



કેન્સર

જનજાગૃતિ અભિયાન

સ્તાન કેન્સર

ડૉ. ચિરાગ એ. શાહ

એમ.ડી.મેડિકલ ઓન્કોલોજી (યુએસએ),
એમ.ડી. હીમેટોલોજી (યુએસએ),
ડિપ્લોમેટ અમેરિકન બોર્ડ ઓફ મેડિકલ ઓન્કોલોજી
ડિપ્લોમેટ અમેરિકન બોર્ડ ઓફ હીમેટોલોજી

૨૦થી વધુ

ફોટોગ્રાફ્સ

અને ટેબલ સાથે

પ્રકાશક

હેલ્થકેર ઈન્ટરનેશનલ મલ્ટીથેરાપી ઈન્સ્ટિટ્યૂટ

એ-૧, વિક્રમ એપાર્ટમેન્ટ, શ્રેયસ કોસિંગની પાસે,
ઓવરબ્રિજ નીચે, ભુદરપુરા, આંબાવાડી, અમદાવાદ-૩૮૦૦૧૫.
મો. ૯૮૭૯૫૦૦૧૭૯

STAN 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

ત્રીજી આવૃત્તિ : May, 2023

બીજી આવૃત્તિ : February, 2019

પ્રથમ આવૃત્તિ : October, 2016

પૃષ્ઠ સંખ્યા : 40

નકલ : 1000

કિંમત : રૂ. 60/-

ISBN : 978-81-958940-5-5

પ્રાપ્તિસ્થાન

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

ગૂર્જર સાહિત્ય પ્રકાશન

૧૦૨, લેન્ડમાર્ક બિલ્ડિંગ, સીમાહોલની સામે,

૧૦૦ ફૂટ રોડ, પ્રહલાદનગર, અમદાવાદ-૩૮૦૦૧૫.

ફોન : ૦૭૯-૨૬૯૩૪૩૪૦, મો : ૯૮૨૫૨૬૮૭૫૯

ગૂર્જર સાહિત્ય ભવન

રતનપોળ નાકા સામે, ગાંધીમાર્ગ, અમદાવાદ-૩૮૦૦૦૧.

ફોન : ૦૭૯-૨૨૧૪૪૬૬૩

મુદ્રણ : ભગવતી ઓફસેટ

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 આવ્યાં.

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

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

શ્યામ હીમ-ઓન્ક ક્લિનિકના તેઓ ડિરેક્ટર છે, ઉપરાંત અપોલો હોસ્પિટલ, અમદાવાદના 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, જાંસી કી રાની બીઆરટીએસ બસ સ્ટેન્ડ સામે,

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

ફોન નંબર : ૦૭૯-૨૬૭૫૪૦૦૧, વેબસાઈટ : www.shyamhemoncliclinic.com

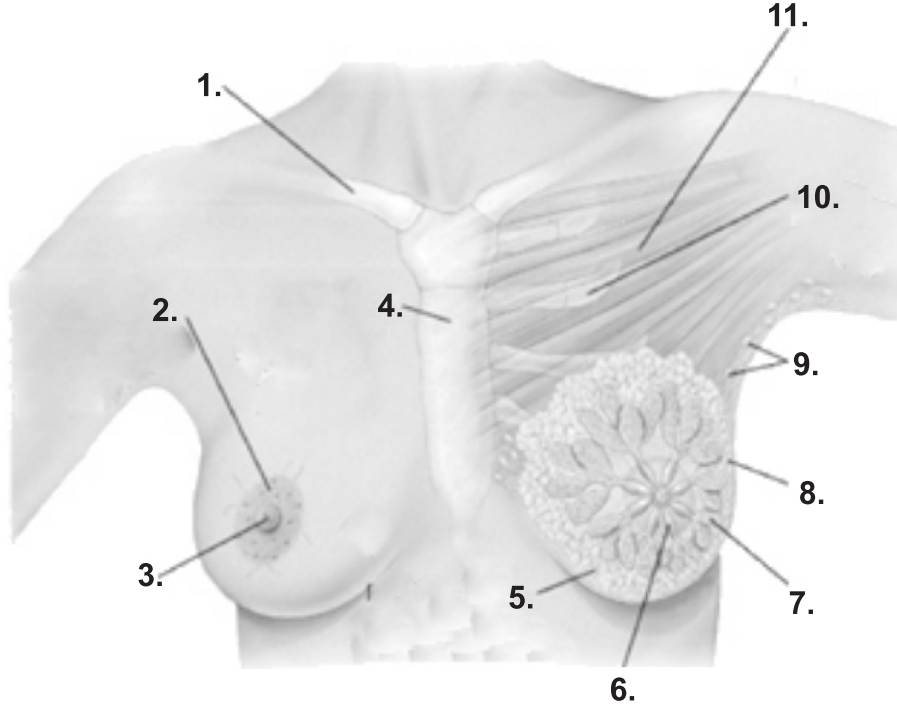
શ્યામ ઓન્કોલોજી ફાઉન્ડેશન અને કરુણાલય કેર સેન્ટર

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

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

Website : www.shyamoncologyfoundation.org

સ્તનની રચના



- ૧) બ્રેસ્ટ ટિસ્યુની ઉપલી હદ ક્લેવિકલ (કોલરબોન)ને માર્ક કરે છે.
- ૨) એરોલા એ ડીટડીની આસપાસ થતું કાળું કુંડાળું છે.
- ૩) ડીટડી - સ્તનપાન કરાવતી વખતે દૂધ નીકળે તે ભાગ
- ૪) સ્ટર્નમ- (બ્રેસ્ટબોન-સ્તનનું હાડકું) ચામડી નીચે આવેલ છે.
- ૫) ફાઇબ્રસ ટિસ્યુ-સ્તનને ટેકો આપે છે અને તેથી તેની કઠણાઈ અનુભવાય છે.
- ૬) ડક્ટસ- સ્તનપાન વખતે લોબ્યુલ્સમાંથી દૂધનું વહન કરે છે.
- ૭) લોબ્યુલ્સ: મેમરી ગ્લેન્ડ્સ-સ્તનગ્રંથિ) ગર્ભાવસ્થા અને સ્તનપાન દરમિયાન દૂધનું ઉત્પાદન કરે છે.
- ૮) ફેટી ટિસ્યુ- ડક્ટસ અને લોબ્યુલ્સ વચ્ચેની જગ્યા પૂરે છે.
- ૯) એકિઝલરી લિમ્ફ નોડ્સ(બગલની લસિકાગાંઠો) - સ્તનમાંથી લિમ્ફ ફ્લુઇડને ફિલ્ટર કરે છે અને શરીરને ચેપ સામે લડવા મદદ કરે છે.
- ૧૦) રિબ્સ-પાંસળીઓ ચામડી નીચે અનુભવાય છે.
- ૧૧) ચેસ્ટ મસલ્સ: છાતીના સ્નાયુઓ

સ્તન કેન્સર



સ્તન કેન્સર શું છે?

સ્તન કેન્સર એ વિશ્વમાં અને હવે ભારતમાં પણ સામાન્ય અને સૌથી વધુ મટી શકે તેવા વ્યાધિ પૈકીનો એક છે.

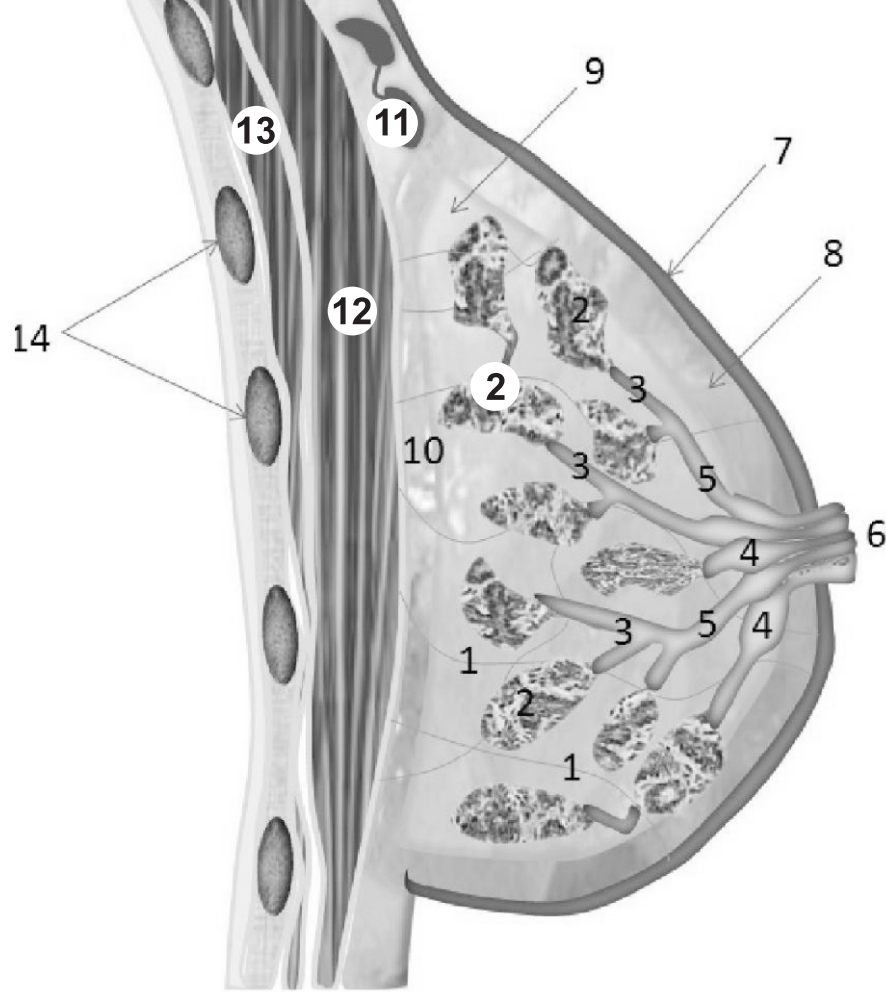
દર વર્ષે ભારતમાં ૮૦,૦૦૦થી પણ વધુ સ્ત્રીઓમાં સ્તન કેન્સરનું નિદાન થાય છે એટલે કે દરરોજ ૨૦૦ સ્ત્રીઓમાં સ્તન કેન્સરનું નિદાન થાય છે.

પાશ્ચાત્ય જગતમાં, સ્તન કેન્સરના ઘણા દર્દી સાજા થયેલા છે એમાં ઘણી જાણીતી હસ્તીઓ પણ છે જેમણે આ રોગ અંગે જાગૃતિ આણવામાં મદદ કરી છે. એમાં છેલ્લું નામ ઉમેરાયું છે જાણીતી પોપસ્ટાર કાયલી મિનોગનું.

આ ક્ષેત્રમાં કેટલીક સંસ્થાઓ જેવી કે અમેરિકન કેન્સર સોસાયટી, એસ્કો, એનસીસીએન, એસ્મો, સુસાન જી. કોમેન ફાઉન્ડેશન વગેરે કામ કરી રહી છે.

સ્તન કેન્સરના તમામ તબક્કાઓમાં અગમચેતી/ વહેલું નિદાન અને સારવારના વિવિધ વિકલ્પોની ઉપલબ્ધિ એમ બંને અંગે જાગૃતિ ફેલાવવાનો ખૂબ પ્રયત્ન થઈ રહ્યો છે.

સ્તનની રચના



૧. કૂપરનું લિગામેન્ટ
૨. બ્રેસ્ટ લોબ્યુલ
૩. એક્સ્ટ્રા લોબ્યુલર ડક્ટ
૪. ડક્ટલ લોબ્યુલા (રિઝર્વિયર)
૫. મેઈન ડક્ટ

૬. ડીટી-નિપલ
૭. ચામડી
૮. સબક્યુટેનસ ફેટ
૯. મેમરી લેયર ફેટી ટિસ્યુ
૧૦. રેટ્રોમેમરી ફેટ

૧૧. લિમ્ફ નોડ્સ
૧૨. પેક્ટોરેલિસ મેજર મસલ્સ
૧૩. પેક્ટોરેલિસ માઈનર મસલ્સ
૧૪. પાંસળી

સ્તન કેન્સર થવાનાં જાણીતાં કારણો : બદલી શકાય તેવાં અને ન બદલી શકાય તેવાં

સ્તન કેન્સર શાને કારણે થતું હોય છે? રિસ્ક ફેક્ટર કયાં છે ?

તમામ કેસોમાં કારણ જાણી શકાતું નથી. પણ જાણીતાં જોખમરૂપ

પરિબળો જેવાં કે (અ) ન બદલી શકાય તેવાં (નોનમોડીફાયેબલ) અને (બ) શક્યતઃ સુધારી શકાય (પોટેન્શિયલી મોડીફાયેબલ) એવાં બે છે.

બદલી ન શકાય તેવાં કારણો

બદલી ન શકાય તેવાં જોખમી પરિબળ

૧. કૌટુંબિક ઇતિહાસ (Family History)
૨. રંગસૂત્રો
૩. સ્ત્રીજાતિ
૪. ઉંમર
૫. વહેલું રજોદર્શન થવું (Menarche-૧૧ વર્ષ પહેલાં) અને રજોનિવૃત્તિ (Menopause-55 વર્ષની ઉંમર પછી) મોડી થવી

૧. કૌટુંબિક ઇતિહાસ: નજીકના સગામાં કેન્સર હોવું એ બહુ મોટું રિસ્ક ફેક્ટર છે. સગાંમાં જેટલા વધુ કેસ અને નિદાન સમયે તેમની જેટલી નાની વય તેટલું જોખમ વધારે.

૨. રંગસૂત્રો : ઘણી વાર મજબૂત કૌટુંબિક ઇતિહાસ ધરાવતા દર્દીઓમાં આધારભૂત અને ઓળખી શકાય તેવાં

રંગસૂત્રીય ફેરફારો જેવા કે, બીઆરસીએ૧ કે ૨(BRCA 1,2)

ફેરફાર હોય છે, જેનું પરીક્ષણ કરીને પરિવારજનો માં જોખમનું પ્રમાણ ચકાસી શકાય છે. આ ફેરફાર બધા જ પરિવારજનોને તેમના પૂર્વજો તરફથી મળે જ એવું નથી.

૩. સ્ત્રીજાતિ: પુરુષોમાં ભાગ્યે જ સ્તન કેન્સર જોવા મળે છે.

૪. ઉંમર : વધતી જતી ઉંમર એ વધતા જતા જોખમ સાથે સંકળાયેલ છે, ખાસ કરીને ૫૦ વર્ષની ઉંમર પછી અને જેમ વય વધે તેમ જોખમનો વ્યાપ પણ વધે.

૫. વહેલું રજોદર્શન (માસિક ચક્ર) થવું (ઉંમરના ૧૧ વર્ષ પહેલાં) અને રજોનિવૃત્તિ (મેનોપોઝ) મોડી થવી (૫૫ વર્ષની ઉંમર પછી) :

આ બંને કારણો પણ જોખમ વધારે

છે કેમકે બંનેમાં એસ્ટ્રોજનનો સ્ત્રાવ વધવાની શક્યતા છે. આ જોખમરૂપ પરિબળ આમ તો જીવન શૈલીના

ફેરફારોનું પરિણામ છે, પણ હજુ સુધી કશું સ્પષ્ટપણે સાબિત થઈ શક્યું નથી.

શક્યતઃ સુદારી શકાય તેવાં જોખમી પરિબળો કયા છે?

(૧) સ્થૂળતા : વધુ પડતું વજન, ખાસ કરીને નાની ઉંમરમાં થતી અથવા મેનોપોઝ પછી થતી વજનવૃદ્ધિ અતિ અગત્યનું જોખમી પરિબળ છે.

(૨) મધસેવન : રોજનું એક પીણું શરાબ પણ (One Drink only) સ્તન કેન્સરનું જોખમ ઘણું વધારે છે.

(૩) નિઃસંતાનપણું : બાળકો ન હોવાં અથવા ઓછાં બાળકો હોવાં.

(૪) ટળતી વયઃ પ્રથમ સંતાન મોડી ઉંમરે થવું.

(૫) હોર્મોન થેરાપીઃ એસ્ટ્રોજન અને પ્રોજેસ્ટેરોન હોર્મોન રિપ્લેસમેન્ટ થેરાપી, ખાસ કરીને ઘણાં વર્ષોથી લીધી હોય.

આ જોખમી પરિબળોને કેવી રીતે અંકુશમાં રાખી શકાય ?

આ જોખમી પરિબળો ઓછાં કરવાનો પ્રયત્ન કરવો જ જોઈએ. સંપૂર્ણ સ્વાસ્થ્ય માટે તે સારું છે અને તેનાથી માત્ર કેન્સર જ નહીં પણ હૃદયની તકલીફો, સ્ટ્રોક, ડાયાબિટીસ, આર્થ્રાઈટિસ વગેરે ઘણાં રોગોનું જોખમ પણ ઘટી જાય છે. આ

પરિબળો નીચે મુજબ છે:

- (૧) ખોરાક (આહાર)
- (૨) દારૂ-મદ્યપાન છોડો
- (૩) પાશ્ચાત્ય જીવનશૈલી
- (૪) કસરત
- (૫) વજન

(૧) આહાર

આપણે ઓછી ચરબીવાળા ખાદ્યપદાર્થો અને વધુ પ્રમાણમાં ફળો, શાકભાજી અને અનાજનો ઉપયોગ કરવો જોઈએ. અત્રે એ નોંધવું અગત્યનું છે કે ફળો અને અન્ય ઘટકોનું પ્રમાણ વધારવું

એ જરૂરી છે, નહિ કે માત્ર ચરબી ઘટાડવી. ઓછી ચરબી ધરાવતા વિવિધ વૈકલ્પિક ખાદ્યપદાર્થો ઉપલબ્ધ છે, પણ કુદરતી આહાર જેમકે ફળો, શાકભાજી અને અનાજનું સ્થાન તે લઈ શકે નહીં.

ટૂંકમાં, અનાજ અને શાકભાજીવાળું આપણું જે પરંપરાગત ભારતીય ભોજન છે, એમાં ફળોનો ઉમેરો કરવાથી આહાર સંપૂર્ણ બને છે.

મીઠાઈઓ અને તળેલી ચીજો ઓછી કરવી જોઈએ. આપણાં ઘણાં ઘરોમાં તળેલી ચીજો-ફરસાણ વગેરે

નાસ્તામાં વપરાય છે. નાસ્તાના સમયે ફળોનો ઉપયોગ વધારવો જોઈએ.

પાશ્ચાત્ય દેશોમાં માખણ અને તેલ છે. પણ ઘી નથી. એટલે ઘી વિશે તારણ બાંધવું અઘરું છે. પરંતુ દરેક વસ્તુ માપમાં જ વાપરવી જોઈએ.

(૨) દારૂ : મદ્યપાન છોડો

પુરુષની સરખામણીએ સ્ત્રી માટે શરાબનું સેવન વધુ જોખમી છે. રોજનું એક ડ્રીંક પણ સ્ત્રીઓમાં સ્તન કેન્સરનું જોખમ ઘણું વધારે છે. પુરુષને કંપની આપવા કે

પુરુષસમોવડી થવા આલ્કોહોલ લેતી આજની સ્ત્રીઓએ આ ખાસ ચેતવા જેવી બાબત છે.

(૩) પાશ્ચાત્ય જીવનશૈલી

કહેવાતી પાશ્ચાત્ય જીવનશૈલી ચોક્કસપણે જોખમ વધારે છે. જાપાનીઝ સ્ત્રીઓ વિષેના એક અભ્યાસનું તારણ છે કે તેઓના અમેરિકા ગયા પછી, સ્તન કેન્સરનું પ્રમાણ વધ્યું છે જે મોટે ભાગે જીવનશૈલીને લગતું છે. આ બહુ અગત્યની બાબત છે કેમકે ભારતમાં બેઠાડુ જીવનશૈલી, મદ્યપાન (Alcohol), માંસાહારનું પ્રમાણ બહુ ઝડપથી વધી રહ્યું છે.

જો આપણે આ જોખમી પરિબળોને અંકુશમાં રાખીશું તો એક દેશ તરીકે આપણે શું સિદ્ધિ મેળવી શકીશું, તે આ સાથેના આંકડા દર્શાવે છે.

	વસ્તી	સ્તનકેન્સરના નવા કેસો
અમેરિકા	૨૪૦ મિલિયન	૨૦૦,૦૦૦
ભારત	૧૦૦૦ મિલિયન	૮૦,૦૦૦

અમેરિકામાં દર વર્ષે ૨૪૦ મિલિયન વસ્તીમાંથી સ્તન કેન્સરના ૨ લાખ જેટલા નવા કેસ નોંધાય છે.

ભારતમાં લગભગ ૧૦૦૦ મિલિયન વસ્તીમાંથી હજુ સુધી ૮૦ હજાર કેસો નોંધાય છે.

આ ખાસ કરીને જુદી જુદી જીવનશૈલીથી થાય છે.

બીજા શબ્દોમાં કહીએ તો, જો આપણે અમેરિકન વસ્તીનાં જોખમી પરિબળો અપનાવીએ તો, આપણે ત્યાં

સ્તન કેન્સરના દર્દીઓની સંખ્યા ૮ લાખ એટલે કે આજની સંખ્યા કરતાં ૧૦ ગણી

વધી જાય. જો કે કમભાગ્યે, આપણે ખોટી દિશામાં ઝડપથી બદલાઈ રહ્યા છીએ.

(૪) કસરત:

સ્તન કેન્સરના જોખમને નિયમિત કસરત વડે ઘટાડી શકાય છે તે સ્પષ્ટ રીતે જોવા મળે છે. મોટા ભાગના મધ્યમવર્ગીય અને ઉચ્ચવર્ગીય લોકો પાસે એકાદ વાહન તો હોય છે જ અને તેમાંના બહુ ઓછા રોજ કસરત કરે છે. મોટા ભાગના ઘરોમાં મહેનતનાં કામો કામવાળાઓ કરે છે - જેમકે ઘરની સફાઈ, વાસણ, કપડાં ધોવાં વગેરે.



(૫) વજન

સ્થૂળતા એ એક સ્વતંત્ર જોખમી પરિબળ છે અને ઉપર જણાવેલ જીવન શૈલીના ફેરફારોને વહેલી તકે નિયમિત કરવાથી અંકુશમાં આવી શકે તેમ છે. એક વાર વધી ગયા પછી વજન ઘટાડવું પ્રમાણમાં અઘરું હશે, અશક્ય નથી.

શહેરી ભારતીય મહિલાઓમાં ૧૮ વર્ષની ઉંમર પછી વજનવૃદ્ધિ (૨૫ કિલોથી વધારે) ખાસ કરીને બાળકના જન્મ પછી ઘણી વાર જોવા મળે છે. આ પણ એક અગત્યનું ટાળી શકાય તેવું જોખમી પરિબળ છે.

એ યાદ રાખવું અગત્યનું છે કે



જેટલી જલદી તંદુરસ્ત જીવનશૈલી બનાવીએ, તેટલા ફાયદા વધારે.

જીવનમાં પેશીઓનો વિકાસ વહેલો એટલે કે યુવાની પહેલાં થતો

હોવાથી જોખમો પણ તેટલાં જલદી જીવનમાં પ્રવેશી જાય છે.

વિવિધ અભ્યાસોમાંથી આ સિદ્ધાંત સૂચવતા પુરાવા મળે છે.

એક ઉદાહરણ છે તમાકુના ઉપયોગનું. જો તમાકુ નાની ઉંમરમાં શરૂ કરવામાં આવે તો મોઢાંનું કેન્સર થવામાં અને ધૂમ્રપાનના કિસ્સામાં તો હૃદયરોગનો હુમલો થવામાં બહુ ઓછાં વર્ષો લાગે છે એટલે કે નાની ઉંમરે જ તે થાય છે.

આ સમસ્યા ખૂબ જ અગત્યની છે કેમકે હવે આપણાં બાળકો અને કિશોરો વધતી મેદસ્વિતા, વધુ પડતો ચરબીયુક્ત

આહાર, ઠંડા પીણાં, બેઠાડુ જીવનશૈલી અને અન્યરૂપે પશ્ચિમની સંસ્કૃતિ અપનાવી રહ્યા છે.

ભારતની ઘણી આધુનિક શાળાઓ ઓછા પ્રમાણમાં શારીરિક પ્રવૃત્તિઓ પર ધ્યાન આપે છે. રમતગમત અને શાળાની સફાઈ, બાગકામ જેવી અન્ય પ્રકારની શારીરિક પ્રવૃત્તિઓ માટે ઘણો ઓછો સમય આપવામાં આવે છે. ઘણી શાળાઓમાં તો રમતનું મેદાન પણ હોતું નથી. તેથી બાળકોમાં મેદસ્વિતા એ ઝડપથી વધતી સમસ્યા છે.

સરેરાશ જોખમ ધરાવતી મહિલાઓમાં કેન્સર થતું અટકાવવું

સ્ક્રીનિંગટેસ્ટ :

૧. બીએસઈ (બ્રેસ્ટ સેલ્ફ એક્ઝામીનેશન)
૨. સીબીઈ (ક્લિનિકલ બ્રેસ્ટ એક્ઝામીનેશન)
૩. મેમોગ્રાફી

એક મહિલા સ્તન કેન્સર થતું રોકવા માટે શું કરી શકે ?

પહેલાં તો એ સમજી લેવું જરૂરી છે કે તમામ મહિલાઓને ભારે જોખમ હોતું નથી. એટલે જોખમની માત્રા મુજબ તપાસ કરવી પડે. કેટલીક અતિ જોખમ ધરાવતી મહિલાઓને માટે ભારે પગલાં જરૂરી છે. જેમ કે આ પૈકી કોઈ પણ એકની હાજરી મહિલામાં જોખમનું પ્રમાણ ઘણું વધારી દે છે :

૧. રંગસૂત્રીય ફેરફારો જેમ કે બીઆરસીએ (BRCA) ૧ કે ૨, પીટીઈએન, ટીપીપ૩.

૨. સ્તન અથવા ઓવરી કેન્સર ધરાવતી હોય એવી બેથી વધુ સ્ત્રીઓ તદ્દન નજીકની સંબંધી હોય.

૩. લોબ્યુલર કાર્સીનોમા ઈન સીટુ હોવું.

૪. બહુ નાની ઉંમરે છાતી પર રેડિયેશન સારવાર લીધી હોય જેમકે હોજકિન લિમ્ફોમા માટે.

બાકીની સ્ત્રીઓની મોડીફાઈડ ગેઈલ મોડેલ નામના સાધનથી ચકાસણી

થાય છે. આમ તો એ ભારતીય સ્ત્રીઓ માટે નથી, પણ તેમ છતાં થોડું ઘણું માર્ગદર્શક બની શકે.

તો આપની સલાહ એવી છે કે મોટા ભાગની મહિલાઓને ભારે જોખમ નથી. એટલે એવી ધારણા રાખી શકાય કે એમણે માત્ર જીવનશૈલીમાં ફેરફારોને જ અનુસરવું રહ્યું ?

ના, માત્ર જીવનશૈલીના ફેરફારો પૂરતા નથી. ભારતીય મહિલાઓમાં સ્તન કેન્સરનો દર વધી રહ્યો છે, ત્યારે આપણે બીજા ટેસ્ટ પણ વાપરવા જોઈએ. આ પરીક્ષણો સ્ક્રીનિંગટેસ્ટ્સ કહેવાય છે. આ પરીક્ષણો પાશ્ચાત્ય દેશોમાં થતા અભ્યાસોમાં વહેલા તબક્કામાં કેન્સર શોધી કાઢવામાં અસરકારક દર્શાવાયાં છે. એમાં નીચેનાનો સમાવેશ થાય છે:

૧. મેમોગ્રામ: સ્તનનો વિશેષ પ્રકારનો એક્સ-રે દર વર્ષે કે બે વર્ષે કરાવવો જોઈએ. આ ટેસ્ટથી થતા ફાયદા વિશે હાલ ઘણી ચર્ચા ચાલી રહી છે કારણ કે અમુક અભ્યાસોમાં કોઈ ફાયદો દેખાયો નથી.

ભારતીય સ્ત્રીઓમાં મેમોગ્રામનો ફાયદો કેટલો એ વિશે કોઈ સારો અભ્યાસ થયેલો નથી.

૨. ડૉક્ટર દ્વારા સ્તન પરીક્ષણ : દર વર્ષે કરાવી લેવું જોઈએ. કોઈ પણ ડૉક્ટર આ શીખી શકે છે. વિદેશોમાં તો

જનરલ પ્રેક્ટિશનરો પણ આ પરીક્ષણ કરતા હોય છે.

૩. મહિલા દ્વારા સ્વયં સ્તનની તપાસ : મહિલાએ ૩૦ વર્ષની ઉંમર શરૂ થતાં દર મહિને જાતે જ આ પરીક્ષણ કરી લેવું જોઈએ.

આ પરીક્ષણો ૫૦ વર્ષની વય પછી શરૂ કરવાં જોઈએ. કેટલાક લોકો ૪૦ની વયથી ભલામણ કરે છે. એ યાદ રાખવું જોઈએ કે આ પૈકીનું કોઈ પરીક્ષણ પરફેક્ટ નથી. એથી જ ત્રણેય પરીક્ષણ જરૂરી છે. સ્ક્રીનિંગની શરૂઆત તેના લાભ-ગેરલાભની વિચારણા કર્યા બાદ જ કરવી જોઈએ, કેમકે તે બધાંને માટે યોગ્ય છે એવું નથી, ખાસ કરીને ભારતીય સ્ત્રીઓ માટે એની માહિતી ઓછી છે.

જો સ્તનમાં ગાંઠ હોય, પણ મેમોગ્રામ નોર્મલ હોય, તો પણ વધુ પરીક્ષણ થવું જોઈએ અને જરૂર પડ્યે બાયોપ્સી પણ થવી જોઈએ.

લગભગ ૨૦% કેસમાં કેન્સર હોવા છતાં પણ મેમોગ્રામ નોર્મલ હોઈ શકે છે.

સામાન્ય રીતે ૪૦ વર્ષની વયથી નીચેની ઉંમર માટે મેમોગ્રામ સારો ટેસ્ટ નથી. આ ઉંમર માટે એ ગેરમાર્ગે દોરનાર નીવડી શકે. એકલી મેમોગ્રાફીનો સ્તન કેન્સરના નિદાનમાં કોઈ રોલ નથી. આ યાદ રાખવું ખાસ જરૂરી છે.

સ્તનનું સ્વયં પરીક્ષણ

જ્યારે તમારું માસિકચક્ર પૂરું થાય (અથવા જો તમને માસિક ન આવતું હોય તો દર મહિને ચોક્કસ સમયે), તે સમયે તમારાં સ્તનોના સામાન્ય દેખાવ કે સંવેદનમાં કોઈ ફેરફાર છે કે કેમ તે ચકાસો. જો કોઈ ફેરફાર જણાતો હોય તો તમારા ડૉક્ટર કે નર્સને જણાવો. નિયમિત રીતે સ્તનપરીક્ષણ માટે જાવ અને મેમોગ્રામ માટે પૂછી લો.



તમારી પીઠ પર ચત્તા સૂઈ જાવ અને કોઈ પણ ખત્તા નીચે ઓશીકું મૂકો અથવા જમણો હાથ માથા નીચે મૂકો.

તમારા ડાબા હાથ વડે જમણા સ્તનનું પરીક્ષણ કરો. તમારી વયલી ૩ આંગળીઓ સીધી રાખીને સ્તન પરથી ગોળ આકારમાં ફેરવો અને તપાસો કે કોઈ ગાંઠ, સોજા, સખત ભાગ કે જાડાઈ જેવું લાગે છે કે કેમ.



સ્તનની પેશીઓને જુદા જુદા ભાગમાં જુદા જુદા પ્રમાણમાં દબાણ આપતા જાવ અને પછી દબાણનું સ્તર વધારતા જાવ.

એ જ રીતે તમારા જમણા હાથ વડે ડાબા સ્તનનું પરીક્ષણ કરો.

આખા સ્તનનું પરીક્ષણ કરવા માટે સ્તનની ઉપરના હાંસડીના હાડકાંથી લઈ નીચે પાંસળીઓ સુધી પરીક્ષણ કરવું.



જ્યારે તમે અરીસા સામે ઊભા રહો, ત્યારે તમારાં નિતંબ પર હાથ મૂકીને તમારાં સ્તન તરફ જુઓ.

તમારા નિતંબ પર હાથથી દબાણ આપીને છાતીના સ્નાયુઓ તાણો. જુઓ કે ચામડી પર કોઈ સોજો કે ખાડો, કે કદ અને આકારમાં કોઈ તફાવત જણાય છે કે કેમ.



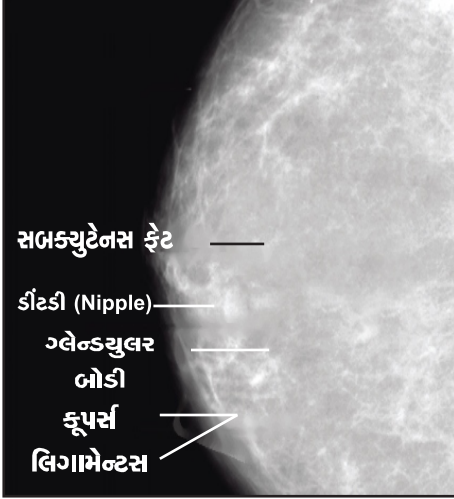
એક હાથ ઊંચો કરો, પછી બીજો હાથ ઊંચો કરો, જેથી બગલમાં કોઈ સોજો છે કે કેમ તે ચકાસો.



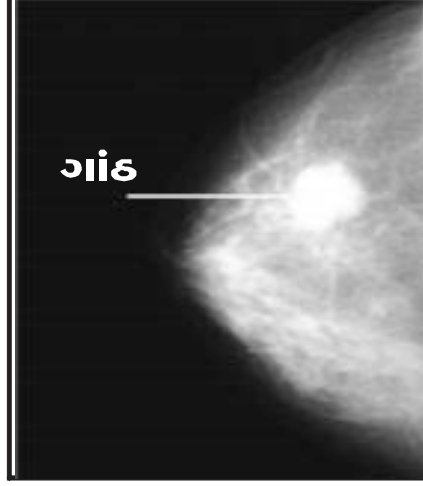
તમારા અંગૂઠા અને પહેલી આંગળી વચ્ચે દરેક સ્તનની ડીટડી ધીરેથી દબાવી જુઓ. જો કોઈ પ્રવાહી કે પદાર્થ ઝમતો લાગે (ખાસ કરીને લોહીવાળું કે કાળું પ્રવાહી.) તો તમારા તબીબને તરત જ જણાવો.

મેમોગ્રામ એટલે ખરેખર શું ? એ શું સરળતાથી ઉપલબ્ધ થઈ શકે ?

સામાન્ય મેમોગ્રામ

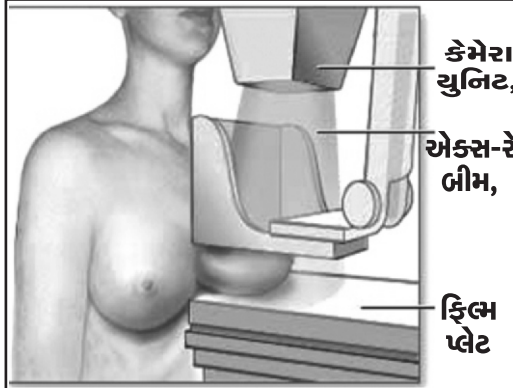


ટ્યુમરવાળો મેમોગ્રામ



મેમોગ્રામ એ એક પ્રકારનો એક્સરે છે અને એને માટે વિશેષ પ્રકારનું મશીન જરૂરી છે. આ માટે બહુ ઓછી સુવિધાઓ ઉપલબ્ધ છે, છતાં હવે સંખ્યા વધી રહી છે. ખરેખર જોઈએ તો મેમોગ્રામનો સાચો રિપોર્ટ આપવો એ ઘણું અઘરું છે.

મોટા ભાગના રેડિયોલોજિસ્ટ્સ કોઈ પણ શંકાસ્પદ ભાગનું બહેતર રીતે મૂલ્યાંકન કરવા સોનોગ્રાફી અને મેમોગ્રાફીને સાંકળે છે. માત્ર સોનોગ્રાફી સ્કીનિંગ માટે યોગ્ય નથી. તાજેતરમાં અમુક નાની ઉંમરની ખાસ કરીને ૪૦ વર્ષથી નીચેની ઉંમરની સ્ત્રીઓ માટે વિશેષ કોઈલ સાથેનું એમઆરઆઈ ઉપયોગમાં લેવામાં આવ્યું છે.



મેમોગ્રાફીમાં દરેક સ્તનને આડું, પછી ત્રાંસું દબાવીને તે દરેક સ્થિતિનો એક્સ-રે લેવામાં આવે છે.

ઉંમરની ખાસ કરીને ૪૦ વર્ષથી નીચેની ઉંમરની સ્ત્રીઓ માટે વિશેષ કોઈલ સાથેનું એમઆરઆઈ ઉપયોગમાં લેવામાં આવ્યું છે.

વધારે જોખમ ધરાવતી મહિલાઓમાં કેન્સર થતું અટકાવવું

- ૧) માસ્ટેક્ટોમી
- ૨) બાયલેટરલ સાલ્વીંગો ઉફરેક્ટોમી
- ૩) ટેમોક્સીફેન
- ૪) ડોસ ટેસ્ટ
- ૫) ટ્યૂમર માર્કર

‘હાઈરિસ્ક’ એટલે કે વધારે જોખમ ધરાવતી સ્ત્રીએ સ્તન કેન્સર રોકવા માટે શું કરવું જોઈએ ?

દરેક દર્દી અલગ છે માટે કેસ

પ્રમાણે વિગતવાર ચર્ચા-વિચારણા જરૂરી છે. દર્દી સાથે ફાયદા અને ગેરફાયદા અંગેની પૂરેપૂરી ચર્ચા-વિચારણા અગત્યની છે. ભારતમાં લોહીના સાદા પરીક્ષણથી બીઆરસીએ (BRCA) ૧/૨ના મ્યુટેશનનું નિદાન ઉપલબ્ધ છે, જો કે હાલમાં તે ખર્ચાળ છે.

સ્તન કેન્સરનું જોખમ ઘટાડવા માટે આ સાથેના વિકલ્પો ઉપલબ્ધ છે.

૧. માસ્ટેક્ટોમી (સ્તન કાઢવાનું ઓપરેશન)

બંને બાજુનું સ્તન કાઢવાથી જોખમનું પ્રમાણ ૯૦ ટકા ઘટે છે. આ ઓપરેશન પહેલાં દર્દીની આ બાબતે મનોસ્થિતિ જાણવી જરૂરી છે. જો કે સ્તન કેન્સરનો વધુ પડતો ભય હોય એવી સ્ત્રીઓ આ વિકલ્પ પસંદ કરે છે. માસ્ટેક્ટોમી બાદ માનસિક અસર ઘટાડવા માટે, તરત જ અથવા મોડેથી પણ સ્તન રિકન્સ્ટ્રક્શન પ્લાસ્ટિક સર્જરી થઈ શકે છે.

તાજેતરમાં એન્જેલિના જોલી નામની જાણીતી હોલિવુડ અભિનેત્રીએ આ સારવાર કરાવી છે.

તેને BRCA પોઝિટીવ હતું અને મજબૂત કૌટુંબિક ઇતિહાસ ધરાવતી હતી.

સારવાર પછી સ્તનની રીકન્સ્ટ્રક્ટિવ સર્જરી



ત્વચા અને ચરબીને છાતી તરફ લઈ ગયા.

આ સારવાર વધારે જોખમ ધરાવતી મહિલાઓ માટે છે. જે સ્ત્રીઓને ફક્ત BRCA ટેસ્ટ પોઝિટિવ હોય પણ કોઈ મજબૂત કૌટુંબિક ઇતિહાસ ન હોય, તેમને માટે માસ્ટેક્ટોમીની સલાહ ન આપવી.

(૨) સાલિંગો ઉફરેક્ટોમી (અંડાશય-Ovary અને અંડનળી-Fallopian Tube કાઢવાનું ઓપરેશન)

સંતાનપ્રાપ્તિની ઈચ્છા ન હોય ત્યાર પછી આ ઓપરેશન કરાવી શકાય છે. ૫૦ ટકા કરતાં વધુ પ્રમાણમાં સ્તન કેન્સરનું જોખમ ઘટાડે છે. ઉપરાંત બીઆરસીએ ૧/૨ સહિતના

દર્દીઓમાં પણ આ હિતાવહ છે. કેમકે એમને અંડાશય/અંડનળીના કેન્સરનું જોખમ વધારે છે. વહેલા સ્ટેજે અંડાશયના કેન્સરનું નિદાન કરી શકે તે માટેનાં સારાં પરીક્ષણો ઉપલબ્ધ નથી.

૩. ટેમોક્સીફેન

ટેમોક્સીફેન મોઢેથી લેવાની હોર્મોનલ દવા છે. ગેઈલ મોડેલને આધારે કેન્સરનું જોખમ વધુ હોય તેવી સ્ત્રીઓમાં ટેમોક્સીફેન પાંચ વર્ષ આપવામાં આવે છે.

આ દવાથી સ્તન કેન્સર થવાનું જોખમ લગભગ ૪૦ ટકા જેટલું ઘટે છે.

ટેમોક્સીફેનને લીધે અમુક દર્દીઓને ડીપ વેઈન થ્રોમ્બોસીસ અથવા પલ્મોનરી એમ્બોલિઝમ, ગર્ભાશયનું

કેન્સર થવાનું જોખમ રહેલ છે. આ જાણવું અગત્યનું છે, કારણ કે આ દવાનો ઉપયોગ બીજી બધી રીતે સ્વસ્થ એવી સ્ત્રીઓમાં થાય છે.

ભારે જોખમ ધરાવતી સ્ત્રીઓમાં, ખાસ કરીને જિનેટીક ખામી ધરાવતી સ્ત્રીઓમાં આ દવાનો ફાયદો નથી. એથી શસ્ત્રક્રિયા-ઓપરેશનના વિકલ્પો પસંદ કરવામાં આવે છે- જેમકે બંને બાજુનું સ્તન કાઢવાનું ઓપરેશન.

૪. બ્લડ ટેસ્ટ (રક્ત પરીક્ષણ)

નિદાન કરવા માટે સાદું રક્તપરીક્ષણ હોય એમ બધા ઈચ્છે છે. પરંતુ, હાલમાં સ્તન કેન્સરનું ચોક્કસ નિદાન થઈ શકે એવા કોઈ રક્તપરીક્ષણ કે રક્તપરીક્ષણોની પેનલ નથી.

ઘણી વાર દર્દીઓને સ્તનમાં ગાંઠનો અનુભવ થાય ત્યારે બ્લડ ટેસ્ટ કરાવે છે.

જ્યારે તમામ બ્લડ ટેસ્ટ સામાન્ય સ્થિતિ સૂચવે છે, ત્યારે તેઓ એવું વિચારે

છે કે તેમને કેન્સર જેવી ગંભીર બીમારી હોઈ શકે નહીં અને તેઓ બાયોપ્સી, મેમોગ્રાફી જેવી આગળની તપાસ કરાવવાની તસદી લેતા નથી.

આ એક ગંભીર ભૂલ છે. કારણ કે ઉપર જણાવ્યા પ્રમાણે આ કેન્સરને લીધે લોહીના ટેસ્ટમાં ફેરફાર ભાગ્યે જ થાય છે.

૫. ટ્યૂમર માર્કર

જેમનું કેન્સર પ્રસર્યું છે એવા કેટલાક દર્દીઓમાં ફોલોઅપ કરવામાં આ પરીક્ષણોની થોડી ભૂમિકા છે,

જેમકે CA ૧૫.૩, CEA. શરૂઆતના સ્ટેજના દર્દીમાં આની કોઈ ભૂમિકા નથી.

સ્તનના સ્પષ્ટ અને અસ્પષ્ટ દેખાતા સોજા

ટ્રિપલ પરીક્ષણ અભિગમ

૧. શારીરિક પરીક્ષણ

૨. મેમોગ્રાફી

૩. ટુકટ બાયોપ્સી અથવા એફએનએસી (FNAC)

મેમોગ્રામ સામાન્ય હોય છતાં સોજો લાગતો હોય તો એ પણ એટલું જ ધ્યાન માગી લે છે. યાદ રાખો કે ૨૦% જેટલી દેખીતી ગાંઠ મેમોગ્રાફીમાં દેખાતી નથી. મેમોગ્રામ એક અગત્યનો ટેસ્ટ છે પણ પરફેક્ટ નથી ઘણો દૂર છે.

જો સ્તનની ગાંઠ સ્પર્શી ન શકાય તેમ હોય, પણ માત્ર મેમોગ્રાફીમાં દેખાતી હોય તો શું કરવું ?

સરસ પ્રશ્ન છે. આમાંના ઘણા ડાઘા કેન્સર હોતા નથી. એટલે બિનજરૂરી બાયોપ્સી ઓછી કરવા ઉપર પણ ભાર આપવો પડે છે.

સાથે સાથે, કેન્સર વહેલી તકે શોધી કાઢવાની આ એક તક છે. અને વિવિધ પાસાંઓથી પરિણામ સુધારી શકાય છે.

બહુ વહેલા નિદાનથી કિમોથેરાપી જેવી સારવારની જરૂરિયાત પણ ઘટે છે.

આમ આ પ્રશ્નનો જવાબ હંમેશાં સરળ નથી. આથી અમેરિકન કોલેજ ઓફ રેડિયોલોજીએ મેમોગ્રાફીના અહેવાલ માટે માપદંડો નક્કી કર્યા છે, જેથી આ બેલેન્સ જળવાઈ શકે.

મેમોગ્રાફીમાં દેખાતા શરૂઆતના સ્ટેજમાં ગાંઠ ખૂબ નાની હોવાથી એફએનએ બાયોપ્સી કરવી શક્ય નથી. આસંજોગોમાં બાયોપ્સી કરવા માટે નીડલ લોકલાઈઝેશન બાયોપ્સી જેવી વિશેષ પદ્ધતિઓ છે.

આવી સગવડ ઉપલબ્ધ ન હોય તો લંપેક્ટોમીની જરૂર રહે છે. બને ત્યાં સુધી મોટી સર્જરી ન કરવી જોઈએ. કારણ કે આવા ઘણા ડાઘા (lesion) નોર્મલ (benign) હોય છે, અને ઘણા કાર્સિનોમા ઈન સીટુ હોય છે.

જો પરીક્ષણમાં સ્તનની ગાંઠ માલૂમ પડે, તો પછીનું પગલું શું લેવું ઘટે ?

સૌથી પહેલાં બાયોપ્સી કરાવવી પડે. શક્ય હોય તો ટુકટ બાયોપ્સી.

જો ગાંઠ બહુ નાની હોય તો એફએનએસી (FNAC ફાઈન નીડલ એસ્પીરેશન સાયટોલોજી-ઝીણી સોય દ્વારા પ્રવાહી ખેંચવું)નો ઉપયોગ થાય છે.

ક્લીનિકલી કે રેડિયોલોજીની રીતે જો કેન્સરની શક્યતા વધુ લાગે, તો સામાન્ય રીતે એફએનએ પૂરતું નથી. કારણ કે નોર્મલ FNAC સાથે પણ કેન્સર શક્ય છે.

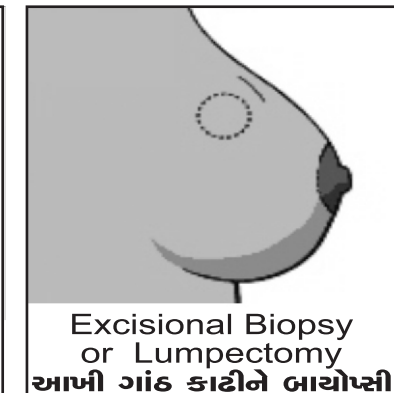
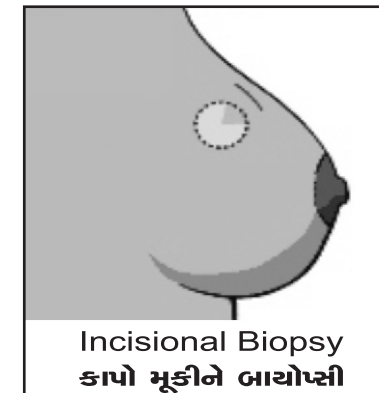
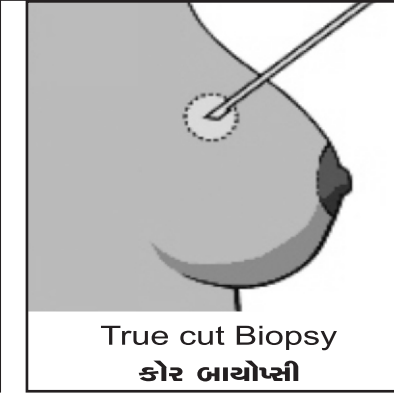
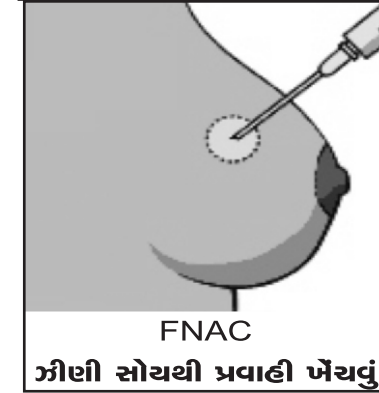
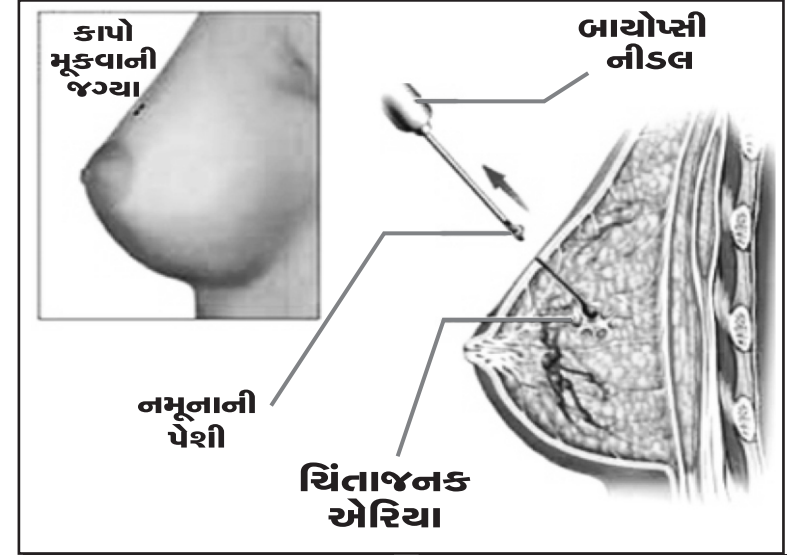
ટુકટ બાયોપ્સી (કોર બાયોપ્સી) :

ટુકટ બાયોપ્સીનો ફાયદો એ છે કે એમાં કાપકૂપ ઓછી છે, કોઈ ટાંકા આવતા નથી છતાં કેન્સરના સંપૂર્ણ નિદાન અને જરૂરી સ્પેશિયલ ટેસ્ટ માટે જોઈતું પૂરતું સેમ્પલ આ પદ્ધતિથી મળી રહે છે.

જ્યાં આ ટેકનોલોજી ઉપલબ્ધ ન હોય, ત્યાં ખાસ કરીને ચામડીમાં અંદરના ભાગે નાનકડો ચીરો મૂકીને બાયોપ્સી થઈ શકે છે. (Incisional Biopsy)

મોટા ભાગના કેસોમાં ચામડીની બહારના ભાગે કાપો મૂકીને થતી બાયોપ્સી એટલે કે લંપેક્ટોમી ટાળવી જોઈએ. આમ કરવાથી દર્દીને બિનજરૂરી ઓપરેશનથી બચાવી શકાય છે.

કેમકે જો બાયોપ્સી એબનોર્મલ હોય તો દર્દીઓને કેન્સરના તજજ્ઞ પાસેથી બીજી મોટી લંપેક્ટોમીની અથવા મોડીફાઈડ રેડિકલ માસ્ટેક્ટોમી અને એક્ઝીલરી ડિસેક્શન (બગલમાંથી કે કાખમાંથી લિમ્ફનોડ દૂર કરવા) કરવાની જરૂર પડે છે.



વહેલા સ્ટેજના સ્તન કેન્સરનું મૂલ્યાંકન

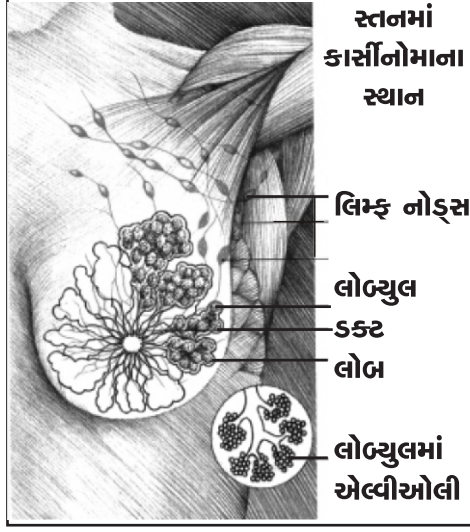
દર્દીના રોગના નિદાન માટે અને સારવાર માટે કઈ કઈ માહિતી જરૂરી છે, તે માટે આપ શી સલાહ આપો છો અને સ્તન કેન્સરના દર્દીઓની સારવાર કેવી રીતે નક્કી કરો છો ?

ઓન્કોલોજી એ એક શાખા છે, જ્યાં કેન્સરનું નવું નિદાન પામેલા દર્દીમાં વિવિધલક્ષી મૂલ્યાંકન અગત્યનું છે. આ ક્ષેત્રે જે ઝડપથી નવાં સંશોધનો થઈ રહ્યાં છે તે તમામ મોડેલીટીઝ એટલે કે આધુનિક ઉપાયોના સંયોજન-સંકલન દ્વારા દર્દીને ફાયદો થવો જોઈએ.

શરૂઆતની તપાસનું ધ્યેય સ્ટેજ, અને કેન્સર મટવાની શક્યતા (Prognosis) નક્કી કરવાનું છે. આ

વહેલા સ્ટેજના પ્લાનિંગના સ્ટેપ્સ

૧. વિગતવાર મેડિકલ હિસ્ટ્રી અને દર્દીની પસંદગી જાણવી
૨. વિગતવાર શારીરિક પરીક્ષણ
૩. સીબીસી, લિવર ફંક્શન, ક્રીએટીનીન
૪. મેમોગ્રાફી, ચેસ્ટ એક્સ-રે,
૫. ઈઆર/પીઆર/હર-૨ (ER,PR,HER-2)



ઉપરાંત શરીરના અન્ય રોગોનું પ્રમાણ, દર્દીની પસંદગી અને સામાજિક-આર્થિક પરિબળોની પણ તપાસ થાય છે.

આ બધી તપાસ પછી સારવાર નક્કી થાય છે. દા.ત. લંપેક્ટોમી વિરુદ્ધ માસ્ટેક્ટોમીની પસંદગી એ જે તે સ્ટેજ, દર્દીની વ્યક્તિગત પસંદગી, રેડિયોથેરાપીનો કોર્સ પૂરો કરવાની ક્ષમતા, નજીકમાં રેડિયોથેરાપીની સગવડ છે કે નહીં વગેરે પરિબળો પર આધાર રાખે છે.

મોટા ભાગના પગલાંઓમાં આ જ રીતની નિર્ણયશક્તિ જરૂરી છે. અને શક્ય તેટલાં શ્રેષ્ઠતમ પરિણામો મળે તે માટે સારવારનું વ્યવસ્થિત આયોજન થવું જોઈએ.

સ્તન કેન્સરનો દેખાવ અને અનુભૂતિ (લુક અને ફીલ)

ડિમ્બલિંગ
(બાડા જેવું)

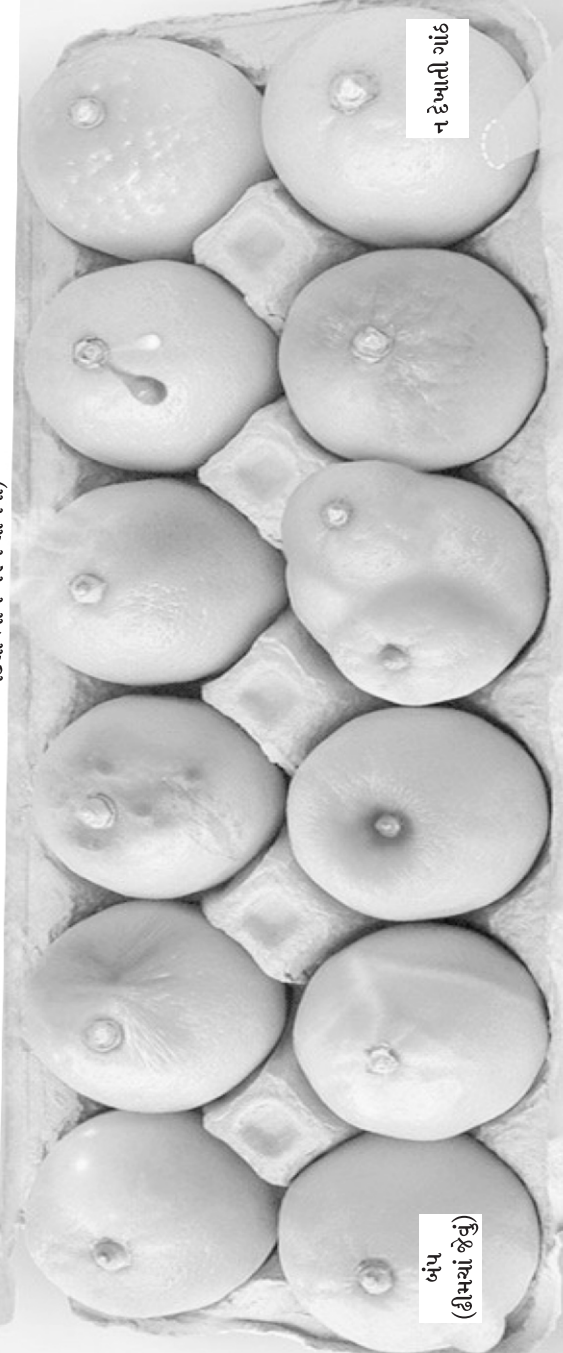
નવું પ્રવાહી

લાલ અથવા ગરમ
(ચકામા અથવા
એટલો ભાગ ગરમ લાગવો)

સ્કિન ઈરોઝન
(ચામડીનો ઘસારો)

ઈન્વેટેશન
(ખાંચા જેવું)

થિક માસ
(જડાઈ)



ઓરેન્જ પીલ જેવી ચામડી

નવો આકાર/કદ

સંકોચાયેલી સીટડી

વધતી વેઈન(નસ)

કેન્સરની ગાંઠ ઘણી બધી રીતે દેખાઈ શકે પણ મોટે ભાગે એ દર્દરહિત ગાંઠ કે સોજા તરીકે જોવા મળે છે. એ બગલમાં સોજા તરીકે પણ જોવા મળે.

સ્તન કેન્સરનાં વહેલાં ચિહ્નો અને લક્ષણો

જો કોઈપણ મહિલાને આ સાથે જણાવેલ ચિહ્નો અને લક્ષણોમાંથી કોઈપણ તકલીફ જણાય તો તાત્કાલિક તબીબી સલાહ લેવી જોઈએ. કારણકે શક્ય છે કે નીચે પ્રમાણેની તકલીફો કેન્સરને લીધે હોઈ શકે :

૧. સ્તન ઉપર સોજો

૨. સ્તન ઉપર ગાંઠ થવી

૩. સ્તનની જાડાઈ વધવી

૪. સ્તનની ચામડીના રંગમાં કે

ટેકસચરમાં ફેરફાર થવો. સ્તન

પર લાલાશ અથવા કાળાશ

દેખાવી

૫. કદ કે આકારમાં ફેરફાર થવો

૬. સ્તન પર એક જ જગ્યાએ નવું

દર્દ થયા કરે અને મટે નહીં.



૭. સ્તનની ડીટડી (નીપલ) પર ખંજવાળ આવવી,

૮. ભીંગડા થવાં અથવા

ચામડીનો કોઈ રોગ થવો.



૯. ડીટડીનો દેખાવ બદલાઈ જવો



૧૦. ડીટડી કે અન્ય કોઈ ભાગ

અંદરની તરફ ખેંચાઈ જવો.



૧૧. ડીટડી કે અન્ય કોઈ ભાગ માંથી લોહી / પ્રવાહીનું ઝમવું.

યાદ રાખો, શરૂઆતના સ્ટેજમાં જ જો સ્તન કેન્સરનું નિદાન થઈ જાય તો ખૂબ ઓછા સમયમાં જ....

“કેન્સર મટી શકે છે”

સામાન્ય રીતે કયાં પરીક્ષણોની જરૂર છે ?

જરૂરી પરીક્ષણોની સંખ્યા ઓછી છે. સામાન્ય સમજણ માટે, દર્દીઓને ત્રણ વિભાગમાં વહેંચી શકાય :

૧) વહેલું એટલે કે સ્ટેજ ૧ અને ૨,

૨) લોકલી એડવાન્સ્ડ એટલે કે સ્ટેજ ૩ અને

૩) મેટાસ્ટેટિક અથવા પ્રસરેલો રોગ એટલે કે સ્ટેજ ૪.

૧) વહેલા સ્ટેજ એટલે કે પહેલા અને બીજા સ્ટેજનું સ્તનકેન્સર

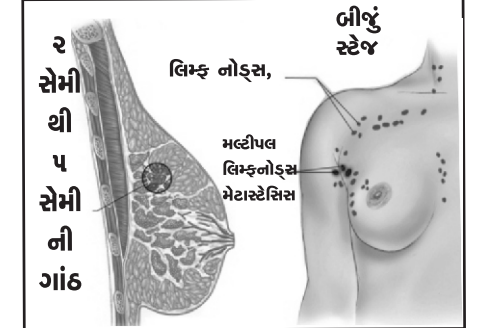
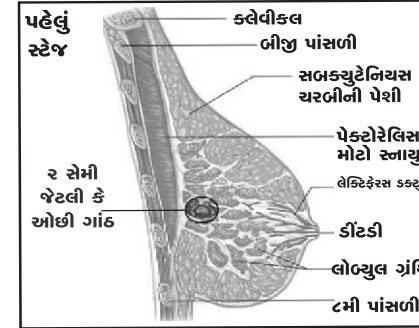
આપણે પ્રથમ તો, કહેવાતા શરૂઆતના સ્ટેજ વિશે વાત કરીએ, જેમાં આપણને જરૂર છે માત્ર એક ચેસ્ટ એક્સ-રે, હીમોગ્લોબીન, ટીસી/ડીસી, પ્લેટલેટ્સ, એસજીપીટી/ એસજીઓટી, આલ્કલાઈન ફોસ્ફેટેઝ, અને

ઓપરેશન અગાઉનાં પાયાનાં પરીક્ષણો.

બંને સ્તનનો મેમોગ્રામ ઘણા કરાવે છે. પણ એનાથી સારવારના પ્લાનિંગમાં નહિવત્ ફેરફારો થાય છે. એટલે જો એ કેટલાંક કેન્દ્રોમાં ઉપલબ્ધ ન હોય, જેમ કે

મોટાભાગનાં મોટા શહેરોની બહારના કિસ્સાઓમાં અથવા ખર્ચ ઘટાડવા એ ટાળી શકાય છે માટે બંને બાજુનો મેમોગ્રામ ફરજિયાત નથી.

જ્યાં મેમોગ્રામ ઉપલબ્ધ નથી ત્યાં કદાચ સોનોગ્રાફીનો ઉપયોગ થઈ શકે. (નિદાન માટે નહિ, સ્ટેજ માટે) જો કેન્સર પ્રસર્યું હોવાનાં લક્ષણો લાગતાં હોય કે ચિહ્નો વર્તાતાં હોય અથવા જો આલ્કલાઈન ફોસ્ફેટેઝનું પ્રમાણ ઊંચું ગયું હોય તો જ પેટના સીટીસ્કેન અને બોનસ્કેનની જરૂર પડે છે.



વહેલા સ્ટેજના સ્તન કેન્સરમાં શસ્ત્રક્રિયા અને કિમોથેરાપીની જરૂર

વહેલા સ્ટેજના સ્તન કેન્સરમાં આપ કઈ રીતે સારવાર નક્કી કરો છો?

વહેલા સ્ટેજના એટલે કે પહેલા અને બીજા સ્ટેજના દર્દીઓ માટે શરૂઆતની સારવાર તે પરંપરાગત રીતે શસ્ત્રક્રિયા અથવા ઓપરેશન છે.

મોડીફાઈડ રેડિકલ માસ્ટેક્ટોમી ઓપરેશન

ભારતમાં મોટા ભાગના દર્દીઓનું એમઆરએમ એટલે કે મોડીફાઈડ રેડિકલ માસ્ટેક્ટોમી ઓપરેશન થાય છે. ડીટડી અને એની આસપાસના ભાગસહિત આખું સ્તન દૂર કરવામાં આવે છે.

બગલમાંની અસરગ્રસ્ત નોડ્સ કાઢી નાંખવા માટે એમઆરએમ સાથે હંમેશા બગલનો તેટલો ભાગ પણ દૂર કરવામાં આવે છે. એનાથી તેટલા ભાગમાં રોગ ફેલાયો છે કે નહીં તે પણ નક્કી કરવાની છૂટ મળે છે, જે આગળની સારવાર શું કરવી તે નક્કી કરવામાં અગત્યનું પાસું છે.

જેઓ ખરેખર વહેલા તબક્કાના દર્દી છે એટલે કે ૨ સેમીથી ઓછી, નાની ગાંઠ ધરાવે છે અને કોઈ લિમ્ફનોડ નથી કે એવાં એંધાણ પણ નથી વર્તાતા, તો એમને આગળની સારવારની ઘણી ઓછી જરૂર પડે છે.

બાકીના તમામને શસ્ત્રક્રિયા પછી થોડી ઘણી સારવારની જરૂર પડે છે, કેમકે માત્ર શસ્ત્રક્રિયાથી રોગ સંપૂર્ણ મટી જતો નથી.

દા.ત. એક સામાન્ય અંદાજ પ્રમાણે શસ્ત્રક્રિયા પછી ઉથલો મારવાની શક્યતા ગાંઠના કદમાં ૧મીમીના વધારાએ ૧% જેટલી છે. એટલે કે જો ગાંઠ ૨૫ મીમી જેટલી હોય તો શસ્ત્રક્રિયા પછી ફરી થવાની શક્યતા ૨૫% જેટલી છે. જો ગાંઠ ૫૦ મીમી જેટલી હોય તો, ફરીથી થવાની શક્યતા ૫૦% જેટલી છે. જો લિમ્ફનોડ્સમાં ફેલાયેલ હોય, તો તો પાંદું વધારાનું જોખમ ખરું.

આ બહુ ભારે જોખમ છે અને દેખીતી રીતે વધારાની સારવાર માગી લે છે. શસ્ત્રક્રિયા એકલી પૂરતી નથી. તેમ

છતાં, એ સમજવું અગત્યનું છે કે સારી શસ્ત્રક્રિયા એ શરૂઆતનું બહુ જ અગત્યનું પાસું છે.

ઘણો ખરો ભાગ સારો રાખીને ગાંઠ પૂરેપૂરી દૂર કરવી, બગલની ઓછામાં ઓછી ૬ (શક્ય હોય તો વધારે) નોડ્સ દૂર કરવી, જે તે સ્તનની આસપાસની બધી પેશીઓ (ખાસ કરીને મોટા કદની ગાંઠના કેસમાં) દૂર કરવી વગેરે ઘણી ચોક્કસાઈ માગી લે છે.

શસ્ત્રક્રિયામાં કશું નવું સંશોધન થયું છે ?
લંપેક્ટોમી અથવા બ્રેસ્ટ કંઝર્વિંગ સર્જરી (BCS)

હા. લંપેક્ટોમી અથવા બ્રેસ્ટ કંઝર્વિંગ સર્જરી એટલે કે સ્તન સચવાઈ જાય તે રીતની શસ્ત્રક્રિયા હવે થઈ શકે છે, જેમાં પૂરતી જગ્યા રાખીને માત્ર ગાંઠ જ દૂર કરવામાં આવે છે. આખું સ્તન કાઢી નાંખવામાં આવતું નથી.

ખરેખર તો, અમેરિકામાં થતી ૫૦% શસ્ત્રક્રિયાઓ હવે બીસીએસ અથવા તો સ્તન જાળવનારી છે. ભારતમાં સ્તનકેન્સરની સારવારના આ વિકલ્પની જાણકારી અને તાલીમબદ્ધ સર્જનો મર્યાદિત સંખ્યામાં છે.

પ્રિઓપરેટિવ અથવા ઓપરેશન પહેલાંની કિમોથેરાપી દર્દીઓને લંપેક્ટોમી માટે તૈયાર કરવા માટે વપરાય છે, શરત એટલી કે તે જરૂરી માપદંડમાં બેસતા હોવા જોઈએ.

તે ઉપરાંત લંપેક્ટોમી/BCS પછી રેડિયેશન થેરાપી ફરજિયાત છે એ દર્દીએ ખાસ સમજવું જોઈએ.

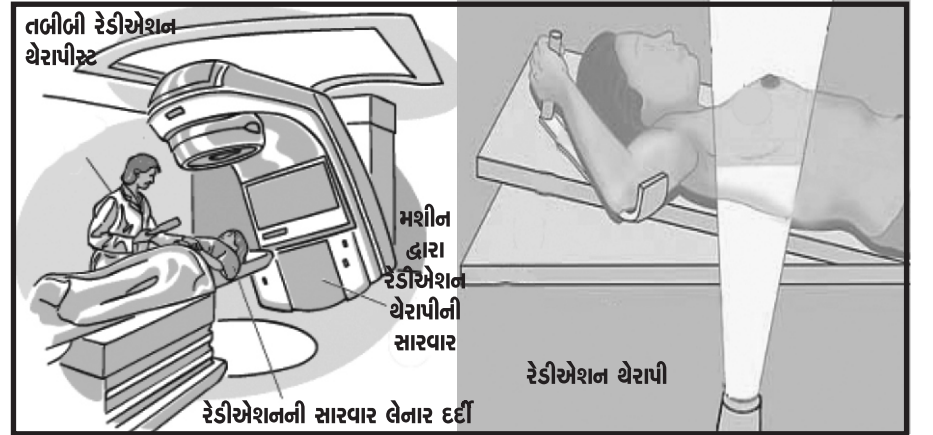
રેડિયેશન પછી ઘણા દર્દીઓના સ્તન પરની ચામડી ડાર્ક થઈ જાય છે, ઉપરાંત સંવેદનશીલતા ઓછી થઈ જાય છે, પહેલાં કરતાં ચામડી સખત પણ થઈ જાય છે.

એ જ રીતે પ્લાસ્ટિક સર્જરી પછી પણ ઘણી વાર પહેલાં જેવો આકાર, સાઈઝ, કોમળતા વગેરે ન મળે એ સામાન્ય છે. એટલે લંપેક્ટોમીની પસંદગી

કરતાં પહેલાં દર્દીએ આ બધું સમજવું જરૂરી છે.

જે દર્દીઓમાં બહુ નાની ગાંઠ હોય અને બગલની નોડ્સ તબીબી રીતે નોર્મલ હોય તેવા દર્દીઓમાં સેન્ટિનલ લિમ્ફનોડ બાયોપ્સી એ બગલમાંની કાપકૂપ ઘટાડે એવી ટેકનીક છે. સારવારનો આ વિકલ્પ બહુ જ ઓછાં કેન્દ્રોમાં ઉપલબ્ધ છે. અલબત્ત, એનો ખરેખર ફાયદો કેટલો છે એ પણ એક પ્રશ્નાર્થ છે.

લંપેક્ટોમી પછી બાકી રહેલ સ્તનની પેશી માટે રેડિયોથેરાપી ફરજિયાત છે.



એલએબીસી એટલે કે ત્રીજા સ્ટેજનું સ્તન કેન્સર

ભારતમાં ઘણાં દર્દીઓમાં કેન્સર બહુ વધી ગયું હોય તેવા સ્ટેજમાં નિદાન થાય છે. તો એમને માટે કયા ટેસ્ટ કરવા પડે ?

તમે સાચું કહો છો. આપણા મોટા ભાગના દર્દીઓ મોટી ગાંઠો અથવા બગલની નોડ્સ-ઉપસેલી નસો- સાથે

આવે છે. આ દર્દીઓ પૈકી મોટા ભાગના દર્દીઓનું લોકલી એડવાન્સડ બ્રેસ્ટ કેન્સર એટલે કે એલએબીસી-સ્ટેજ ૩ તરીકે

૧. સીટી : છાતી, પેટ

૨. PET-CT સ્કેન

૩. બોનસ્કેન

૪. સિમ્પટોમેટીક સાઈટનું મૂલ્યાંકન દા.ત. જો માથાનો દુખાવો હોય તો મગજનું સીટી સ્કેન.

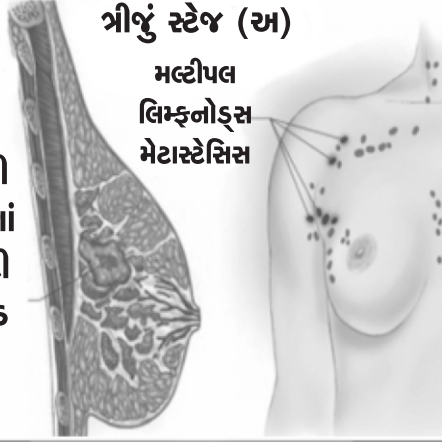
વર્ગીકરણ કરવામાં આવે છે.

આ દર્દીઓ માટે અગાઉના સ્ટેજ માટે નોંધાયેલ તમામ પરીક્ષણો જરૂરી છે.

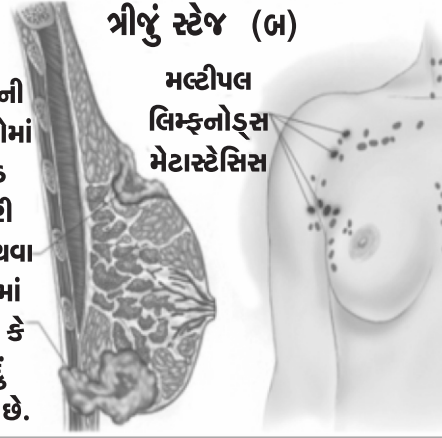
વધારામાં, તેમને માટે કેન્સરનો રોગ બહુ પ્રસારેલો (મેટાસ્ટેટિક) નથી તે ખાતરી કરવા માટેનાં પરીક્ષણો પણ જરૂરી છે. આવી રીતે વધારાની માહિતી મેળવવામાં છાતીના અને પેટ(ઉદર-પેટ)ના સીટી સ્કેન, અથવા ઓછામાં ઓછું પેટની સોનોગ્રાફી તથા બોન સ્કેન વગેરેનો સમાવેશ ઇચ્છનીય છે.

લક્ષણો ધરાવતા કોઈ પણ ભાગનું પણ મૂલ્યાંકન થવું જોઈએ, એટલે કે દા.ત. ન્યૂરોલોજીકલ લક્ષણો અથવા માથાના દુખાવાનું મગજના એમઆરઆઈ સાથે મૂલ્યાંકન થવું જોઈએ. ઉપલબ્ધ હોય તો PET-CT સ્કેન પણ કરાવી શકાય. આ સ્કેન કરાવનાર દર્દીને CT સ્કેન અને બોન સ્કેનની જરૂર નથી.

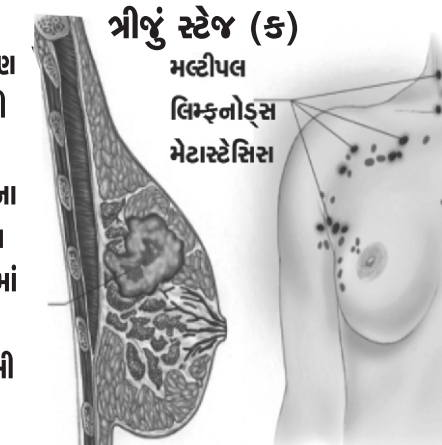
ત્રીજું સ્ટેજ (અ)

પ
સેમી
કરતાં
મોટી
ગાંઠ

ત્રીજું સ્ટેજ (બ)

છાતીની
દીવાલોમાં
ગાંઠ
પ્રસરી
છે અથવા
સ્તનમાં
સોજો કે
ચાંદું
થયેલ છે.

ત્રીજું સ્ટેજ (ક)

કોઈપણ
કદની
પણ
શરીરના
દૂરના
ભાગોમાં
ન
પ્રસારેલી
ગાંઠ

એલએબીસી સ્ટેજના સ્તન કેન્સરમાં સારવારનું આયોજન

પ્રિઓપરેટિવ કિમોથેરાપી

+ ટારગેટેડ થેરાપી

↓
શસ્ત્રક્રિયા

આપને સારવારનું આયોજન કરવામાં મદદ થાય એવી ભવિષ્યની કઈ નિશાનીઓ લાગે છે ?

ડોક્ટરો અને દર્દીઓ માટે એ જાણવું ખરેખર અગત્યનું છે કે ઘણી વાર માત્ર કેન્સરનું ઓપરેશન પૂરતું નથી. કારણ કે ઘણા કેસોમાં નિદાન થાય તે સમયથી કેન્સર એક ફેલાયેલો રોગ હોય છે.

શું તમે જાણો છો કે કેન્સરના કોશો સ્કેનમાં જોઈ શકાય અને સ્પર્શ થઈ શકે એવી સ્થિતિમાં આવે ત્યાં સુધીમાં તો તેના કોશોની સંખ્યા કરોડોની થઈ જાય છે અને કેટલાક તો શરીરનાં બીજા ભાગોમાં પ્રસરી પણ ગયા હોય છે પણ તેઓ ખૂબ ઝીણા હોવાથી દેખાતા નથી. વહેલા સ્ટેજના સ્તન કેન્સરના દર્દીઓના લોહીમાં પણ કેન્સરના કોશો ફરતા જોવા મળ્યા છે.

એનો અર્થ એવો થાય કે વહેલાસર નિદાન કરવામાં ઘણી મહેનત કરવી જોઈએ. ખરું ને ?

હા, અલબત્ત, એનાથી આપણને શ્રેષ્ઠ પરિણામો મળે છે. કમભાગ્યે આજે ભારતમાં વાસ્તવિકતા જુદી છે અને મોટી સંખ્યાના દર્દીઓ ઊંચા સ્ટેજ એટલે કે લોકલી એડવાન્સ્ડ બ્રેસ્ટ કેન્સર (એલએબીસી) થાય ત્યારે નિદાન પામે છે.

આ દર્દીઓ એવા હોય છે કે કાં તો એમની ગાંઠો પ સેમી કરતાં મોટા કદની હોય કે આસપાસના ભાગમાં રોગ આક્રમણ કરેલ હોય અથવા તો ગંઠાયેલી કે જડ થઈ ગયેલી બગલની નોડ્સ કે બગલ સિવાયની નોડ્સમાં ફેલાયેલ હોય.

એલએબીસીમાં પ્રાથમિક શસ્ત્રક્રિયા ઘણીવાર સારી રીતે થઈ શકતી નથી. તેથી જ, પ્રિઓપરેટિવ કિમોથેરાપી બહુ અગત્યની છે.

પ્રિઓપરેટિવ કિમોથેરાપી કરનાર મોટાભાગના દર્દીઓમાં સારાં પરિણામ મળે છે. લગભગ ૨૫% દર્દીઓમાં બહુ આશ્ચર્યજનક પ્રતિભાવો મળ્યા છે એટલે કે શસ્ત્રક્રિયા દરમ્યાન કોઈ ગાંઠ મળતી નથી, જે પેથોલોજીક સીઆર(સંપૂર્ણ ઓગળી જવું-કમ્પલીટરેમીશન) તરીકે જાણીતું છે.

જો દર્દીને હર-૨ પોઝિટિવ રોગ હોય, તો ટ્રાસ્ટુઝુમાબ (Trastuzumab) નામની એક દવા ઉમેરવી જોઈએ. જ્યારે આ દવા ઉમેરાય છે ત્યારે લગભગ ૫૦%

દર્દીઓની ગાંઠ સંપૂર્ણ ઓગળી જાય છે.

હોર્મોન રિસેપ્ટર પોઝિટિવ રોગવાળા ઉંમરલાયક દર્દીઓની સારવાર પ્રિઓપરેટિવ હોર્મોનલ થેરાપી એટલે કે એરોમેટેજ ઈન્હીબીટર્સ વડે થઈ શકે છે.

આ દર્દીઓને વધારે રેડિકલ સર્જરીની જરૂર છે ?

આ દર્દીઓ માટે પ્રમાણિત-સ્ટાન્ડર્ડ-શસ્ત્રક્રિયા અન્ય દર્દીઓની માફક એટલે કે મોડીફાઈડ રેડિકલ માસ્ટેક્ટોમી

અને એક્ઝિલરી ડિસ્કેશન જ છે. તેમ છતાં, જ્યારે કિમોથેરાપીનો રિસ્પોન્સ આજના સમયમાં એટલો સારો છે કે કેટલાક દર્દીઓમાં ગાંઠ ઘણી નાની થવાથી લંપેક્ટોમી શક્ય બને છે.

આ સ્ટેજના દર્દીઓ માટે રેડિયોથેરાપી જરૂરી છે. કિમોથેરાપી પૂરી થયા પછી રેડિયોથેરાપી કરાવવી જ જોઈએ.

સારવારમાં નવીનતા

આપ અમને ટ્રાસ્ટુઝુમાબ વિશે કાંઈ વધુ જણાવશો ?

સ્તન કેન્સરની સારવાર કિમોથેરાપી, હોર્મોનલ થેરાપી અને આ નવી કહેવાતી ટારગેટેડ થેરાપીઓ વડે થઈ શકે છે. આ કહેવાતી એટલા માટે કે તેમનું વધારે ધ્યાન કેન્સરના કોશોના વિશેષ ભાગ પર કેન્દ્રિત હોય છે. કિમોથેરાપીની જેમ નહીં, કે જે કોશના અન્ય ભાગ પર પણ અસર કરે છે અને એથી વધારે આડઅસરો થાય છે.

હર-૨ રિસેપ્ટર કેન્સરના કોશોને બહુ જલદીથી વૃદ્ધિની ક્ષમતા બક્ષે છે અને શરીરમાં લાંબો સમય ટકાવી શકે છે. આ જાણકારીને લીધે આ રિસેપ્ટર પર સીધો હુમલો કરનાર દવાનો એટલે કે ટ્રાસ્ટુઝુમાબનો વિકાસ થયો. સ્તન

કેન્સરની આ આવી પહેલી દવા છે. લગભગ ૨૫% દર્દીઓને હર-૨ના પરીક્ષણમાં એબનોર્મલ રિઝલ્ટ જોવા મળે છે. માત્ર આ જ દર્દીઓને ટ્રાસ્ટુઝુમાબના ઉપયોગથી ફાયદો થાય છે.

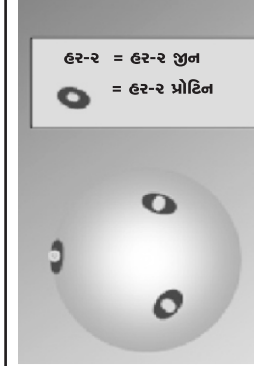
આપનું કહેવું એમ છે કે આ દવાને આડઅસરો નથી? શું તો પછી કિમોથેરાપી જરૂરી છે ?

આ દવાથી પરિણામમાં ઘણો સુધારો થયો છે.

તેમ છતાં, શ્રેષ્ઠ પરિણામ મેળવવા કિમોથેરાપી સાથે આ દવાનું સંયોજન કરીને સારવાર આપવી જરૂરી છે.

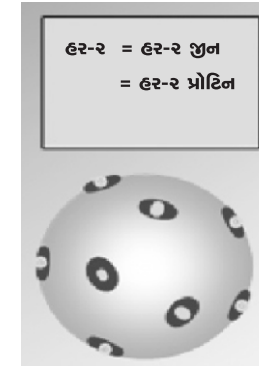
દા.ત. ત્રીજા તબક્કામાં, જ્યારે તે પ્રિઓપરેટિવ કિમોથેરાપી સાથે ઉમેરાય, ત્યારે ઘણા કેન્સર શસ્ત્રક્રિયા વખતે જ નહિવત્ થઈ જાય છે એટલે કે પેથોલોજિક

ટ્રાસ્ટુઝુમાબ કેવી રીતે કેન્સરની વૃદ્ધિને ધીમી કરે છે (ટ્રાસ્ટુઝુમાબ- એક ટારગેટેડ થેરાપી) એક્સ્ટ્રાસેલ્યુલર ડોમેઈન્સ ઓફ હર-૨ પ્રોટિન



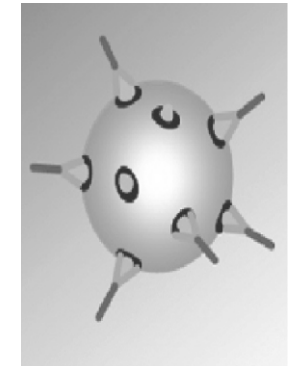
સામાન્ય કોશ :

સ્તનના સામાન્ય પેશી કોશમાં સપાટી પર હર-૨ જીન પ્રોટિન રિસેપ્ટર્સ ઉત્પન્ન કરે છે. કોશના વિભાજન અને ગુણાકાર કરવા રિસેપ્ટર સંકેતો આપે છે.



કેન્સર કોશો ઘણું હર-૨ પ્રોટિન ઉત્પાદન કરે છે.

એક્સ્ટ્રા પ્રોટિન રિસેપ્ટરો કોશોને નિરંકુશ વિકસવા ગતિમાન કરે છે જેનાથી સારવાર માટે અધરા સ્તન કેન્સરનો હુમલો થાય છે. વધારાનું હર-૨ ૨૫ થી ૩૦ ટકામાં જોવા મળે છે.



ટ્રાસ્ટુઝુમાબ સાથે સારવાર:

ટ્રાસ્ટુઝુમાબ એન્ટીબોડીઝ હર-૨ પ્રોટિન રિસેપ્ટર્સ પર આગળો મારે છે, સાઈટ્સ બ્લોક કરે છે, વૃદ્ધિનાં વધારાના સંકેતોને બંધ કરે છે. હર-૨ સારવારને લીધે સ્તન કેન્સરના ઘણા દર્દીઓની જિંદગી લંબાઈ છે.

સીઆરનો બહુ ઊંચો દર જોવા મળે છે આને લીધે કેન્સર ક્યોર થવાની શક્યતા ઘણી વધી જાય છે.

અન્ય સ્ટેજમાં, આ દવા શસ્ત્રક્રિયા પછી, શરૂઆતમાં કિમોથેરાપી સાથે અને

કિમોથેરાપી પૂરી થયા પછી એકલી લાંબા સમય સુધી આપવામાં આવે છે. દા.ત. કુલ ૬ થી ૧૨ મહિના સુધી.

આ અભ્યાસોમાં સાબિત થયું છે કે ઉથલાની શક્યતાનું જોખમ ૫૦% ઘટાડે

છે, જે ખૂબ સારું કહી શકાય. ઓન્કોલોજીમાં બહુ ઓછી દવાઓ આટલાં સારાં પરિણામો આપે છે.

આડ અસરોની વાત કરીએ તો, એ બહુ જ સારી રીતે સહન થઈ શકે તેવી છે અને બહુ જ અશક્ત હોય તેવા દર્દીઓને પણ સરળતાથી આપી શકાય છે. કેટલીક વિશેષ સાવચેતી રાખવી જરૂરી છે. .

આપણી પાસે આવી ટારગેટ્ડ ચિકિત્સા પદ્ધતિ કેમ વધારે નથી ?

આમ તો આપણી પાસે છે, પણ એ હજુ તાજેતરની પ્રગતિ છે, એમાં અઘરી ટેકનોલોજી છે અને દવાઓ હજુ ખર્ચાળ છે.

અન્ય ટારગેટ છે વીઈજીએફ, જે ગાંઠને મોટી થવા વધારાનું લોહી પહોંચાડે છે. બેવેસીઝુમાબ(Bevacizumab)

એવી દવા છે કે જે વીઈજીએફની પ્રવૃત્તિ અવરોધે છે અને ગાંઠોને સંકોચી દે છે. હવે એ સ્તન, ફેફસાં, કોલોરેક્ટલ (જઠર-મળાશય), યકૃત, મૂત્રપિંડ, મગજ વગેરેમાં થતા અમુક કેન્સરોમાં વપરાય છે.

એટલું જ નહીં, હર-ર ની જેમજ, હર-૧ રિસેપ્ટર પણ હોય છે. લેપાટીનિબ નામની દવા બંને રિસેપ્ટરોને અવરોધે છે અને ગોળીના સ્વરૂપમાં મળે છે.

ઉપરાંત હાલમાં એક નવી ટારગેટ્ડ થેરાપી પરટુઝુમાબ (Pertuzumab) દવા પણ ઉપલબ્ધ થઈ છે. એડો-ટ્રાસ્ટુઝુમાબ પણ એક નવી દવા છે જે હર-ર રિસેપ્ટરને અવરોધે છે. એ એન્ટિબોડી અને કિમોથેરાપીનું સંયોજન છે, જે એનાથી વધુ અસરકારક છે.

હોર્મોનલ થેરાપીમાં નવીનતા

આ વધતા જતા સર્વવ્યાપી કેન્સરમાં બહેનોને ફાયદો થઈ શકે એવાં કોઈ અન્ય સંશોધનો કે હાલની સારવારમાં કોઈ નવીનતા જોવા મળે છે?

આપણી પાસે ભારત માટે ચોક્કસ આંકડો નથી, પણ એકલા અમેરિકામાં, સ્તન કેન્સરથી બચી ગયેલા એવા ૧ લાખથી વધુ દર્દીઓ છે. એ બતાવી આપે છે કે કોઈને પણ, ખાસ કરીને જો વહેલું

નિદાન થાય તો સ્તન કેન્સરમાં સારાં એવાં હકારાત્મક પરિણામો મળી શકે છે.

અને હા, સારવારમાં બે મહત્વની એટલે કે હોર્મોનલ થેરાપી અને રેડિયોથેરાપીમાં પ્રગતિ સધાઈ છે.

આપ એમ કહેવા માગો છો કે ટેમોક્સિફેનથી પણ આગળ કશુંક છે?

હા, ઘણાં વર્ષો પછી એરોમેટેઝ ઈન્હીબીટર્સ એટલે કે એનાસ્ટ્રોઝોલ,

લેટ્રોઝોલ અને એક્સેમેસ્ટન જેવી દવાઓ મળી છે.

આ દવાઓ ટેમોક્સિફેનની તુલનાએ વધુ અસરકારક નીવડી છે અને મોટા પાયે એનો ક્લિનિકલ ઉપયોગ થઈ રહ્યો છે.

ઉપરાંત, ટેમોક્સિફેનની જે બે અસામાન્ય પણ ગંભીર આડઅસરો જેવી કે ડીપ વેઈન થ્રોમ્બોસિસ અને યુટેરાઈન કેન્સર, એ આ દવાઓ ધરાવતી નથી. જો કે, એનો ઉપયોગ માત્ર મેનોપોઝ પછી જ થઈ શકે છે.

આ દવાઓ એટલી અસરકારક છે

રેડિયોથેરાપીમાં નવીનતા

રેડિયોથેરાપીનું શું ? શું એમાં પણ સુધારા આવી રહ્યા છે ?

અલબત્ત. કોમ્પ્યુટર સોફ્ટવેર અને હાર્ડવેરમાં થયેલી પ્રગતિની સાથોસાથ રેડિયોથેરાપીની ચોક્કસાઈમાં ખાસો ફેરફાર થયો છે. તેથી હવે આપણે ઓછી આડઅસર અને વધુ ડોઝ આપવા માટે સક્ષમ છીએ. આથી હૃદય અને ફેફસાંને થતી આડઅસરો નોંધપાત્ર રીતે ઘટી છે.

આ બધી પ્રગતિને લીધે, રેડિયોથેરાપી હવે ખાસ કરીને જેમની ઓક્ઝિલરી નોડ્સ પોઝિટિવ હોય, એવા દર્દીઓમાં આયુષ્ય મર્યાદા

કે એનો એકલાનો પ્રિઓપરેટિવ સારવાર તરીકે, કિમોથેરાપી વિના, ગાંઠનું સારું એવું સંકોચન કરવા સાથે ઉંમરલાયક અશક્ત સ્ત્રીઓ માટે ઉપયોગ થાય છે. આ ઉપરાંત તેમણે ઘણાખરા કેસમાં શસ્ત્રક્રિયા પછીની સારવાર માટે ટેમોક્સિફેનનું સ્થાન લઈ લીધું છે.

એ ઉપરાંત, એ સ્ટ્રોજન એન્ટાગોનિસ્ટ ફુલ્વેસ્ટ્રાન્ટ, એલએચ-આરએચ એગોનિસ્ટ ગોસરલીન અને અન્ય ઘણી દવાઓ ઉપલબ્ધ છે. આ દવાઓ હાલ મુખ્યત્વે મેટાસ્ટેટિક કેન્સરમાં વપરાય છે.

વધારનારી બની છે.

લગભગ બધા જ કેસોમાં સિસ્ટેમિક કિમોથેરાપી આપ્યા પછી જ રેડિયોથેરાપી આપવી જોઈએ.

બે કિમોથેરાપીના વચ્ચેના ગાળામાં રેડિયોથેરાપી આપવાની રીત જૂની છે. અને કદાચ કિમોથેરાપીનાં રિઝલ્ટ પણ બગાડે છે.

એ પણ યાદ રાખવું જોઈએ કે, લંપેક્ટોમી (સ્તનનો થોડોક ભાગ દૂર કરવો) જે બ્રેસ્ટ કંઝર્વેશન સર્જરી તરીકે પણ જાણીતી છે તે રેડિયોથેરાપી વિના શક્ય નથી.

સુધરેલી ટેકનિક સાથે એટલે કે આઈએમઆરટી અને આઈજીઆરટીને લીધે બ્રેસ્ટ કેન્સર સર્જરી પછીની રેડિયોથેરાપીનાં કોસ્મેટિક (બાહ્ય દેખાવને લગતાં) પરિણામો બહુ સૂચક રીતે સુધર્યા છે. લંપેક્ટોમીનો બહોળા પ્રમાણમાં

સ્વીકાર થાય તે માટે આ એક અગત્યનું પાસું છે.

આ ક્ષેત્રે ઘણાં સંશોધનો થઈ રહ્યાં છે. જેના દ્વારા સારવાર કે જે પાંચ અઠવાડિયાની છે તેને ઓછી કરીને ફક્ત એક અઠવાડિયાની કરવામાં આવશે.

ચોથા સ્ટેજનું સ્તન કેન્સર

ચોથા સ્ટેજના દર્દીઓ અથવા તો જેઓમાં કેન્સર બહુ પ્રસરી ગયેલ હોય તેવા દર્દીઓ માટે કયા ટેસ્ટ કરવા પડે ?

આવા દર્દીઓ માટે પૂરેપૂરી ગાંઠનું એટલે કે જ્યાં જ્યાં ગાંઠ અથવા ચાંદું પ્રસરી ગયેલ હોય તેનું અને સારવારની સૌથી વધારે જરૂર ક્યાં છે તે જગ્યા નક્કી કરવા માટે ટેસ્ટ કરવા જરૂરી છે.

દા.ત.જો મગજમાં કેન્સર પ્રસર્યું હોય, તો સામાન્ય રીતે પ્રથમ સારવાર

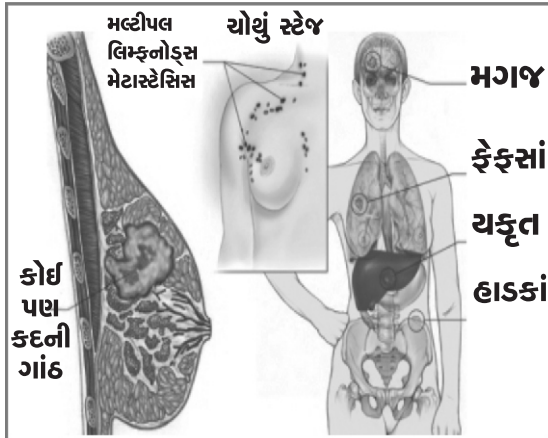
મગજની થાય છે. આથી તેનો ટેસ્ટ કરવો જરૂરી છે.

એ જ રીતે બોન સ્કેનમાં જો જે તે જગ્યા એબનોર્મલ દેખાતી હોય તો તેમાં ખાસ કરીને વજન ઊંચકતા ભાગોમાં ફેક્યુર થવાની શક્યતા છે કે કેમ તે તપાસી જોવા એક્સ-રેની જરૂર પડે છે. ચોથા સ્ટેજમાં પીઈટી સ્કેનનો વધતા જતા પ્રમાણમાં ઉપયોગ થઈ રહ્યો છે.

આવા અમુક કેસોમાં ટ્યુમર માર્કર્સ પણ ઉપયોગી છે, કેમકે તેનાથી

ફોલોઅપની સરળતા રહે છે, દા.ત. સીઈએ, સીએ ૧૫-૩, સીએ ૨૭-૨૮.

અલબત્ત, જો ભૂતકાળમાંથી કંઈ જાણી ન શકાય તો અથવા ઘણાં વર્ષો બાદ રોગે ઉથલો માયો હોય તો ઈઆર/પીઆર/ હર-૨ ટેસ્ટ ફરી કરવા જોઈએ.



પેથોલોજી મૂલ્યાંકન-પરીક્ષણનું મહત્વ

મોટા ભાગનું મૂલ્યાંકન રેડિયોલોજિકલ છે જે તબક્કો અને રોગનું પ્રસરણ નક્કી કરવા પ્રયત્ન કરે છે. તો પછી પેથોલોજી મૂલ્યાંકન-પરીક્ષણનું શું મહત્વ છે ?

પેથોલોજી મૂલ્યાંકન-પરીક્ષણનું મહત્વ ખૂબ જ અગત્યનું છે.

હિસ્ટોલોજી, ગ્રેડ, ન્યુરોવાસ્ક્યુલર પ્રસરણ અને ઈઆર/પીઆર/ હર-૨ની પરિસ્થિતિ નક્કી કરવા એક સારી બાયોપ્સી જરૂરી છે.

લોકલી એડ્વાન્સ્ડ સ્તન કેન્સર ધરાવતા દર્દીઓની ઓપરેશન અગાઉ કિમોથેરાપી વડે સારવાર થાય છે, એટલે શસ્ત્રક્રિયા કરતાં અગાઉ વિગતવાર પેથોલોજી પરીક્ષણ-મૂલ્યાંકન અગત્યનું છે. શસ્ત્રક્રિયા કર્યા પછી, ઘણા કેસોમાં આ મૂલ્યાંકન સંભવ નથી. આ કારણસર પણ, લોકલી એડ્વાન્સ્ડ સ્તન કેન્સરના મૂલ્યાંકનમાં ટુકટ બાયોપ્સી કે વેજ (જાડા ટુકડા) બાયોપ્સીથી ઊલટું ફાઈન નીડલ

એસ્પીરેશન (એફએનએ) નો ઉપયોગ થતો નથી.

IHC જેવી નવી પદ્ધતિઓ માટે બહુ જ નિષ્ણાત પેથોલોજિસ્ટની જરૂર છે.

અમેરિકન અભ્યાસોમાં પણ, ખાનગી હોસ્પિટલો અને મોટી રિસર્ચ લેબોરેટરીઓ વચ્ચે ઈઆર/પીઆર/હર-૨ ટેસ્ટમાં વિસંગત પરિણામો એટલે કે પરિણામો સરખાં ન હોવાનો દર ૨૦% જેટલો છે. સારવાર નક્કી કરવામાં આ બધાં પરીક્ષણો નિર્ણાયક છે, એથી એ ગુણવત્તાવાળા, ઊંચા દરજ્જાના કેન્દ્રોમાં થવાં જોઈએ.

તબીબી પ્રેક્ટિસમાં કોશમાં રહેલાં રંગસૂત્રો, અથવા એસ ફેઝ ફેકશન જેવાં અન્ય પરીક્ષણો ઉપયોગી નથી અને નિયમિત રીતે થવાં જરૂરી પણ નથી. જો આઈએચસી દ્વારા મળેલ હર-૨ પરીક્ષણ સંદિગ્ધ સ્થિતિ (Equivocal) દર્શાવતું હોય તો ફિશ (FISH) -ફ્લુએસ્સેન્સ ઈન-સિટુ હાઈબ્રિડાઈઝેશન પરીક્ષણનો ઉપયોગ થઈ શકે.

સ્તન કેન્સર અંગે અત્યાધુનિક માહિતી

જન પ્રોફાઈલની ભૂમિકા: ઘણા વહેલા સ્ટેજના કેન્સરમાં, હવે જન પ્રોફાઈલ નામના નવા પરીક્ષણોની ભૂમિકા

અગત્યની છે.

આ પરીક્ષણો હજુ ખર્ચાળ છે પણ બહોળા પ્રમાણમાં ઉપલબ્ધ છે. ઉપરાંત

ઘણા બધા અભ્યાસો આ પરીક્ષણોનું મહત્વ દર્શાવેલ છે. એમાં સૌથી મોટો અને અત્યાધુનિક અભ્યાસ ટેઈલરએક્સનો છે. આ ટ્રાયલ મારા શિક્ષક ડૉ. જોસેફ સ્પેરેનોએ લીડ કરેલ.

વહેલા તબક્કામાં પ્રારંભિક ભૂમિકા અગત્યની છે જે નોડ નેગેટિવ અને ઈઆર પોઝિટીવ છે. આ પરીક્ષણ એ નક્કી કરવામાં મદદ કરે છે કે આ જૂથના ક્યા દર્દીઓને માત્ર હોર્મોન થેરાપીથી સારવાર થઈ શકે અને કિમોથેરાપી આપવાની નથી. લગભગ ૭૦% ઈઆર પોઝિટીવ નોડ નેગેટિવ ટ્યૂમર્સવાળા દર્દીઓને કિમોથેરાપીની જરૂર નથી. આ પરીક્ષણો

આ જૂથના દર્દીઓને ઓળખવામાં મદદ કરી શકે છે. આ દર્દીઓ માટે સૌથી મોટો આશીર્વાદ છે કેમકે મોટા ભાગની મહિલાઓને કિમોથેરાપીથી વાળ ખરી જવાનો અને અન્ય આડઅસરોનો ભય હોય છે.

વ્યાપારી ધોરણે મુખ્ય ઉપલબ્ધ પરીક્ષણો છે ઓન્કોટાઈપ ડીએક્સ. (સૌથી વધારે વપરાતાં અને ક્લિનિકલ પરીક્ષણોમાં અભ્યાસ થયેલ) એન્ડો પ્રીડિક્ટ, પીએએમપીએ એ મમ્માપ્રિન્ટ. આ પરીક્ષણો ૧-૨ જીનને બદલે જીનની પેનલોનો ઉપયોગ કરે છે અને ફરીથી થવાની શક્યતા પૂરી પાડે છે.

ચોથા સ્ટેજના સ્તન કેન્સરનું મેનેજમેન્ટ-વ્યવસ્થાપન

બહુ આગળ વધી ગયેલ એટલે કે ચોથા સ્ટેજના સ્તન કેન્સરના કેસોમાં શું થઈ શકે ? શું આપણે એમાંથી કોઈને સાજા કરી શકીએ ?

બહુ અગત્યનો પ્રશ્ન છે. આપ જાણો છો કે, આપણા ઘણા દર્દીઓનું નિદાન હજુ પણ ચોથા સ્ટેજે થાય છે, અને ઘણાને શરૂઆતની સારવાર પછી રોગ ઉથલો મારે છે અને પછી ચોથા સ્ટેજ સુધી પહોંચી જાય છે. પહેલું તો, જો કે હું ચોખ્ખવટ કરવા માંગું છું કે ચોથું સ્ટેજ રસ્તાનો અંત નથી.

આ એક વિવિધ લોકોનું જૂથ છે.

ટેકનીકલી જેને પણ સ્તનની આસપાસની નોડ્સથી દૂર રોગ પ્રસર્યો હોય તેને ચોથા સ્ટેજનું કેન્સર છે એમકહી શકાય. પણ જે દર્દીને હાડકાંમાં થોડીક અસર હોય, એટલે કે થોડાં બોન મેટાસ્ટેસિસ હોય તેવા દર્દીઓ ઘણાં વર્ષો જીવે છે, જ્યારે જેને ઘણાં બ્રેઈન મેટાસ્ટેસિસ હોય તેવો દર્દી થોડા મહિના જીવે છે.

બહુ ઓછા દર્દીઓ એવા છે, જે ચોથા સ્ટેજના રોગના નિદાન પછી પણ સારવારના ઉપલબ્ધ વિકલ્પો થકી રોગથી તદ્દન મુક્ત થયા હોય પરંતુ એમાંના ઘણા દર્દીઓ પાંચ વર્ષથી વધારે જીવ્યા છે.

ઓહ ! અમે હંમેશાં એમ વિચારતા કે રોગનું ચોથું સ્ટેજ એટલે થોડાક મહિનાની જિંદગી અને કોઈ ચીજ કામ ન આપે પરંતુ આ રીતે જોઈએ તો ચોથા સ્ટેજના અલગ અલગ પ્રકાર છે એમ ને ?

હા. એ કંઈક અંશે દરેક કેન્સર માટે સાચું છે, પણ સ્તન કેન્સરના કેસમાં ઘણા દર્દીઓ આ સ્ટેજમાં પણ લાંબુ જીવે છે.

તો આપ ચોથા સ્ટેજના સ્તન કેન્સરના દર્દીઓની કેવી રીતે સારવાર કરો છો ?

અહીંયાં ધ્યેય નક્કી કરવું અગત્યનું છે. મુખ્ય ધ્યેય છે લક્ષણોથી મુક્ત એવો સમયગાળો પૂરો પાડવાનું, અને જિંદગી લંબાવવાનું. એથી જ, જ્યારે ઈઆર/ પીઆર પરીક્ષણ પોઝિટિવ હોય, ત્યારે હોર્મોનલ થેરાપી એ પસંદગીની સારવાર છે, અને આપણે અગાઉ જોયું તેમ, હવે એમાં પણ ઘણા વિકલ્પો છે.

ખરેખર તો, થોડાંક મેટાસ્ટેસિસ ધરાવતા અને લક્ષણો ન જણાતાં હોય તેવા દર્દીઓને ઘણી વાર સારવાર વિના મૂકી દેવાય છે. એ યાદ રાખવું જોઈએ કે ધ્યેય દર્દીને ચિહ્નમુક્ત કરવાનું છે અને જો કોઈ ચિહ્નો ન હોય તો ઘણી વાર ઘણા મહિનાઓ સુધી સારવાર કરવાનું કોઈ કારણ હોતું નથી.

દવાઓનું હવે પછીનું જૂથ છે ટ્રાસ્ટુઝુમાબ, લેપાટીનિબ વગેરે જેવી

ફરી એકવાર હું ભારપૂર્વક કહેવા માંગું છું કે મેટાસ્ટેટિક અથવા ચોથા સ્ટેજનું કેન્સર અસાધ્ય હોય છે અને અમે બહુ બહુ તો જિંદગીમાં થોડીક વાજબી ગુણવત્તા ભરી દઈ શકીએ.

ચોથા સ્ટેજના કેસો રોકવા માટે વહેલું નિદાન અને સારી પોસ્ટઓપરેટિવ થેરાપી એ શ્રેષ્ઠ વ્યુહરચના છે. એથી અમે સ્તન કેન્સરના પ્રથમ નિદાન વખતે તમામ સંબંધિત સ્પેશ્યાલિટીઝ દ્વારા યોગ્ય મૂલ્યાંકન પર ખૂબ જ ભાર મૂકીએ છીએ, જેથી દરેક દર્દી માટે સારવારની યોગ્ય વ્યુહરચના નક્કી કરી શકાય.

મોંઘી છતાં ટારગેટેડ ચિકિત્સા પદ્ધતિઓ, પણ તે જ્યારે ઉપયોગી બને અને બહુ સારી રીતે ફાવી જાય, ત્યારે શક્ય બને.

છેલ્લો વિકલ્પ છે કિમોથેરાપી, જેમાં વિવિધ રીતે ઉપયોગી બને તેવી ૧૦થી વધુ દવાઓ ઉપલબ્ધ છે. જે એકલી અથવા કોમ્બીનેશનમાં આપી શકાય છે.

મોઢેથી લેવાની કિમોથેરાપી દવાઓ પણ મળે છે. કિમોથેરાપી લેવાનો સમયગાળો સામાન્ય રીતે ૪-૬ મહિનાનો હોય છે અને પછી ફરીથી ઉથલો મારે ત્યાં સુધી એક વિરામનો ગાળો હોય છે.

હોર્મોન થેરાપી, ટારગેટેડ થેરાપી અને અમુક કિમોથેરાપી દવાઓમાં વાળ

ઊતરતા નથી. બહેનો માટે આ ઘણા અગત્યના સારા સમાચાર છે.

સ્તન કેન્સરમાં ફોલોઅપ-અનુનિયમન

એક મહિલાએ રોગ ઉચલો ન મારે તે માટે શું કરવું જોઈએ ?

અતિ મહત્વનું પગલું એ છે કે જો સલાહ મળી હોય, તો હોર્મોનલ થેરાપી જેવી અથવા કેટલાક કેસોમાં ટ્રાસ્ટુઝુમાબ જેવી સારવાર નિયમિત લેવી જોઈએ. આ સિવાય એ તો જાણીતું છે કે યોગ્ય વજન જાળવવું, નિયમિત કસરત કરવી અને ચરબીવાળો આહાર ઘટાડવો વગેરે રોગના ઉચલાનું જોખમ ઘટાડે છે.

જો રોગ ઉચલો મારે, તો વહેલી તકે નિદાન થઈ શકે માટે તેઓ શું કરી શકે ?

આ એવું ક્ષેત્ર છે જ્યાં બિનજરૂરી ઘણાં પરીક્ષણો કરવામાં આવે છે. મોટા ભાગના લોકો વિચારે છે કે વારંવાર સ્કેન અને લોહીના પરીક્ષણો કરાવવાથી નિદાન વહેલું થઈ જાય અને તેથી લાંબું જીવી શકશે. કમભાગ્યે, આ સાચું નથી.

ફોલોઅપમાં મદદ કરે તેવી બાબતો નીચે મુજબ છે :

૧) માસિક જાતપાસ, ડોક્ટર દ્વારા નિયમિત તપાસ (શરૂઆતમાં દર ત્રણ મહિને અને પછી ગાળો

સારવાર પછીનું અનુનિયમન

- બીએસઈ, સીબીઈ, વાર્ષિક મેમોગ્રામ
- ચિહ્નો કે લક્ષણો અનુસાર અન્ય પરીક્ષણો
- ટ્યૂમર માર્કર્સની, લોહીનાં અન્ય પરીક્ષણો, પીઈટી સ્કેન-સીટી સ્કેન, સોનોગ્રાફી, બોન સ્કેનની કોઈ ભૂમિકા નથી.

- વધારતા જવો)
- ૨) બાકીનાં સ્તનનો વાર્ષિક મેમોગ્રામ (જો લંપેક્ટોમી કરાવી હોય તો બંને સ્તનનો)
- ૩) ખાસ કરીને લાંબો સમય સુધી રહેતાં નવા લક્ષણો વિષે વહેલી તકે જણાવવું.
- છેલ્લી વાત. વિશેષ પરીક્ષણો જેવાં કે અસલ દુખાવો થતો હોય તો એને સંબંધિત લોહીના પરીક્ષણો અને સોનોગ્રાફી અથવા સીટી સ્કેન વડે ચકાસણી કરવી જોઈએ.
- કેટલાક વાર્ષિક ધોરણે છાતીના એક્સ-રે લેવાની ભલામણ કરે છે.

કેટલીય વાર આનો અભ્યાસ થયો છે અને એ બહુ સ્પષ્ટ છે કે (ટ્યૂમર માર્કર્સ સહિત) વારંવારના સ્કેન અને રક્તપરીક્ષણો કંઈ એવા વહેલા નિદાન તરફ દોરી જતાં નથી કે જેથી દર્દીને ખાસ મોટો ફાયદો થાય. ખરેખર તો, મોટા ભાગે એના કારણે ખોટા સંકેત મળે છે, જેથી લોકો બિનજરૂરી બાયોપ્સી અથવા આગળનાં પરીક્ષણો અને ચિંતા-વ્યગ્રતા તરફ દોરાઈ જાય છે. મેં આવા ઘણા દર્દીઓ જોયા છે. તમામ માર્ગદર્શક

બાયોપ્સી પછી કેટલા સમયમાં સારવાર શરૂ થઈ જવી જોઈએ ?

આપણા દેશમાં એક ઘણી મોટી ગેરસમજ પ્રવર્તે છે કે બાયોપ્સી કરવાથી કેન્સર છંછેડાઈ જાય અને ઝડપથી ફેલાવા માંડે. આ ડરથી ઘણા લોકો બાયોપ્સી પછી બહુ ઉતાવળે ઓપરેશન કરાવી લે છે. આ એક બહુ જ મોટી ભૂલ છે. આપણે આગળ જોયું એમ સારાં પરિણામ માટે ઉતાવળ નહીં, પરંતુ વ્યવસ્થિત પ્લાનીંગ જરૂરી છે.

અમેરિકા, યુરોપ વગેરેમાં બાયોપ્સી પછી બધા ડોક્ટરને મળવામાં, ઈન્સ્યોરન્સ અપ્રુવલ, બધા ટેસ્ટ કરવા, ઓપરેશન થિયેટરનો સમય મળવો વગેરેમાં ૩-૬ અઠવાડિયાં સહેજે લાગી જાય છે. છતાં તેમનાં પરિણામ ઘણા સારા

અમે અમારા દર્દીઓને એક અનુ નિયમન - ફોલોઅપ ચાર્ટ આપીએ છીએ, જેમાં એક પંક્તિ આવી પણ છે, 'બોન સ્કેન, ટ્યૂમર માર્કર્સ, અલ્ટ્રાસોનોગ્રાફી, સીટી સ્કેન, પીઈટી સ્કેનની ભલામણ કરવામાં આવતી નથી.'

સંહિતાઓ પણ લક્ષણ વિનાનાં દર્દીઓના ફોલોઅપમાં આવાં પરીક્ષણોની વિરુદ્ધ હોવાની ભલામણ કરે છે. પરંતુ કોઈ નવાં લક્ષણો હોય તો તુરંત તપાસ કરાવવી જોઈએ.

છે. એટલે આ ખાસ જરૂરી છે કે દર્દીએ નિદાન પછી :

(૧) એક સર્જન અને એક મેડીકલ ઓન્કોલોજિસ્ટ (કીમોથેરાપી અને દવાઓના નિષ્ણાત)નો ઓપીનીયન લેવો જ જોઈએ.

(૨) સ્ટેજ જાણવા માટેના અને ER/PR/Her-2 વગેરે ટેસ્ટની રાહ જોવી જોઈએ. ઓપરેશન પહેલાં કરવાનું છે કે પછી તે નક્કી કરવું જોઈએ.

(૩) ઓપરેશનનો કયો પ્રકાર પોતાને માટે સૌથી યોગ્ય છે અને એને માટે સૌથી અનુભવી / નિષ્ણાત સર્જન કોણ છે એ જાણવા સમય આપવો જોઈએ.



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. તંબાકૂ-શરાબ કી લત છોડો ઓર કરોડપતિ બનો - 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. વ્યસનમુક્ત હો કર આનંદ સે જિયે
11. તંબાકૂ કી લત યાનિ સર્વનાશ
12. શરાબ કી લત કરે જિંદગી બરબાદ
13. નશીલે દ્રવ્યોં કી લત મતલબ સર્વનાશ
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 કોસિંગની પાસે,
ઓવરબ્રિજ નીચે, ભુદરપુરા, આંબાવાડી, અમદાવાદ-૩૮૦૦૧૫.



DR P.G.Shah Ahmedabad
DR P.G.Shah Ahmedabad Cancer
DR P.G.Shah Ahmedabad Addiction