

PLJUČNI RAK IN KAJENJE

Janez Eržen, Sabina Škrjat

Izvleček

Poudarjena je vloga kajenja pri nastanku pljučnega raka. Ob pomoči spoznanj drugih avtorjev in lastnih podatkov so prikazani obolevnost pri kadilcih, razvoj in nastanek pljučnega raka.

Avtorja opozarjata na pomembnost preventive in vzgoje za preprečevanje in odvajanje kajenja.

Uvod

V razvitih industrializiranih deželah povzroča kajenje tobaka 60-70% vseh malignih bolezni (1).

V Evropi umre zaradi kajenja letno okrog 800.000 ljudi (2).

Kajenje povzroča 80-90% kroničnih bolezni dihal, 81-85% pljučnega raka in 25-40% koronarnih bolezni (2). Kako je pri nas?

Pri nas zadnji desetletji zbolijo za pljučnim rakom vsako leto 3% več moških in 5% več žensk (3). Verjetnost, da bo kadilec zbolel za pljučnim rakom postaja večja, čim dalj časa kajenje traja in čim bolj je intenzivno. Kritično mejo predstavlja okrog 150.000 pokajenih cigaret, kar pomeni 20 let po eno škatlenco na dan (3).

Pljučni rak je pri nas najpogostejša maligna bolezen pri moških, pri ženskah pa zadnja leta zavzema s 5% 7.- 9. mesto (4). Upravičeno lahko pričakujemo, da bo v naslednjih letih prehitel druge oblike rakov, s katerimi je trenutno po številu obolelih izenačen.

Pri ameriških ženskah je pljučni rak tista maligna bolezen, zaradi katere najpogosteje umirajo (5).

Kajenje, obolevnost, odvajanje od kajenja

Izgleda, da se Stanley in Stjernsward nista motila, ko sta na svetovni konferenci o pljučnem raku leta 1989 v Interlaknu v Švici napovedala, da bosta pljučni rak in aids najpogostejši bolezni v začetku 21. stoletja (6). Omenjena avtorja sta še pridala: "Obe bolezni imata skupni točki; sta neozdravljivi in obe je mogoče preprečiti."

Ob ugotovitvi, da kajenje povzroča večino pljučnega raka in da ga je mogoče le redkokdaj pozdraviti, se rešitev ponuja sama. Preprosta je, poceni in učinkovita – prenehanje kajenja oziroma sploh ni treba pričeti. Iz vsakdanje prakse pa vemo, da število kadilcev pri nas narašča, odstotek kadilcev, ki preneha kaditi pa je majhen. Vso pozornost bi torej morali usmeriti v vzgojo za

preprečevanje kot tudi prenehanje kajenja. Če se več kot 80% pljučnega raka pojavlja pri kadilcih, pomeni, da bi s prenehanjem kajenja za tolikšen delež lahko zmanjšali število teh bolnikov. Po drugi strani pa nam naši rezultati kažejo, da ozdravi le 10-15% bolnikov s pljučnim rakom, a sem spada le 20% takih, ki so pri odkritju bolezni še sposobni za zdravljenje. Če to povemo bolj nazorno, lahko rečemo, da je mogoče pričakovati, da bo med 1000 bolniki s pljučnim rakom, kolikor jih zadnja leta pri nas zboli, ozdravelo le 20 - 30. Odgovor je torej jasen in se ponuja sam. Če nam bi uspelo ustaviti kajenje, bi za 80% zmanjšali obolevnost za pljučnim rakom, kar pomeni, da bi pri nas na leto zbolelo za pljučnim rakom 800 ljudi manj.

Kako pomembno kajenje poveča obolevnost in smrtnost, nazorno kaže dolgoletna študija Dolla in njegovnih sodelavcev (7). Omenjeni raziskovalci že več kot 40 let opazujejo več kot 34.000 britanskih zdravnikov, pri katerih so ugotovili presenetljive in zgovorne rezultate. Ugotovili so, da je pozitivna povezava med kajenjem in rakom ustne votline, žrela, grla, požiralnika, pljuč, trebušne slinavke in mehurja. Nadalje je pozitivna povezava s kronično obstruktivno boleznijo pljuč, žilnimi obolenji, peptično razjedo, jetrno cirozo, samomori in zastrupitvami. Samo za Parkinsonovo boleznijo bodo kadilci zboleli manjkrat kot nekadilci. Ista študija pa prinaša še dve pomembni spoznanji. Prenehanje kajenja, zlasti če se to zgodi še pred nastopom srednjih let, pomeni bistveno manjše možnosti, da bi zboleli za eno od zgoraj navedenih bolezni. Druga ugotovitev pa je še bolj pomembna. Smrtnost kadilcev med 45 in 64 letom je trikrat večja kot pri nekadilcih. Ugotovljeno je, da tisti, ki so pričeli kaditi zgodaj, čeprav niso hudi kadilci, pogosteje zbolijo za rakom (8).

Pri nas, kot tudi v drugih državah je vedno več bolnic s pljučnim rakom. Glavni vzrok temu je naraščanje števila kadilk, ki pričnejo s to razvado že zelo zgodaj. Mnenja o tem, ali je ženska kadilka bolj izpostavljena, da bo zbolela za rakom pljuč, niso enotna. Kadilca je treba tudi soočiti z nevarnostjo, ki jo s kajenjem povzroča drugim. Pogosto so to njegovi najbližji, njegovi otroci. Pasivno kajenje povzroča ravno takšne bolezni kot aktivno, in je posebno nevarno zato, ker se zastrupljanje prične zelo zgodaj, že pri zarodkih ali majhnih otrocih. Vsekakor pa imajo ženske kadilke več žleznega in drobnoceličnega raka, medtem ko imajo moški največkrat ploščatoceličnega raka. Kaže pa, da imajo pri nastanku pljučnega raka vpliv tudi estrogeni. Ugotovili so, da imajo ženske z zgodnjo menopavzo manj pljučnega raka, da zdravljenje z estrogeni poveča nevarnost, da bolnice zbolijo za to boleznijo in da je izrazito pozitivna povezava med pljučnim rakom, kajenjem in zdravljenjem z estrogeni (5).

Mnogi kadilci želijo prenehati, vendar uspe le redkim. Zakaj je tako, nam postane jasno, če vemo, da tobak, gojen na sodoben način, hitro povzroči pri kadilcu zasvojenost in odvisnost. Zavedati se moramo, da tobak poleg mamil, ki povzroča jo odvisnost, vsebuje številne karcinogene, tako da je pravzaprav presenetljivo, da ne zbolijo za rakom več kadilcev (9).

Zdravniki kot tudi zobozdravniki bi morali načrtno in neprestano vzgajati in opozarjati o nevarnosti kajenja. Vsi se tega zavedamo, pa vendar pri nas še vedno narašča število kadilcev. Pomembno je, da ljudi, posebno mlade odv-

nemo od te pogubne razvade. Pomembno je tudi, da kadilec preneha kaditi kadarkoli, čim prej, tem bolje. Kaj pa zdravniki, vzgojitelji in starši, ki kadijo? Mislim, da se tudi ti morajo vključiti v to vzgojo. K temu jih zavezuje moralna in strokovna odgovornost, čeprav s svojim zgledom ne zmorejo tega, kar učijo in opozarjajo.

Naši bolniki

Analizirali smo 400 zaporednih bolnikov zadnjih dveh letih, ki smo jih na Kliničnem oddelku za torakalno kirurgijo operirali zaradi pljučnega raka. Rezultati se ujemajo z ugotovitvami drugih avtorjev, s tem, da je odstotek kadičev pri nas še nekoliko večji, saj je bilo med moškimi, ki smo jih operirali zaradi pljučnega raka kar 95% kadičev. Pri ženskah je ta odstotek nekoliko nižji (64%), kar pa še vedno kaže prepričljivo povezanost. O tem, koliko je bilo med ženskami pasivnih kadič, pa nimamo podatkov. Predvidevamo, da je to glavni vzrok, da pri nas razmeroma visok delež nekadič zbolijo za pljučnim rakom. Če bodo bodoče preiskave potrdile naš sum, moramo še bolj odločno zahtevati, da se nekadiči, in tisti, ki se proti neprostovoljnemu in nehotenemu zastrupljanju ne morejo braniti, pred tem vsaj zaščitijo in zavarujejo, da se bo naš zakon o kajenju izvajal dosledno in ne le napol in mlahavo kot doslej.

Med našimi 400 bolniki s pljučnim rakom je bilo 361 kadičev ali dobrih 90%. Moški so prevladovali. Bilo jih je 341, med njimi pa jih ni kadilo le 18 (5%).

Delež žensk je zaenkrat mnogo manjši, predvsem pa opozarjamo na naraščanje pljučnega raka, ki je pri ženskah v zadnjih letih hitrejše kot pri moških.

Zaključek

Povezava med kajenjem in pljučnim rakom je jasna. Kadilci umirajo mlajši. V mnogih deželah so bolezni, ki so povezane s kajenjem, najpogostejši vzrok smrti. Obolevnost je odvisna od intenzivnosti in trajanja kajenja. Čimmlajši je človek, ko prične kaditi, tem bolj je zanj nevarno.

Za nobeno od bolezni, ki jih kajenje povzroča, ni učinkovitega zdravljenja. Učinkovita in enostavna pa je preprečitev. S tem da ljudje ne bi kadili oziroma da bi prenehali, bi odpadlo okrog 90% smrti, ki jih kajenje povzroči. V absolutnem številu pomeni to letno tačas nekaj manj kot 700.000 smrti v Evropi in okrog 3 milijone na svetu.

Literatura

1. Senn HJ. The future of lung cancer: more prevention and less surgery. OIP 1996; 1-2.
2. Hirsch A. Stopping smoking: assessment of methods. OIP 1996; 1: 6-8.
3. Debevec M, Eržen J, Debeljak A. Racionalna obravnava bolnikov s pljučnim rakom. Zdrav Vestn 1997; 66:65-9.
4. Incidenca raka v Sloveniji 1995. Ljubljana: Onkološki inštitut. Register raka za Slovenijo; 1998.

5. Boldini EH, Strauss GM. Women and lung cancer. Waiting to exhale. *Chest* 1997; 229S-234S.
6. Stanley K, Stjernsward J. Lung cancer – a worldwide health problem. *Chest*, 1989; 96: (Suppl) 1S-5S.
7. Doll R, Peto R, Wheatley K et al. Mortality in relation to smoking: 40 years observations on male British doctors. *BMJ*, 1994; 309: 901-11.
8. Peto R. Smoking and death: the post 40 years and the next 40, *BMJ* 1994; 309:937-9.
9. Zandwijk N. Strategies for the prevention of lung cancer. In Annual Congress Firenze. September 25-29, 1993:1-6.
10. Tubiana M. European Clinicians' Campaign against tobacco. *OIP*, 1996; 3-5.