. ઓડિયોલોજિસ્ટ
૨. ફિઝીકલ અને ઓક્યુપેશનલ થેરાપિસ્ટ
૩. પ્રોસ્થોડેન્ટિસ્ટ અને
૪. સાયકિયાટ્રિસ્ટ પણ.

સારી રીતે કહીએ તો મોંના આગળના ભાગમાં સર્જરી અને જેમ જીભના મૂળ અને પાછળ જઈએ તેમ કિમોરેડિયેશન મુખ્ય સારવાર છે.

સ્વરપેટી (Larynx), ગળું (Hypopharynx, posterior phanyngeal wall વગેરે), નાકનો પાછળનો ભાગ (Nasopharynx) વગેરેની સારવાર હવે શક્ય છે. ઓપરેશન વિના પણ ક્યોરનો દર સમાન અથવા વધુ છે.

મુખ્ય ફાયદો છે જે તે અંગ બચી જવાથી એનું કાર્ય બચી જાય છે. જેમ કે સ્વરપેટી (Larynx) ની સારવાર છેલ્લાં લગભગ ૩૦ વર્ષથી આ રીતે જ ઓપરેશન વિના કરવામાં આવે છે. ઓપરેશનમાં સ્વરપેટી નીકળી જતાં અવાજ જતો રહે છે. જ્યારે કિમોરેડિયેશનમાં અવાજ બચી જાય છે.

તેમ છતાં એ સમજવું જરૂરી છે કે લગભગ બધા કેસમાં મલ્ટી **ડિસીપ્લીનરી** મૂલ્યાંકન થવું જોઈએ. ઓછામાં ઓછું ત્રણમાંથી બે નિષ્ણાત (સર્જન, રેડિયશન ઓન્કોલોજિસ્ટ, મેડિકલ ઓન્કોલોજિસ્ટ (શક્ય હોય તો હેડ એન્ડ નેક કેન્સર સર્જન, જનરલ કેન્સર સર્જન નહીં) ને મળવું જોઈએ.

આજે આ ક્ષેત્રમાં ઘણાં સંશોધન થઈ રહ્યાં છે જેનો લાભ દર્દીને મળે. ઉપરાંત, બહુ વહેલા સ્ટેજમાં ક્યારેક નવી સર્જરીની પદ્ધતિથી અંગ બચાવી શકાય છે, જેમ કે સ્વરપેટી. વધુમાં ત્રીજા કે ચોથા સ્ટેજના ઘણા દર્દીઓમાં ત્રણે સારવાર ઓપરેશન, રેડિયેશન, કિમોથેરાપી જરૂરી બને છે.

માત્ર કિમોથેરાપી કે નવી દવાઓથી આ પ્રકારના કેન્સરમાં ક્યોર શક્ય નથી, એ યાદ રાખવું જરૂરી છે.

બાયોપ્સી ફરિજયાત છે

સારવારની વાતમાં એક અગત્યનો સવાલ આવે છે બાયોપ્સીનો.

ઘણા દર્દીઓની માન્યતા છે કે બાયોપ્સીથી કેન્સર છંછેડાઈ જાય, વધુ ઝડપથી ફેલાય વગેરે.

આજના જમાનામાં સારામાં સારા સીટી કે એમઆરઆઈ વગેરેથી કેન્સરનું નિદાન ન કરી શકાય?

આ બહુ અગત્યનો સવાલ પૂછવા માટે આપનો આભાર.

બાયોપ્સીથી કેન્સર ફેલાય છે. એ માન્યતા તદ્દન ખોટી છે. ખરેખર જોઈએ તો **“બાયોપ્સીથી કેન્સર ફેલાતું નથી.”**

દુનિયામાં જેટલા પણ લોકોને મોં ગળાનું કેન્સર મટી ગયું છે એ દરેક જણની બાયોપ્સી થઈ જ છે. ઊલટું બાયોપ્સીના ડરથી કેટલાય દર્દીઓ ડૉક્ટર બદલ્યા કરે છે. અને અંતે કેન્સર ઘણું વધી જાય છે. ત્યારે કંઈ ન કરી શકાય એવા સ્ટેજમાં પહોંચી જાય છે.

કેન્સરના અલગ અલગ પ્રકાર હોય છે. જે બાયોપ્સીથી જાણી શકાય છે. ઉપરાંત ક્યારેક કેન્સર જેવો જ દેખાવ અન્ય બીમારીમાં પણ આવી શકે છે. કયારેક બીજા કોઈ ભાગમાંથી કેન્સર ફેલાયેલું હોઈ શકે છે. આ બધું જાણવા માટે બાયોપ્સી કરવાની જરૂર પડે છે.

વળી હવેની ઘણી નવી સારવારના પ્લાનીંગ માટે ખાસ ટેસ્ટ કરવાના હોય છે. જે બાયોપ્સીમાંથી જ થઈ શકે છે. એમાંય જો રેડિયેશન કે કિમોથેરાપીથી જ સારવાર શરૂ થતી હોય ત્યારે તો બાયોપ્સીનું મહત્ત્વ અનેક ગણું વધી જાય છે.

વાચક ડૉક્ટર હોય કે અન્ય વ્યક્તિ, બાયોપ્સી ફરજિયાત છે એ સમજીને બીજાને પણ સમજાવવાથી આપ એક જીવ બચાવી શકો છો.

૧. ઓપરેશન

આપે આગળ વાત કરી તે મુજબ મોં ગળાના ખાસ કેન્સર સર્જનની જરૂરિયાત કેમ છે? ભારતમાં એ શક્ય છે?

મોં ગળાના કેન્સરની સારવાર, ખાસ કરીને ઓપરેશન સૌથી જટિલમાંના એક ગણી શકાય, આપણે આગળ પણ વાત કરી એમ આ ઓપરેશનની અસરો ઘણી છે. આથી નીચેના વિવિધ મુદ્દાને ખાસ ધ્યાનમાં રાખવા જોઈએ.

૧. જે તે અંગનું કામ
૨. દેખાવ
૩. ક્યોર થવાની શક્યતા
૪. ૧૦૦ ટકા કેન્સર દૂર કરવું
૫. નવી ટેકનિક
૬. પ્લાસ્ટિક સર્જનની અગત્યતા

૧. જે તે અંગનું કામ : બોલવું, ખોરાક ચાવવો, ગળવો, શ્વાસ લેવો. અમુક કેસમાં આંખ, લોહીમાં કેલ્શિયમનું પ્રમાણ વગેરે પર પણ અસર થઈ શકે છે.

૨. દેખાવ : દર્દીના ચહેરામાં ઘણો મોટો ફરક આવી શકે. એટલી હદે કે દર્દી હતાશ થઈ જાય, ઘરની બહાર જવાનું બંધ કરી દે, કોઈને મળે નહી, માનસિક રોગી થઈ જાય. અને હવે તો નાની ઉંમરે તમાકુ, ગુટખાના વ્યસનને લીધે ૨૦-૩૦ વર્ષના પણ અનેક દર્દી હોય છે.

૩. ક્યોર થવાની શક્યતા : આ ભાગમાં ઘણાં એવાં અંગ રહેલાં છે કે જેને લીધે મોટું ઓપરેશન કરવું અત્યંત જટિલ છે

- જેમકે મોટી લોહીની નળીઓ, જ્ઞાનતંતુઓ, શ્વાસનળી, જીભ વગરે. આ કારણોથી જો સર્જનની ખાસ તાલીમ કે અનુભવ ન હોય તો પૂરતી સર્જરી ન થાય, કેન્સરનો ભાગ રહી જાય અથવા ઉપર જણાવેલી બે અસરો (અંગનું કામ, દેખાવ) ઘણી વધુ થઈ જાય.

૪. ૧૦૦ ટકા કેન્સર દૂર કરવું : આ કેન્સરમાં 'Debulking Surgery' એટલે કે શક્ય એટલું કેન્સર કાપીને કાઢી લેવું. આ સિદ્ધાંતને કોઈ સ્થાન નથી. કાં તો પૂરું (૧૦૦ટકા) કાઢવું અથવા ઓપરેશન ન કરવું. મોટા ભાગનું કાઢીને બાકી કેન્સરને રેડિયેશન કે કિમોથેરાપીથી સાફ કરી દેવું એવો કોઈ સિદ્ધાંત અહીં નથી.

માઈક્રોસ્કોપિક બચી ગયેલો રોગ જે ઓપરેશન દરમિયાન દેખાય જ નહીં. એને માટે રેડિયેશન કે કિમોથેરાપી કે બંને કરવાની જરૂરિયાત એ આખી અલગ વાત છે. જે પ્રમાણિત સિદ્ધાંત છે.

૫. નવી ટેકનિક : ઉપરાંત અમુક નવી ટેકનિકથી જ્યાં સર્જરી પહેલાં શક્ય ન બનતી, એવા ભાગમાં શક્ય બની છે, જેમકે સ્કલ બેઝ, આ માટે પણ ખાસ તાલીમ જરૂરી છે.

ભારતમાં હવે આ જાગરૂકતા વધી રહી છે. અને ઘણી મોટી હોસ્પિટલોમાં વર્ષોથી મોં ગળાના કેન્સર નિષ્ણાતો અલગ હોય છે. મોટા ભાગની નવી હોસ્પિટલોમાં પણ હવે આ વિભાગના સર્જનની નિમણૂંક અલગ જ કરવામાં આવે છે - જે તાલીમથી અલગ હોય અથવા પ્રેકટીસના ભાગરૂપે સ્પેશિયાલાઈઝેશન કર્યું હોય.

દર્દી જ્યારે સર્જનની પસંદગી કરે ત્યારે તેણે આ મુદ્દા ખાસ ધ્યાનમાં લેવા જોઈએ.

૬. પ્લાસ્ટિક સર્જનની અગત્યતા : ઉપરાંત, સર્જનની ટીમમાં પ્લાસ્ટિક સર્જન (Reconstruction Surgeon) કોણ છે એ પણ પૂછવું જોઈએ. ખાસ કરીને ઓપરેશન પછી ચહેરાનો દેખાવ કેવો રહેશે એનો આધાર આ સર્જન પર રહેલો છે. ઘણી નવી પદ્ધતિ હવે શક્ય છે, જેમકે, અલગ અલગ પ્રકારના ટીસ્યુ ફ્લેપ્સ (નજીકની ટીસ્યુમાંથી અથવા દૂરથી લીધેલા ફ્લેપ), હાડકાનું રિકન્સ્ટ્રક્શન, અલગ અલગ પ્રકારના પ્રોસ્થેસીઝનો વપરાશ વગેરે.

નેક ડિસેક્શન

ઓપરેશન અંગે આપે ઘણી અગત્યની વાત કરી, ખાસ કરીને કયા પ્રકારના સર્જન, પ્લાસ્ટિક સર્જન, અને બધાં જ માર્જિન નેગેટીવ (clear) હોવાં જોઈએ. ડિબલ્કિંગ સર્જરી (માર્જિન પોઝિટિવ હોય) ને અહીં કોઈ સ્થાન નથી. અન્ય કોઈ અગત્યનો સિદ્ધાંત જેની ચર્ચા આ તબક્કે જરૂરી હોય?

નેક ડિસેક્શન એ મોં અને ગળાના કેન્સરનું એક અભિન્ન પાસું છે અને અહીં પણ સારી તાલીમ, અનુભવ બહુ જરૂરી છે.

આપણે આગળ જોઈ ગયા તેમ જે તે અંગમાંથી કેન્સરના કોશો ખાસ લિમ્ફનોડ લેવલમાં પ્રસરે છે. આ લિમ્ફનોડ કાઢવાના બે ફાયદા છે :

૧. દેખીતો રોગ કાઢી શકાય.

૨. માઈક્રોસ્કોપિક લેવલ સુધી જ ફેલાયેલો રોગ મળે તો પણ એનાથી સ્ટેજ બદલાય છે. જેનાથી સારવાર બદલાઈ શકે છે. જેમકે ઓપરેશન પછી પણ રેડિયેશનની જરૂરિયાત કે એમાં કિમોથેરાપી પણ આપવાનો નિર્ણય.

આ સર્જરીના મુખ્ય ત્રણ પ્રકાર છે.

૧. રેડિકલ નેક ડિસેક્શન

૨. મોડિફાઈડ રેડિકલ નેક ડિસેક્શન

૩. સિલેક્ટીવ નેક ડિસેક્શન

૧. રેડિકલ નેક ડિસેક્શન : અહીં પાંચેય લેવલની (Levels I to V) નોડ્સ એક બ્લોકમાં કાઢી લેવાય છે. એ સાથે ત્રણ અગત્યના ભાગ પણ નીકળી જાય છે સ્ટર્નોક્લીડોમેસ્ટોઈડ સ્નાયુ, ઈન્ટર્નલ જુગ્યુલર વેઈન, સ્પાઈનલ એસેસરી નર્વ. એને લીધે ખભાનો દુખાવો અને ખભાની અશક્તિની શક્યતા ઘણી વધી જાય છે.

૨. મોડિફાઈડ રેડિકલ નેક ડિસેક્શન : ઉપર મુજબ જ, પરંતુ ત્રણમાંથી ઓછામાં ઓછો એક અગત્યનો ભાગ બચાવીને ક્યોરની શક્યતા ઘટાડ્યા વિના થતું ઓપરેશન.

૩. સિલેક્ટીવ નેક ડિસેક્શન : આ કેસમાં કેન્સરની ગાંઠના સ્થાનને આધારે કયા લેવલની નોડ્સ કાઢવી એ નક્કી કરવામાં આવે છે. બધા લેવલ કાઢવામાં આવતા નથી. જેમકે જીભનું કેન્સર હોય તો

ચોથા, પાંચમા લેવલ કાઢવામાં ન આવે.

જે કેસમાં દેખીતી રીતે નોડ્સમાં કેન્સર ન હોય, પરંતુ ગાંઠની સાઈઝ મોટી હોય અથવા અન્ય લક્ષણો હોય, ત્યારે જ આ નેક ડિસેક્શન કરવામાં આવે છે એટલે કે બહુ વહેલા સ્ટેજના કેન્સરમાં આ કરવામાં આવતું નથી.

પરંતુ જો સ્કેન નોર્મલ હોય તો નોડ્સમાં કેન્સર હોવાની શક્યતા ઘણી ઓછી હોય છે. આવા સંજોગોમાં નેક ડિસેક્શન વધુ પડતું ન કહેવાય?

આ બાબતે હજુ ચોક્કસ નિર્ણય થઈ શક્યો નથી. પરંતુ ભારતના ટાટા કેન્સર હોસ્પિટલમાં ૫૦૦ દર્દીઓ પર થયેલા એક પરીક્ષણમાં આ પદ્ધતિ ફાયદાકારક જણાઈ છે. ૨૦૧૫માં વિશ્વની સૌથી પ્રતિષ્ઠિત NEJM જર્નલમાં આ પરીક્ષણ પ્રસિદ્ધ થયું હતું. આ એક રેન્ડમાઈઝડ કંટ્રોલ ટ્રાયલ હતો, જેમાં લગભગ ૮૫% ટકા દર્દીઓને T_1T_2 જીભનું કેન્સર હતું. આ સારવારથી રોગ ઉથલો મારવાની શક્યતા, અને જીવનગાળો (DFS and OS) બંનેમાં નોંધપાત્ર ફાયદો જોવા મળ્યો હતો.

૨. રેડિયોથેરાપી

મોં-ગળાના કેન્સરમાં ઓપરેશન સિવાય સૌથી અગત્યની સારવાર છે રેડિયોથેરાપી. એના વિષે આપ કઈ જણાવી શકશો?

કેન્સરની સારવારમાં રેડિયોથેરાપી ખૂબ મહત્ત્વનો ભાગ ભજવે છે. રેડિયોથેરાપીનો ઉપયોગ વિવિધ રીતે થાય છે.

૧. કિમોથેરાપીની સાથે મળી અમુક ભાગના કેન્સર ક્યોર કરવાં - ઓપરેશન વિના. (Concurrent Chemoradiation)

૨. ઓપરેશન પછી રેડિયોથેરાપી આપી ઉથલો મારવાનું જોખમ ઓછું કરવું - સ્ટેજ પ્રમાણે કયારેક અહીં કિમોથેરાપી પણ સાથે આપી શકાય.

૩. જૂજ કેસમાં માત્ર રેડિયેશનથી ક્યોર કરી શકાય, જેમકે બહુ નાનું ટી૧ સ્ટેજનું સ્વરપેટી (Larynx) લેરિંક્સનું કેન્સર.

૪. પેલિએટિવ - બહુ વધી ગયેલા કેન્સરને થોડા સમય માટે કાબૂમાં રાખવા, ખાસ કરીને દુઃખાવો કે બ્લીડીંગ ઓછું કરવા.

કોનકરન્ટ કિમોરેડિયશન વિષે આપણે વધુ વિગતે પછી ચર્ચા કરીશું. અહીં રેડિયેશનનો ડોઝ લગભગ ૭૦ Gy હોય છે.

ઓપરેશન પછી અપાતી રેડિયોથેરાપી સામાન્ય રીતે ૪ થી ૬ અઠવાડિયા પછી શરૂ કરવામાં આવે છે. રોજના 1.8-2.0 Gy ડોઝ અપાય છે. અઠવાડિયામાં પાંચ દિવસ. કુલ માત્રા ૫૦-૬૫ Gy ૫-૭ અઠવાડિયાં ચાલે. મુખ્ય ભાગને વધુ ડોઝ અને આજુબાજુના ભાગને ઓછો ડોઝ આપવામાં આવે છે.

આ સારવારમાં હોસ્પિટલમાં દાખલ થવું પડતુ નથી. એનું મશીન એક મોટા સીટી સ્કેન મશીન જેવું દેખાય છે અને દર્દીને સ્પર્શ કર્યા વિના જ વિકિરણો આપે છે.

વિકિરણો ચોક્કસ જગ્યાએ જ અપાય એ ચોક્સાઈ ખૂબ જ અગત્યની છે. નવા મશીનો અને તાલીમ પામેલી ટીમથી ચોક્સાઈ વધે છે. (રેડિયશન ઓન્કોલોજિસ્ટ, ફિઝીસીસ્ટ, ટેકનીશીયન વગેરે).

હવે વપરાતાં મશીનો અને ઉચ્ચ પ્રકારનાં સોફ્ટવેર તથા અન્ય સલામતીના પગલાંઓને લીધે માનવીય ભૂલનો દર નહિવત્ છે. નવાં મશીનોની અને ટીમની ચોકસાઈને લીધે હવે કેન્સરને વધુ ડોઝ આપી શકાય છે. સાથે જ આજુબાજુના ટીસ્યુઝને નુકશાનની શક્યતા ઘણી ઘટી ગઈ છે.

રેડિયોથેરાપીનાં અન્ય અગત્યનાં પાસાં

શું આપ અદ્યતન રેડિયોથેરાપી વિશે વધુ જણાવી શકશો? દર થોડા વર્ષે આપણે "નવી હોસ્પિટલમાં નવા સર્વશ્રેષ્ઠ મશીન" વિશે સાંભળીએ છીએ.

વાચકો માટે કેટલી વિગતો અગત્યની છે?

ખૂબ સારો પ્રશ્ન છે. બધાં આધુનિક મશીન લીનીયર એક્સીલરેટર છે, નહીં કે કોબાલ્ટ. જેમ મશીનો વધુ આધુનિક તેમ દર્દી અને ડૉક્ટર બંને માટે વધુ ચોકસાઈ અને વધુ અનુકૂળતા. આને આપણે મોબાઈલ,

લેપટોપ કે સર્જરીના સાધનોમાં વધતા જતા ફીચર્સ સાથે સરખાવી શકીએ. દરેક વ્યક્તિને નવા ફીચર્સ જરૂરી નથી.

સારો અને અનુભવી સર્જન હશે તો ઓછા સાધનોમાં પણ સારી સર્જરી કરી શકશે. હા, ખાસ પ્રકારની સર્જરી માટે ખાસ સાધનોની જરૂર હોઈ શકે છે. પરંતુ સૌથી વધુ મહત્વ છે સર્જન અને તેની ટીમનું.

આ જ વસ્તુ રેડિયોથેરાપીમાં પણ લાગુ પડે છે.

૩ડી કન્ફર્મલ રેડિયોથેરાપી

આજે સૌથી વધુ વપરાતી ટેકનીક છે. 3ડી કન્ફર્મલ રેડિયોથેરાપી. અહીં સી. ટી. સ્કેનની મદદથી રેડિયેશન ફીલ્ડ નક્કી કરવામાં આવે છે. પહેલાં 2ડી રેડિયેશન થતું જેમાં એક્સ રેની મદદથી ફીલ્ડ નક્કી થતું.

નવી પદ્ધતિથી વધુ ચોકસાઈ પૂર્વક ટ્યુમર (ટ્યૂમર-ગાંઠ) સિવાય બહુ જ ઓછા ભાગને રેડિયેશન આપવામાં આવે છે. શરીરના મોટા ભાગના ટ્યુમરમાં ૩ડી ટેકનીક પૂરતી છે.

IMRT (ઈન્ટેન્સીટી મોડ્યુલેટેડ રેડિયોથેરાપી)

આ ટેકનીક મોં-ગળાના કેન્સરમાં, પ્રોસ્ટેટ વગેરેમાં વધુ અગત્યની છે. જે ટ્યુમરની આજુબાજુમાં ઘણા નાજુક અંગ રહેલા હોય ત્યાં IMRT જરૂરી છે. જેથી આ નાજુક અંગ પર જતો રેડિયેશન ડોઝ ખૂબ ઓછો કરી શકાય.

દરેક નવી ટેકનીકની જેમ આ ટેકનીકના પણ ફાયદા અને ગેરફાયદા છે. IMRT ડૉક્ટર માટે સરળ નથી. આયોજનમાં સમય ઘણો જાય છે. પૂરતી તાલીમ વિના નુકસાનકારક પણ નીવડી શકે છે. એટલે મશીનમાં સગવડ હોવી એ પૂરતું નથી.

જો શક્ય હોય તો IMRT વાપરવાથી લાળગ્રંથિને થતું નુકસાન ઘણું ઓછું કરી શકાય છે.

મોં-ગળાના કેન્સરની સારવારમાં લાળગ્રંથિને થતું નુકસાન એક ખાસ આડઅસર કરે છે. જો લાળ ન બને તો સતત મોં સૂકાય, ખાતી વખતે દરેક કોળિયો ઉતારવા પાણી પીવું પડે, રાત્રે પણ ઘણી વાર ઊઠીને પાણી પીવું પડે, દાંત ખરાબ થઈ જાય, બોલતી વખતે પણ વચ્ચે વચ્ચે પાણી પીવું પડે વગેરે. આ તકલીફનો Xerostomia (ઝેરોસ્ટોમીઆ) કહે છે. દરેક વ્યક્તિને આ બધી તકલીફ થતી નથી નુકસાનની માત્રા પર આધાર રાખે છે.

આ જ પ્રમાણે પ્રોસ્ટેટ, સર્વિક્સ કેન્સરમાં રેક્ટમ (મોટા આંતરડાનો છેલ્લો ભાગ) ને IMRT થી બચાવી શકાય છે.

IMRT થી ખૂબ ચોકસાઈપૂર્વક રેડિયેશન માત્ર ટ્યુમરને અપાય છે. જેનો બીજો પણ ફાયદો છે. ૪૦-૫૦% દર્દીઓને આ કેન્સર ઉથલો મારે છે. આ સમયે બીજી પદ્ધતિથી રેડિયેશન અપાયું હોય તો ફરી રેડિયેશન આપવું શક્ય બનતું નથી, કારણ કે આજુબાજુના નોર્મલ ભાગ વધુ રેડિયેશન સહન કરી શકે નહીં. IMRT થી રેડિયેશન અપાયું હોય તો ઘણીવાર ફરી રેડિયેશન આપવું શક્ય બને છે.

IGRT (ઈમેજ ગાઈડેડ રેડિયેશન થેરાપી)

IGRT એ એક પ્રકારનું રોજનું ઓડિટ છે. પ્લાન પ્રમાણે રેડિયેશન અપાઈ રહ્યું છે કે નહીં એ જાણવાની આ પદ્ધતિ છે. મશીનમાં જ લગાવેલ એકસરે કે સીટી સ્કેનની મદદથી રોજે રોજ રેડિયેશન ડિલીવરીની ચોક્સાઈ માપવામાં આવે છે.

આ રીતની માપણી હવે ખાસ જરૂરી બની છે કારણ કે નવી પદ્ધતિ ઓછા ભાગમાં પણ પહેલાં કરતાં ઘણો વધુ ડોઝ આપે છે. IGRTને 3D અથવા IMRT બંને સાથે વાપરી શકાય છે.

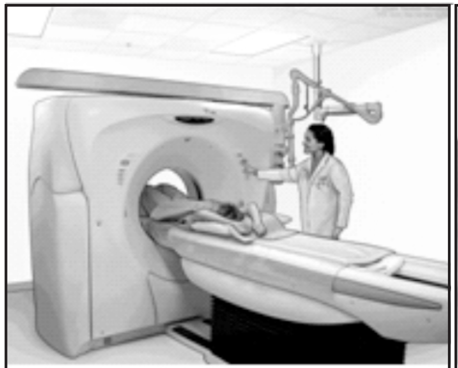
આપણા શરીરમાં વાયુ, શ્વાસોચ્છવાસ વગેરેને લીધે ગાંઠની જગ્યા રોજ થોડા મિલિમીટર બદલાઈ શકે છે. IGRT નિશ્ચિત કરે છે કે આમ છતાં રેડિયેશન યોગ્ય જગ્યાએ જ પહોંચે.

રેપીડ આર્ક, સાઈબર નાઈફ, એસબીઆરટી વગેરે

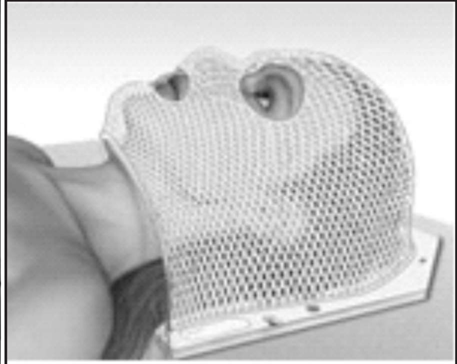
રેડિયોથેરાપી માટે અગત્યના બીજા કોઈ મુદ્દા ખરા?

જરૂર ઘણા છે, પણ એમાંથી મહત્ત્વના મુદ્દા આપણે જોઈએ.

આધુનિક રેડિયોથેરાપી ડિલીવરીમાં મશીનની સાથે એક બીજી અગત્યની વાત છે - **ઈમમોબીલાઈઝેશનનો વપરાશ.** એટલે કે દર્દી હાલી ન જાય



રેડિયેશન માટે સારવારના આયોજનમાં સીટી સ્કેન્સ હંમેશા વપરાય છે. સીટી સ્કેનીંગ દરમિયાન, એક્સરે-મશીન સાથે જોડાયેલ કોમ્પ્યુટર દ્વારા શરીરની અંદરના ચિત્રો બનાવવામાં આવે છે.



માથાના ભાગે રેડિયેશન લેતા દર્દીઓ માટે માસ્ક જરૂરી બને છે. માસ્કના કારણે માથું હલતું નથી જેથી દરેક સારવાર વખતે દર્દી યથાવત્ સ્થિતિમાં રહે છે.

એટલે ખાસ પ્રકારના મોલ્ડ કે માસ્ક બનાવવામાં આવે છે, જે દરેક દર્દીના ચહેરા, ગળાના આકાર પ્રમાણે અલગ હોય છે.

રેડિયેશન ટેબલ પર દર્દીએ સળંગ ૫-૭ મિનિટ (અને અમુક ટેકનીકમાં એ થી પણ વધુ) સ્થિર સૂઈ રહેવું પડે છે. એકાદ સેન્ટીમીટરનું હલનચલન પણ સ્વાભાવિક રીતે જ ઘણું નુકશાનકારક છે. આ મોલ્ડ કે માસ્કથી દર્દી જરા પણ હાલી ન જાય તેમ કરી શકાય છે.

રેપીડ આર્ક (Rapid Arc) રેડિયેશન ડિલીવરીની ઝડપ વધારે છે. જેથી દર્દીને ઓછી મિનિટ ટેબલ પર સૂઈ રહેવું પડે છે. અમુક દર્દી માટે ૫-૭ મિનિટ પણ રૂમમાં એકલા રહેવું ઘણું અઘરું હોય છે.

ચોથા તબક્કે SBRT, Cybernife આવે. સમજો કે આ એક ખાસ સર્જિકલ સાધન કે કોમ્પ્યુટરનું એક દુર્લભ લક્ષણ છે જે વિશિષ્ટ કેસમાં જ જરૂરી છે.

હાલ આ બંને લક્ષણો એડવાન્સ કેન્સરમાં પેલિએટિવ સારવાર તરીકે જ વપરાય છે. જેમ કે વારંવાર ઉથલો મારેલ મગજનું ટ્યુમર, અથવા નાજુક અંગમાં ફેલાયેલું ટ્યુમર (ફેફસાં, લિવર વગેરેમાં).

આ બંને પદ્ધતિ અત્યંત ચોક્સાઈપૂર્વક ખૂબ વધુ રેડિયેશન ડોઝ આપી શકે છે. અને તે પણ બહુ જ ઓછા દિવસમાં માત્ર ૧ થી ૫ દિવસમાં જ (જે સામાન્ય રીતે ૧૦ થી ૨૦ દિવસમાં અપાતો ડોઝ છે.)

SBRT ની સગવડ અમુક અત્યાધુનિક રેડિયેશન મશીનમાં હોય છે. જ્યારે સાયબરનાઈફ અલગ મશીન છે. આ મશીન એક રોબોટ છે, જે અનેક અલગ અલગ ખૂણેથી રેડિયેશન આપી શકે છે. (Able to deliver radiation fom almost any angle) આ ખાસ ક્ષમતાને લીધે જ્યાં SBRT પણ શક્ય ન હોય ત્યાં તે સફળ થાય છે.

કિમો-રેડિયોથેરાપીએ સર્જરીની જગ્યા લીધી છે.

અદ્ભુત ! આ બધું તો સાયન્સ ફિકશન જેવું જણાય છે. તમે આગળ વાત કરી કે અમુક કેન્સરમાં ઓપરેશનને બદલે કિમોથેરાપી અને રેડિયોથેરાપીનું સંયોજન કરી શકાય છે. આ બાબતે વિસ્તારથી જણાવી શકશો?

ચોક્કસ, આ પદ્ધતિને Concurrent Chemoradiation તરીકે પણ ઓળખવામાં આવે છે.

મોં - ગળાના ઘણા કેન્સરમાં ઓપરેશન કાં તો શક્ય નથી હોતું અથવા તો ઘણી આડઅસરોવાળું હોય છે. (જેમ કે ચહેરાનો દેખાવ, બોલવામાં, ગળવામાં, શ્વાસ લેવામાં, ચાવવામાં તકલીફ વગેરે). ત્યારે આ પદ્ધતિ ખૂબ ઉપયોગી નીવડે છે.

૧. સ્વરપેટીના ઓપરેશનમાં પહેલાં આખી સ્વરપેટી કાઢી લેવી પડતી હતી. જેથી અવાજ કાયમ માટે જતો રહેતો.

સ્વરપેટી (Larynx - લેરિંક્સ)ના કેન્સરમાં સૌ પહેલાં આ પદ્ધતિ વાપરવામાં આવી. લગભગ ૨૫ વર્ષ પહેલાં ૧૯૯૧માં એક બહુ જ અગત્યના ક્લિનિક્લ ટ્રાયલમાં સાબિત થયું કે કિમોરેડિયેશન સાથે આપવાથી સર્જરી જેટલા જ ક્યોરના દર શક્ય છે અને સાથે અવાજ બચી જાય છે. ત્યારથી આ પદ્ધતિ પ્રમાણિત (standard of care) છે.

૨. ત્યારબાદ મોં ગળાના અન્ય ઘણા ભાગોમાં પણ ખૂબ સારાં પરિણામ મળ્યાં. જેમ કે જીભનો પાછળનો ભાગ, ટોન્સીલ, નેઝોફેરિન્કસ (Nasopharynx), હાયપોફેરિન્કસ વગેરેમાં પણ હવે આ પદ્ધતિ પ્રમાણિત છે.

૩. આ પદ્ધતિમાં રેડિયેશનના દિવસો દરમિયાન, અઠવાડિયામાં

એકવાર, નાના ડોઝમાં કિમોથેરાપી અપાય છે.

મુખ્યત્વે સીસાપ્લાટીન કે કાર્બોપ્લાટીન દવા વપરાય છે. ૩ અઠવાડિયે એકવાર પણ કિમોથેરાપી આપી શકાય છે. ક્યારેક અન્ય કિમોથેરાપી દવાઓ પણ વપરાય છે.

૪. બહુ ઉંમરવાળા દર્દી અથવા જેને કિમોથેરાપી સહન ન થાય એમને સીટુક્સીમાબ (Cetuximab) નામની ટારગેટેડ થેરાપી આપવામાં આવે છે.

૫. મોં ગળાના કેન્સરના અમુક હાઈ રિસ્ક કેસમાં ઓપરેશન પછી પણ કિમોરેડિયેશન આપવામાં આવે છે.

૬. જે દર્દીઓમાં ઉંમર અથવા અન્ય મોટી બીમારીઓને (જેમ કે હૃદયરોગ) લીધે ઓપરેશન શક્ય નથી, તેમને માટે પણ કિમોરેડિયેશન યોગ્ય સારવાર છે.

૭. કિમોરેડિયેશન અમુક બીજા કેન્સરમાં પણ પ્રમાણિત સારવાર છે. જેમ કે સર્વિક્સ (ગર્ભાશયના મોંનું કેન્સર), અન્નનળી, ફેફસાં, ગુદામાર્ગ (Ana Canal) ઉપરાંત પેશાબની કોથળીના કેન્સરના અમુક કેસમાં.

૮. આ સિવાય વહેલા સ્ટેજના પ્રોસ્ટેટ કેન્સરમાં માત્ર રેડિયેશનથી ઘણા સારાં પરિણામ મળી શકે છે. ઘણા કેસમાં માત્ર બ્રેકીથેરાપી (અંદરથી અપાતું રેડિયેશન) થી પણ ક્યોર કરી શકાય છે. વહેલા સ્ટેજમાં ઓપરેશન જેટલી જ ક્યોરની શક્યતા રેડિયેશનથી પણ મળી શકે છે.

૯. જે દર્દીને ઓપરેશન ન જ કરાવવું હોય અથવા મોટી ઉંમર (૭૦-૭૫થી વધુ)ના લીધે જોખમ વધુ હોય એમને માટે પણ આ સારવાર ખૂબ ઉપયોગી છે.

(૩) કિમોથેરાપી

મોં અને ગળાના કેન્સરમાં આપણે ઓપરેશન અને પછી રેડિયોથેરાપી વિષે વાત કરી. દવાઓ જેમકે કિમોથેરાપીની અહીં શું ભૂમિકા છે ?

કિમોથેરાપીના મુખ્ય પાસાં આ પ્રમાણે છે.

(૧) રેડિયેશનની સાથે ઓપરેશનના બદલે - જેના વિષે આપણે આગળ વાત કરી.

(૨) રેડિયેશનની સાથે ઓપરેશન પછી - Adjuvant થેરાપી તરીકે હાઈ રિસ્ક કેસમાં રોગ ઉથલો મારવાનું જોખમ ઘટાડવા.

(૩) ઓપરેશન અથવા રેડિયેશન પહેલાં - ઈન્ડક્શન કિમોથેરાપી.

(૪) પેલિએટિવ કિમોથેરાપી - જ્યાં ઓપરેશન કે રેડિયેશન શક્ય ન હોય તેવા સ્ટેજમાં.

કિમોથેરાપી ઉપરાંત અન્ય દવાઓ પણ છે.

(૧) મુખ્ય કિમોથેરાપી દવાઓ છે - સીસાપ્લાટીન (Cisplatin), કાર્બોપ્લાટીન (Carboplatin), ૫-એફયુ (5-FU), પેકલીટેકસેલ કે ડોસીટેકસોલ (Paclitaxel, Docetaxel).

(૨) અન્ય ઓછી વપરાતી દવાઓ છે - મિથોટ્રેક્ઝેટ (Methotrexate) આઈફોસ્ફામાઈડ, જેમસાઈટાબીન વગેરે.

ઉપર લખેલી દવાઓમાંથી મુખ્ય દવાઓ, ખાસ કરીને 2-3 દવાઓ કોમ્બીનેશનમાં, લગભગ ૮૦-૯૦% દર્દીઓમાં ટ્યુમર ઓછાવત્તા અંશે ઘટાડી શકે છે. ૨૦-૩૦% દર્દીઓમાં સંપૂર્ણ ઓગાળી નાખે છે.

જો કે અહીં એ ખાસ યાદ કરાવવું જરૂરી છે કે કિમોથેરાપી આટલી અસરકારક હોવા છતાં, મોં ગળાના કેન્સરમાં, કાયમી રોગ મુક્તિ આપી શકતી નથી. ઓપરેશન કે રેડિયેશન વિના કેન્સરનું બીજ રહી જાય છે.

કિમોથેરાપી કોમ્બીનેશનના બદલે એક સાથે એક જ દવા આપવામાં આવે તો ૮૦-૯૦% ના બદલે લગભગ ૪૦-૫૦% દર્દીમાં જ અસરકારક નીવડે છે.

ઉપર જણાવેલાં પરિણામ નવા નિદાન થયેલા કેન્સરમાં જ જોવા મળે છે. ઉથલો મારેલા કેન્સરમાં આ પરિણામ અડધોઅડધ થઈ જાય છે અને લાંબા ટકતાં પણ નથી.

(૪) ટારગેટેડ થેરાપી EGFR રીસેપ્ટરને બ્લોક કરવા

સીટુકસીમાબ, જેફીટીનીબ, અર્લોટીનીબ અને હવે નવી એફાટીનીબ-આ દવાઓ કેન્સર કોશો પરના EGFR નામના રીસેપ્ટરને બ્લોક કરે છે.

આ દવાઓ કિમોથેરાપી જેવી આડઅસર ધરાવતી નથી. પરંતુ આ દવાઓ પોતે બહુ અસરકારક નથી.

એટલે મુખ્યત્વે એનો વપરાશ પેલિએટિવ કેરમાં - એટલે કે જ્યારે કાયમી મટાડવાનું શક્ય ન હોય તેવા સ્ટેજમાં જ થાય છે.

આમાંથી સીટુક્સીમાબ (Cetuximab) ઈંજેક્શન છે, બાકીની મોઢેથી લેવાની ગોળીઓ છે. આ એક મોનોક્લોનલ એન્ટીબોડી પ્રકારની દવા છે. એને કિમોથેરાપી સાથે પણ આપી શકાય છે.

કિમોથેરાપી અને રેડિયેશનનું કોમ્બીનેશન જે સહન કરી શકે એમ ન હોય, ખાસ કરીને ઉંમરલાયક વ્યક્તિઓ, એમને કિમોથેરાપીને બદલે સીટુક્સીમાબ સાથે રેડિયેશન આપી શકાય છે.

અન્ય ટારગેટેડ થેરાપી

તાજેતરમાં અન્ય ટારગેટેડ દવાઓને પણ મંજૂરી મળી છે - જે થાઈરોઈડ કેન્સરમાં વપરાય છે.

- મેડ્યુલરી થાઈરોઈડ કેન્સર (Medullary) માટે વેન્ડેટીનીબ (Vandetanib) અને કાબોઝાન-ટીનીબ (Cabozantinib).

- અન્ય થાઈરોઈડ કેન્સર માટે - સોરાફેનીબ (Sorafenib), સુનીટીનીબ (Sunitinib), લેનવાટીનીબ (Lenvatinib).

ઉપર જણાવેલી પાંચેય દવાઓ ટાઈરોસીન કાઈનેઝ ઈન્હિબિટર ગૃપની દવાઓ છે. આ બધી જ દવાઓ પેલિએટિવ કેરમાં - એટલે કે ફેલાઈ ગયેલા થાઈરોઈડ કેન્સરના કાબૂ માટે વપરાય છે.

(૫) ઇમ્યુનોથેરાપી

તાજેતરમાં આ પ્રકારની દવાઓના ઘણા હઠીલા કેન્સરમાં સારાં પરિણામ જોવા મળ્યાં છે. મોં-ગળાના હઠીલા કેન્સરમાં પણ આ દવાઓ અમુક કેસમાં સારાં અને લાંબો સમય ટકી રહેતાં પરિણામ આપે છે. આ દવાઓ, પેમ્બ્રોલીઝુમાબ અથવા નીવોલુમાબ (Nivolumab)ને થોડા મહિનાઓ પહેલાં જ ૨૦૧૭માં મંજૂરી મળી છે.

આ દવાઓ, સાદી ભાષામાં કહીએ તો, આપણી રોગ પ્રતિકારક શક્તિની આંખો પરનો પાટો ખોલી નાખે છે.

જેથી તે કેન્સર સામે લડવા માંડે છે.

આ દવાઓની આડઅસર અલગ પ્રકારની છે, પણ મોટા ભાગના કેસમાં અસહ્ય નથી. પરંતુ હાલ આ દવાઓ ઘણી ખર્ચાળ છે, અને કેન્સરને કાયમી મટાડતી નથી.

કિમોથેરાપીના મુખ્ય ઉપયોગો

આપની વાત પરથી એમ જણાય છે કે કિમોથેરાપી ઉપરાંત પણ અન્ય ઘણી દવાઓ છે. પરંતુ મોં-ગળાના કેન્સરમાં હજુ એ દવાઓની ભૂમિકા બહુ સીમિત છે, કેન્સર કાયમી મટાડતી નથી અને અમુક ઘણી ખર્ચાળ પણ છે. જ્યારે કિમોથેરાપી દવાઓની ઉપયોગિતા ઘણી સારી છે, અને ખાસ ખર્ચાળ પણ નથી.

સાવ સાચી વાત છે. તમને જાણીને નવાઈ લાગશે કે આમાં સૌથી વધુ અસરકારક સીસપ્લાટીન દવાની આખા કોર્સની કિંમત (કિમોરેડિયેશનમાં ૬ અઠવાડિયા સુધી) માત્ર રૂ. ૬૦૦૦/- (છ હજાર) જ છે.

(૧) ઓપરેશનને બદલે - કિમોરેડિયશન સંયોજનના ભાગરૂપે

અહીં મુખ્યત્વે સીસપ્લાટીન (દર અઠવાડિયે નાનો ડોઝ અથવા ૩ અઠવાડિયે મોટો ડોઝ) કે કાર્બોપ્લાટીન આપવામાં આવે છે. ક્યારેક પેકલીટેકસલ અથવા ૫-એફયુ પણ સાથે આપવામાં આવે છે.

એક ખાસ પ્રકારનું કેન્સર છે - Nasopharynx - નેઝોફેરિંક્સ (નાકનો પાછળનો ભાગ). આ કેન્સરમાં સીસપ્લાટીન રેડિયશનની સાથે આપવામાં આવે છે. પરંતુ ત્યારબાદ સીસપ્લાટીન અને ૫-એફયુ વધારાની ૩-૪ સાઈકલ પણ આપવી પડે છે. આ પ્રકારના કેન્સરમાં ઓપરેશન મોટે ભાગે શક્ય હોતું નથી. પરંતુ કિમોરેડિયશનથી કેન્સર સંપૂર્ણ મટી શકે છે.

બહુ ઉંમરવાળા કે બીમાર દર્દીને કિમોથેરાપીના બદલે સીટુકસીમાબ અને રેડિયેશન પણ આપી શકાય છે.

ઉંમરવાળા દર્દી, બીમાર, અશક્ત દર્દી વગેરેમાં સીસપ્લાટીનને બદલે ઘણીવાર કાર્બોપ્લાટીન વપરાય છે. કારણ કે એની આડઅસરો ઓછી છે - ખાસ કરીને ઊબકાં/ઊલટી, જ્ઞાનતંતુ, કિડની, સાંભળવાની ક્ષમતા પર કાર્બોપ્લાટીનની અસરો ઘણી ઓછી છે.

આપણા દેશમાં, એમાંય મોં-ગળાના કેન્સરના દર્દીઓમાં અપૂરતું પોષણ, અશક્તિ, વજન ઊતરી ગયું હોય, ડીહાઈડ્રેશન એવી તકલીફો ઘણી વધુ જોવા મળે છે. એને કારણે પણ સીસપ્લાટીન હાઈ ડોઝમાં દર ૩ અઠવાડિયે આપવું ઘણી વાર જોખમી સાબિત થાય છે. આ કારણોથી મોટા ભાગના કેન્સર નિષ્ણાત લો ડોઝ સીસપ્લાટીન દર અઠવાડિયે અથવા કાર્બોપ્લાટીન વધુ પસંદ કરે છે.

ઘણા દર્દીઓમાં સારવાર શરૂ કરતાં પહેલાં ઉપર જણાવેલી તકલીફો ઓછી કરવા માટે ખાસ પ્રકારની નળી નાખીને પોષણ આપવામાં આવે છે. જેમકે PEG Tube -

આ એક ખાસ પદ્ધતિ છે જેમાં એન્ડોસ્કોપી દ્વારા દર્દીના જઠરમાં એક ટ્યૂબ નાખવામાં આવે છે. આ ટ્યૂબ મૂકવા માટે કોઈ ઓપરેશન કરવું પડતું નથી, હોસ્પિટલમાં દાખલ પણ થવું પડતું નથી.

આ ટ્યૂબ દ્વારા પૂરતા પ્રમાણમાં ખોરાક, પ્રવાહી આપી શકાય છે. જે દર્દીને અશક્તિ, વજન ઊતરી જવું, ડીહાઈડ્રેશન, અપૂરતું પોષણ વગેરેથી બચાવે છે. આથી દર્દી સારી રીતે અને સમયસર સારવાર પૂરી પણ કરી શકે છે. દર્દી અથવા સગા જાતે જ આ ટ્યૂબથી ખોરાક આપી શકે છે. ટ્યૂબ કપડા નીચે આવી જાય છે, બહાર દેખાતી નથી.

બીજો ઉપાય છે, નાક વાટે નળી નાખીને ખોરાક, પ્રવાહી વગેરે આપવાનો. એના ફાયદા PEG ટ્યૂબની જેવા જ છે. પરંતુ બહારથી દેખાય છે, જેથી ઘણા દર્દીને એ સ્વીકાર્ય નથી હોતી. ઉપરાંત બધાને એ અનુકૂળ પણ નથી આવતી. અમુક સમયે બદલવી પણ પડે.

(૨) ઓપરેશન પછી - રેડિયેશનની સાથે Adjuvant થેરાપી તરીકે

અહીં હાઈ રિસ્ક કેસમાં કેન્સરનો ઉથલો મારવાની શક્યતા ઓછી કરવા માટે વપરાય છે. કિમોરેડિયેશન સંયોજનના સિદ્ધાંતો ઉપર જણાવ્યા પ્રમાણે જ છે. પરંતુ ડોઝ ઓછા હોય છે. કારણ કે અહીં આ સારવાર સહાયક છે, મુખ્ય નથી. અને ઓપરેશન પછી પૂરા ડોઝમાં કિમોરેડિયેશન સહન કરવું પણ મોટેભાગે શક્ય નથી હોતું.

કયા દર્દીઓમાં ઓપરેશન પછી કિમોરેડિયેશન વપરાય છે ?

(૧) પોઝિટિવ માર્જિન - એટલે ઓપરેશન પછી પેથોલોજી રીપોર્ટ એમ જણાવે કે કોઈ બોર્ડર પર કેન્સર પૂરું નીકળ્યું નથી. અમુક ભાગ રહી ગયો છે. જે મુખ્યત્વે સીટી કે એમ.આર.આઈ. સ્કેનમાં ન દેખાય તેટલો નાનો હોય છે પણ પેથોલોજિસ્ટને માઈક્રોસ્કોપમાં દેખાય.

(૨) **ECS (Extracapsular Spread)** - એક્સ્ટ્રાકેપ્સ્યુલર નોડલ સ્પ્રેડ - પેથોલોજી રીપોર્ટમાં કેન્સર લિમ્ફનોડમાં એટલું બધું ફેલાયેલું જણાય કે નોડની પણ બહાર નીકળી ગયું હોય.

ઉપરના બેમાંથી એક પણ હોય તો પણ કિમોરેડિયેશન ખાસ કરવું જોઈએ, સિવાય કે દર્દીની શારીરિક પરિસ્થિતિ આ માટે અનુકૂળ જ ન હોય.

અન્ય હાઈરિસ્ક લક્ષણો

ઉપરાંત અન્ય હાઈ રિસ્ક લક્ષણો પણ છે, જેમાં આ સારવારનો વિચાર કરવો જોઈએ. અને શક્ય હોય તો આપવી જોઈએ :

(૧) ઘણી બધી નોડમાં રોગ દેખાવો

(૨) લિમ્ફેટીક અથવા વાસ્કયુલર ચેનલમાં રોગ દેખાવો (Lymphovascular invasion)

(૩) જ્ઞાનતંતુની આજુબાજુ રોગ દેખાવો (Perineural invasion)

(૪) ટી ૩ અથવા ટી ૪ સ્ટેજની ગાંઠ

(૫) ગાંઠથી દૂરના ભાગમાં નોડમાં રોગ મળવો-જેમકે મોંના કેન્સરમાં લેવલ ૪ કે ૫ની નોડમાં મળે.

આ બધાં લક્ષણો પેથોલોજી રીપોર્ટમાં જોવાતાં હોય છે.

(૩) ઇન્ડક્શન (Induction) - કિમોથેરાપી :

ઓપરેશન અથવા રેડિયેશન પહેલાં : ત્રીજા કે ચોથા સ્ટેજના કેન્સરમાં આ પ્રકારે કિમોથેરાપી આપવાના ઘણા પરીક્ષણો થયાં છે. મોટા ભાગના કેસમાં પરિણામ સારાં પણ મળ્યાં છે. પરંતુ હજુ આ એક તદ્દન પ્રમાણિત (standard of care) - સારવાર ગણાતી નથી.

આ પ્રકારે કિમોથેરાપી ખાસ કેસમાં વિચારી શકાય છે. જેમકે દર્દી મુખ્ય સારવાર માટે હાલ તુરંત શારીરિક રીતે તૈયાર ન હોય (અશક્ત કે બીમાર હોય). ક્યારેક ગાંઠની સાઈઝ બહુ જ મોટી હોય તો કિમોરેડિયેશન કરતાં પહેલાં સાઈઝ થોડી નાની કરવા પણ વપરાય છે.

ઓપરેશન પહેલાં ગાંઠ નાની કરવા માટે આ પ્રકારે કિમોથેરાપી વાપરવી જોઈએ નહીં. આ વાત ઘણાને આશ્ચર્યજનક લાગશે પરંતુ આ સાચું છે.

(૬) પેલિએટિવ કેર

આપે ઉલ્લેખ કર્યો છે કે સંખ્યાબંધ દર્દીઓ પેલિએટિવ કિમોથેરાપી લેવાની સ્થિતિમાં પણ નથી હોતા. તેઓને સર્જન દ્વારા અને રેડિયેશન ઓન્કોલોજિસ્ટ દ્વારા ઉપચાર ન થઈ શકે તેવા દર્દીઓ (અનરિસેક્ટેબલ દર્દીઓ) તરીકે જાહેર કરાયા જ છે. તેમની વ્યવસ્થા કઈ રીતે થઈ શકે?

સરસ પ્રશ્ન છે. કશુંક જે ડૉક્ટરો દ્વારા પૂછવામાં નથી આવતું, જે મેડિકલ કોલેજમાં નથી શીખવાડાતું, પાઠ્યક્રમમાં બહુ જ ઓછો ભાર મૂકાય છે તેવો પ્રશ્ન છે. પણ દર્દી અને તેના કુટુંબ માટે અત્યંત મહત્ત્વનો છે.

સદ્‌ભાગ્યે, એક એવી તબીબી શાખા છે જે મોટાભાગના વાચકોથી અજાણી છે જેને પેલિએટિવ કેર કહે છે.

પેલિએટિવ કેર વિષે થોડી વધુ જાણકારી આપશો?

પેલીએટીવ કેર એટલે દર્દીની તકલીફોની સંભાળ. ખાસ કરીને આ શબ્દો રોગના એડવાન્સ તબક્કા માટે વપરાય છે, પરંતુ દરેક સ્ટેજના દર્દીમાં આ સંભાળ અગત્યની છે.

શરૂઆતના તબક્કામાં દર્દીના જે મુખ્ય ડૉક્ટર છે તેઓ સામાન્યપણે આ તકલીફો (જેમકે દુઃખાવો, ઝાડા, ઊલટી...)ની સંભાળ ઘણા ખરા અંશે લેતા જ હોય છે. પરંતુ જ્યારે મુખ્ય ડૉક્ટર ‘‘હાથ ઊંચા કરી દે’’ ત્યાર પછી શું?

જે દર્દીને હવે પુસ્તકમાં લખેલી બધી સારવાર નિષ્ફળ ગઈ છે કે કોઈ પણ કારણોસર અપાય એમ નથી, એ સમયે શું કરવું ? આ સવાલનો જવાબ મેડિકલ કોલેજમાં સામાન્ય રીતે શીખવાડવામાં

નથી આવતો, પાઠ્યપુસ્તકમાં પણ એના પર બહુ જ ઓછો ભાર મૂકાય છે.

પરંતુ દર્દી અને તેના કુટુંબ માટે આ અત્યંત મહત્ત્વનો સવાલ છે.

ઘણીવાર એવું પણ થાય કે ત્રીજા, ચોથા સ્ટેજના દર્દી ઘણા પીડિત હોય, કોઈ જાણીતી સારવાર ચાલુ પણ હોય, બધા ‘‘શક્ય પ્રયાસો’’ કરવામાં આવી રહ્યા હોય. પરંતુ કેન્સર કાબૂમાં ન આવે ત્યાં સુધી એ તકલીફોનું શું ? ક્યાં સુધી દર્દીએ રાહ જોવાની ? દુઃખાવો, ખાંસી, ઊલટીઓ ક્યાં સુધી સહન કરવાની ? કંઈ કામકરે અથવા જીવન સમાપ્ત થઈ જાય ત્યાં સુધી પીડા વેઠ્યા જ કરવાની?

આ પ્રશ્નો ઘણા કેન્સરમાં અને ક્યારેક અન્ય રોગોમાં પણ લાગુ પડે છે. જેમકે લકવો, કિડની ફેઈલ્યોર, છેલ્લા તબક્કાના ફેફસાંનાં રોગો કે હાર્ટ ફેઈલ્યોર, છેલ્લા તબક્કાના સાંધાના વા વગેરે...

સદ્‌ભાગ્યે આ તકલીફોને વૈજ્ઞાનિક રીતે અને ચોક્કસ પ્લાનિંગ સાથે ઉકેલવાની કે કાબૂમાં લેવાની તબીબી શાખાને પેલિએટિવ કેર (Palliative Care) કહે છે. જે મોટાભાગના વાચકોથી અજાણી છે.

અમેરિકા અને અન્ય દેશોમાં, અન્ય શાખાઓની જેમ, આ શાખામાં પણ ઔપચારિક તાલીમ (Formal Traning) મેળવી શકાય છે અને MD-ડિગ્રી મળે છે.

પેલિએટિવ કેર સેન્ટર્સ

વાહ ! સાંભળવામાં તો ખરેખર સારું લાગે છે. આ ડૉક્ટરો ક્યાં પ્રેક્ટીસ કરે છે?

વિકસિત દેશોમાં આવા દર્દીઓની સંભાળ લેવા માટે મોટા કેન્દ્રો હોય છે, જેમને Hospice (હોસ્પાઈસ) કેન્દ્ર અથવા પેલિએટિવ કેર કેન્દ્ર કહે છે. તે ઉપરાંત આ ડૉક્ટરો હોસ્પિટલમાં દાખલ થયેલા દર્દીઓ, આઉટ પેશન્ટ, અને ઘરે રહેલા દર્દીઓને પણ આ પ્રકારની સંભાળ આપે છે. જેમાં કેન્સર સિવાય ઉપર જણાવેલા અન્ય રોગના દર્દીઓ પણ હોય છે.

આજે ભારતમાં મોટા ભાગના આવા દર્દીઓ મૃત્યુ સુધી પીડાતા હોય છે. કેમકે સારવાર કરતા ઓન્કોલોજિસ્ટ, ફેમિલી ડૉક્ટર, નર્સ વગેરે આ પ્રકારની સંભાળ માટે પૂરતી જાણકારી કે તાલીમ ધરાવતા નથી. પેલિએટિવ કેર આપતાં કેન્દ્રો વિષે પણ તેઓ અજાણ હોય છે.

મોટા ભાગના ડૉક્ટર આવા સમયે દર્દીને ઘરે લઈ જાઓ અને ''સેવા કરો'' એમ કહી દે છે. આ દયનીય પરિસ્થિતિમાં દર્દીઓ કેટલાંક અઠવાડિયાંથી લઈને ઘણા મહિનાઓ અને ક્યારેક ૧-૨ વર્ષ પણ કાઢી નાખે છે.

જે પીડામાંથી તેઓ પસાર થાય છે એ કુટુંબ પર અને મિત્રોના મન પર પણ ઘણા ઘા મૂકી જાય છે. આખી જિંદગી તેઓ પણ મૂક રીતે સહન કરતા રહે છે, અપરાધભાવ અનુભવે છે અને કેન્સર એટલે અત્યંત પીડા, રિબાવું એવો સંદેશ પ્રસરાવતા જાય છે.

પેલિએટિવ કેરના સિદ્ધાંતો

આપે બહુ જ હૃદસ્પર્શી વાત કરી. પણ ખરેખર આ પ્રકારની સંભાળમાં શું કરવામાં આવે છે?

આપણે હાલ માત્ર કેન્સરની વાત કરીએ તો એડવાન્સ કેન્સરની મુખ્ય તકલીફો હોય છે

૧. અસહ્ય દુઃખાવો જે સામાન્ય પેઈનકીલરથી મોટે ભાગે કાબૂમાં ન આવે
૨. સતત ખાંસી
૩. ઊબકાં/ઊલટી
૪. ઝાડા
૫. ફૂટી ગયેલી કેન્સરની ગાંઠ જેમાંથી પરુ કે લોહી આવે
૬. ચોખ્ખાઈ ન રખાય તો આ ગાંઠ કે ઘામાં જીવડાં (Maggots) પણ પડે
૭. ખોરાક ગળવામાં તકલીફ

૮. ભૂખ ન લાગવી
૯. અસહ્ય થાક
૧૦. અશક્તિ
૧૧. વજન ઊતરતું જાય
૧૨. તાવ
૧૩. લોહી પડવું
૧૪. દુર્ગંધ
૧૫. ઝાડા પેશાબનો કાબૂ ગુમાવવો
૧૬. લકવો
૧૭. ઊંઘ ન આવવી
૧૮. શ્વાસ ચઢવો
૧૯. ખૂબ કબજિયાત
૨૦. પેશાબ અટકી જવો વગેરે.

ઘણા દર્દીઓ માટે આનાથી પણ વધુ ગંભીર બીજી તકલીફો હોય છે :

- સગાં-વહાલાં કે સમાજ દ્વારા તરછોડી દેવાય
- કેન્સરને ચેપી ગણીને એમની પાસે ન આવે
- મારા પછી મારાં બાળકો કે પત્ની, પતિનું શું થશે એની ચિંતા
- ખર્ચની ચિંતા
- છેલ્લી ક્ષણો કે દિવસોમાં રિબાવાની ચિંતા
- મારે આવું ભોગવવાનું કેમ આવ્યું? મેં એવાં તે શું પાપ કર્યાં હશે?
- મૃત્યુ પછી મારો ઉદ્ધાર થશે કે નહીં? એવી આધ્યાત્મિક ચિંતા
- પરવશ થઈ જવાની ચિંતા

(૧) **પેલિએટિવ કેર માત્ર શારીરિક જ નહીં, પરંતુ આ સામાજિક, માનસિક, આર્થિક અને આધ્યાત્મિક ચિંતાઓનો પણ ઉકેલ લાવવાનો પ્રયત્ન કરે છે.**

તે માને છે કે આ બધું જોડાયેલું છે અને માત્ર દવાઓ ઉકેલ નથી. માટે જ કાઉન્સેલિંગ પર પણ અહીં ખૂબ ભાર મૂકવામાં આવે છે. બંને સાથે કરવામાં આવે છે.

(૨) અન્ય તબીબી શાખાની માફક જ શરૂઆતમાં દર્દીની સંપૂર્ણ તબીબી માહિતી, શારીરિક તપાસ વગેરે કરવામાં આવે છે. ઉપરાંત શારીરિક સિવાયના અન્ય પાસાંની માહિતી પણ લેવામાં આવે છે.

(૩) દર્દીને ''એક વ્યક્તિ'' તરીકે જોવામાં આવે છે, નહીં કે ''એક કેન્સર'' તરીકે. અહીંના સ્ટાફ અને ડૉક્ટરોને ખાસ આ પ્રકારની તાલીમ પણ અપાય છે.

(૪) જાતજાતના બ્લડટેસ્ટ, સોનોગ્રાફી, સીટી સ્કેન વગેરે પર ખૂબ ઓછો ભાર મૂકાય છે.

(૫) મોરફીન વગેરે ખાસ પ્રકારની પેઈનકીલર દવાઓ યોગ્ય ડોઝમાં આપવામાં આવે છે.

મોરફીન વિષે સમાજમાં અને ડૉક્ટર્સમાં પણ ઘણી ગેરસમજ પ્રવર્તે છે, જેને લીધે આપણા દેશમાં એનો ઉપયોગ અમેરિકા કરતાં કદાચ સોમા ભાગનો પણ નથી કરવામાં આવતો, જે બહુ જ દુઃખની વાત છે.

અમુક આવી ગેરસમજઃ મોરફીનની ટેવ પડી જાય (Addiction), છેલ્લે પછી કોઈ દવા કામ ન લાગે, એનાથી દર્દી બેહોશ રહે કે ઊંઘમાં જ રહે, બહુ આડઅસર થાય વગેરે.

કેન્સરના એડવાન્સ સ્ટેજ માટે મોરફીન ખૂબ ખૂબ ખૂબ અગત્યની દવા છે અને માત્ર થોડી જ તાલીમથી બહુ જ સારી રીતે અને ડર વિના વાપરી શકાય છે.

(૬) અહીં દર્દીઓના ઘા કે ફૂટેલી ગાંઠ માટે સારી ગુણવત્તાનું ડ્રેસિંગ રોજ કરવામાં આવે છે, અને જે દર્દીને ઘરે રહેવું હોય તેમના સગાંને શીખવાડી પણ દેવામાં આવે છે.

(૭) તે ઉપરાંત ઉપર જણાવેલી અન્ય શારીરિક તકલીફોની ઘણાખરા અંશે સારવાર થઈ શકે છે.

(૮) આવા દર્દીઓને પોષણયુક્ત ખાસ ખોરાક આપવામાં આવે છે.

(૯) ચોક્કસ વૈજ્ઞાનિક જ્ઞાન, કાઉન્સેલિંગ અને અનુકંપા, દર્દીનો અત્યંત દુઃખી વ્યક્તિમાંથી કેવી રીતે આનંદી અને હસમુખા માણસમાં પરિવર્તિત કરી શકે છે, અને તે પણ માત્ર ૧-૨ દિવસમાં જ, એ એક આશ્ચર્ય છે.

મારી દૃષ્ટિએ તો આ પણ એક ચમત્કાર જ છે. જે જાતે જુએ એ જ માની શકે. કુટુંબીજનોને પણ સંતોષ થાય છે કે તેમણે તેમના પ્રિયજન માટે જરૂરી બધું જ કર્યું છે.

(૧૦) **હું તમામ વાચકોને વિનંતિ કરીશ કે આપના વિસ્તાર કે શહેરમાં આવેલ આવા કેન્દ્રની એકવાર મુલાકાત લઈને આ ચમત્કારને નજરે નિહાળો.**

સમય ન હોય તો ઈન્ટરનેટ પર જરૂર આ વિષે માહિતી મેળવો. જેથી આ પ્રકારની સારવાર શું છે, કેવાં પરિણામ છે, કોને લાગુ પડે છે વગેરે જાણકારી મળે. જેથી સમાજમાં સાચી માહિતી ફેલાય અને કોઈક જરૂરિયાતમંદ દર્દીને મદદરૂપ થઈ શકો.

(૧૧) ભારતમાં મોટા ભાગના આવાં કેન્દ્ર સંપૂર્ણપણે નિઃશુલ્ક સારવાર આપે છે. Completely FREE Care.

ઉદાહરણ તરીકે ''કરૂણાલય''(KARUNALAY) વધુ માહિતી માટે આપ જોઈ શકો છો. www.shyamoncologyfoundation.org ૨૦૧૨ થી આ કેન્દ્ર ચાલે છે.

ઉપરાંત **અમદાવાદની કેન્સર હોસ્પિટલમાં પણ આવું કેન્દ્ર ચાલે છે. ત્યાં તાલીમ પણ આપવામાં આવે છે.**

આ શાખાનો સૌથી વધુ વિકાસ ભારતમાં ડૉ. રાજગોપાલના વડપણ હેઠળ કેરળ રાજ્યમાં થયો છે. Pallium India. org પર પણ ઘણી માહિતી મળી શકે છે. આવા કેન્દ્રોની સંખ્યા અને તાલીમબદ્ધ ડૉક્ટર્સ, સ્ટાફ ભારતમાં દિનપ્રતિદિન વધી રહ્યા છે.

(૧૨) **ટૂંકમાં કેન્સરના દર્દીએ રિબાવું જ પડે એ વાત ખોટી છે. આવી સારવાર આર્થિક રીતે ન પોષાય એ પણ ખોટું છે.**

❀❀❀

વિવિધ ભાગના કેન્સર

૧. મોંનું કેન્સર

૨. જીભનું કેન્સર

૩. સ્વરપેટીનું કેન્સર

૪. અજાણી પ્રાયમરી સાઇટનું કેન્સર

૫. થાઇરોઇડનું કેન્સર

૬. લાળગ્રંથિનું કેન્સર

૪

૧. મોંનું કેન્સર - મોઢાનું કેન્સર

મોંનું કેન્સર આપણા દેશમાં જોવા મળતા કેન્સરમાં બહુ જ અગત્યનું છે. ચાવવાની તમાકુ અને ખાસ કરીને ગુટખાને કારણે એનો દર બહુ ઝડપથી વધી રહ્યો છે. વધુ ખરાબ વાત એ પણ છે કે નાની ઉંમરે ગુટખાનો વપરાશ ચાલુ થઈ જવાથી હવે માત્ર ૨૦-૩૦ વર્ષની ઉંમરના યુવાનોમાં પણ મોંનું કેન્સર જોવા મળે છે.

ભારતમાં જે લોકોને કેન્સર થાય છે, તેમાંથી ૩૦ થી ૪૦ ટકા લોકોને તમાકુની ટેવ હોય છે.

તમાકુના સેવનથી મોંમાં કેન્સર સિવાયની અન્ય આડઅસરો પણ થાય છે

(૧) પેઢાં નબળાં પડી જવાં.

(૨) નાની વયમાં દાંત ઢીલા પડી જવા, ચાવવામાં તકલીફ પડવી.

(૩) દાંત પર કાળા-કથ્થઈ રંગના ડાઘા પડી જવા.

(૪) મોંમાં ચાંદાં પડવાં અને બળતરા થવી.

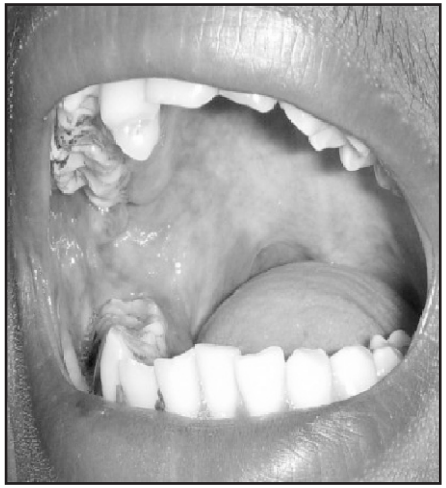
(૫) મોં ખોલવામાં તકલીફ પડવી.

તમાકુ કોઈપણ રીતે લેવાથી જડબાનું, મોંનું, ગળાનું, અન્નનળીનું અને ફેફસાંનું કેન્સર થઈ શકે છે.

ઓરલ સબમ્યુક્સ ફાઈબ્રોસિસ, લ્યુકોપ્લાકીયા

મોં પૂરું ખૂલતું નથી

સબમ્યુક્સ ફાઈબ્રોસિસ



તમાકુના સેવનથી ઘણાને ઓરલ સબમ્યુક્સ ફાઈબ્રોસિસ કે લ્યુકોપ્લાકીયા થાય છે. આ વખતે જ જો તાત્કાલિક સારવાર લેવામાં ન આવે અને તમાકુ બંધ કરી દેવામાં ન આવે તો આગળ જતાં કેન્સર થઈ શકે છે.

આવા દર્દીને આ સાથેની તકલીફો થઈ શકે છે.

(૧) મોંમાં વારંવાર ચાંદાં પડી જવાં.
(૨) મોંમાં સતત બળતરા થવી.
(૩) દર્દીને બોલવામાં તેમજ ખોરાક લેવામાં મુશ્કેલીઓ થવી.
(૪) મોંનું ક્રમશઃ ઓછું ખૂલવું અને ધીરેધીરે જડબાનું જકડાઈ જવું.
(૫) ગાલની અંદરની ચામડી કડક થઈ જવી.
(૬) જીભની ચામડીનું કડક થઈ જવું.
(૭) ગાલની ચામડી ખરબચડી થઈ જવી, તેમજ સફેદ અને લાલ ડાઘ પડી જવા.
(૮) મોંના ખૂણાના ભાગમાં ચીરા પડવા અને લોહી નીકળવું.
(૯) મોંની અંદરની ચામડી પર રૂઝાય નહીં તેવા ચાંદા વારંવાર પડવાં.
(૧૦) દાંત ઉપર કથ્થઈ કે કાળા રંગના ડાઘ પડી જવા.
(૧૧) તાળવું સૂજી જવું.
(૧૨) તાળવાની ચામડીમાં વારંવાર ફોલ્લીઓ થવી કે લાંબા સમયથી ન રૂઝાતાં ચાંદા પડવાં.
(૧૩) તાળવાની ચામડીમાંથી લોહી કે પરૂ નીકળવું.

મોંના કેન્સરનાં ભયસૂચક ચિહ્નો

(૧) મોંમાં ૩-૪ અઠવાડિયા કરતાં વધુ સમયથી ન રૂઝાતું ચાંદું.
(૨) મોંમાં થતા લાલ તથા સફેદ રંગના ડાઘ કે જે સહેલાઈથી જતા નથી.
(૩) મોંમાં ગરમ કે તીખું ખાવાથી બળતરા થવી.
(૪) મોં ખોલવામાં તકલીફ પડવી.
(૫) જીભની ચામડીનું કડક થઈ જવું અને તેના હલનચલનમાં ઘટાડો થવો.
(૬) ગાલની અંદરની ચામડી કડક થઈ જવી.
(૭) ખોરાક ગળવામાં તકલીફ થવી.
(૮) શરીરના વજનમાં ઘટાડો થવો.
(૯) લસિકાગ્રંથિનું સૂજી જવું.

જો આમાંથી કોઈ પણ ચિહ્ન દેખાય તો તાત્કાલિક ડૉક્ટરને બતાવવું જોઈએ કારણકે શક્ય છે કે તે કેન્સર હોઈ શકે.

સારવાર

મોંના કેન્સરની સારવારનું પ્લાનીંગ ૨ ભાગમાં કરવામાં આવે છે.

(1) Oral Cavity (ઓરલકેવિટી) મોંના આગળના ભાગના કેન્સરની સારવાર

(2) Oropharynx (ઓરોફેરિંક્સ) મોંના પાછળના ભાગના કેન્સરની સારવાર.

ઉપરાંત પણ જે અલગ અલગ ભાગ ગણ્યા છે એમાં પણ થોડો ફરક હોય છે. જેમકે જીભ અને ગાલની સારવાર, કે ટોન્સીલ અને સોફ્ટ પેલેટની સારવાર.

Oral Cavity મોંના આગળના ભાગના કેન્સરની સારવાર

મોંનું કેન્સર એટલે નીચેના ભાગોમાંથી કોઈ પણ એકનું કેન્સર : હોઠ, ગાલનો અંદરનો ભાગ (Buccal mucosa), મોંનું તળિયું (Floor of mouth), દાંતની નીચેનો ભાગ (Alveolar ridge), મોંના પાછળના ખૂણા (Retro-molar Trigone), તાળવું (Hard palate), જીભ (આગળનો ૨/૩ ભાગ).

ઉપર જણાવેલા ભાગોને ‘Oral cavity’ ના કેન્સર તરીકે મેડિકલ પુસ્તકોમાં અલગ ગણવામાં આવે છે.

(૧) મોંના આગળના ભાગમાં (Oral cavity) ઓપરેશન શક્ય હોય ત્યાં સુધી પહેલી ચોઈસ તરીકે ગણવામાં આવે છે.

દર્દીની જરા પણ ઈચ્છા ન હોય અથવા અશક્તિને લીધે ઓપરેશન શક્ય ન હોય તો, ખાસ કરીને નાની ગાંઠમાં (T_1, T_2) માત્ર રેડિયેશનથી સારવાર કરી શકાય.

(૨) ઓપરેશન પછી જો હાઈ રીસ્ક લક્ષણો હોય તો રેડિયેશન આપવું પડે - એકસ્ટ્રા કેપ્સ્યુલર નોડલ સ્પ્રેડ (Extracapsular nodal spread) માર્જિનમાં કેન્સર (Positive margin), pT_3 કે pT_4 સ્ટેજની ગાંઠ, N_2 કે N_3 સ્ટેજની ગળાની ગાંઠ, લિમ્ફોવાસ્કયુલર કે પેરીન્યુરલ ઈનવેઝન. એમાં પણ જે પહેલું લક્ષણ છે (Extracapsular nodal spread) તેને સૌથી વધુ જોખમી ગણવામાં આવે

છે. એ હોય તો રેડિયેશન સાથે કિમોથેરાપી પણ ખાસ આપવી જોઈએ.

અન્ય લક્ષણોમાં દર્દીના બીજાં પાસાંનો વિચાર કરીને કિમોથેરાપી આપવી કે નહીં એ નક્કી કરવામાં આવે છે.

(૩) ગાંઠની ઊંડાઈ (Depth કે thickness) ને પણ ઘણા સંશોધનોમાં મહત્ત્વનું લક્ષણ ગણવામાં આવે છે. જો એ વધુ હોય (૩-૫ મીલીમીટરથી વધુ) તો પણ ઓપરેશન પછી રેડિયેશનની સલાહ આપવામાં આવે છે.

(૪) નાની ગાંઠ હોય ત્યારે મુખ્ય ભાગના ઓપરેશન સિવાય ગળાની ગાંઠો કાઢવી કે નહીં એ બાબતે હજુ સંપૂર્ણપણે ચોક્કસ માર્ગદર્શન નથી.

(૫) ૨૦૧૫માં ભારતની ટાટા કેન્સર હોસ્પિટલમાં ડૉ. અનિલ ડી. ક્રુઝના વડપણ હેઠળ એક બહુ મોટું સંશોધન (૪૯૬ દર્દી પર) કરવામાં આવ્યું. જેની દુનિયાભરમાં નોંધ લેવાઈ.

જે દર્દીને નાની ગાંઠ હોય (T_1, T_2), મોંના આગળના ભાગના કેન્સરમાં (Oral cavity), અને ગળામાં દેખીતી ગાંઠ ન હોય તેવા દર્દીઓમાં માત્ર મુખ્ય ગાંઠ કાઢવી કે ગળાની ગાંઠો (Elective Neck dissection) પણ કાઢવી એ સંશોધનનો વિષય હતો.

એના તારણ મુજબ ગળાની ગાંઠો પણ કાઢવાથી પરિણામમાં નોંધપાત્ર સુધારો જોવા મળ્યો. (Overall survival અને Disease free survival બંનેમાં સુધારો).

Oropharynx મોંના પાછળના ભાગના કેન્સરની સારવાર

મોંના પાછળના ભાગના કેન્સરને "Oropharynx"ના કેન્સર તરીકે અલગ ગણવામાં આવે છે. એમાં સમાવેશ થાય છે - જીભનો પાછળનો ૧/૩ ભાગ, ટોન્સીલ, તાળવાનો પાછળનો નાજુક ભાગ (Soft palate), ગળાની પાછળની દીવાલ (Posterior pharyngeal wall).

(૧) આ ભાગમાં શક્ય હોય ત્યાં સુધી પહેલી ચોઈસ તરીકે રેડિયેશન અથવા વધુ સ્ટેજ હોય તો કિમો-રેડિયેશનને પ્રાધાન્ય આપવામાં આવે છે. સર્જરી આ ભાગમાં વધુ નુકસાનકર્તા છે - પાણી ગળવાની, શ્વાસની તકલીફ થવાની શક્યતા ઘણી વધી જાય છે.

(૨) નવી ઓપરેશન પદ્ધતિ - (Transoral Resection) - નો વ્યાપ વધી રહ્યો છે. હાલ એના નિષ્ણાત બહુ ઓછા છે. આ પદ્ધતિ શક્ય હોય તો રેડિયેશનને બદલે એનાથી શરૂઆત કરી શકાય છે. ખાસ કરીને જો ગળાના કામમાં ખરાબ અસરો પહોંચાડ્યા વિના શક્ય હોય તો.

(૩) ઓપરેશન પછી રેડિયેશન અથવા કિમો-રેડિયેશન આપવું કે નહીં એનો નિર્ણય Oral cavity ના સિદ્ધાંતો મુજબ જ કરવામાં આવે છે.

(૪) આ ભાગની ગાંઠો ગળાની લિમ્ફનોડમાં ફેલાય એવી શક્યતા વધુ હોય છે. એટલે ઓપરેશન હોય કે રેડિયેશન, ગળાની ગાંઠોને પણ મોટે ભાગે સારવારમાં વણી લેવામાં આવે છે. - ઘણું કરીને બંને બાજુ (કારણકે ઘણીવાર આ ગાંઠોની લિમ્ફેટીક ડ્રેઈનેજ કેન્સરના કોષોને ગમે તે બાજુ લઈ જઈ શકે છે.)

૨. જીભનું કેન્સર

જીભના કેન્સર વિશે જણાવશો ?

જીભનું કેન્સર એ આપણે આગળ જોઈ ગયા એમ મોંના કેન્સરના એક ભાગ તરીકે ગણવામાં આવે છે.

જીભના આગળના ૧/૩ ભાગની મુખ્યત્વે ઓપરેશનથી સારવાર કરવામાં આવે છે.

બહુ નાની ગાંઠ હોય (૧ સેમીથી પણ નાની) તો ક્યારેક લોકલ રેડિયેશનથી સારવાર કરી શકાય. નાની ગાંઠોમાં લેઝરથી પણ સારવાર થઈ શકે.

ઘણા દર્દીને ઓપરેશન બાબતે ડર હોય છે કે ત્યારબાદ એમની વાણી-બોલવા પર બહુ મોટી અસર થઈ જશે. આ ડરથી તેઓ ઓપરેશન ઈચ્છતા નથી. નાની ગાંઠ T_1, T_2 કેન્સરમાં વાણી પર અસર થતી નથી.

જીભનું ઓપરેશન ખાસ નિષ્ણાત પાસે જ કરાવવું જોઈએ. આ ઓપરેશન અન્ય ઘણા ભાગો કરતાં થોડું વધુ કઠિન પણ છે, કારણ કે જીભના સ્નાયુઓની રચના થોડી અટપટી છે, જેથી ચોક્કસ ક્યાં અને કેટલું કાપવું એ બાબત થોડી અઘરી થઈ પડે છે. ઓપરેશન પછી માર્જીન નક્કી કરવામાં પણ આ કારણથી તકલીફ પડી શકે છે.

ગાંઠ મોટી હોય તો ઘણી વાર પ્લાસ્ટિક સર્જરીથી જીભનું રીકન્સ્ટ્રક્શન પણ કરી શકાય છે. અથવા ઓપરેશનને બદલે કિમોરેડિયેશનથી પણ સારવાર કરવામાં આવે છે-ખાસ કરીને મોટા ભાગની જીભ કાઢી નાખવી પડે એવી પરિસ્થિતિ હોય ત્યારે. આવામાં-ઘણા દર્દીઓ ઓપરેશન માટે તૈયાર હોતા નથી.

જીભના પાછળના ભાગમાં, બહુ જ નાની ગાંઠ હોય તો માત્ર રેડિયેશનથી અથવા નવી ઓપરેશન પદ્ધતિથી (Transoral resection) કામ થઈ શકે છે. મોટા ભાગના કેસમાં કિમોરેડિયેશનથી સારવાર કરવામાં આવે છે. વધુ માહિતી માટે (Oropharynx) ની સારવાર જોવી- જીભનો પાછળનો ભાગ એના ભાગ તરીકે ગણવામાં આવે છે.

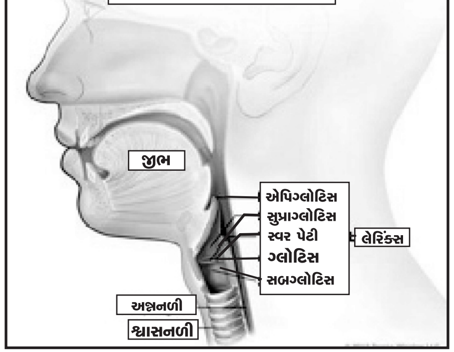
સામાન્ય જીભ	જીભનું કેન્સર

જીભનાં કેન્સરનાં ચિહ્નો-લક્ષણો

- ન રુઝાતું ચાંદું
- જીભ અને / અથવા જડબામાં સતત દુખાવો
- જીભ પર સફેદ કે લાલ ડાઘા
- ખોરાક ગળવામાં કે ચાવવામાં તકલીફ થવી
- જડબાં અથવા જીભના હલનચલનમાં તકલીફ
- અવાજમાં હણેણાટી અથવા મોંની અથવા જીભની સંવેદના બૂઠી થવી
- કાનમાં અથવા જડબામાં સતત દુખાવો

૩. સ્વરપેટી (Larynx લેરિંક્સ) નું કેન્સર

લેરિંક્સની એનેટોમી



સ્વરપેટીનાં કેન્સરની સારવારમાં સૌથી અગત્યની મુશ્કેલી છે - વાણી પર થતી અસર.

માણસના જીવનની ક્વોલિટી માટે સ્વરપેટી એક બહુ જ અગત્યનો ભાગ છે.

સ્વરપેટીના ત્રણ ભાગ છે - (Glottis, Supraglottis, Subglottis) (સ્વરતંતુ, ઉપરનો ભાગ, નીચેનો ભાગ)

મોટા ભાગના દર્દી વહેલા સ્ટેજમાં પકડાય છે, કારણકે અવાજ પર અસર થવાથી વહેલું નિદાન થાય છે-ખાસ કરીને Glottisના કેન્સરમાં. તેથી જ આ કેન્સરનો કાયમી મટવાનો દર લગભગ ૮૦-૯૦% છે.

૧૯૯૧ સુધી અન્ય મોં-ગળાના કેન્સરની જેમજ આની સારવાર ઓપરેશનથી જ થતી હતી. આમાં આખી સ્વરપેટી કાઢી નાખવામાં આવતી, જેથી વાણી જતી રહેતી. મટવાના સારા દર છતાં આ નુકસાનને લીધે આ ઓપરેશન બહુ સ્વીકાર્ય નહોતું.

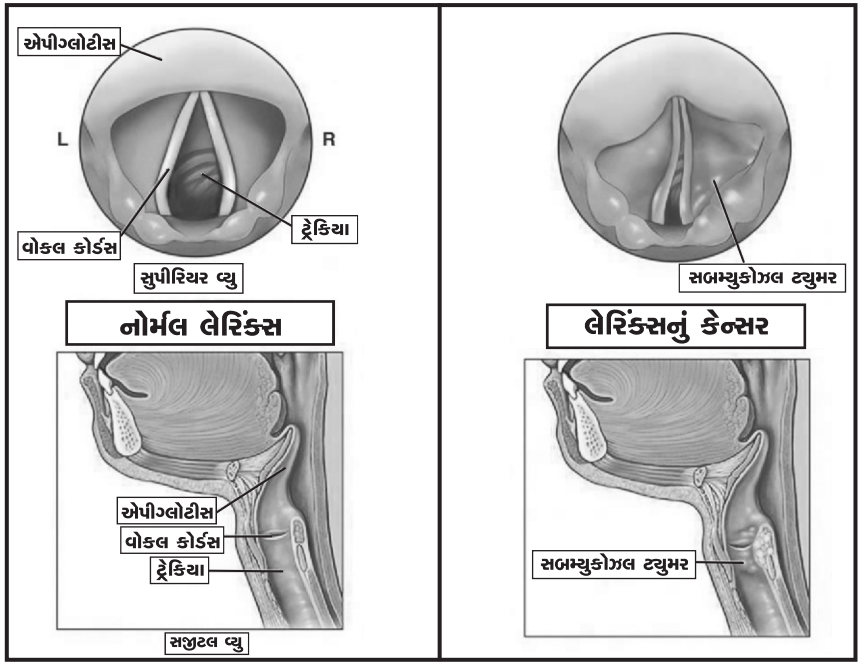
૧૯૯૧માં એકનોંધ પાત્ર સંશોધન આવ્યું. જેમાં કિમોથેરાપી પછી

આ તો બહુ રસપ્રદ છે. તો હવે લેરિંક્સ કેન્સરની સારવાર ઓપરેશનથી નથી થતી, બરાબર?

આ અભ્યાસો ૯૦ના દાયકાની શરૂઆતમાં એટલે કે વીસથી ય વધુ વર્ષ અગાઉ પ્રકાશિત થયેલ.

પૂરતી જાગૃતિ, રેડિયોથેરાપીની સારી સગવડો મળવાને કારણે, અને સાવધાનીપૂર્વક ફોલોઅપને કારણે ભારતમાં પણ મોટા ભાગના દર્દીઓ લેરિંક્સ કેન્સર માટે કિમોરેડિયેશન લે છે.

તેમ છતાં વધી ગયેલ રોગ સાથે કેટલાક દર્દીઓને અથવા જેમને કિમોરેડિયેશન પછી રોગે ઊથલો માર્યો હોય તેમને ઓપરેશન દ્વારા સ્વરપેટી કાઢવાની જરૂર પડે છે.



રેડિયેશન કરવાથી મોટા ભાગના દર્દીઓને ઓપરેશન વિના સંપૂર્ણ મટી ગયું. અને આ હતું વધારે સ્ટેજનાં કેન્સર વાળું ગૃપ.

ત્યારબાદ ઘણાં વર્ષો પછી અન્ય એક મોટા સંશોધનમાં નક્કી થયું કે રેડિયેશન અને કિમોથેરાપી સાથે આપવાથી વધુ સારાં પરિણામ મળ્યાં અને ઓછા સમયમાં સારવાર પૂર્ણ થઈ શકી.

આમ હાલ સ્વરપેટીના મોટા ભાગના કેન્સરની સારવાર કિમોરેડિયેશન સંયોજનથી કરવામાં આવે છે.

જેમનું ટ્યુમર (ટ્યૂમર) બહુ નાનું T_1, T_2 હોય એવા દર્દીઓ માટે ઓપરેશન અથવા એકલું રેડિયેશન બંને સરખાં પરિણામ આપે છે. **લેઝર સર્જરી પણ ઘણા કેસમાં શક્ય બને છે.** આવી નાની સર્જરીમાં વાણી બચાવી શકાય છે. ઓપરેશન પછી જો રિપોર્ટમાં અમુક હાઈ રીસ્ક લક્ષણો હોય (મોંના કેન્સરમાં જોઈ ગયા એમ) તો રેડિયેશન અથવા કિમોરેડિયેશન જરૂરી છે.

લેરિન્જિયલ (સ્વરપેટી) કેન્સરનાં લક્ષણો

- અવાજ બેસી જવો
- અવાજ બદલાઈ જવો
- બોલતી વખતે ગળામાં દુઃખાવો
- ગળામાં ગાંઠ થવી
- ખાંસીમાં લોહી પડવું

૪. અજાણી પ્રાઈમરી સાઈટનું કેન્સર (Cancer of Unknown Primary Site)

આગળના પ્રકરણોમાં આપણે મોં-ગળાના કેન્સરનાં કારણો, નિદાન, સ્ટેજ, શરૂઆતની તપાસ, ઓપરેશન, રેડિયેશન, કિમોથેરાપી દવાઓ, અને પેલિએટિવ કેર વગેરે વિષે ઘણા વિસ્તારપૂર્વક વાત કરી.

હવે આપ અમને મોં-ગળાના અલગ અલગ ભાગ/અંગની સારવારમાં ખાસ શું જાણવા જેવું છે, શું અલગતા છે એ વિષે જણાવી શકશો ?

જરૂર, પણ શરૂઆત આપણે એક એવા વિષયથી કરીશું, જે છે 'અજાણી પ્રાઈમરી સાઈટનું કેન્સર' (Cancer of Unknown Primary Site).

આ એક અસામાન્ય જણાતી પરિસ્થિતિ છે કે જેમાં ૧૦ ટકા દર્દીઓમાં અમે મોં-ગળાના ક્યા ભાગમાંથી કેન્સરની શરૂઆત થઈ તે બધા ટેસ્ટ પછી પણ જાણી શકતા નથી.

અત્યંત રસપ્રદ બાબત છે. આટલા બધા સ્કેન્સ અને અન્ય પરીક્ષણ પછી પણ, આપણને કેટલાક કેસોમાં પ્રાઈમરી ગાંઠ મળતી નથી. કુદરત એક ડગલું આગળ જ હોય છે.

પણ એટલે જ તબીબી જગત રસપ્રદ ક્ષેત્ર રહી શક્યું છે.

આવા દર્દી ગળામાં ફૂલેલી ગાંઠ (લિમ્ફગ્લેન્ડ) સાથે આવે-બાયોપ્સીમાં કેન્સર આવે. પરંતુ અંદર ક્યાંય ગાંઠ ન મળે, એટલે કે મોં, જીભ, સ્વરપેટી વગેરે ભાગમાં ક્યાંય ગાંઠ ન દેખાય.

તપાસ માટે આવા કેસમાં આખા મોં-ગળાના ભાગનું અંદરથી પરીક્ષણ થાય (શક્ય હોય ત્યાં સુધી એનેસ્થેશિયા આપીને (evaluation under anesthesia), સીટી કે એમઆરઆઈ અથવા શક્ય હોય તો પીઈટી સીટી સ્કેન થાય. અલગ અલગ ભાગમાંથી બાયોપ્સી પણ ક્યારેક લેવામાં આવે, જેમકે જીભનો પાછળનો ભાગ, ટોન્સીલ (કાકડા કાઢવા - જે બાજુની લિમ્ફગ્લેન્ડ ફૂલી હોય તે બાજુના) વગેરે. હાયપોફેરિંક્સ અને

નેઝોફેરિંક્સને પણ ખાસ તપાસવામાં આવે.

જો ફૂલેલી લિમ્ફગ્લેન્ડ ગળાના નીચેના ભાગમાં આવેલી હોય (જેમકે સુપ્રાક્લેવીક્યુલર) તો છાતી, પેટની તપાસ ખૂબ અગત્યની બને કારણ કે કેન્સરની શરૂઆત ત્યાંથી હોઈ શકે. આવી તપાસમાં પીઈટી-સીટી, પેટની અને ફેફસાંની એન્ડોસ્કોપી પણ અગત્યની થઈ શકે.

ઉપરાંત ક્યારેક બાયોપ્સી ઉપરની ખાસ તપાસ - IHC માંથી પણ કોઈ દિશા મળી શકે.

મોટેભાગે આ પ્રકાર સ્કવેમસ સેલ કાર્સિનોમા હોય છે. પરંતુ ક્યારેક એડિનોકાર્સિનોમા પણ હોઈ શકે. એડિનોકાર્સિનોમાની શરૂઆત લાળગ્રંથિ, થાઈરોઈડ, ફેફસાં, કે પેટનાં અંગોથી હોઈ શકે. આવું નિદાન માત્ર FNAC પર કરવું જોઈએ નહીં - ઓછામાં ઓછી નીડલ બાયોપ્સી અને ક્યારેક આખી નોડ કાઢવી જોઈએ. જેથી IHC માટે પૂરતું સેમ્પલ મળી રહે. માત્ર FNACમાં ક્યારેક લિમ્ફોમા ચૂકી જવાનો પણ ડર રહેલો છે.

સારવારનું પ્લાનીંગ બાયોપ્સી રીપોર્ટ અને લિમ્ફનોડની જગ્યા પરથી કરવામાં આવે છે.

જેમકે લેવલ ૧ લિમ્ફનોડ હોય તો જીભ કે મોંના તળિયા (Floor of mouth) માંથી શરૂઆત હોવાની શક્યતા વધુ છે. લેવલ ૨ હોય તો જીભનો પાછળનો ભાગ કે કાકડા (Tonsil) હોવાની શક્યતા વધારે હોય છે.

સારવારના મુખ્ય સિદ્ધાંત

સારવારના મુખ્ય સિદ્ધાંત છે :

(૧) એડિનોકાર્સીનોમા હોય તો IHC દ્વારા થાઈરોડનું કેન્સર નથી એ ખાસ જોઈ લેવું. ત્યારબાદ ઓપરેશન એટલે કે નેક ડિસેક્શન કરવું. જો ગાંઠ ગળામાં ઉપરના લેવલે હોય તો પેરોટીડ ગ્રંથિ પણ કાઢવી.

(૨) સ્કવેમસ સેલ કાર્સિનોમા, અથવા અનડિફરન્શીયેટેડ કેન્સર (ચોક્કસ નામ જ ન પાડી શકાય એવી હીસ્ટોલોજી)ની સારવારમાં નિષ્ણાતોના મત થોડા ઘણા અલગ પડે છે. પરંતુ મુખ્યત્વે એમ કહી શકાય કે જો નાની ગાંઠ હોય (N_1 disease stage) તો

ઓપરેશન પહેલાં કરવું. અમુક નિષ્ણાતો આ સ્ટેજમાં પણ રેડિયેશનને જ પ્રાથમિકતા આપે છે.

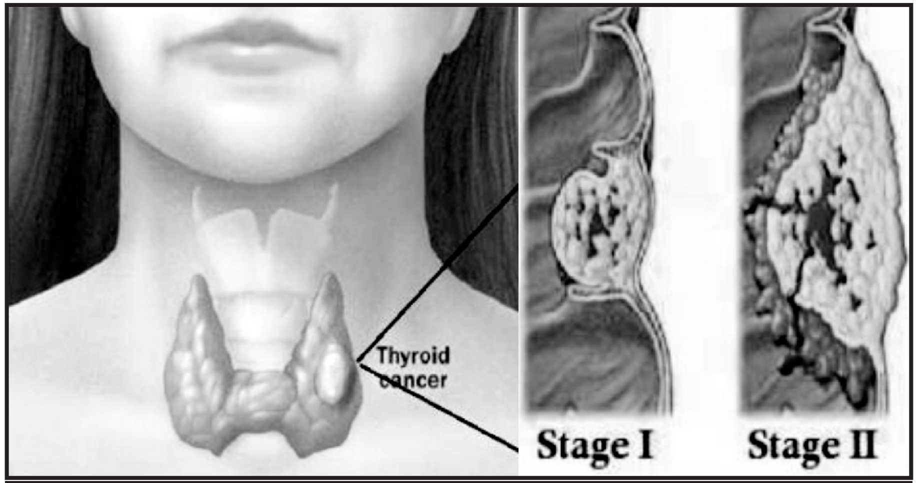
મોટી ગાંઠ N_2 કે N_3 બાબતે વધુ મતાંતર છે. અમુક નિષ્ણાતો અહીં પણ સર્જરીથી શરૂઆત કરે છે. અમુક માત્ર કિમોરેડિયેશનના સંયોજન પર જાય છે. તમાકુ સિવાયના કારણથી થતાં કેન્સર, ખાસ કરીને HPV સંબંધિત કેન્સરમાં કિમોરેડિયેશન ખૂબ અસરકારક છે.

(૩) નેક ડિસેક્શન પછી પેથોલોજી રીપોર્ટના આધારે રેડિયેશન અથવા કિમોરેડિયેશનની સારવાર અપાય છે. N_1 રોગમાં માત્ર રેડિયેશન અથવા સઘન તપાસ રાખવામાં આવે છે. N_2 કે N_3માં રેડિયેશન અથવા કિમોરેડિયેશન કરવામાં આવે છે. જો રોગ નોડની બહાર ગયો હોય (extracapsular spread) તો ખાસ કિમોરેડિયેશન કરવામાં આવે છે.

(૪) જો પહેલાં રેડિયેશન કે કિમોરેડિયેશન કરવામાં આવ્યું હોય, તો ક્યારેક બચેલા ટ્યુમર માટે સર્જરીની જરૂર પડી શકે છે.

એ યાદ રાખવું અગત્યનું છે કે મોટાભાગના આવા દર્દીઓને કાયમી રોગમુક્ત કરી શકાય છે. એ માટે યોગ્ય પ્લાનીંગ જરૂરી છે. પરંતુ રોગની શરૂઆત ક્યાંથી થઈ તે માટે વધારે પડતો સમય કે વધુ પડતી તપાસ કરે જવી એ યોગ્ય સિદ્ધાંત નથી.

૫. થાઇરોઇડનું કેન્સર



હવે આપ થાઈરોઈડ કેન્સર વિષે કંઈ જણાવશો ? સાંભળ્યું છે કે એનો દર ખૂબ ઝડપથી વધી રહ્યો છે.

થાઈરોઈડ કેન્સર કરતાં પણ થાઈરોઈડમાં થતી ગાંઠ બહુ જ સામાન્ય છે. આમાંની બહુ જ ઓછી ગાંઠ કેન્સરવાળી હોય છે. થાઈરોઈડ કેન્સરનો દર વધવાનું મુખ્ય કારણ વારંવાર થતી તપાસ જણાય છે, નહીં કે ખરેખરનો વધારો.

અમેરિકામાં ૨૦૦૪ થી ૨૦૧૩ સુધી દર વર્ષે લગભગ ૫% ના દરે આ કેન્સર વધી રહ્યું હતું, પરંતુ ત્યારબાદ કોઈ વધારો નથી. ઉપરાંત મૃત્યુનું પ્રમાણ ખાસ બદલાયું નથી. આ બંને પરથી એમ કહી શકાય કે નાની ગાંઠોની તપાસનું પ્રમાણ વધતાં કેન્સર નિદાનનો દર અચાનક વધતો જણાયો.

વારંવાર થતાં હેલ્થ ચેક અપ, અન્ય કારણોસર થતા સીટી સ્કેન, સોનોગ્રાફી વગેરેને લીધે ઘણી વાર ખૂબ નાની ગાંઠો પણ પકડાય છે.

આવી જ સમસ્યા આપણે પ્રોસ્ટેટ કેન્સરમાં પણ જોઈ ચૂક્યા છીએ - ખૂબ PSA સ્ક્રીનીંગ થતાં ઘણા વહેલા કેસ પકડાયા, પણ સ્ક્રીનીંગ ઓછું થતાં નવા કેન્સરનો દર ઘટી ગયો.

આ કેન્સર કેમ થાય છે ?

આ કેન્સર કેમ થાય છે એનું કારણ મોટેભાગે મળતું નથી. અમુક કેસ બાળપણમાં લીધેલા રેડિયેશન સંબંધિત હોય છે. (જેમકે હોજકિન લિમ્ફોમા, ન્યુરોબ્લાસ્ટોમા જેવા કેન્સરની સારવારમાં). થોડા કેસ ન્યુક્લિયર અકસ્માત પછી જોવા મળ્યા છે, જેમકે ચેર્નોબીલ દુર્ઘટના પછી.

આ કેન્સર સ્ત્રીઓમાં ૨ ગણું વધુ જોવા મળે છે. વધતી ઉંમર સાથે પણ વધે છે, ખાસ કરીને ૪૦-૫૦ વર્ષ પછી.

થાઈરોઈડ કેન્સરના મુખ્ય પ્રકાર છે :

(૧) પેપીલરી - લગભગ ૯૦%

(૨) ફોલીક્યુલર - લગભગ ૫%

(૩) હર્થલ (Hurthle cell)

(૪) એનાપ્લાસ્ટીક - સૌથી ખરાબ પ્રકાર

(૫) મેડ્યુલરી - કેલ્સીટોનીન બનાવતા કોશોનું કેન્સર

ઉપરના ૩, ૪, ૫ નંબર થઈને માત્ર ૫% કેસ થાય છે.

નિદાન

થાઈરોઈડ કેન્સરની ખબર કઈ રીતે પડે ? વહેલા નિદાન માટે કોઈ ટેસ્ટ છે ?

સદ્ભાગ્યે મોટા ભાગના કેસની જાણ અકસ્માત જ થાય છે. જેમકે અન્ય તપાસ, હેલ્થ ચેક અપ દરમિયાન અથવા દર્દીને સામાન્ય ગાંઠ જણાય. અન્ય મોટા ભાગના કેન્સરની જેમજ આ ગાંઠ પણ શરૂઆતમાં દુઃખાવારહિત (painless) હોય છે.

દર્દીને જણાતાં કોઈ પણ લક્ષણ કે સામાન્ય તપાસથી ગાંઠ કેન્સરગ્રસ્ત છે કે નહીં એ જાણવું શક્ય નથી.

આવી અકસ્માત મળેલી ગાંઠની કેટલી તપાસ કરવી એ બાબતે ઘણા મત-મતાંતર છે. મુખ્ય તપાસ છે - ગળાની સોનોગ્રાફી અને ઘણા ખરા કેસમાં એફ એન એસી (FNAC-સોયથી ખેંચવામાં આવતું પ્રવાહી. જે ડૉક્ટરના ક્લીનીક/ઓફિસમાં જ કરી શકાય છે - કોઈ પણ પ્રકારની ખાસ તૈયારી વિના).

સોનોગ્રાફીમાં અમુક લક્ષણો દેખાય તો FNAC ખાસ કરવી જોઈએ.

ઉપરાંત સ્વાભાવિકપણે કોઈને ગાંઠ ઝડપથી વધતી હોય, દુઃખતી હોય, હાલતી ન હોય (Fixed), અથવા સામાન્ય કરતાં અલગ લક્ષણો હોય તો જરૂર વધુ તપાસ કરવી જોઈએ.

ગાંઠના કદ (Size) પરથી સામાન્ય કે કેન્સરગ્રસ્ત જાણવાનું શક્ય નથી.

FNAC રીપોર્ટ પરથી આગળના નિર્ણય લેવામાં આવે છે. ખાસ કરીને જો સોનોગ્રાફી અને ડૉક્ટરના પરીક્ષણ સાથે મેચ થાય ત્યારે અન્ય કેન્સરની જેમ અહીં મોટી બાયોપ્સીની જરૂર નથી હોતી. સીટી સ્કેન, પીઈટી PET સ્કેન, એમઆરઆઈ વગેરેનો પણ કોઈ રોલ નથી.

મેડ્યુલરી કેન્સરની શકયતા જણાતી હોય ત્યારે લોહીમાં કેલ્સીટોનીનનું લેવલ અને CEA કામલાગી શકે.

આ કેન્સરનું નિદાન થાય તો RET મ્યુટેશન ટેસ્ટ કરાવવો જોઈએ કારણ કે સામાન્ય રીતે આ વારસાગત છે. આ ટેસ્ટ અન્ય કુટુંબીજનોનું જોખમ ઘટાડવા માટે ખૂબ ઉપયોગી છે.

સારવાર

થાઈરોઈડ કેન્સરની સારવાર બાબતે કંઈ જણાવી શકશો ?

અગત્યની વાત એ છે કે થાઈરોઈડ કેન્સરની સારવારનાં પરિણામ ખૂબ સારાં છે. લગભગ ૯૦-

૯૫% કેસમાં કાયમી મટાડી શકાય છે. બધી ગાંઠ જો કે કેન્સરની નથી હોતી એટલે દરેક કેસમાં સારવાર પણ જરૂરી નથી.

મુખ્ય સારવાર છે ઓપરેશન. કેટલું ઓપરેશન કરવું એ બાબતે ઘણા મત મતાંતર છે. જેમકે નાની ગાંઠ અને અમુક સારાં લક્ષણો હોય તો માત્ર અડધી ગ્રંથિ કાઢવી. એવું ઘણા માને છે. જ્યારે ઘણા લગભગ દરેક કેસમાં આખી થાઈરોઈડ ગ્રંથિ કાઢવી એમ માને છે.

સંશોધનમાં એવું જણાયું છે કે વર્ષે ૧૦ થી ઓછી સર્જરી કરતા સર્જનનો કોમ્પ્લીકેશનનો દર ઘણો ઊંચો હોઈ શકે છે (૪ ગણો વધુ) માટે સર્જન નક્કી કરતાં પહેલાં આ ધ્યાન રાખવું જોઈએ.

બને ત્યાં સુધી આખી થાઈરોઈડ ગ્રંથિ કાઢવાની સર્જરી અનુભવી સર્જન પાસે અને મોટી હોસ્પિટલમાં કરાવવી, જ્યાં સારી આઈસીયુ સગવડ હોય.

લગભગ ૫% કેસમાં ઓપરેશન પછી શરૂઆતના તબક્કામાં ગંભીર રીતે કેલ્શિયમનું પ્રમાણ ઓછું થવું અથવા/અને એક ખાસ જ્ઞાનતંતુની (રીકરન્ટ લેરિન્જીલ નર્વ) ઈજાથી સ્વરતંતુ એટલે કે Vocal cord નો લકવા (પેરેલિસીસ) થઈ શકે. સ્વરતંતુના લકવાથી અવાજ ઘોઘરો થઈ જાય અને અન્ય તકલીફ પણ થઈ શકે.

ઉપરાંત ઓપરેશન પછી મોટા ભાગના નિષ્ણાતો એક ડોઝ **RAI (રેડિયો એક્ટીવ આયોડિન)નો** આપવાની ભલામણ કરે છે. પહેલાં કરતાં આ ડોઝ હવે ઓછો આપવામાં આવે છે - લગભગ ૧૦૦ ને બદલે ૩૦ મિલીક્યુરી - જેથી લાંબાગાળાની અમુક આડઅસરો ઘટાડી શકાય.

RAI ડોઝ આપવાથી નીચે જણાવેલા ફાયદા ગણવામાં આવે છે :

(૧) બાકી રહેલી થાઈરોઈડ ગ્રંથિ (ઓપરેશન પછી બચી ગયેલો કોઈ પણ નાનો ભાગ) બળી જાય. જેથી ફોલોઅપ સ્કેનમાં કોઈ ગેરસમજ ન થાય કે આ પહેલાંની ગ્રંથિ છે કે કેન્સર પાછું આવ્યું છે.

(૨) ઓપરેશન પહેલાં જ ફેલાઈ ગયેલી કોઈ નાની ગાંઠો કે કોશો હોય તો મરી જાય.

(૩) દેખીતો બચી ગયેલો કોઈ ભાગ હોય તો એની સારવાર માટે- આવા કેસમાં થોડો વધુ ડોઝ આપવો પડે.

બહુ વહેલા સ્ટેજની ગાંઠ હોય અને હાઈ રીસ્ક લક્ષણો ન હોય તો RAI ન આપીને પણ નિયમિત ફોલોઅપ કરી શકાય છે. NCCN, ATA વગેરેની ગાઈડલાઈનમાં આ બધી વાત વધુ વિગતે આપેલી છે.

ઉપરાંત ઓપરેશન પછી થાઈરોઈડ હોર્મોનની ગોળી પણ કાયમ માટે આપવામાં આવે છે. આ ગોળી લેવાથી થાઈરોડની ખૂટતી માત્રા મળી રહે છે. ઉપરાંત TSH હોર્મોન વધતો નથી. આ હોર્મોન વધે તો ક્યાંક બચી ગયેલા કેન્સર કોશોની વૃદ્ધિમાં મદદરૂપ થઈ શકે છે.

મેડ્યુલરી થાઈરોઈડ કેન્સરના દર્દીમાં RET જીન મ્યુટેશન ટેસ્ટ કરવો જોઈએ. અને જો ખરાબ રીપોર્ટ આવે તો બધા કુટુંબીજનોનો આ ટેસ્ટ કરવો જોઈએ. જે વ્યક્તિમાં આ મ્યુટેશન જોવા મળે એની પણ આખી થાઈરોઈડ ગ્રંથિ કાઢવી જોઈએ. આવા સંખ્યાબંધ નોર્મલ જણાતા કુટુંબીજનોના ઓપરેશન દરમિયાન કેન્સરની ગાંઠ મળી આવે છે.

રેડિયેશન થેરાપી આ પ્રકારના કેન્સરમાં ભાગ્યે જ વપરાય છે. અમુક હાઈ રીસ્ક કેસમાં તે ઓપરેશન પછી ફાયદાકારક થઈ શકે, જેમકે T_4 સ્ટેજનું ટ્યુમર અથવા ગળામાં લિમ્ફનોડમાં ફેલાયેલા રોગ N_1.

જે દર્દીઓને રોગ પાછો આવેલ છે, ઉથલો મારેલ છે, આવા દર્દીઓ પણ RAI સારવારથી ઘણો લાંબો સમય સારી રીતે જીવી શકે છે.

કિમોથેરાપી દવાઓ ભાગ્યે જ કામ કરે છે, જેમકે ડોક્સોરુબીસીન એડવાન્સ કેન્સરમાં કોઈ દર્દીને થોડો સમય રાહત આપી શકે. પરંતુ થોડાં વર્ષોથી અમુક ટારગેટેડ થેરાપી મળે છે જે લગભગ ૫૦% કેસમાં ફાયદાકારક છે, જે ૧-૨ વર્ષ સુધી સામાન્યપણે ટકે છે.

આમાંથી લેનવાટીનીબ (Lenvatinib), અને સોરાફેનીબ (Sorafenib) પેપીલરી, ફોલીક્યુલર અથવા હર્થલ સેલ કેન્સરમાં કામ કરે છે. મેડ્યુલરી થાઈરોઈડ કેન્સરમાં કામ કરતી દવાઓ છે વાન્ડેટાનીબ (Vandetanib) અને કાબોઝાન્ટીનીબ (Cabozantinib). આ ચારેય દવાઓ કાઈનેઝ ઈનહીબીટર્સ ગૃપની દવાઓ છે. આ દવાઓ ઉપરાંતની પણ અમુક ટારગેટેડ દવાઓ અમુક કેસમાં રાહત આપે છે.

એનાપ્લાસ્ટીક કેન્સરમાં સફળતાનો દર ઘણો ઓછો છે. પરંતુ સદ્ભાગ્યે આ કેન્સર થાઈરોઈડ કેન્સરના ૧% જ છે.

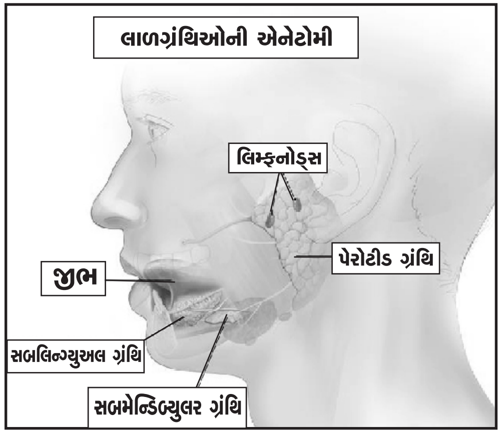
૬. લાળગ્રંથિનું કેન્સર

સલાઈવરી ગ્લેન્ડ ટ્યુમર એટલે કે લાળગ્રંથિની ગાંઠ વિષે કંઈ કહેશો?

આ બહુ જ ઓછી દેખાય છે, પણ એની સારવાર જુદી રીતે થતી હોવાથી જાણકારી અગત્યની છે.

લાળગ્રંથિની ગાંઠ ઘણી ઓછી જોવા મળે છે એટલે એમાં મોટાં સંશોધનો થયાં નથી. આ ગાંઠો ઘણા અલગ અલગ પ્રકારની હોય છે, મુખ્યત્વે મ્યુકોએપીડર્મોઈડ કાર્સિનોમા, એડીનોઈડ સિસ્ટીક કાર્સિનોમા, એડિનો કાર્સિનોમા.

ઉપરાંત કઈ લાળગ્રંથિની ગાંઠ છે એ પ્રમાણે પણ પ્રકાર અલગ પડે છે.



સૌથી વધુ જોવા મળતી ગાંઠ છે, પેરોટીડ ગ્રંથિની, ત્યારબાદ સબમેન્ડીબ્યુલર, સબલિંગ્વલ વગેરે. જીભની અંદર રહેલી લાળગ્રંથિનું પણ કેન્સર થઈ શકે છે.

તમાકુ, દારૂ જેવાં કોઈ જાણીતાં પરિબળોને કારણે આ કેન્સર થતું નથી.

લાળગ્રંથિના કેન્સરની સારવાર કઈ રીતે કરવામાં આવે છે ?

સારવારનું મુખ્ય પાસું છે ઓપરેશન. પેરોટીડ ગ્રંથિના ઓપરેશનમાં સર્જને ફેસિયલ નર્વ (જ્ઞાનતંતુ)નું ખાસ ધ્યાન રાખવું પડે છે.

જો એ ધ્યાન ન અપાય તો આ નર્વને નુકસાન થાય અને એ તરફના ચહેરાના અમુક સ્નાયુઓનો લકવો થઈ શકે. સારા સર્જનો આ બાબતે સભાન હોય જ છે.

આ લકવો જીવલેણ નથી પરંતુ દેખાવ અને ચહેરાના અમુક કામ પર અસર કરે છે. બહુ ઊંડે રહેલી ગાંઠમાં આ નર્વને બચાવવાનું ઘણી વાર શક્ય નથી હોતું.

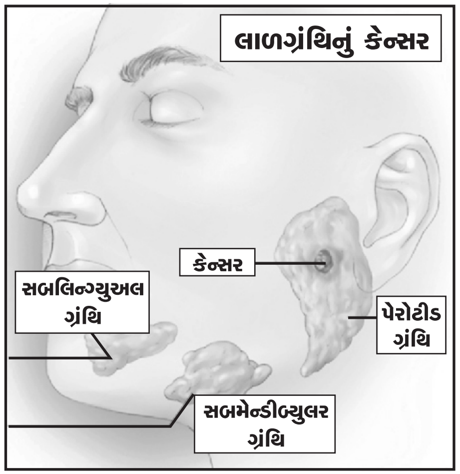
ઓપરેશન પછી અમુક દર્દીઓને - એટલે કે હાઈ રીસ્ક કેસમાં **રેડિયેશન** પણ આપવાની જરૂર પડે છે. કિમોથેરાપીનો આ સ્ટેજમાં કોઈ રોલ નથી. નીચેનાં લક્ષણોવાળાં ટ્યુમરમાં ઓપરેશન પછી રેડિયેશનનો વિચાર કરવામાં આવે છે.

હાઈ ગ્રેડ, ઓપરેશન માર્જિનમાં કેન્સર હોવું, લિમ્ફનોડમાં હોવું ખાસ કરીને નોડની કેપસ્યુલની બહાર (extracapsular spread), નર્વ અથવા લિમ્ફોવાસ્કયુલર સ્પેસમાં ટ્યુમર દેખાવું.

ઉપરાંત અમુક ભાગ અથવા હીસ્ટોલોજીમાં પણ ઓપરેશન પછી રેડિયેશનનો વિચાર કરવામાં આવે છે. જેમકે એડિનોઈડ સીસ્ટીક કાર્સિનોમા પ્રકાર; પેરોટીડ સિવાયની ગ્રંથિઓનું કેન્સર.

અમુક નિષ્ણાતો અન્ય મોં-ગળાના કેન્સરની જેમજ રેડિયેશનની સાથે **કિમોથેરાપી**નું પણ સંયોજન કરે છે.

અમુક દર્દીઓને ઉપર પ્રમાણે સારવાર પછી પણ રોગ ઉથલો મારે છે. આવા સમયે પણ સારવારના સિદ્ધાંતો એ જ રહે છે.



શક્ય હોય ત્યાં ઓપરેશન, હાઈ રીસ્ક લક્ષણો હોય તો ઓપરેશન બાદ રેડિયેશન, અને જ્યાં ઓપરેશન શક્ય જ ન હોય તો રેડિયેશન અથવા કિમોરેડિયેશન. ઉપરાંત કંઈ શક્ય ન હોય તો કિમોથેરાપી દવાઓ આપી શકાય, જેમકે સીસપ્લાટીન અથવા કાર્બોપ્લેટીન, મિથોટ્રેક્ઝેટ, પેકલીટેકસેલ વગેરે જે સામાન્યપણે અન્ય મોં ગળાના કેન્સરમાં વપરાય છે.

સફળતાનો દર જો કે બહુ સારો નથી હોતો અને તે પણ થોડો સમય માટે જ. કાયમી મટાડવાનું કિમોથેરાપીથી શક્ય નથી.

ઉપરાંત અમુક દર્દીઓનો રોગ બહુ જ ધીમે વધતો હોય છે. આવા દર્દીઓને કોઈ પણ સારવાર વગર ઘણો સમય માત્ર ફોલોઅપમાં રાખી શકાય છે.

મોં અને ગળાના કેન્સરમાંથી બચેલા દર્દીઓની સારસંભાળ

મોં અને ગળાના કેન્સરમાંથી બચેલા દર્દીએ નીચેની બાબતોનું ખાસ ધ્યાન રાખવું જોઈએ :

(૧) વ્યસનમુક્તિ
(૨) નિયમિત ફોલોઅપ/મોનીટરીંગ
(૩) પોષણ
(૪) દાંત અને મોંની તકલીફો
(૫) હતાશા અને અન્ય મનોસામાજિક પ્રશ્નો
(૬) વાણી-બોલવાની તકલીફ
(૭) નાના-મોટા અન્ય પ્રશ્નો

૫

મોં અને ગળાના કેન્સરની સારવાર પછીની લાંબા ગાળાની સારસંભાળ કઈ રીતે લેવી જોઈએ ?

મોં ગળાના કેન્સરનું પ્રમાણ આપણે ત્યાં ચિંતાજનક હદે વધી ગયેલું છે, અને હજુ વધી રહ્યું છે. એની સામે સારવારના પરિણામમાં સુધારો થવાથી વધુ દર્દીઓ હવે બચી જાય છે. સમય જતાં આ દર્દીઓનું કેન્સર સ્પેશિયાલીસ્ટ પાસેનું ફોલોઅપ ઘટે છે પણ એમના પ્રાઈમરી ડૉક્ટર પાસે તો ચાલુ જ રહેશે. જેમકે ફેમિલી ડૉક્ટર, ફિઝીશીયન, ઈએનટી સર્જન, દાંતના ડૉક્ટર વગેરે.

મોં ગળાના કેન્સરમાંથી બચેલા દર્દીઓ માટે આ બહુ અગત્યની વાત કરી. માત્ર પ્રાઈમરી કેર ડૉક્ટર જ નહીં પણ દર્દીઓ માટે પણ આ બાબતનું માર્ગદર્શન બહુ જરૂરી બની રહેશે. કઈ ખાસ બાબતોનું ધ્યાન રાખવું જોઈએ ?

આવા દર્દીઓની જરૂરિયાત માત્ર શારીરિક જ નહીં, પણ સામાજિક અને માનસિક પણ હોય છે.

(૧) વ્યસનમુક્તિ :- તમાકુ અને દારૂ જે મોં-ગળાના કેન્સર માટેનું કારણ છે, એ છોડાવવું ખૂબ જરૂરી છે. વ્યસન ચાલુ રાખવાથી કેન્સર ફરી થવાની શકયતા અનેકગણી વધી જાય છે. ડૉક્ટર ઉપરાંત સગાં, મિત્રોએ પણ ખાસ ધ્યાન રાખવું જોઈએ કે દર્દી વ્યસન છોડી દે અથવા ફરી ચાલુ ન કરે.

દર્દીએ પણ વ્યસનવાળી સંગત (મિત્રો, સહકાર્યકર) થી દૂર રહેવું જોઈએ, ધાર્મિક/આધ્યાત્મિક સાધનોની સહાય લેવી જોઈએ, જીવનમાં સંતોષ મળે એવી પ્રવૃત્તિઓ માટે સમય કાઢવો જોઈએ. જરૂર પડે વ્યસનમુક્તિ કેન્દ્ર કે નિષ્ણાતની મદદ લેવી જોઈએ.

(૨) નિયમિત ફોલોઅપ/મોનીટરીંગ :-

તમાકુનું વ્યસન હોય તો મોં-ગળાનું કેન્સર ફરી થવાનું જોખમ પહેલાં પાંચ વર્ષમાં લગભગ ૨૦% જેટલું હોય છે, જે ઘણું વધારે કહેવાય. વ્યસન ન હોય તો આ જોખમ ઘણું ઓછું હોય છે.

આ કેન્સર ઘણી વખત અન્ય પ્રાઈમરી હોય છે, એટલે કે મોં-ગળાના અન્ય ભાગનું, નહીં કે એના એ જ ભાગનું એટલે મોં-ગળાના સંપૂર્ણ ભાગનું સતત પરીક્ષણ ખૂબ જરૂરી છે.

સામાન્ય રીતે આ પરીક્ષણ દર ૧-૨ મહિને કરવામાં આવે છે. ૨ વર્ષ પછી સમય મર્યાદા ધીરેધીરે વધારવામાં આવે છે.

શરૂઆતમાં સામાન્ય રીતે કેન્સર સર્જન કે રેડિયેશન ઓન્કોલોજિસ્ટ ઓફિસમાં જ ફોલોઅપ દરમિયાન ખાસ પ્રકારના કેમેરાથી આખા ભાગની તપાસ કરે છે. આ તપાસમાં ઘણીવાર શરૂઆતના સ્ટેજના કેન્સર પકડાય છે, જે નાના ઓપરેશન કે રેડિયેશનથી પૂરા નાબૂદ કરી શકાય છે.

આ શરૂઆતનાં કેન્સર ઘણી વાર સીટી, પીઈટી વગેરે સ્કેનમાં પણ ન પકડાય, એટલા હોય છે. ઉપરાંત વારંવાર આવા સ્કેન કરવા જોખમી, ખર્ચાળ અને તકલીફવાળું પણ છે.

તમાકુની અસરોથી ફેફસાં, અન્નનળી, જઠર, કિડની, બ્લેડર વગેરેનાં કેન્સર પણ થઈ શકે છે. એટલે એ અંગેના લક્ષણો બાબતે પણ સાવધાની રાખવી જરૂરી છે.

તમાકુની સંપૂર્ણ અસરો જતાં ૨૦ થી પણ વધુ વર્ષ લાગે છે. એટલે પાંચ વર્ષ પછી જોખમ ઓછું થાય છે, પણ નાબૂદ થતું નથી. એથી દર્દી, ડૉક્ટર બંનેએ પછી પણ સાવધાની રાખવી જરૂરી છે.

(૩) **પોષણ :-** તમાકુ, કેન્સર અને સારવાર ત્રણેની મોં-ગળા પરની અસરોને લીધે અપૂરતું પોષણ ઘણી માત્રામાં જોવા મળે છે.

(૧) તમાકુની અસરથી ઘણા દર્દીઓને મોં બહુ ઓછું ખૂલે છે. આ તકલીફને Trismus (ટ્રીસમસ) કહે છે. ગાલના ભાગમાં સબમ્યુક્સ ફાઈબ્રોસીસ (Submucous Fibrosis) થવાથી આ તકલીફ થાય છે.

ઘણા દર્દીઓનું મોં માત્ર એક સેન્ટીમીટર જેટલું જ ખૂલે છે તેથી તેઓ કોઈ ઘન ખોરાક લઈ શકતા નથી. માત્ર પ્રવાહી ખોરાક જ લઈ શકે છે.

આ તકલીફ બીડી/સિગારેટના સેવનથી જોવા મળતી નથી. પરંતુ તમાકુ ખાસ કરીને ગુટખા ખાનારમાં વધુ જોવા મળે છે.

(૨) કેન્સર અને તેની સારવારને લીધે મોં-ગળાના આકાર અને કાર્યમાં મોટા ફેરફાર આવી શકે છે. જેમકે ગળવામાં, ચાવવામાં તકલીફ, લાળ ન બનવી વગેરે.

જૂની રેડિયેશન પદ્ધતિમાં લાળગ્રંથિ સંપૂર્ણ સૂકાઈ જવી એ તકલીફ લગભગ બધાને થતી. IMRT પદ્ધતિમાં આ તકલીફ ઘણા અંશે ઘટાડી શકાય છે.

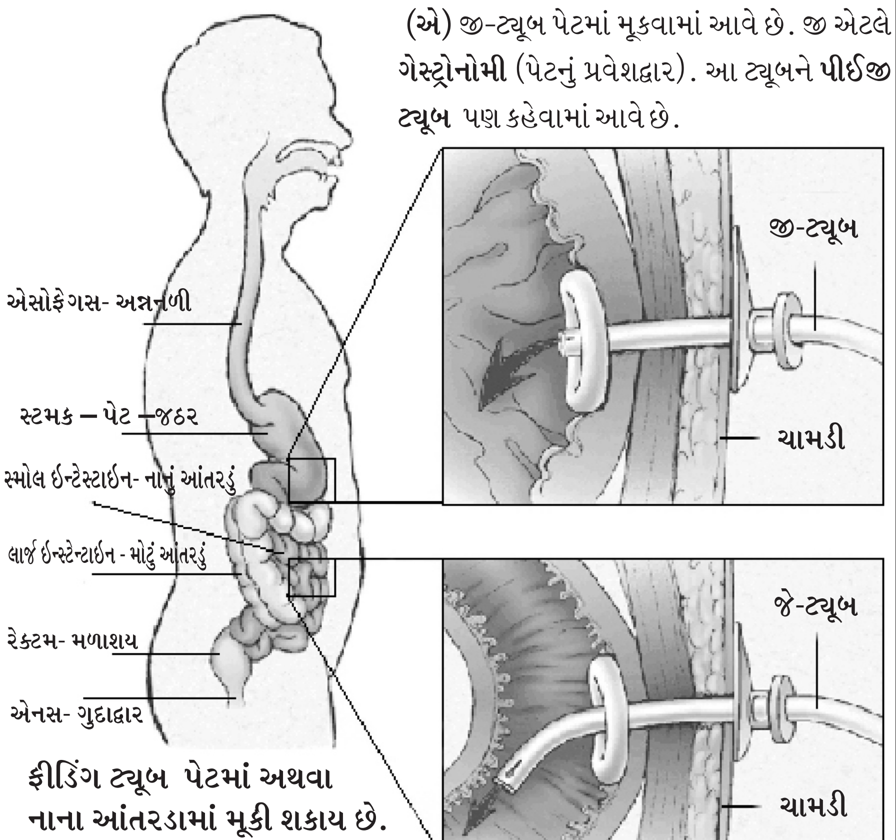
ફીડિંગ ટ્યૂબ પેટમાં (જઠરમાં) અથવા નાના આંતરડામાં મૂકી શકાય છે

(૩) ક્યારેક સારવારથી ગળું સાંકડું થઈ જાય તો પણ ખાવાનું ઉતારી ન શકાય. લગભગ ૨૦% દર્દીઓને લાંબા સમય સુધી ખોરાક નળી વાટે આપવો પડે છે.

(૪) જૂના સમયમાં નળી નાકમાંથી નાખેલી હોય એ એક જ રસ્તો હતો. હવે મોટા ભાગના દર્દીઓને PEG ટ્યૂબ (પરક્યુટેનિયસ એન્ડોસ્કોપીક ગેસ્ટ્રોટોમી ટ્યૂબ) અથવા G-J ટ્યૂબ (ગેસ્ટ્રોટોમી-જિજ્યુનોસ્ટોમી ટ્યૂબ) મૂકવામાં આવે છે, ખાસ કરીને લાંબા ગાળા માટે હોય તો.

આ ટ્યૂબ બહાર દેખાતી નથી, પેટમાંથી સીધી બહાર નીકળે છે. કપડા નીચે જરા પણ ખબર ન પડે એમ ખાવાના સમયે ટ્યૂબ ખોલીને પ્રવાહી ખોરાક આપીને પાછી બંધ કરી દેવામાં આવે છે.

(એ) જી-ટ્યૂબ પેટમાં મૂકવામાં આવે છે. જી એટલે **ગેસ્ટ્રોનોમી** (પેટનું પ્રવેશદ્વાર). આ ટ્યૂબને **પીઈજી ટ્યૂબ** પણ કહેવામાં આવે છે.



ફીડિંગ ટ્યૂબ પેટમાં અથવા નાના આંતરડામાં મૂકી શકાય છે.

જે-ટ્યૂબ નાના આંતરડામાં મૂકવામાં આવે છે. જે એટલે **જેજુનમ**(નાના આંતરડાનો એક હિસ્સો) આ ટ્યૂબને **પીઈજે ટ્યૂબ** પણ કહેવામાં આવે છે.

કેટલાક સંજોગોમાં ટ્યૂબને પેટમાં મૂકવામાં આવે છે અને જેજુનમમાંથી પસાર કરવામાં આવે છે.

જ્યારે દર્દીને ખોરાકને ગળવામાં તકલીફ પડે છે અથવા તો દર્દીની અન્નનળી અથવા પેટમાં કોઈ બ્લોકેજ હોય છે ત્યારે સ્વાસ્થ્ય સંભાળ કેન્દ્રના સહાયક પીઈજી ટ્યૂબ ફીડિંગ (જેને પરક્યુટેન્યસ એન્ડોસ્કોપિક ગેસ્ટ્રોટોમી પણ કહે છે)નો ઉપયોગ કરે છે. જો દર્દી મોઢા વાટે બિલકુલ ખોરાક લઈ શકે તેમન જ હોય ત્યારે પણ આ સહાયક ટ્યૂબનો ઉપયોગ કરે છે. મોંમાથી ફીડિંગ ટ્યૂબમાં અને ત્યાંથી અન્નનળીમાં ખોરાક પસાર થઈને સીધો પેટમાં અથવા તો નાના આંતરડામાં જાય છે.

PEG ટ્યૂબ મૂકવાની પ્રક્રિયા પણ ઘણી સરળ છે. એન્ડોસ્કોપી દ્વારા, હોસ્પિટલમાં દાખલ થયા વગર કરવામાં આવે છે, ખર્ચાળ પણ નથી. દર્દી નોર્મલ રીતે ખાઈ શકે પછી સહેલાઈથી કાઢી પણ લેવાય છે.

(૫) કુપોષણ ન થાય એ માટે ડાયેટીશીઅનની સલાહ લઈ જરૂરી કેલરી, પ્રોટીન, વિટામીન, મિનરલ વગેરે તત્ત્વો મળી રહે એ પ્રમાણે ખોરાકની વ્યવસ્થા કરવી જોઈએ. માત્ર પ્રવાહી ખોરાક હોય તો પણ સારું પોષણ જાળવે તો દર્દી સંપૂર્ણ સ્વસ્થ રહી શકે છે.

અમારા એવા ઘણા દર્દીઓ છે જે સારી માવજતથી માત્ર પ્રવાહી ખોરાક પર હોવા છતાં પણ વજન, શક્તિ, સ્ફૂર્તિમાં નોર્મલ છે અને પોતાની રેગ્યુલર જિંદગી જીવી શકે છે.

(૪) દાંત અને મોંની તકલીફો :- તમાકુ, કેન્સર અને તેની સારવાર આ ત્રણેની દાંત અને મોં પર ગંભીર અસરો થઈ શકે છે. આ બાબતનું ધ્યાન રાખવામાં ન આવે તો કેન્સરમુક્ત થવા છતાં પણ દર્દીનું જીવવું દુષ્કર બની શકે છે.

આવા દર્દીઓને મોંમાં ચાંદા, દાંત પડી જવા, દુર્ગંધ, મોંની સખત શુષ્કતા જેને લીધે વારંવાર પાણી પીધા કરવું પડે કે બોલવામાં પણ જીભ ચોંટી જાય, મોં ખૂલે નહીં એટલે સ્વચ્છતા ન રાખી શકાય (બ્રશ પણ ન કરી શકાય) વગેરે તકલીફો થઈ શકે.

દાંતના ડૉક્ટરની નિયમિત વિઝીટ અને યોગ્ય માર્ગદર્શનથી ઘણીવાર તકલીફો ઓછી કરી શકાય છે. IMRT જેવી રેડિયેશન પદ્ધતિથી લાળગ્રંથિ બચાવી શકાય છે. જેથી મોંની શુષ્કતા અને અન્ય ઘણી તકલીફો પ્રિવેન્ટ કરી શકાય છે. દર્દી સારવાર શરૂ કરે ત્યારે આ બધી સમજ પહેલેથી જ આપવી જોઈએ. ઓપરેશન પછી પણ નિયમિત મોંની કસરત કરવાથી ઘણો ફાયદો રહે છે. કદાચ યોગ્ય પ્રાણાયામથી પણ મોં-ગળાની તંદુરસ્તીમાં ફાયદો રહે છે.

(૫) હતાશા અને અન્ય મનો સામાજિક પ્રશ્નો :-

ચહેરાનો દેખાવ બદલાઈ જવાથી, ખાવાની તકલીફો વગેરેને લીધે દર્દીઓ બહાર જવાનું અને હળવા-મળવાનું ટાળે છે. આને લીધે સામાજિક સંપર્કો, નોકરી ધંધાની તક, સંબંધો વગેરે પર અસર થાય છે.

આવા પ્રશ્નોને સમયસર ઓળખવા અને શક્ય એટલા રસ્તા કાઢવાથી દર્દીનું જીવન ઘણું સુધારી શકાય છે.

અહીં પણ પ્રિવેન્શન ખૂબ અગત્યનું છે - પહેલેથી જ ઓપરેશન વખતે પ્લાસ્ટિક સર્જનને જોડે રાખી ચહેરાનો દેખાવ ઘણે અંશે બચાવી શકાય છે.

ઉપરાંત ઘણા કેસમાં ઓપરેશન વિના કિમોરેડિયેશનથી પણ સંપૂર્ણ સારવાર થઈ શકે છે.

(૬) વાણી-બોલવાની તકલીફ :-

સ્વરપેટી અથવા નજીકના ભાગના કેન્સરના ઓપરેશનમાં અવાજ લગભગ સંપૂર્ણ જતો રહે છે. સદ્‌ભાગ્યે હવે આ ભાગના લગભગ બધા કેસમાં ઓપરેશનને બદલે કિમોરેડિયેશનથી સારવાર કરવામાં આવે છે. જેથી અવાજ બચી જાય છે.

ઉપરાંત જીભના કેન્સરમાં પણ વાણી પર ઓછી વત્તી અસર થઈ શકે છે. નાનો ભાગ કાઢવામાં આવે તો ખાસ વાંધો આવતો નથી. મોં-ગળાના અન્ય ભાગોના ઓપરેશનથી પણ વાણી બદલાઈ શકે છે. કેટલાક દર્દીઓને લાળ સૂકાઈ જવાથી પણ લાંબુ બોલવામાં તકલીફ પડે છે.

મોટા ભાગના દર્દીઓને સ્પીચ થેરાપીસ્ટની સારવારથી ઘણો ફાયદો થાય છે. વાણી વધુ સ્પષ્ટ બને છે. જેથી એમના રોજિંદા વ્યવહારમાં તકલીફ દૂર થાય છે.

ઉપરાંત જેને સ્વરપેટી કાઢવી જ પડે એમ છે એમને માટે પણ હવે નવી ટેકનોલોજી વાળા ખાસ વાલ્વ, અન્ય સાધનોથી બોલી શકાય છે.

(૭) નાના-મોટા પ્રશ્નો :-

ઉપર જણાવ્યા સિવાયના પણ નાના મોટા પ્રશ્નો હોય છે. જેમકે સતત દુ:ખાવો, ખાંસી, શ્વાસની તકલીફ, આંખ પર અસર. અમેરિકા-યુરોપમાં અને હવે અમુક જગ્યાએ ભારતમાં પણ, આવા દર્દીઓ માટે ખાસ પ્રકારની ટીમ હોય છે. જેમાં કેન્સર સ્પેશિયાલીસ્ટ ઉપરાંત સ્પીચ થેરાપીસ્ટ, ફિઝિયોથેરાપીસ્ટ, ડેન્ટીસ્ટ, પ્લાસ્ટિક સર્જન, મેક્સીલોફેસિયલ સર્જન, ડાયેટિશિઅન, કાઉન્સેલર વગેરે પણ હોય છે. આવી ટીમો આપણે ત્યાં ભાગ્યે જ જોવા મળે છે. એથી પણ પ્રાઈમરી કેર કરનાર ડૉક્ટરની ભૂમિકા બહુ અગત્યની બની જાય છે, અને દર્દીના સગાં-વહાલાંની પણ.

પ્રિવેન્શન ઈઝ બેટર ધેન ક્યોર. શક્ય હોય ત્યાં સુધી વહેલું નિદાન, સમયસર અને સારી નિષ્ણાત ટીમપાસે કરાવેલી સારવાર ઉપર જણાવેલી બધી તકલીફો ઘણી ઓછી કરી શકે છે.

અને વ્યસનથી જ દૂર રહીએ તો કેવું!

❀❀❀

કેન્સર
જનજાગૃતિ અભિયાન
વિવિધ કાર્યક્રમો

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

કેન્સર અંગેના પુસ્તકોનો અમૂલ્ય ખજાનો

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

વ્યસનમુક્ત ભારત
જનજાગૃતિ અભિયાન
વિવિધ કાર્યક્રમો

'તમાકુ અને દારૂથી થતા નુકસાન અંગે સાચી સમજ'નો પબ્લિક સ્પીકિંગ કાર્યક્રમ અને મેડિકલ કેમ્પ :

વ્યસન અંગેના પુસ્તકોનો અમૂલ્ય ખજાનો :

1. તમાકુ-દારૂનું વ્યસન છોડો અને કરોડપતિ બનો - પોકેટબુક
2. तंबाकू-शराब की लत छोड़ो और करोडपति बनो - પોકેટબુક
3. Quit Tobacco-Alcohol Be Mellionaire - પોકેટબુક
4. સંપૂર્ણ દારૂનિષેધ
5. દારૂનું વ્યસન એટલે વિનાશ જ વિનાશ
6. દારૂનું વ્યસન કરે જિંદગી બરબાદ
7. તમાકુનું વ્યસન એટલે સર્વનાશ
8. કેફીદ્રવ્યોનું વ્યસન એટલે સર્વનાશ
9. વ્યસનમુક્ત થઈ આનંદથી જીવો
10. व्यसनमुक्त हो कर आनंद से जिये
11. तंबाकू की लत यानि सर्वनाश
12. शराब की लत करे जिंदगी बरबाद
13. नशीले द्रव्यों की लत मतलब सर्वनाश
14. Tobacco and Alcohol the Silent Killers
15. Drug Addiction means complete destruction
16. Be Free From Addiction And Live Happily

: સંપર્ક :

મો. ૯૮૭૯૫૦૦૧૭૯

હેલ્થકેર ઈન્ટરનેશનલ મલ્ટીથેરાપી ઈન્સ્ટિટ્યૂટ

એ-૧, વિક્રમ એપાર્ટમેન્ટ, શ્રેયસ ક્રૉસિંગની પાસે,

ઓવરબ્રિજ નીચે, ભુદરપુરા, આંબાવાડી, અમદાવાદ-૩૮૦૦૧૫.

YouTube CHANNEL

DR P.G.Shah Ahmedabad

DR P.G.Shah Ahmedabad Cancer

DR P.G.Shah Ahmedabad Addiction